



المجلس الوطني لحقوق الإنسان  
المجلس الوطني لحقوق الإنسان | المجلس الوطني لحقوق الإنسان | المجلس الوطني لحقوق الإنسان  
Conseil national des droits de l'Homme

## Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique

Mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux

- Rapport préliminaire -

## **Remerciements**

Le Conseil national des droits de l'Homme tient à exprimer sa gratitude et ses sincères remerciements à l'ensemble des autorités et des personnes qui ont permis à la mission d'information et d'investigation de mener ses enquêtes dans les meilleures conditions et qui ont bien voulu lui fournir tous les documents nécessaires et renseignements requis.

Ces remerciements s'adressent particulièrement aux responsables du ministère de la Santé, au personnel médical et paramédical de la santé, aux personnes ressources et aux membres de la société civile qui ont été contactés et qui n'ont pas hésité à faciliter la tâche du CNDH.

## Sommaire

<b>Avant-propos</b> .....	<b>5</b>
Nature de la mission .....	
Démarche et méthodologie de travail .....	
<b>Introduction</b> .....	<b>8</b>
<b>Objet et objectifs du rapport</b> .....	<b>8</b>
<b>Importance et spécificité de la santé mentale</b> .....	<b>9</b>
<b>La santé mentale et les droits de l'Homme</b> .....	<b>9</b>
<b>I- Cadre juridique et institutionnel</b> .....	<b>15</b>
<b>I-1- La Constitution</b> .....	<b>15</b>
<b>I-2- La loi spécifique</b> .....	<b>15</b>
I-2-1 Objet de la loi	
I-2-2 Organismes chargés de la prévention, du traitement et de la protection	
I-2-3 Modes et procédures d'hospitalisation	
I-2-4 L'hospitalisation ou la mise en observation d'office	
I-2-5 La mise en surveillance médicale hors des services psychiatriques	
I-2-6 Les mesures de contrôle pendant l'hospitalisation, la mise en observation et la surveillance médicale	
I-2-7 Les voies de recours	
I-2-8 La protection juridique des malades mentaux hospitalisés	
I-2-9 Les dispositions pénales	
I-2-10 Les mesures de sûreté judiciaire	
<b>I-3-La législation pénale</b> .....	<b>22</b>
I-3-1 le code pénal	
I-3-2 Le Dahir du 21 novembre 1974	
I-3-3 Le code de procédure pénale	
I-3-4 La législation pénitentiaire	
<b>I- 4- Le règlement intérieur des hôpitaux</b> .....	<b>25</b>
<b>II- Etat des lieux</b> .....	<b>26</b>
<b>II-1 Les structures</b> .....	<b>26</b>
II-1-1- Mode de gestion inadapté	
II- 1-2- Répartition géographique inégale	
II-1-3- Structures insuffisantes	
II-1-4- Structures non opérationnelles	
II-1-5- Structures en voie de suppression	
II-1-6- Structures inappropriées	
II-1-7- Structures totalement négligées	
II-1-8- Inobservation des conditions de surveillance et de sécurité	
II-1-9- faible entretien et quasi absence de maintenance	
II-1-10- Structures adaptées	
II-1-11- Faible capacité litière	

<b>II-2- Les équipements</b>	<b>33</b>
II-2-1 Equipements de bureaux	
II-2-2 Moyens de sécurité et de surveillance	
II-2-3 Ambulances	
II-2-4 Literie obsolète	
II-2-5 Isoirs inhumains	
II-2-6 Salles polyvalentes	
II-2-7 Climatisation et chauffage	
II-2-8 Repas et matériel de cuisine	
II-2-9 Sanitaires	
II-2-10 Buanderie	
<b>II-3- Le personnel et la prestation de services</b>	<b>35</b>
II-3-1 Le personnel	
II-3-1-1 Le personnel médical	
II-3-1-2 Le personnel paramédical	
II-3-1-3 Le personnel assistant spécifique à la psychiatrie	
II-3-2 La prestation des services	
II-3-2-1 L'administration et le contrôle des autorités judiciaires	
II-3-2-2 L'accueil et l'admission	
II-3-2-3 L'hospitalisation	
II-3-2-4 Les soins	
II-3-2-5 Les médicaments	
II-3-2-6 Les archives	
II-3-2-7 L'expertise	
II-3-2-8 L'alimentation	
II-3-2-9 L'hygiène	
II-3-2-10 Les passerelles de réinsertion	
<b>II-4- La protection des groupes vulnérables</b>	<b>43</b>
II-4-1 Les femmes	
II-4-2 Les enfants	
II-4-3 Les personnes âgées	
II-4-4 Les toxicomanes	
<b>II-5- Etablissements psychiatriques privés</b>	<b>45</b>
<b>II-6- Société civile et psychiatrie</b>	<b>46</b>
<b>Conclusion</b>	<b>47</b>
<b>Recommandations</b>	<b>47</b>

## Avant-propos

Dans le cadre des attributions telles que stipulées par le Dahir n° 1-11-19 du premier mars 2011, le Conseil National des droits de l'Homme effectue des visites aux « ... établissements hospitaliers spécialisés dans le traitement des maladies mentales et psychiques... »<sup>1</sup> et élabore des rapports sur les visites qu'il a effectuées, faisant état de ses observations et de ses recommandations visant à améliorer les conditions des pensionnaires desdits établissements<sup>2</sup>.

Cette mission tire son importance et sa nécessité de la liaison étroite qui lie santé mentale et droits de l'Homme d'une part et d'autre part, du fait que le traitement des malades mentaux, vulnérables et sans volonté qu'ils sont pour la plupart des cas, est souvent lié à l'enfermement, à la privation de liberté et parfois même à l'isolement.

Le CNDH procède également, conformément à l'article 13 dudit Dahir, à l'examen des textes législatifs et réglementaires en vigueur et l'étude de leur harmonisation avec les conventions internationales des droits de l'Homme et au droit international humanitaire que le Royaume a ratifiées ainsi qu'à la lumière des observations finales et des recommandations émises par les instances onusiennes concernant les rapports qui leur sont présentés par le gouvernement.

Ces attributions s'inscrivent dans le cadre de la mission globale dévolue au CNDH, en tant qu'institution nationale des droits de l'Homme, qui consiste, entre autres, à veiller à l'observation, à la surveillance et au suivi de la situation des droits de l'Homme et à émettre son avis, ses observations et ses recommandations sur toutes les questions se rapportant à la protection, au respect et à la promotion des droits de l'Homme et des libertés individuelles et collectives des citoyens, à contribuer, par tous les moyens appropriés, à la promotion et à la diffusion de la culture des droits de l'Homme et à l'affermissement des valeurs de la citoyenneté responsable ainsi qu'au développement des capacités des différents services publics, et à enrichir la pensée et le dialogue concernant les droits de l'Homme et la démocratie.

C'est dans cette perspective que le CNDH a diligenté une mission d'information et d'investigation dans les établissements et services chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux. Outre des visites dans les dits établissements, la mission a examiné les textes de loi ayant trait à la maladie mentale et aux malades mentaux, et a tenu des réunions de travail et d'échanges avec les responsables de ce secteur à tous les niveaux.

La méthodologie de travail adoptée par le groupe peut être résumée comme suit :

- 1- La décision de faire des visites aux établissements hospitaliers pour la prise en charge des malades mentaux à été prise par le groupe de travail en charge de la protection des droits de l'Homme lors de sa réunion en date du 18 janvier 2012. La décision a donné lieu à un débat sur la conception, les démarches à entreprendre, la méthodologie de travail en liaison avec les objectifs visés.
- 2- Une séance préliminaire d'information et de coordination en matière de visites et de documentation a été tenue avec les responsables du ministère de la Santé.
- 3- des questionnaires et guides d'entretien ont été élaborés par la mission à partir des normes internationales établies par l'OMS et les bonnes pratiques internationales en matière de santé

1- Article 11 du Dahir, 1<sup>er</sup> paragraphe

2- Article 11, 2<sup>ème</sup> paragraphe

mentale et du guide d'entretien adopté récemment par l'OMS en matière d'évaluation, d'amélioration de qualité et de promotion des droits humains dans les services de santé mentale et de prise en charge sociale<sup>3</sup> en particulier.

Ces questionnaires et guides d'entretien concernent les responsables et le personnel des structures psychiatriques, les usagers de la psychiatrie, les familles des malades et la société savante en psychiatrie et sont appuyés par un guide d'observation et de constatation des lieux.

4- Des visites ont été effectuées aux établissements selon le calendrier suivant :

Etablissements visités	Date de la visite
Berrechid	27 mars 2012
Tit mellil	28 mars 2012
Bouafi	6 avril 2012
Service de pédo-psychiatrie – Casablanca	6 avril 2012
Safi	3 avril 2012
Salé	4 avril 2012
Marrakech Ibnou Nafis	12 avril 2012
Marrakech Saada	12 avril 2012
Béni Mellal	17 avril 2012
Khouribga	18 avril 2012
Meknès	24 avril 2012
Fés	24 avril 2012
Tanger	26 avril 2012
Casablanca	2 mai 2012
Centre pour les adolescents Agdal Rabat	2 mai 2012
Tétouan	22 mai 2012
Inzeggane	29 mai 2012
Taroudant	29 mai 2012
Laayoune	6 juin 2012
Al Hoceïma	13 juin 2012
Ouarzazate	6 juillet 2012

5- Ont pris part à ces visites les membres du groupe chargé de la mission, des membres du groupe de travail chargé de la protection des droits de l'Homme et, selon la structure visitée, des membres des Commissions régionales du CNDH.

Les visites ont permis aux membres de la mission de prendre directement connaissance des structures et des équipements des établissements visités, ainsi que de l'état des prestations de services dans lesdits établissements. Elles ont été aussi l'occasion d'une sensibilisation à l'approche des droits de l'Homme et à leur relation étroite avec la santé mentale, et d'un dialogue positif et transparent avec les responsables centraux, régionaux et locaux. Grâce à ces échanges, aux propositions formulées sur les lieux par les membres de la mission et à la compréhension des responsables à tous les niveaux, certains problèmes ont été réglés séance tenante ou seront réglés prochainement selon les autorités.

## Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique

Mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux

6- De fructueuses réunions de travail ont été tenues avec les hauts responsables du ministère la Santé, à savoir M. le ministre El Houssaine Louardi et Messieurs l'inspecteur général et les directeurs centraux. Ces responsables ont confirmé l'importance à accorder à la santé mentale, la gravité et l'ampleur des insuffisances, défaillances et dysfonctionnements dont souffre le secteur et leur disposition à prendre toutes les mesures qui s'imposent en vue de faire face à cette situation.

## Introduction

### Objet et objectifs

Le présent rapport est le fruit d'un travail aussi rigoureux que possible mené par le CNDH durant à peu près six mois. Il fait état de constatations établies lors des visites effectuées aux différents établissements et services hospitaliers spécialisés dans le traitement des maladies mentales et psychiques à travers le Royaume et des entretiens avec les différents responsables et acteurs du secteur de la santé mentale. Il présente ensuite une analyse appropriée aux objectifs de la mission de la législation relative à la santé mentale. Il conclut enfin à des recommandations visant le respect des droits fondamentaux des usagers et des praticiens de la santé mentale au Maroc et l'amélioration des conditions de prise en charge des malades mentaux et de prévention des maladies mentales ainsi que des dispositions juridiques y afférentes.

le présent rapport est conçu avec les objectifs suivants :

- Attirer l'attention sur la corrélation avérée entre santé mentale et santé physique et sur l'importance de la santé mentale en tant que composante essentielle de la santé générale des personnes, et en tant que pilier et condition sine qua non du bien-être et facteur de développement personnel (?)
- Sensibiliser la société concernant l'incidence en hausse des maladies mentales, l'ampleur de son impact personnel, économique et social, les exigences de sa prévention et de son traitement et le droit des malades mentaux à une prise en charge respectueuse de leur dignité et de leur citoyenneté ;
- Mettre en évidence les liens substantiels qui lient la santé mentale aux droits de l'Homme dans leur globalité, leur universalité et leur indivisibilité ;
- Mettre en exergue la situation dans les établissements et services de traitement des maladies mentales telle qu'elle a été constatée lors des visites et identifier les carences et les insuffisances dont souffrent ces établissements et services ;
- Souligner la désuétude des textes législatifs concernant la maladie mentale, leurs lacunes et les abus auxquels donnent lieu leur application et/ou inapplication ;
- Souligner l'attention particulière qui doit être accordée aux enfants et adolescents, aux femmes et aux personnes âgées en termes de planification, de prévention et de prise en charge ;
- Faire part, à qui de droit, de propositions et recommandations réalistes et réalisables, tant au niveau des lois qu'au niveau de la pratique, en vue d'une part, d'améliorer la vie des personnes atteintes de troubles mentaux et d'autre part, de promouvoir la santé mentale de la population, de lui accorder l'intérêt qu'elle mérite et d'en faire l'une des priorités transversales majeures des politiques publiques.



■ Souligner la nécessité d'impliquer une multitude d'acteurs et diverses professions dans la réflexion et l'action pour promouvoir la santé mentale et protéger les malades mentaux et mettre en place une politique intégrée et cohérente de santé mentale.

Par son analyse des textes de loi, le diagnostic alarmant des carences et des insuffisances en matière du traitement des troubles mentaux et dépressifs, et les recommandations réalisables qu'il formule, le présent rapport, est le premier du genre dans notre pays.

## Importance et spécificité de la santé mentale

L'importance de la santé mentale est formellement attestée par l'OMS, comme en témoigne, à titre d'exemple, la définition de la santé figurant dans sa Constitution<sup>4</sup> : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité<sup>5</sup> ». En 2001, l'assemblée mondiale de la santé, organisée par l'OMS, s'est consacrée à l'examen de la santé mentale dans toutes ses dimensions et aux efforts scientifiques et pratiques déployés, par nombre de chercheurs, de praticiens et d'acteurs à travers le monde en vue de renouveler les approches, d'enrichir les connaissances et d'améliorer la protection et la prévention des maladies mentales et la prise en charge des malades mentaux.

La santé mentale et la santé physique sont autant indispensables qu'indissociables. Ce sont deux aspects fondamentaux de la vie étroitement interdépendants. Leurs effets réciproques sont autant évidents que complexes et profonds. Selon l'OMS, la santé mentale est capitale pour le bien-être des individus et des sociétés.

L'intérêt qui doit être accordé aux personnes atteintes de troubles mentaux provient du fait que si les malades mentaux ont, tout comme les autres malades, besoin de soins et de traitements. Mais ce sont en plus des personnes qui d'une part, souffrent en silence ou seules et d'autre part, sont le plus souvent exposées, justement à cause de leur morbidité, à la stigmatisation, la honte, l'exclusion et la discrimination.

## Santé mentale et droits de l'Homme

Le droit de toute personne au meilleur état possible de santé physique et mentale est un droit découlant de la dignité inhérente à la personne humaine. Aussi, figure-t-il parmi les droits de l'Homme et ressort des différents instruments internationaux y afférents, notamment :

■ l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme<sup>6</sup> qui stipule que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » et « le droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. » Et d'ajouter que « La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »

4- Elle a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé tenue à New York du 19 au 22 juin 1946. Bien que cette Constitution ait fait l'objet de plusieurs amendements, sa définition pertinente de la santé n'a jamais été modifiée depuis 1946

5- 2<sup>ème</sup> paragraphe du préambule.

6- Adoptée par l'Assemblée générale le 10 décembre 1948.

# Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique

Mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux

- L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>7</sup> qui dispose « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle peut atteindre » et qu'en vue d'assurer le plein exercice de ce droit, les Etats doivent prendre les mesures nécessaires, dont « la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.»
- L'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant<sup>8</sup> qui reconnaît « le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation » et stipule que les Etats parties « s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services » et d'assurer la réalisation intégrale de ce droit ;
- L'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>9</sup> qui stipule que toutes les mesures appropriées doivent être prise pour « éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux » ;
- L'article 5 de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale<sup>10</sup> qui dispose que les Etats parties s'engagent à garantir à chacun la jouissance du « droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux », et ce sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique ;
- La Constitution de l'OMS qui stipule dans son préambule que la possession du meilleur état de santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

10

Concernant les personnes atteintes de troubles mentaux, plus particulièrement, nombreux sont les instruments internationaux qui consacrent leurs droits, compte tenu de la spécificité de la maladie mentale.

La Convention internationale des droits des personnes handicapées<sup>11</sup> inclut dans la notion du handicap les incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières (comportementales et environnementales) peut faire obstacle à la pleine et effective participation des personnes, qui en sont atteintes, à la société sur la base de l'égalité avec les autres<sup>12</sup>.

La Convention ne manque pas de souligner que cette notion est évolutive et que toute discrimination fondée sur le handicap est une négation de la dignité et de la valeur inhérente à la personne humaine. Elle souligne également que les femmes et les filles handicapées courent souvent, dans leur famille comme à l'extérieur, des risques plus élevés de violence, d'atteinte à l'intégrité physique, d'abus, de délaissement ou de défaut de soins, de maltraitance ou d'exploitation, et que les enfants handicapés doivent jouir pleinement de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales.

7- Adopté par l'Assemblée générale de l'ONU dans sa résolution 2200 A(XXI) du 16 décembre 1966

8- Adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989.

9- Adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU dans sa résolution 34/180 du 18 décembre 1979.

10- Adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU dans sa résolution 2106 A(XX) du 21 décembre 1965.

11- Adoptée le 13 décembre 2006 par l'assemblée générale des Nations Unies et ratifiée par le Maroc à l'occasion du 60<sup>ème</sup> anniversaire de la Déclaration Universelle des droits de l'Homme.

12- Voir le préambule (alinéa e) et l'article premier.

L'article 3 rappelle les principes généraux de la Convention :

- le respect de la liberté intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ;
- la non-discrimination ;
- la participation et l'intégration pleines et effectives à la santé ;
- le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité ;
- l'égalité des chances ;
- l'accessibilité ;
- l'égalité entre les hommes et les femmes ;
- le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé ;
- le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité.

Après le rappel de ces principes, la Convention expose les obligations des Etats à l'égard des handicapés comme personnes et comme catégories (femmes, enfants), à propos de certains droits comme le droit à la vie, à la personnalité juridique, à la justice, à la sécurité, à la protection de l'intégrité de la personne, à l'autonomie de la personne et à l'inclusion dans la société, à la mobilité personnelle, à la liberté d'expression et d'opinion et à l'accès à l'information, au respect de la vie privée, du domicile et de la famille, à l'éducation, à l'adaptation et la réadaptation, au travail et à l'emploi, à la protection sociale et à un niveau de vie adéquat, à la participation à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports, à la participation à la vie politique et publique, à ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, à ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance,...

Pour ce qui est de la santé des personnes handicapées, l'article 25 de la Convention stipule qu'elles ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. L'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités doit leur être assuré.

Les Etats parties à la Convention s'engagent à fournir à ces personnes des services de santé adéquats, gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes. Ces services doivent, en outre, être fournis aux personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté.

Les professionnels de la santé sont tenus, de leur côté, de dispenser aux dites personnes des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, et d'obtenir le consentement libre et éclairé de ces personnes. A cette fin l'Etat mène des activités de formation et édicte des règles de déontologie pour les secteurs public et privé de la santé de façon, entre autres, à sensibiliser les personnels aux droits de l'Homme, à la dignité, à l'autonomie et aux besoins spécifiques des personnes handicapées. Dans le secteur des assurances, la discrimination à l'encontre des personnes handicapées est interdite, et l'Etat doit, généralement, empêcher tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux ou des aliments ou des liquides en raison d'un handicap.

Les Principes des Nations unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale<sup>13</sup> fixent les normes minimales des droits de l'Homme dans le domaine de la santé mentale. Ces normes concernent et le traitement et les conditions de vie dans les établissements de santé mentale. Ils servent également de cadre de référence pour l'élaboration de la législation sur la santé mentale.

Les Règles standard sur l'égalité des chances pour les personnes atteintes d'incapacités<sup>14</sup> rappellent les buts de la prévention, de la réadaptation, et de l'égalité des chances et insistent sur la nécessité d'adopter une législation nationale susceptible de protéger les personnes atteintes d'incapacité mentale en incorporant les droits de l'Homme dans leur universalité. C'est un instrument d'orientation des politiques qui établit la participation citoyenne des personnes atteintes d'incapacités comme un droit de l'Homme internationalement reconnu. Les Règles standard exhortent les gouvernements à offrir des opportunités aux personnes atteintes d'incapacités et à leurs organisations ainsi qu'à leurs familles, en vue de leur participation à la rédaction de la législation portant sur les questions les concernant. Il s'agit également de lancer un processus de planification nationale pour adapter la législation, les politiques et les programmes aux normes internationales des droits de l'Homme.

La Déclaration de Caracas<sup>15</sup> concerne la structure des services de santé mentale et établit un lien crucial entre les services de santé mentale et les droits de l'Homme et affirme que le recours exclusif au traitement en placement dans un hôpital psychiatrique isole les malades de leur environnement naturel et risque, par conséquent, d'aggraver leur incapacité. Elle dispose que les ressources et les soins dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux doivent préserver leur dignité et leurs droits humains et assurer un traitement rationnel et approprié.

La Déclaration de Madrid<sup>16</sup> comprend les directives élaborées par les associations des professionnels de la santé mentale sur les normes de comportement professionnel et pratique et les règles de conduite à tenir en psychiatrie.

Le document intitulé Législation des soins de santé mentale : dix principes fondamentaux fut adopté par l'OMS en 1996 et sert de guide pour l'élaboration des législations de santé mentale. Les dix principes établis par ce document sont :

- la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux ;
- l'accès aux soins de santé mentale de base ;
- l'évaluation de la santé mentale conformément aux principes internationalement acceptés ;
- la fourniture du type de soins de santé mentale le moins restrictif ;
- le droit de la personne à décider soi-même ;
- le droit d'être assisté dans l'exercice du droit à décider soi-même ;
- la disponibilité de procédure d'examen ;
- le mécanisme automatique d'examen périodique ;
- le décideur qualifié ;
- le respect de la suprématie du droit.

La Déclaration et cadre d'action de Salamanque sur l'éducation pour besoins spéciaux<sup>17</sup> a affirmé le droit à l'éducation intégrée des enfants atteints d'incapacités mentales.

14- Elles furent élaborées à l'issue de la Conférence mondiale sur les droits de l'Homme qui s'est tenue à Vienne en 1993 et adoptées par la Résolution de l'Assemblée générale n° 48/96. Ces Règles marquaient la fin de la décennie des handicapés (1982-1993)

15- 1990

16- Adoptée par l'Assemblée générale de l'association psychiatrique mondiale (WPA) en 1996

17- Adoptée par la Conférence mondiale sur l'éducation pour besoins spéciaux.

# Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique

Mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux

Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde pour l'an 2001 a été consacré à la santé mentale<sup>18</sup> et peut être considéré comme le couronnement des efforts que déploie cette organisation pour une meilleure prise en charge des maladies mentales. Son importance réside dans le fait qu'il propose une nouvelle conception des troubles mentaux. Il passe en revue de manière exhaustive l'impact actuel et futur de ces troubles et des facteurs qui y contribuent, examine la prévention et les traitements, la prestation de services et la planification. La conclusion détaille une série de recommandations qui peuvent être considérées tout à la fois comme des repères à suivre, des objectifs à atteindre et des normes à observer. Ces recommandations, au nombre de dix, peuvent être résumées comme suit :

- La prise en charge et le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires est une mesure fondamentale qui permettra au plus grand nombre d'usagers d'accéder plus facilement et plus rapidement aux services. Il faut, par conséquent, enseigner au personnel de santé générale les bases essentielles et les connaissances élémentaires de la santé mentale ;
- Les psychotropes essentiels doivent être disponibles en permanence à tous les niveaux de soins. Ils doivent figurer sur la liste des médicaments indiqués pour une affection donnée et fournis chaque fois que possible. Ces médicaments ont l'avantage de permettre d'atténuer les symptômes, de réduire les incapacités, d'écourter la durée de nombreux troubles et de prévenir les rechutes ;
- Les soins communautaires influent généralement plus favorablement que le traitement en institution sur l'issue des troubles mentaux chroniques et sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Ils sont plus économiques et respectueux des droits de l'Homme, propices à la prévention précoce et limitent la stigmatisation associée au traitement ;
- Le devoir de mener des campagnes d'éducation et de sensibilisation auprès du grand public portant sur la santé mentale est à la charge de l'Etat et des différents intervenants et acteurs de la société civile. Il a pour but essentiel de réduire les obstacles au traitement et aux soins et d'informer le public sur la fréquence des troubles mentaux, les possibilités de traitement, les différentes options thérapeutiques et leurs avantages, les chances de guérison et les droits des malades. ces campagnes d'information permettent à la population, aux professionnels de la santé, aux familles des malades, aux usagers et aux décideurs d'agir en connaissance de cause ;
- La nécessité d'impliquer les familles et les usagers dans l'élaboration des politiques, des programmes et des services afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs besoins et mieux utilisés ;
- L'adoption des politiques, des programmes et d'une législation appropriée doit reposer sur les connaissances actuelles et sur le respect des droits de l'Homme. Ces démarches doivent s'inscrire dans le cadre d'une stratégie globale faisant de la santé mentale une priorité et basée, entre autres, sur l'augmentation du budget et des ressources financières et humaines affectées aux programmes de santé mentale ;
- La nécessité de développer les ressources humaines et d'intensifier et d'améliorer la formation des professionnels de santé mentale qui dispenseront des soins spécialisés, tout en soutenant les programmes de soins de santé primaires. Cette focalisation sur le développement quantitatif et qualitatif doit nécessairement s'accompagner de la motivation morale et matérielle de ces professionnels et de leur encouragement à rester dans leur lieu de travail et à leur poste ;
- La nécessité, pour les différents décideurs, responsables et intervenants en matière de santé mentale, d'établir des liens solides et permanents avec d'autres secteurs publics tels que l'éducation, le travail, la justice, la protection civile, ainsi qu'avec les organisations non gouvernementales et de les impliquer au maximum ;



# Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique

Mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux

- L'importance vitale de surveiller la santé mentale de la population en faisant figurer dans les systèmes d'information et de notification sanitaires des indicateurs qui renseignent sur le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux et sur la qualité des soins qu'elles reçoivent. Une telle surveillance aide à dégager les tendances et à repérer les changements de l'état de santé mentale dus à des événements extérieurs. Elle sert à évaluer l'efficacité des programmes de prévention et de traitement et fournit des arguments pour obtenir des ressources supplémentaires ;
- La nécessité d'entreprendre des recherches sur les aspects biologiques et psychosociaux de la santé mentale afin de parvenir à mieux appréhender les troubles mentaux, de mettre au point, en conséquence, des interventions plus efficaces et de contribuer aux efforts de recherche scientifique déployés à l'échelle internationale dans ce domaine.

C'est à l'aune de ces normes et droits universels que le présent rapport a opté pour l'adoption d'un plan qui puisse parcourir et analyser en premier lieu la législation en vigueur concernant la maladie mentale et la prise en charge des malades mentaux. Il rend compte ensuite de la situation telle qu'elle a été constatée dans les établissements visités et à travers les entretiens effectués avec les différents acteurs et intervenants. Il présente dans un troisième temps les dysfonctionnements et les insuffisances identifiés et les barrières législatives qui font obstacle à la protection du droit à la santé mentale et compromettent la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux, et formule enfin les conclusions et les recommandations qui s'imposent.

## I- Cadre législatif et institutionnel

### I-1- La Constitution

La nouvelle Constitution adoptée par référendum le premier juillet 2011<sup>19</sup> a renforcé l'engagement du pays à souscrire aux principes, droits et obligations énoncés dans les chartes et conventions internationales et à respecter et promouvoir les droits de l'Homme dans leur universalité, leur indivisibilité et leur complémentarité.

C'est dans cette perspective que des droits et libertés ont été constitutionnalisés et les garanties nécessaires à leur exercice renforcées. Le droit à la santé physique et mentale figure parmi ces droits. Ainsi, l'article 31 de la Constitution stipule que « l'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales oeuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir du droit : aux soins de santé ; à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat (...) ».

Les dispositions de la Constitution, on ne peut plus claires, représentent, dans ce contexte un acquis indéniable qui exige beaucoup d'efforts pour être traduit dans les lois et la pratique.

### I-2- La loi spécifique

La législation marocaine sur la santé mentale remonte aux premières années de l'indépendance. Il s'agit du Dahir n° 1-58-295 du 30 avril 1959 relatif à « la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux »<sup>20</sup>.

Cette loi représentait à son époque, et durant des années, une avancée considérable et un acquis normatif indéniable, d'autant plus que le nombre de pays qui disposaient alors d'une telle loi était très limité. En effet, si 75% à peu près des pays dans le monde possèdent actuellement une législation portant sur la santé mentale, le Maroc fait partie des 15% de pays qui ont adopté une telle législation avant les années 1960<sup>21</sup>.

Pourtant, et contrairement à la majorité des textes de loi marocains, cette loi qui n'a subi, depuis sa promulgation, aucune modification, est actuellement désuète et pour ainsi dire dépassée, eu égard aux progrès réalisés à l'échelle internationale, en matière des droits de l'Homme en général et de santé mentale en particulier. Son obsolescence tient également à l'évolution juridique et institutionnelle considérable que connaît le Maroc notamment depuis deux décennies et aux progrès de la recherche scientifique en matière de psychiatrie et de traitement des personnes atteintes de maladies mentales.

Hormis la désuétude manifeste de cette loi et son anachronisme par rapport aux normes internationales des droits de l'Homme en général et aux standards internationaux en matière de santé mentale en particulier, sa structure et ses axes demeurent intéressants.

19- Bulletin officiel n° 5964 bis du 30 juillet 2011.

20- Bulletin officiel n° 2429 du 15 mai 1959, pp. 804-807

21- Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'Homme et la législation – Non à l'exclusion, oui aux soins. OMS

## I-2-1- Objet de la loi

Contrairement à une bonne partie de la législation marocaine, la loi du 30 avril 1959 ne définit ni son objet ni la population ciblée par ses dispositions. Elle ne donne aucune définition de la santé mentale et/ou de la maladie mentale, et ne fait bien évidemment aucune allusion au droit à la santé.

Toutefois, il appert de son intitulé qu'elle est axée sur trois principaux champs d'action ou objectifs : la prévention, le traitement des maladies mentales et la protection des malades mentaux.

Les thèmes principaux traités par cette loi concernent

- les organismes chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux ;
- les modes et les procédures d'hospitalisation ;
- la surveillance médicale hors des services psychiatriques ;
- les mesures de contrôle pendant l'hospitalisation ;
- la mise en observation et la surveillance médicale ;
- les voies de recours ;
- la protection juridique des malades mentaux hospitalisés ;
- les dispositions pénales ;
- les dispositions particulières aux mesures de sûreté judiciaire.

## I-2-2- Organismes chargés de la prévention, du traitement et de la protection

La loi attribue la responsabilité de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux à trois instances : le Service central de la santé mentale, les établissements publics et privés de cure, de réadaptation et d'assistance et la Commission de la santé mentale.

Le rôle du Service central de la santé mentale consiste à élaborer les plans et projets relatifs aux trois champs d'action, à surveiller les établissements publics et privés de traitement et à coordonner les mesures de prévention et de traitement des maladies mentales et de protection des malades mentaux.

Les services hospitaliers publics affectés au seul traitement des malades mentaux sont créés, selon l'article 3 du Dahir, au niveau de chaque province et dirigés par un psychiatre. Si le nombre de la population d'une province ne justifie pas la création d'un service, cette province peut être rattachée, par décision du ministre de la santé publique, à une province voisine. En outre, dans les hôpitaux ne disposant pas d'un psychiatre qualifié, des services « d'accueil provisoire » peuvent être créés : les malades y sont admis aux fins de « mise en observation » pour une période d'une durée maximale de quinze jours.

Des établissements privés pour le traitement des maladies mentales peuvent être ouverts par autorisation du Secrétaire général du gouvernement. Cette autorisation est délivrée sur avis du ministre de la Santé. Toutefois, ces établissements ne peuvent pas recevoir des malades faisant l'objet d'un placement ou d'une hospitalisation d'office.



La Commission de la santé publique siège au ministère de la Santé et est présidée par le ministre de la Santé. Elle comprend ce dernier ou son représentant, un magistrat désigné par le ministre de la Justice, le Chef de service central de la santé mentale ou son représentant, le Chef de service de l'aide sociale du ministère de la Santé ou son représentant, un représentant du ministère de l'Intérieur et un médecin spécialiste exerçant dans l'un des services publics de psychiatrie, désigné par le ministre de la Santé. Elle est chargée d'étudier toutes les questions d'ordre général relatives à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux, de donner son avis sur les candidatures des psychiatres désireux de s'inscrire sur la liste annuelle des experts assermentés, de statuer sur les recours interjetés contre les décisions médicales de maintien ou de transformation de mesures, de mise en surveillance médicale et de sortie.

### I-2-3- Modes et procédures d'hospitalisation

La loi de 1959 distingue entre l'hospitalisation et la mise en observation.

L'hospitalisation se fait sur la demande du patient ou de toute personne publique ou privée agissant dans l'intérêt du malade, de ses proches ou de l'ordre public. Cette demande est adressée au médecin-chef de la province ou de la préfecture et ne peut avoir lieu qu'au vu d'un certificat médical délivré par un médecin psychiatre qualifié, mentionnant de façon détaillée et précise les anomalies de comportement du malade et concluant à la nécessité de l'hospitalisation suite à l'examen du malade ou aux résultats d'une enquête menée à la diligence dudit médecin.

La mise en observation se fait pour une durée maximale de quinze jours et a lieu sur la demande du malade ou de toute personne publique ou privée agissant dans l'intérêt du malade ou de ses proches, ou d'office. Dans les deux premiers cas de figure, la personne est mise en observation au vu d'un certificat médical délivré par un médecin, et dans le troisième au vu d'une simple décision du gouverneur. Si les deux premiers cas ne posent généralement pas de problème, le troisième constitue une pierre d'achoppement. Il ouvre en effet la voie à l'usage abusif, par les autorités territoriales, de cette éventualité procédurale, notamment pour interner, pour une raison ou une autre, des personnes qui ne souffrent d'aucun trouble mental ou autre et qui n'ont, normalement, aucune raison d'être hospitalisées dans un établissement psychiatrique.

### I-2-4- L'hospitalisation ou la mise en observation d'office

La loi de 1959 stipule que « lorsque le malade constitue un danger pour ses proches ou pour l'ordre public ou se trouve dans un état mental susceptible de mettre sa vie en danger »<sup>22</sup>, il peut être mis en observation par décision du gouverneur, et d'ajouter qu'en cas de « danger imminent attesté par le certificat d'un médecin ou la notoriété publique »<sup>23</sup>, la pacha ou le caïd prend les mesures nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au gouverneur qui ordonne dans les quarante-huit heures qui suivent la mise en observation d'office du malade ou met fin aux mesures provisoires ordonnées par l'autorité locale.

22- Article 12 du Dahir.

23- Article 18 du Dahir.

L'hospitalisation et la mise en observation peuvent être transformées en hospitalisation d'office, pour une durée de six mois renouvelable dans un établissement ou un service psychiatrique public par décision du gouverneur, sur avis conforme du médecin traitant « lorsque la sortie du malade constituerait un danger pour sa vie, pour ses proches ou pour l'ordre public »<sup>24</sup>.

Si le psychiatre traitant peut prendre une décision consistant à mettre fin à l'hospitalisation d'office ou à la mise en observation d'office de tout patient présentant une amélioration compatible avec sa sortie, le malade demeure hospitalisé ou mis en hospitalisation jusqu'à décision de la Commission de la santé mentale, au cas où le ministre de l'Intérieur formule un recours contre ladite décision.

En tout état de cause, l'autorité publique est avertie de la sortie de tout malade dont elle a demandé ou ordonné la mise en observation ou l'hospitalisation.

En plus des attributions accordées à l'autorité publique qu'incarne en l'occurrence le gouverneur, celui-ci peut être saisi par le médecin psychiatre d'une mesure de mise en surveillance médicale d'un malade hors des services psychiatriques. En externe, si le médecin traitant considère que cette surveillance ne peut pas être exercée du fait du malade, il doit aviser le psychiatre en vue d'émettre une décision de mise en observation d'office de l'intéressé.

## I-2-5- La mise en surveillance médicale hors des services psychiatriques

18

Lorsque la surveillance psychiatrique externe permet d'éviter ou d'écourter l'hospitalisation d'un malade mental, les soins ambulatoires réguliers qui lui étaient indiqués peuvent être rendus obligatoires par décision motivée d'un psychiatre qualifié de la santé publique. Cette décision, prononcée pour une durée n'excédant pas six mois renouvelables, est notifiée au malade, à l'autorité administrative et, le cas échéant, au conjoint ou au plus proche parent du malade.

La personne bénéficiant de cette mesure, qui s'apparente beaucoup plus à la mise en surveillance judiciaire prévue par les articles de 159 à 174 du code de procédure pénale qu'à une mesure de protection prévue dans l'intérêt d'un malade mental, est tenue d'indiquer au médecin psychiatre qui a pris la décision le nom du médecin psychiatre qui sera chargé par le malade ou son plus proche parent d'assurer ladite surveillance.

Lorsque la surveillance médicale est exercée par un médecin de la Santé publique, la gratuité des soins et des médicaments nécessaires au traitement est assurée par l'Etat.

## I-2-6- Les mesures de contrôle pendant l'hospitalisation, la mise en observation et la surveillance médicale

Il s'agit des mesures consistant à établir un dossier médical exhaustif permettant, à qui de droit, de suivre et l'évolution de la maladie et la trajectoire de son traitement. La responsabilité de ce dossier et de tout ce qui s'ensuit est à la charge du psychiatre traitant. Les principales mesures sont les certificats, le registre d'hospitalisation et le dossier individuel.

Le psychiatre traitant est tenu conformément à l'article 22 de la loi de 1959 d'établir un certificat motivé et détaillé indiquant l'état civil du malade, son comportement, le diagnostic effectué, son numéro d'entrée dans l'établissement de soins et l'évolution de la maladie depuis le dernier certificat, et ce lors de l'admission du malade, pendant l'hospitalisation (au quinzième jour, au trentième jour, à la fin

du premier semestre, puis annuellement], lors de la demande de transformation de l'hospitalisation volontaire en hospitalisation d'office, lors de la sortie, du transfert et du décès et lors de la mise en surveillance médicale. Il doit établir également un certificat similaire lorsque les autorités judiciaires ou administratives le lui demandent. S'il s'agit d'un malade marocain, une copie des certificats d'admission et de sortie est adressée, d'office, avec indication de ses coordonnées personnelles, au procureur du roi, en vue de permettre à la juridiction compétente de prononcer éventuellement son interdiction, car la maladie mentale altère ou risque d'altérer sa faculté de discernement<sup>25</sup>.

Le registre d'hospitalisation est un registre paginé qui doit être tenu à jour dans tout service public ou privé recevant des malades mentaux. Ce registre contient pour chaque personne hospitalisée, une photographie, les renseignements personnels, la transcription des certificats établis par le médecin traitant, les dates et lieux des hospitalisations psychiatriques antérieures et les mesures de mise en surveillance.

Le dossier individuel doit être constitué et tenu à jour, par le service d'hospitalisation, pour tout malade mis en observation, hospitalisé ou placé sous surveillance médicale. Il contient, en plus de la photographie d'identité du patient, les traitements et examens dont il a bénéficié, les feuillets d'observations médicales et les différents certificats et documents le concernant.

Dans le cadre de la surveillance des établissements hospitaliers spécialisés dans le traitement des malades mentaux les chefs des parquets près les cour d'appel, ou les magistrats du ministère public, organisent des visites audits établissements au moins une fois par trimestre et établissent des rapports d'inspection. Lors de leurs visites, ils peuvent prendre connaissance des registres d'hospitalisation et des dossiers individuels des malades.

## I-2-7- Les voies de recours

La loi de 1959 reconnaît la possibilité au malade, au tuteur, au conjoint, aux ascendants et descendants, au chef du parquet près la cour d'appel et au ministre de l'Intérieur de formuler des recours. Ces recours peuvent être exercés contre les décisions transformant la mise en observation ou l'hospitalisation volontaire en hospitalisation d'office, les décisions de maintien prises suite à une demande de sortie, les décisions de mise en surveillance médicale et les décisions de sortie.

Le recours est adressé au ministre de la Santé qui le communique à l'auteur de la décision contestée. Ce dernier dispose d'un délai de dix jours, à compter de la réception du recours, pour faire parvenir sa réponse au ministre de la Santé. S'il ne répond pas à l'expiration du délai ou se contente de confirmer sa décision, l'affaire est portée devant la Commission de la santé mentale, laquelle prend sa décision à la majorité des voix et la notifie sans délai à l'auteur du recours par lettre recommandée avec accusé de réception, au médecin traitant et éventuellement aux autorités concernées. Il faut noter que la loi ne soumet pas le recours à des formalités et ne prévoit pas de garanties pour l'exécution de la décision.

25- Le Code de la famille distingue deux sortes de capacités : la capacité de jouissance et la capacité d'exercice. La première est attachée à la personne durant toute sa vie et ne peut lui être enlevée, la deuxième est la faculté qu'à une personne d'exercer ses droits personnels et patrimoniaux et qui rend ses actes valides. Le faible d'esprit (ⴱⴳⴳⴳⴳⴳⴳ) est, selon l'article 216 du Code de la famille, celui qui est atteint d'un handicap mental l'empêchant de maîtriser sa pensée et ses actes. La maladie mentale est donc parmi les motifs permettant la limitation de la capacité d'exercice. L'article 217 du même Code stipule que le dément et celui qui a perdu la raison ne jouissent pas de la capacité d'exercice et que la personne qui perd la raison de manière discontinue a pleine capacité durant les moments de sa lucidité.

## I-2-8- La protection juridique des malades mentaux hospitalisés

Il résulte de la lecture du titre VI du Dahir de 1959 (articles 29 à 28) que celui-ci réduit la protection juridique des malades mentaux à la protection de leurs biens. L'administration des biens des malades mentaux non interdits peut être confiée à un administrateur provisoire commun ou à un administrateur provisoire judiciaire.

L'administrateur provisoire commun est un fonctionnaire, en activité ou retraité, désigné par le biais d'un arrêté conjoint du ministre de la Santé et du ministre des Finances<sup>26</sup>, pour chaque établissement public recevant des malades mentaux. Ce fonctionnaire, qui ne peut nullement être l'administrateur de l'hôpital, est chargé de la gestion provisoire des biens revenant aux personnes non interdites placées dans ces établissements. L'administrateur provisoire désigné doit fournir un cautionnement dont le montant est fixé par l'arrêté de nomination. Son rôle consiste à recouvrer les sommes dues, acquitter les dettes, passer des baux qui ne peuvent excéder trois ans et procéder, avec l'autorisation du tribunal compétent, à la vente des meubles corporels. Les sommes provenant de ces opérations sont versées et employées au profit du malade concerné.

L'administrateur provisoire judiciaire est nommé en Chambre de Conseil, par un jugement non susceptible d'appel, sur la demande du conjoint, du plus proche parent, du directeur de l'établissement hospitalier ou du procureur commissaire du Gouvernement. Il est désigné pour une durée de trois années grégoriennes et ne peut être choisi que parmi les personnes capables, de bonne conduite et moralité et ne se trouvant pas en opposition d'intérêt avec le malade. Les pouvoirs de cet administrateur sont définis par le jugement portant sa nomination. Celui-ci peut ordonner que l'administrateur fournisse une caution ou constituer sur ses biens une hypothèque générale, à concurrence d'une somme déterminée.

En plus des administrateurs susmentionnés, le tribunal peut, sur la demande de l'administrateur provisoire ou à la diligence du procureur désigner un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice le malade non interdit placé dans un établissement spécialisé dans le traitement des malades mentaux.

Il convient de signaler que les pouvoirs attribués aux administrateurs provisoires ou aux mandataires prennent fin de plein droit dès lors que la personne placée dans un établissement recevant des malades mentaux le quitte régulièrement.

## I-2-9- Les dispositions pénales

La loi de 1959 consacre le titre VII aux dispositions pénales. C'est dans ce cadre qu'elle pénalise et sanctionne :

- 1) Le fait, pour quelqu'un, de donner à un fonctionnaire public, sciemment et dans l'intention de provoquer une hospitalisation injustifiée d'une personne dans un service psychiatrique, des renseignements erronés sur le comportement et l'état mental de cette personne ;
- 2) Le fait, pour une personne, de faire ou tenter de faire obstacle à l'exercice des voies de recours prévues par la loi de 1959 ;

<sup>26</sup>-La version arabe du texte parle du ministre des Finances alors que la version française évoque une autre dénomination en soulignant la qualité qu'avait ce ministre à l'époque : « vice-président du conseil, ministre de l'Economie nationale et des Finances ».

- 3) Le non établissement par un psychiatre traitant des certificats prévus par la loi, et l'omission, par une personne responsable de la tenue du registre des hospitalisations, de transcrire sur ce registre les certificats qui doivent y figurer ;
- 4) L'ouverture et la création non autorisées d'un établissement privé pour le traitement des maladies mentales ;
- 5) La rétention, par un directeur ou préposé d'établissement ou un médecin traitant, d'une personne dans un établissement ou service psychiatrique en contravention aux dispositions de la loi de 1959 et du code pénal.

## I-2-10- Les mesures de sûreté judiciaire

Ces mesures concernent les inculpés présentant des signes manifestes d'aliénation mentale et les délinquants déclarés totalement ou partiellement irresponsables de leurs actes criminels. La loi de 1959 se contente, dans ce cadre de rappeler ses dispositions pertinentes et de faire un renvoi au code pénal.

Dans l'objectif de combler les lacunes et les défaillances du Dahir de 1959, une commission ad hoc a été mise en place, à l'initiative du ministère de la Santé, pour élaborer un avant-projet de loi concernant la prise en charge des maladies mentales.

Il appert de l'esquisse résultant des travaux de la commission que ses rédacteurs ont tenu à intégrer la notion des droits humains dans son intitulé. Ils ont prévu son introduction par un préambule faisant référence aux exigences de la protection et de la promotion des droits des malades mentaux en soulignant la notion de prévention et en insistant sur le principe d'égalité homme/femme. Le texte de loi doit, selon ladite esquisse, refléter une vision avancée de la santé mentale, se baser sur les valeurs d'équité, de qualité et de respect des droits humains, fixer des objectifs et préciser la terminologie.

L'esquisse inscrit ses dispositions dans le contexte de la lutte contre les troubles mentaux et les ventile sur vingt-six chapitres. Ces chapitres traitent de la prévention, des organismes chargés de la protection des personnes souffrant de troubles mentaux, de l'organisation générale des structures recevant des personnes hospitalisées, du financement des services de santé mentale, des droits des usagers des services de santé mentale et des familles, de la protection des droits et des biens des personnes atteintes de troubles mentaux et des groupes vulnérables, des différentes formes d'hospitalisation, des questions de compétence, de capacité et de tutelle et des voies de recours, de la recherche clinique et expérimentale,...

Bien que les efforts déployés pour l'élaboration de l'avant-projet soient appréciables, la mission d'information du CNDH estime que ce projet devrait faire l'objet d'une concertation préalable aussi large que possible et d'un débat public, s'inscrire dans le cadre d'une politique stratégique de santé mentale et incorporer, aussi bien au niveau de la forme qu'à celui du contenu, les principes des droits de l'Homme.



## I-3- La législation pénale

La législation pénale traite des garanties octroyées aux personnes souffrant d'une maladie mentale et de la procédure suivie dans ce cadre.

### I-3-1- Le Code pénal

Le Code pénal<sup>27</sup> lie, bien évidemment, la responsabilité pénale des personnes à leur santé mentale et à leur capacité de discernement. Il définit, dans les articles 134 à 137 l'aliénation mentale comme facteur de l'irresponsabilité totale ou partielle et considère ainsi que « toute personne saine d'esprit et capable de discernement est personnellement responsable »<sup>28</sup> des infractions qu'elle commet ou dont elle se rend complice. Il inscrit, en outre, selon l'article 61, l'internement judiciaire dans un établissement psychiatrique, parmi les mesures de sûreté personnelles. Néanmoins, il distingue entre le placement judiciaire dans un établissement psychiatrique, l'hospitalisation psychiatrique au cours de la procédure, l'hospitalisation psychiatrique avant l'exécution de la peine et le placement judiciaire dans un établissement thérapeutique.

**I-3-1-1- Le placement judiciaire** est effectué, en vertu de l'article 75 du Code pénal, par décision d'une juridiction de jugement, à l'égard d'un individu présumé auteur, coauteur ou complice d'un crime ou d'un délit qui, en raison des troubles de ses facultés mentales existant lors des faits qui lui sont imputés et constatés par une expertise médicale, doit être déclaré totalement irresponsable et se trouve ainsi soustrait à l'application éventuelle des peines prévues par la loi. Dans ce cas, la validité du titre de détention est prolongée jusqu'à l'internement effectif et l'internement judiciaire se prolonge aussi longtemps que l'exigent « la sécurité publique et la guérison de l'interné »<sup>29</sup>.

La personne internée doit initialement être l'objet d'une mise en observation et doit être examinée chaque fois que le psychiatre l'exige nécessaire, et en tous cas tous les six mois.

Lorsque le psychiatre traitant estime devoir mettre fin à l'internement judiciaire, il doit en informer le chef du parquet général de la cour d'appel qui peut, dans un délai de dix jours à compter de la réception de cet avis, exercer un recours contre la décision de sortie, dans les conditions fixées par la loi de 1959 relative à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux[24]. Ce recours est suspensif.

**I-3-1-2- L'hospitalisation psychiatrique incidente au cours de la procédure** est effectuée, selon les articles 79 et 136 du Code pénal lorsque la juridiction de jugement ou d'instruction estime, après expertise médicale, que l'individu qui lui est déféré sous l'accusation de crime ou de prévention de délit était responsable en totalité ou en partie au moment des faits qui lui sont imputés, mais qu'en raison de troubles de ses facultés mentales survenus ou aggravés ultérieurement, il se trouve hors d'état d'assurer sa défense au cours des débats. Le tribunal décide dans ce cas de surseoir à statuer et ordonne l'hospitalisation de la personne dans un établissement psychiatrique.

Le psychiatre traitant est tenu d'informer le chef du parquet général de la décision de sortie, dix jours au moins avant qu'elle ne soit exécutée. Ceci étant, le titre de détention en vigueur au moment de l'hospitalisation reprend effet et les poursuites seront enclenchées dès la sortie. En cas de condamnation à une peine privative de liberté, la juridiction de jugement a la faculté d'imputer la durée de l'hospitalisation sur celle de cette peine.

27-Dahir n° 1-59-413 du 26 novembre 1962 tel qu'il a été modifié et complété ; Bulletin officiel n° 2640 du 5 juin 1963

28-Article 132

29-Article 76 du Code pénal

**I-3-1-3- L'hospitalisation préalable à l'exécution de la peine privative de liberté** est ordonnée, conformément à l'article 78 du Code pénal, par la juridiction de jugement qui constate, après expertise médicale, que l'auteur d'un crime ou d'un délit, bien qu'en état d'assurer sa défense au cours des débats, était néanmoins atteint -lors des faits qui lui sont imputés- d'un affaiblissement de ses facultés mentales entraînant une diminution partielle de sa responsabilité. Ladite juridiction prononce, dans ce cas, la peine et ordonne, s'il y a lieu, que le condamné soit hospitalisé dans un établissement psychiatrique, préalablement à l'exécution de toute peine privative de liberté, sachant que l'hospitalisation s'impute sur la durée de cette peine.

**I-3-1-4- Le placement judiciaire dans un établissement thérapeutique** consiste, selon l'article 80 du Code pénal, dans la mise sous surveillance dans un établissement approprié, par décision d'une juridiction de jugement, d'un individu, auteur, coauteur ou complice soit d'un crime, soit d'un délit correctionnel ou de police, atteint d'intoxication chronique causée par l'alcool ou les stupéfiants, lorsque la criminalité de l'auteur de l'infraction apparaît liée à cette intoxication. Dans ce cas, la juridiction de jugement prononce la peine et ordonne le placement judiciaire dans un établissement thérapeutique pour une durée qui ne saurait excéder deux années, et ce préalablement à l'exécution de la peine, à moins que la juridiction n'en décide autrement.

## I-3-2- Le Code de procédure pénale

Dans le cadre du traitement de l'issue des décisions judiciaires rendues en matière pénale, le Code de procédure pénale<sup>30</sup> stipule que lorsqu'il s'avère au cours des débats que le prévenu (ou l'accusé) « était au moment des faits, ou est présentement atteint, de troubles de ses facultés mentales »<sup>31</sup>, le tribunal (ou la chambre criminelle) fait, selon les cas, application des articles 76, 78 ou 79 du Code pénal. Le juge d'instruction, de son côté, peut, selon l'article 88 du même Code, ordonner toutes mesures utiles, prescrire un examen médical ou conférer à un médecin le soin de procéder à un examen psychiatrique. Il peut également, après avoir reçu l'avis du ministère public, ordonner que l'inculpé soit soumis à un traitement contre l'intoxication s'il apparaît que ce dernier est atteint d'une intoxication chronique due à la consommation de l'alcool, de la drogue ou de substances psychotropes. Dans ce cas, l'instruction est suspendue bien que le titre de détention conserve son effet et le traitement s'effectue, soit dans l'établissement où l'inculpé est détenu, soit dans un établissement spécialisé. Lorsque c'est l'inculpé ou son conseil qui demande des examens ou la soumission au traitement, le juge d'instruction ne peut refuser la demande que par ordonnance motivée.

## I-3-3- La loi relative à la répression de la toxicomanie et à la prévention des toxicomanes

Cette loi<sup>32</sup> punit la détention et l'usage des substances ou plantes classées comme stupéfiants. Elle punit également le fait de faciliter l'usage desdites substances ou plantes par tous les moyens, y compris par la délivrance des ordonnances médicales fictives.

Néanmoins, il convient de signaler que l'article 8 de cette loi stipule que « les poursuites pénales ne seront pas engagées si l'auteur de l'infraction (l'usage des substances ou plantes) consent, après examen médical effectué sur réquisition du procureur du roi, à se soumettre, pour la durée nécessaire à sa guérison, à une cure de désintoxication à laquelle il sera procédé, soit dans un établissement

30- Dahir n° 1-02-255 du 3 octobre 2002 tel qu'il a été modifié et complété par les lois n° 10-36, 10-37 et 11-35 ; Bulletin officiel n° 5078 du 30 janvier 2003 – version arabe

31-Articles 389 et 435 du Code de procédure pénale

32- Dahir portant loi n° 1-73-282 du 21 mai 1974 ; Bulletin officiel n° 3214 du 5 juin 1974

thérapeutique (...), soit dans une clinique privée agréée par le ministère de la Santé publique», et que le juge d'instruction peut, après avis du procureur du roi, ordonner que l'intéressé soit soumis à ce traitement. Et d'ajouter qu'il est possible, dans des cas exceptionnels, notamment lorsqu'il s'agit de mineurs, de traiter les auteurs de l'infraction en milieu familial, et ce conformément aux conditions déterminées par un arrêté du ministre de la Justice pris après consultation du ministre de la Santé ».

En réalité, cette procédure prévue, ne serait-ce qu'à titre subsidiaire, dans l'intérêt des usagers toxicomanes des stupéfiants et à partir d'une conception qui accorde clairement plus d'importance au traitement, à la prévention et à la réduction des risques qu'à la pénalisation et la coercition, n'est presque jamais appliquée.

### I-3-4- La législation pénitentiaire

La législation relative à l'organisation et à la gestion des établissements pénitentiaires<sup>33</sup> a essentiellement pour objectif de définir les droits et les devoirs des détenus et les moyens de faire respecter leur droit à des conditions de vie adéquates et à un traitement humain et respectueux de la dignité inhérente à la personne humaine. C'est dans ce contexte que cette loi consacre le chapitre VIII au service sanitaire et y traite, après les dispositions générales, des attributions des médecins des établissements pénitentiaires et des hospitalisations. Elle introduit également, dans le cadre de l'orientation des détenus et leur répartition dans les établissements pénitentiaires, la mise à l'isolement à laquelle peuvent être soumis certains d'entre eux par mesure de sécurité sanitaire. Dans les deux cas, elle ne fait pas de distinction entre santé physique et santé mentale, compte tenu de la spécificité de celle-ci, et ne réserve aucun traitement spécial aux détenus atteints pendant leur incarcération de troubles mentaux.

Toutefois, il est à remarquer que le décret<sup>34</sup> fixant les modalités d'application de la loi n° 23-98 dispose que les détenus peuvent, sur leur demande et après accord du médecin, être soumis, avant leur libération, à une cure de désintoxication alcoolique ou de stupéfiants<sup>35</sup>, et qu'un transfert d'un condamné à un établissement disposant d'un médecin psychiatre peut être proposé s'il s'avère qu'il est atteint d'un trouble mental ou sujet à une dépression nerveuse<sup>36</sup>. S'il s'agit d'un détenu soumis à la détention préventive, il est présenté à la consultation de l'hôpital psychiatrique le plus proche après information et accord de l'autorité judiciaire<sup>37</sup>.

33- Dahir n° 1-99-200 du 25 août 1999 portant promulgation de la loi n° 23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires ; Bulletin officiel n° 4726 du 16 septembre 1999.

34-Décret n° 2-00-485 du 3 novembre 2000 ; Bulletin officiel n°4848 du 16 novembre 2000.

35- Article 98

36- Article 101

37- Article 101



## I-4- La législation relative à l'organisation hospitalière

Il s'agit du décret relatif à l'organisation hospitalière et de l'arrêté du ministère de la Santé portant règlement intérieur des hôpitaux.

### I-4-1- Le décret relatif à l'organisation hospitalière

Le décret du 13 avril 2007<sup>38</sup> définit les hôpitaux comme étant des établissements de santé ayant pour mission de dispenser, avec ou sans hébergement, des prestations de diagnostics, de soins et de services aux malades, blessés et parturientes. Ils garantissent la permanence des soins et les prestations de soins et d'aide médicale en urgence. Ils sont répartis, en fonction de la gamme de leurs prestations et de la nature de leurs équipements, en hôpitaux généraux et hôpitaux spécialisés et sont organisés, selon leur champ d'action et le niveau de leurs prestations, en hôpitaux locaux, provinciaux ou préfectoraux et centres hospitaliers régionaux. Les articles 11, 12 et 13 du décret disposent que chaque hôpital et centre hospitalier sont dirigés par un directeur, chargé de la gestion technique, administrative et financière de l'établissement. Il est assisté dans l'accomplissement de ses missions par des instances de concertation et d'appui. L'administration de chaque hôpital ou centre hospitalier est organisée en trois pôles de gestion : le pôle des affaires médicales, le pôle des soins infirmiers et le pôle des affaires administratives.

### I-4-2- Le règlement intérieur des hôpitaux

L'arrêté portant règlement intérieur des hôpitaux<sup>39</sup> traite, avec plus de détail, de l'organisation administrative hospitalière, de l'organisation des soins, de l'admission à l'hôpital, de l'organisation et la coordination des soins et des conditions de séjour, de la sortie de l'hôpital, de la sécurité, de l'hygiène et la gestion des risques, des devoirs du personnel de l'hôpital et de sa protection. Hormis la procédure et les conditions d'admission pour lesquelles l'arrêté parle spécifiquement de certaines catégories de malades comme les patients mineurs, les malades mentaux, les détenus... il ne réserve aux malades mentaux aucun traitement spécial qui prendrait en considération leur spécificité et leurs droits. Et même lorsqu'il traite de cette catégorie, il se contente de reprendre les dispositions du Dahir de 1959 relatives aux formes d'admission.

## II- L'état des lieux

### II-1- Les structures

Le Maroc dispose actuellement de 27 établissements publics spécialisés dans le traitement des maladies mentales<sup>40</sup>:

- Seize hôpitaux généraux disposant d'un service psychiatrique à Khouribga, El Jadida, Safi, Sidi Kacem, Casablanca-El Fida, Mohammedia, Laâyoune, Errachidia, Ifrane, Meknès, Inezgane, Ourzazate, Taroudant, Béni Mellal, Al Hoceima.
- Six hôpitaux psychiatriques spécialisés à Berrechid, Tit Mellil, Marrakech-Médina, Oujda, Tanger, Tétouan ;
- Trois hôpitaux psychiatriques dépendant des centres hospitaliers universitaires à Salé, Fès et Marrakech ;
- Un service psychiatrique dépendant d'un centre hospitalier universitaire à Casablanca ;
- Un service de pédopsychiatrie dépendant du centre hospitalier universitaire à Casablanca.

La capacité litière de l'ensemble de ces structures est selon les données fournies par le ministère de la Santé de 1725 lits.

**Tableau N° 1 : Typologie et capacité litière des hôpitaux généraux comprenant un service de psychiatrie<sup>41</sup>**

Nom de l'hôpital	Province ou préfecture	Vocation	Type	Capacité litière totale	Capacité litière en psychiatrie
Hassan II	Khouribga	Général	HP <sup>42</sup>	265	15
Mohammed V	El Jadida	Général	HP	352	15
Mohammed V	Safi	Général	HR <sup>43</sup>	466	48
Sidi Kacem	Sidi Kacem	Général	HP	206	8
Mohammed Bouafi	Préfecture d'arrondissements El Fida Derb Soltane	Général	HP	213	18
My Abdellah	Mohammedia	Général	HP	141	20
My Hassan Ben El Mehdi	Laâyoune	Général	HR	180	10
20 août d'Azrou <sup>44</sup>	Ifrane	Général	HP	87	30
Inezgane	Inezgane	Général	HP	310	70
Sidi Hassan Benaceur	Ouarzazate	Général	HP	225	30
Mokhtar Essoussi	Taroudant	Général	HP	230	40
Beni Mellal	Beni Mellal	Général	HR	457	45
Mohammed V	Al Hoceima	Général	HR	300	56
Ben Baja	Taza	Général	HP	317	32
Hoummane El Fatouaki	Errachidia	Spécialisé	HP	77	35
My Ismail	Meknès	Spécialisé	HP	180	58
<b>Total</b>				<b>4006</b>	<b>530</b>

40-Certains de ces hôpitaux sont actuellement fermés pour des raisons diverses (agrandissement, réaménagement, restructuration). Tel est le cas des hôpitaux d'Oujda et de Taza situés paradoxalement dans la même région.

41-Source : ministère de la Santé

42- Hôpital provincial / 43- Hôpital régional

44- Il s'agit d'un hôpital fantôme qui n'existe que sur le papier.

**Tableau N° 2 : Hôpitaux psychiatriques, localisation et capacité litière<sup>45</sup>**

Nom de l'hôpital	Ville	Capacité litière
H. Errazi	Berrechid	240
Tit Mellil	Tit Mellil	86
Marrakech Médina	Marrakech	160
Oujda	Oujda	17
Tanger	Tanger	55
	Tétouan	110
<b>Total</b>		<b>668</b>

**Tableau N° 3 : Hôpitaux et services de psychiatrie dépendant des CHU, localisation et capacité litière<sup>46</sup>**

Nom de l'établissement	Nature de l'établissement	Ville	Capacité litière
H. Errazi	Hôpital	Salé	170
Ibnou El Hassan	Hôpital	Fès	68
Ibnou Nafis	Hôpital	Marrakech	185
Service de psychiatrie	Service	Casablanca	104
<b>Total</b>			<b>423</b>

A propos des structures, il convient de soulever les remarques suivantes.

## II-1-1- Un mode de gestion inadapté

Les hôpitaux publics ont tous le statut de services de l'Etat gérés de manière autonome (SEGMA). Ce statut leur a été conféré pour assurer la proximité et la qualité des soins, œuvrer à l'utilisation commune des ressources et à la réduction du coût d'approvisionnement, de gestion et d'administration. Bien qu'elle soit utile, efficace et plus ou moins motivante, la gestion autonome peut représenter un obstacle au développement de la psychiatrie dont la gratuité des soins est, en principe, garantie par la loi. La psychiatrie est, par ailleurs, considérée par les responsables des structures hospitalières comme étant la plus coûteuse et la moins rentable des spécialités. Elle se caractérise à l'évidence par la hausse des coûts et des charges et par les exigences spécifiques des personnes souffrant de troubles mentaux en termes de nourriture, d'habillement, d'hygiène, de literie, etc.

Les CHU ont été érigés en établissements publics dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière en vertu de la loi n°37-80 du 15 janvier 1983 telle qu'elle a été modifiée et complétée. Ils sont soumis à la tutelle administrative du ministère de la Santé. L'autonomie financière fait que les hôpitaux dépendants des CHU établissent des tarifs pour tous les actes médicaux et les appliquent à tous les services y compris la psychiatrie. C'est ainsi que la consultation en psychiatrie est payante aux CHU, contrairement aux dispositions de la loi et aux normes internationales.

<sup>45</sup>-Source : ministère de la Santé.

<sup>46</sup>-Source : ministère de la Santé

## II-1-2- Une répartition géographique inégale

La répartition géographique des établissements psychiatriques sur le territoire marocain laisse apparaître des inégalités flagrantes dans la couverture des régions du pays. Les principaux établissements en termes de ressources humaines, de moyens et supports de traitement, de capacité litière et de qualité relative de service se trouvent sur l'axe Rabat-Casablanca- Marrakech. Alors que, à titre d'exemple, l'Oriental et le Sud avec respectivement un hôpital à Al Hoceima et un à Laâyoune restent très insuffisamment équipés en infrastructures psychiatriques.

Le déséquilibre de la répartition géographique est dû, entre autres, à l'absence d'une carte hospitalière fondée sur des études épidémiologiques, et qui prendrait en considération les besoins de la population, les droits humains et la citoyenneté égale des patients.

## II-1-3- Des structures insuffisantes

Les structures existantes sont, à l'évidence, du point de vue quantitatif, en deçà des besoins de la population. Elles ne répondent pas aux critères de disponibilité et d'accessibilité.

Dans le but de répondre à la demande grandissante en matière de santé mentale et en vue de surmonter les multiples difficultés dont pâtissent les structures actuelles, le ministère de la Santé avait envisagé de construire sept hôpitaux psychiatriques régionaux d'une capacité litière globale de 840 lits, soit 120 lits pour chacun. D'après les informations recueillies de différentes sources, le ministère avait prévu de construire ces hôpitaux à l'extérieur des villes et avait entrepris la recherche de terrains et lancé les études préliminaires. Or, il s'avère que l'idée de construire des hôpitaux psychiatriques régionaux extra-muros interiorise et consacre l'exclusion et la stigmatisation et va à l'encontre des tendances actuelles, concluantes en psychiatrie, qui insistent sur la vulnérabilité du malade mental et sur la nécessité d'intégrer le malade dans son milieu et ne pas l'éloigner de sa communauté. Convaincu que ce projet était voué à l'échec, le ministère a renoncé, à raison, à la création de ces hôpitaux.

## II-1-4- Des structures non opérationnelles

En dépit du manque considérable d'édifices hospitaliers et de la demande grandissante de la population, trois structures ont été récemment construites et, plus ou moins équipées sans, pour autant, être ouvertes aux usagers, sans aucune explication convaincante. Il s'agit de structures à Tiznit, Nador et Hay Mohammadi à Casablanca. L'état de ces constructions risque de se détériorer et leurs équipements se périmer sans, toutefois, avoir été utilisés. La plus grande menace reste celle de les détourner de leur destination initiale.

## II-1-5- Des structures inappropriées

L'architecture des établissements visités, à quelques exceptions près, n'est pas adaptée aux besoins des usagers de la psychiatrie. C'est dû en partie au fait que de nombreux établissements n'étaient pas initialement destinés à la prise en charge des malades mentaux (Khouribga par exemple), et en partie au fait que les plans établis pour la construction ne prenaient pas en considération les spécificités de la psychiatrie, les normes et les pratiques internationales valables ainsi que l'avis des usagers et du personnel.

Il en résulte que la plupart des structures présentent un caractère beaucoup plus asilaire qu'hospitalier et sont en contradiction patente avec les règles minimales de déontologie et de psychiatrie. Les exemples flagrants de ces structures avilissantes sont les services de psychiatrie de l'hôpital Mohammed V à Safi, de l'hôpital Moulay Ismail à Meknès et le pavillon réservé aux femmes de l'hôpital psychiatrique de Tétouan.

Le premier, sur deux niveaux, est d'une architecture médiocre et même déplorable. Les murs de séparation à l'intérieur du service sont décrépits et d'une saleté repoussante. Les portes sont barricadées avec des barres de fer. Les escaliers pour accéder au premier étage où se trouvent les chambres des malades sont délabrés et trop étroits pour permettre une évacuation d'urgence (malade, incendie ou autre) : il n'existe en conséquence aucune sécurité. Le sol en mosaïque est souillé de taches noirâtres. On peut déduire de tout cela une évidente marginalisation et un quasi abandon par rapport aux autres services de l'hôpital, plus fonctionnels.

Bien que la construction du deuxième soit récente, et initialement prévue pour remplacer un asile psychiatrique, elle ne répond ni aux normes architecturales et esthétiques relatives aux services de psychiatrie, ni aux besoins spécifiques des usagers de la psychiatrie. De plus, le bâtiment risque de s'effondrer sur les usagers et le personnel à cause de longues et très apparentes fissures dans les murs.

Le troisième est presque inaccessible. Construit à l'intérieur de l'espace hospitalier mais à l'écart, il faut, pour y accéder, emprunter un escalier extérieur qui représente l'équivalent de trois étages (car la ville se situe dans une zone montagneuse et a été édifée sur une pente plus ou moins abrupte). Ce pavillon de femmes, sur un seul niveau, occupe un angle du mur d'enceinte de l'hôpital. Il comprend une cour intérieure non couverte autour de laquelle se trouvent les chambres. Un des murs est mitoyen avec des immeubles de particuliers de trois à quatre étages dont les fenêtres donnent directement sur la petite cour et même sur quelques chambres, ce qui constitue une violation permanente et scandaleuse de l'intimité des femmes malades qui se trouvent dans ce pavillon.

Les jardins réservés aux promenades sont, soit inexistantes, soit très petits, pauvres en verdure et peu ou pas entretenus. Les salles de récréation et de loisirs, dignes de ce nom font défaut dans la plupart des établissements.

Dans l'ensemble, et hormis quelques exceptions, les structures ne sont pas conformes aux normes internationales et ne sont pas adaptées aux exigences du traitement des troubles mentaux. Dans certains cas, les responsables et les membres du personnel font de leur mieux pour combler les lacunes, en s'appuyant sur leurs propres moyens et efforts ou en impliquant d'autres acteurs de la société civile ou des autorités, mais leurs démarches ne peuvent nullement venir à bout des situations défectueuses des structures.

## II-1-6- Des Structures totalement négligées

Il est déplorable qu'une structure historique comme l'hôpital psychiatrique de Berrechid se trouve dans un état de délabrement total. Faute d'entretien et d'intérêt, cet hôpital tombe progressivement en ruine et se transforme quasiment en une décharge publique. Différents indicateurs témoignent de cette détérioration.

- Une bonne partie du mur de clôture s'est effondrée, ce qui menace sérieusement les membres du personnel, dont certains ont été effectivement agressés dans l'enceinte de l'hôpital par des malfaiteurs ;
- L'hôpital a été exproprié d'une partie du terrain qui l'abrite. Sa superficie, qui faisait partie intégrante de sa grandeur et sa valeur, a diminué de manière significative ;
- Certains services importants ont disparu comme la bibliothèque qui était la plus ancienne, la plus grande et la plus riche du genre et d'autres, comme les archives, sont menacés de déperissement ;
- Les ateliers qui permettaient d'occuper les patients mais aussi de les intégrer (ou de les réintégrer dans la société) et les rendre productifs ont été tous fermés ;
- Les espaces de loisirs et d'art thérapie comme le théâtre et la salle de cinéma ont été eux aussi purement et simplement fermés ;
- Les ordures remplissent les allées et les espaces entre les pavillons, et les odeurs nauséabondes dominant. L'hôpital ressemble à une décharge publique. Les reptiles et les chiens égarés trouvent refuge dans cet espace. Les bâtiments vétustes et abandonnés constituent un danger quotidien pour l'établissement tout entier ainsi que pour son environnement ;
- Les eaux usées sont visibles même dans la cuisine. Le réseau d'assainissement de l'hôpital qui charrie des immondices, est défaillant, entraînant la prolifération d'insectes en tous genres (cafards, mouches, moustiques,...) et libère des odeurs toxiques. Cette situation représente un danger sérieux pour l'environnement et pour la santé de toute personne ayant un contact avec l'établissement ;
- Des bâtiments ont été démolis sous prétexte qu'ils servaient d'abri pour les clochards, les délinquants et les malfrats, mais les gravats n'ont pas été évacués.

Il convient de signaler que les défaillances multiples dont souffre cet établissement proviennent, dans une certaine mesure, du fait que ce grand hôpital régional (d'une capacité litière de 240 lits) dépend, du point de vue administratif et légal, d'un petit hôpital local (d'une capacité litière de 45 lits). C'est le signe d'une stigmatisation administrative évidente à laquelle il est indispensable de mettre fin d'urgence.

## II-1-7- Une inobservation des conditions de surveillance et de sécurité

La disposition inappropriée des locaux de certains hôpitaux ne répond pas aux exigences de la surveillance et de la sécurité. Elle rend difficile la tâche du personnel médical et paramédical et l'expose à des agressions graves. Ces agressions sont courantes et ont fini par être considérées comme inévitables. Elles ont coûté la vie à un infirmier à l'hôpital Errazi de Salé et une psychiatre a été grièvement blessée à l'arme blanche à Béni Mellal. D'autres infirmiers dans différents établissements ont été agressés à cause justement de la défaillance des conditions de surveillance et de sécurité, notamment lorsqu'ils sont contraints d'assurer la garde dans des conditions défavorables.



## II-1-8- Un entretien réduit et une quasi absence de maintenance

On constate dans certaines structures des insuffisances graves en matière d'entretien et de maintenance. Le manque de vigilance et de suivi et l'absence de main d'œuvre qualifiée aboutissent à une nette dégradation des installations et des équipements des établissements hospitaliers, notamment des installations d'eau et d'électricité, des fenêtres et vitres, des portes et serrures, des toilettes et salles de bain,...

La mission a même constaté qu'une structure récemment construite ou réaménagée, comme celle de Tétouan se trouve, moins d'une année après sa mise en fonction, dans un état de délabrement avancé.

Ces défaillances, en apparence secondaires, causent évidemment un gaspillage important d'énergie, engendrent une dilapidation de ressources financières, limitées par ailleurs et sont à l'origine de la démotivation et du rejet de nombre d'acteurs et intervenants. Les interventions effectuées pour y mettre fin relèvent généralement du bricolage et sont le plus souvent motivées par des impératifs de sécurité.

## II-1-9- Des structures adaptées

Certaines structures peuvent être, du point de vue architectural, considérées comme des exemples à suivre tels le nouveau pavillon pour femmes construit à l'hôpital Errazi de Salé, le service de pédopsychiatrie récemment créé au CHU de Casablanca et le service d'addictologie à l'hôpital Ibnou El Hassan de Fès. L'espace, dans ces trois structures, est agréablement aménagé. La construction et les dépendances (réfectoires, salles polyvalentes, jardins), la sécurité, l'hygiène sont conformes aux normes internationales. Ces structures aérées répondent parfaitement aux besoins des usagers.

On peut également citer l'hôpital Saada de Marrakech. Bien qu'il ne fût pas initialement destiné à accueillir des personnes atteintes de maladies mentales, cet hôpital dispose, paradoxalement, d'une architecture et d'un aménagement de l'espace adaptés aux besoins des malades mentaux et aux exigences de la sécurité et de la surveillance.

## II-1-10- Une faible capacité litière

La capacité litière des structures existantes est très faible par rapport à la population et à l'état épidémiologique et se situe, de loin, en deçà des besoins et demandes de la population et des normes internationales, comme il ressort du tableau ci-après.

**Tableau N° 4 : Capacité litière fonctionnelle des établissements visités**

Etablissements	Date de la visite	Capacité litière totale	Lits pour hommes	Lits pour femmes
Berrechid	27 mars 2012	240		
Tit Mellil	28 mars 2012	86		
Bouafi	6 avril 2012	24	14	10
Service de pédo- psychiatrie – Casablanca	6 avril 2012	16		
Safi	3 avril 2012	30		
Salé	4 avril 2012			
Marrakech Ibnou Nafis	12 avril 2012	185		
Marrakech Saada	12 avril 2012	160		
Béni Mellal	17 avril 2012	45		
Khouribga	18 avril 2012	15		
Meknès	24 avril 2012	58	29	29
Fès	24 avril 2012	68	44	24
Tanger	26 avril 2012	55		
Casablanca - CHU	2 mai 2012	100		
Centre pour les adolescents Agdal Rabat	2 mai 2012			
Tétouan	22 mai 2012	90	70	20
Inezgane	29 mai 2012	70		
Taroudant	29 mai 2012	40		
Laâyoune	6 juin 2012	25	13	12
Al Hoceima	13 juin 2012	56		
Ouarzazate	6 juillet 2012	36	30	6

Au lieu de faire l'objet d'augmentation, compte tenu de la prévalence des maladies mentales et des exigences de prise en charge, on remarque paradoxalement que la capacité litière est, partout et depuis des années, en baisse continue.

Alors qu'elle atteignait à Berrechid seulement vers le milieu des années 1970 un millier de lits, elle ne dépasse guère actuellement 240 lits. Et à Tit Mellil, elle est passée de 400 lits à 140, puis à 120 pour finalement se situer à 86 lits. Soit, en fin de compte, une baisse d'environ 80 %. A Meknès, le nombre de lits réservés aux malades mentaux, qui atteignait initialement 120, n'en garantit plus que 58.

La diminution de la capacité litière pourrait certes être interprétée, notamment pour une unité précise, comme une humanisation des conditions d'accueil et d'hébergement des patients. Mais à l'échelle nationale, et en l'absence d'alternatives et de politique clairvoyante de santé mentale, elle ne peut qu'aboutir à la violation des droits des malades mentaux et à la limitation ou l'anéantissement des possibilités d'hospitalisation pour ceux qui en ont besoin ou qui peuvent présenter un danger pour eux-mêmes ou pour les autres.



## II-2- Les équipements

### II-2-1- Un mobilier insuffisant et détérioré

Les bureaux des établissements visités sont généralement pauvres en équipements et fournitures. Tables et chaises, vieilles et bancales, rangements détériorés et insuffisants : cet état affligeant de l'ensemble du mobilier s'observe dans la majorité des structures. Dans de telles conditions, un travail suivi et scrupuleux ne peut être assuré. Ce délabrement se répercute aussi bien sur le personnel médical et paramédical que sur les usagers et leur famille, altère la qualité du service et nuit au climat de confiance et d'assurance qui doit, normalement régner dans une unité médicale.

### II-2-2- Des moyens de sécurité et de surveillance très insuffisants

Les moyens de sécurité comme ceux d'extinction des incendies sont, soit inexistantes, soit insuffisants, et sont en conséquence inadaptés aux besoins de l'établissement. Certaines structures comme Béni Mellal Inezgane ne disposent même pas d'une ligne téléphonique intérieure qui permettrait aux membres du personnel de communiquer entre eux en cas d'urgence.

Les moyens de surveillance font défaut dans la majorité écrasante des établissements visités. Doublée de la disposition inadéquate des locaux et de la qualité inadaptée des vitres et des barreaux, l'absence de moyens de surveillance comme les caméras dans les couloirs donne lieu à des suicides qui auraient pu être évités, à des fugues banales et à des agressions entre malades ou de malades contre des membres du personnel. Ainsi, à Inezgane, les chambres du service psychiatrique s'échelonnent en arc de cercle le long d'un couloir fermé : la surveillance de l'ensemble est impossible du fait de cette disposition circulaire et close, donc totalement inadaptée.

### II-2-3- Un manque d'ambulances

La plupart des établissements ne disposent pas d'une ambulance pour transporter un malade mental ou pour l'évacuer en cas d'urgence ou de co-morbidité. Si cela ne pose généralement pas de difficulté lorsque l'établissement est un service se trouvant au sein d'un hôpital multi-spécialités, il constitue par contre un problème majeur lorsqu'il s'agit d'un hôpital psychiatrique isolé dans la ville comme c'est le cas de l'hôpital de Tétouan, ou en rase campagne et presque inaccessible (longue portion de piste) comme c'est le cas de l'hôpital de Tit Mellil.

### II-2-4- Une literie très détériorée

La plupart des établissements visités, notamment en dehors de l'axe Rabat-Casablanca-Marrakech, utilisent des sommiers rongés par la rouille, des matelas en mousse poreuse, avachie et souillée et de vieilles couvertures sales et souvent trouées. Cette absence d'attention à la literie, comme d'ailleurs à d'autres prestations concrètes de base, révèle au fond le peu de considération accordée aux usagers de la psychiatrie par l'institution. Les efforts de nettoyage et les travaux de ménage et d'entretien effectués dans la plupart des établissements ne parviennent nullement à résoudre ce problème, devenu structurel.

## II-2-5- Des Isolements inhumains

La chambre d'isolement fait partie intégrante des équipements spécifiques d'un établissement psychiatrique. Elle sert, comme son nom l'indique, à isoler un malade agité dont l'état de santé constitue un danger pour lui-même ou pour autrui, en l'enfermant dans une chambre. Considérant la gravité et le caractère exceptionnel de l'isolement, il ne peut être effectué que sur décision d'un psychiatre, pour une durée strictement limitée et dans une chambre totalement sécurisée dont la surveillance est facile, pour ne citer que les principales conditions.

En ce qui concerne les établissements visités, aucun isolement ne répond aux critères internationalement reconnus en la matière. Certains isolements ne sont pas du tout sécurisés et leur disposition impropre ne facilite pas leur surveillance. Avec pour seul meuble une paille/matelas, et avec des robinets parfois cassés et des toilettes à la turque, ils sont loin d'être des lieux d'hospitalisation. En plus, ils ne permettent pas le respect de l'intimité du patient (à Laâyoune, à titre d'exemple, il n'existe aucune séparation entre le matelas et les toilettes). D'autres (les quatre isolements du CHU de Casablanca) sont totalement obscurs, avec des portes en fer consolidées.

Il convient de signaler que certains établissements ne disposent pas d'isolements à proprement parler et sont contraints, le cas échéant, à transformer les chambres d'hospitalisation en chambres d'isolement et vice-versa.

## II-2-6- Des salles polyvalentes sous-équipées

Dans la plupart des établissements visités, les salles polyvalentes ne sont pas équipées comme il se doit. Les possibilités de détente et de distraction comme la télévision, la radio, les projecteurs, sont absentes et les jeux de société inexistant (cartes, échecs,...) dans la plupart des établissements.

## II-2-7- Une climatisation et un chauffage quasi-absents

Les équipements de climatisation et de chauffage font également défaut dans la quasi-totalité des établissements fonctionnels visités. Ce manque se répercute négativement sur le personnel et sur les malades et rend la vie difficile dans ces établissements, été comme hiver, notamment dans les régions intérieures du pays. L'absence de climatisation s'étend, dans certains établissements, à la pharmacie qui contient des médicaments sensibles à la chaleur.

## II-2-8- Repas et matériel de cuisine

Dans la quasi-totalité des établissements visités, la confection des repas est confiée à des traiteurs qui font peu de cas des exigences diététiques de base. Dans plusieurs établissements, les repas sont servis par souci de commodité dans des assiettes en matière plastique de mauvaise qualité. Les ustensiles de cuisine utilisés sont dans certains établissements dans un état lamentable. C'est le cas, par exemple de l'hôpital de Berrechid où les fourneaux à gaz endommagés et les marmites utilisés datent de plusieurs décennies.

## II-2-9- Un état de délabrement avancé des sanitaires

Les équipements sanitaires se trouvent, dans la majorité des établissements visités, dans un état de délabrement avancé. La détérioration de ces équipements résulte, dans une large mesure des installations inadéquates, du défaut d'entretien de la robinetterie et des conduites et de l'utilisation dommageable par les usagers. Les émanations incommodantes, parfois nauséabondes, que dégagent les douches et les toilettes (souvent bouchées par des objets hétéroclites) portent à elles seules atteinte à la dignité humaine et rendent la vie et le travail insupportables dans ces établissements, pour les malades comme pour les professionnels.

## II-2-10- Une laverie déficiente

La laverie est, dans la plupart des établissements, externalisée. Mais, pendant des années, certains établissements, comme celui de Berrechid, ne disposaient même pas de lave-linge (actuellement on en compte quatre) et tout se faisait à la main.

La mission a noté que dans la majorité des établissements, les vêtements des malades sont sales et élimés, faute de vêtements de rechange suffisants et de régularité dans le lavage du linge.

## II-3- Le personnel et la prestation de services

### II-3-1- Le personnel

Le tableau ci-après donne un aperçu de l'effectif médical et paramédical mis à la disposition des établissements psychiatriques du secteur public ainsi que de sa répartition géographique.

**Tableau N° 4 : Effectif du personnel médical et paramédical du secteur public en psychiatrie et sa répartition géographique**

Régions	Provinces et préfectures	Personnel médical	Personnel paramédical
Oued eddhab – Lagouira	Aousserd Oued eddhab	0	1
Laâyoune- Boujdour- Sakia Lhamra	Boujdour Laâyoune Tarfaya	1	11 1
Guelmim- Smara	Assa Zag Smara Guelmim Tantan Tata	1 1	1 4 1

# Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique

Mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux

Souss – Massa- Derâa	Agadir Ida outanane	1	1
	Chtouka Aït Baha		
	Inzegane Aït Melloul	3	19
	Ouarzazate	1	13
	Sidi Ifni		
	Taroudant	1	11
	Tinghir		
	Tiznit		8
El-Gharb- Chrarda- Beni Hssen	Zagora		
	Kenitra	3	2
	Sidi Kacem	2	11
Chaouia Ouardigha	Sidi Slimane		
	Ben Slimane	2	1
	Berrechid	4	44
	Khouribga	1	11
Marrakech Tensift Al Haouz	Settat		4
	Al Haouz		1
	Chichaoua	1	1
	Kelaâ Sraghna	2	5
	Essaouira	4	14
	Marrakech	9	21
Région orientale	CHU Marrakech		40
	Rehamna		1
	Berkane	1	4
	Driouch		
	Figuig		4
	Jrada		2
	Nador	2	22
Oujd- Angad	3	30	
Grand Casablanca	Taourirt		1
	Aïn Chok	1	2
	A.Sebaa H.Mohammadi	2	6
	EL Fida Mers Sultan	2	13
	Ben Msick	1	2
	Casablanca Anfa	2	9
	CHU Casablanca	35	44
	Hay Hassani	2	2
	Mechouar		
	Médiouna	3	14
	Mohammedia	2	9
	Moulay Rachid	2	3
	Nouaceur		
Sidi Bernoussi	1	1	

## Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique

Mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux

Rabat Sale Zemmour Zaer	Khemisset	2	7
	Rabat	5	3
	CHU Rabat Salé	26	81
	Services centraux	1	1
	Salé	3	4
	Skhirat Temara	3	3
Doukkala Abda	El Jadida	3	8
	Safi	1	11
	Sidi Bennour		
	Yousseoufia		
Tadla Azilal	Azilal	1	6
	Beni Mellal	1	17
	Fquih Ben Saleh		
Meknès Tafilalet	El Hajeb		1
	Errachidia		20
	Ifrane	1	4
	Khenifra	1	9
	Meknès	3	36
	Midelt		3
Fès Boulemane	Boulemane	1	3
	Fès	3	2
	CHU Fès	8	25
	My Yacoub		
	Sefrou		1
Taza El Hoceima Taounate	Al Hoceima	2	17
	Guercif		1
	Taounate		
	Taza	2	12
Tanger Tétouan	Chefchaouen	1	6
	Fahs Anjra		
	Larache	2	4
	M'diq – Fnideq		1
	Ouazzane		
	Tanger Assilah	5	31
	Tétouan	1	26
<b>Total</b>		<b>172</b>	<b>740</b>

Il ressort du tableau ci-dessus que l'effectif du personnel médical et paramédical disponible en psychiatrie dans le secteur public est fort loin de répondre aux normes universellement établies et reconnues. Il convient de signaler, pour avoir une idée de l'énorme fossé entre la réalité existante et les normes, qu'il est recommandé d'avoir entre 0,25 et 1 psychiatre par 10.000 habitants et au moins 0,25 infirmier par malade. En plus de la grave pénurie en ressources humaines, qu'il s'agisse du personnel médical ou paramédical, il convient de noter, à propos des ressources humaines affectées à la psychiatrie les remarques suivantes :

## II-3-1-1- Le personnel médical

■ Les 172 psychiatres du secteur public sont inégalement répartis sur les établissements psychiatriques du pays. 35,5% de ces psychiatres se trouvent dans les seuls CHU de Casablanca et Rabat, avec 35 psychiatres à Casablanca et 26 à Rabat, soit au total 61 psychiatres. Au CHU de Fès, il y a huit psychiatres et neuf au CHU de Marrakech, alors que le chiffre le plus élevé pour les autres établissements ne dépasse pas cinq, ce qui représenterait approximativement pour une ville comme Agadir un psychiatre pour 70 000 habitants.

Le nombre élevé de psychiatres dans les CHU peut être partiellement expliqué par la nature des CHU en tant qu'institutions de formation et de recherche scientifique, mais cela crée, ipso facto, un déséquilibre très important entre les établissements de psychiatrie, notamment si l'on prend en compte des paramètres comme le rapport avec la capacité litière, les questions de qualité et de proximité, le principe d'égalité dans les soins et, en général le droit de tout citoyen à la santé. Ce déséquilibre se répercute nécessairement sur les conditions de travail et sur la qualité du service.

■ La majorité des psychiatres, soit 54% est à Casablanca et sa région (53) et Rabat (40).

■ Nombreux sont les établissements d'hospitalisation qui n'ont qu'un seul psychiatre bien qu'ils aient une capacité litière assez élevée. Tel est le cas des services de psychiatrie de Safi (30 000 habitants), de Laâyoune (185 000 habitants), de Taroudant, de Béni Mellal (170 000 habitants), de Khouribga, de Ouarzazate (60 000 habitants) et de l'hôpital de Tétouan (320 539 Habitants).

Outre qu'il représente, en soi, un grand handicap, le fait, pour un établissement hospitalier psychiatrique, de ne disposer que d'un seul médecin psychiatre crée énormément de problèmes, notamment en termes de gestion de la garde, de l'astreinte et de la nécessité de concertation dans certains cas.

■ Certains psychiatres seraient affectés contre leur volonté ou par mesure disciplinaire officielle ou implicite dans des régions déshéritées, ce qui ne manque pas de peser et sur leur rendement et sur leur relation avec les usagers.

## II-3-1-2- Le personnel paramédical

Le dysfonctionnement principal concernant le personnel paramédical est l'absence d'un statut de l'infirmière et de l'infirmier en psychiatrie, seul moyen de définir leurs droits et leurs devoirs, compte tenu de la particularité des tâches qu'ils accomplissent, des risques qu'ils encourent, de la considération et des gratifications qu'ils méritent.

La pénurie de personnel en psychiatrie contraint les infirmières et les infirmiers spécialisés à accomplir des tâches qui ne sont pas les leurs (faire la vaisselle, laver du linge, nettoyer les locaux,...) et à travailler au-delà de leur énergie. Ils se sentent, dans leur majorité, lésés et amoindris par cette carence du service public hospitalier. A leurs yeux, ce problème a deux solutions complémentaires, une définition claire et nette des rôles de chacun et le recrutement de personnel qualifié pour les tâches qui ne relèvent pas de la compétence du personnel paramédical.



Le personnel paramédical ne bénéficie pratiquement d'aucun programme spécifique de formation continue. La formation que reçoivent certains d'entre eux revêt un caractère général et est le plus souvent adressée à tous les infirmiers, toutes spécialités confondues.

La formation continue n'est généralement ni appropriée ni adaptée compte tenu de la nature de la mission du personnel paramédical et de son extrême sensibilité, ni suffisante en raison du nombre important de sollicitations et d'attentes. En fait, Le ministère n'accorde pas à la formation continue des infirmières et infirmiers l'intérêt qu'elle mérite eu égard à la spécificité de la psychiatrie comme entité à part entière, aux progrès réalisés dans l'approche et le traitement des maladies mentales et à la consolidation progressive de la relation entre santé mentale et droits humains.

Le personnel paramédical souffre en outre du manque de sécurité et de protection. Les infirmiers se sentent menacés par les usagers de la psychiatrie et parfois même par leur famille. Des agressions ont en effet régulièrement lieu à l'encontre du personnel. Ce problème se pose avec acuité pour les infirmières et infirmiers qui se trouvent obligé(e)s d'assurer les gardes de nuit ou les fins de semaine en nombre restreint. Ils assurent leur service dans un dénuement sécuritaire quasi total (peu d'agents de sécurité, pas de signal d'alarme ni caméra de surveillance).

Certains infirmiers et infirmières souffrent des mauvaises conditions de vie et de travail. L'hôpital psychiatre de Tit Mellil représente l'exemple type de cette déficience structurelle. Les infirmiers et surtout les infirmières de cet hôpital souffrent d'au moins trois problèmes majeurs :

- le problème de transport : il n'existe aucun moyen de transport public entre la ville de Casablanca et l'hôpital séparés par une trentaine de kilomètres ;
- le problème du logement concomitant au précédent, car l'hôpital se trouve isolé et les infirmières sont, soit obligées de loger dans des taudis adjacents à l'hôpital, soit de revenir vers Casablanca par leurs propres moyens, ce qui représente une obligation onéreuse et épuisante ;
- Le problème de l'approvisionnement de l'hôpital et de ses dépendances en eau potable : aucun raccordement au réseau général de distribution n'est établi, ce qui oblige l'hôpital, son personnel et ses usagers à utiliser l'eau d'un puits.

Enfin, les infirmières et les infirmiers se trouvent souvent stigmatisé(e)s lorsqu'ils sont amené(e)s à conduire un malade mental qui souffre d'une co-morbidité vers un service censé l'accueillir. Ce malade est supposé par les autres services, être dément, agressif, sale et donc fauteur de troubles. L'infirmière et l'infirmier de psychiatrie sont souvent, dans ce cas de figure, mal reçus et parfois même malmenés et sont obligés de supporter des comportements inacceptables et injustifiés émanant de leurs pairs.

### II-3-1-3- Le personnel assistant spécifique à la psychiatrie

Il s'agit d'un personnel expérimenté et requis par la nature même de la psychiatrie et de la maladie mentale, par l'évolution des approches, des idées et des normes et par la généralisation des bonnes pratiques. Ce personnel comprend :

Le médecin généraliste : très rares sont les établissements qui disposent d'un médecin généraliste, indispensable pour les urgences et dans les cas de co-morbidité par exemple ;

Le psychologue : aucun établissement ne dispose d'un psychologue. D'après les professionnels de la santé mentale, les psychologues lauréats des facultés de lettres sont nombreux au Maroc, mais ceux

qui ont reçu une formation en psychologie clinique sont très rares, ce qui empêche leur recrutement ;  
Les spécialistes en art thérapie et/ou en ergothérapie : seuls les hôpitaux ou services dépendant des CHU disposent d'une pratique d'art thérapie ou d'un ergothérapeute. Les autres établissements n'en disposent pas, souvent par faute de ressources humaines ou/et faute de conception ou de perception de l'importance cruciale de l'art thérapie et de l'ergothérapie dans le processus de traitement ;  
Les assistants sociaux : les établissements hospitaliers en psychiatrie ne disposent que très rarement d'un(e) assistant(e) social(e). S'il en existe, il ou elle se partagent souvent entre tous les services de l'hôpital.

## II-3-2- La prestation des services

### II-3-2-1- L'administration et le contrôle des autorités judiciaires

L'administration est, dans la majorité écrasante des structures, gérée de manière traditionnelle et n'est, que très rarement, informatisée. La base des données disponible est strictement basique et ne répond ni aux normes internationales, ni aux besoins de la recherche et de l'investigation. Dans la plupart des établissements, les procédures d'admission et d'hospitalisation et les chartes des droits et devoirs des usagers et du personnel ne sont pas affichées et les dossiers médicaux ne sont pas tenus comme il se doit.

Les autorités judiciaires, qui ont un droit et une obligation de regard sur le fonctionnement légal de ces établissements et leur conformité avec la loi, n'effectuent les visites prévues par la loi que très rarement, et les rapports qu'elles établissent sont, à quelques exceptions près, formels et plus ou moins superficiels. Ces rapports restent en conséquence sans suivi de la part de la justice comme de la part des services du ministère de la Santé.

### II-3-2-2- L'accueil et l'admission

L'accueil se passe généralement dans des conditions normales, en fonction de la disponibilité des effectifs et de l'espace. Certains établissements tiennent à faciliter l'accueil et l'accessibilité en aménageant un espace fonctionnel et en mettant en place une unité spéciale, mais la plupart travaille avec le strict minimum de moyens.

L'admission est, par contre, plus ou moins compliquée. Elle n'est pas à la portée de tout le monde, notamment dans les structures qui refusent de dépasser leur capacité litière. Toutes les structures, sans exception, se plaignent des problèmes que crée le surpeuplement et s'en prévalent pour refuser l'admission d'un malade qui en a réellement besoin. Certaines d'entre elles essaient, devant l'insistance des familles, de trouver des solutions à ce problème épineux, soit en obligeant la famille qui arrive à hospitaliser un malade à revenir le récupérer le plus tôt possible, soit en exigeant de la famille qui tient à hospitaliser un patient de ramener ce malade qui s'est relativement stabilisé chez les siens, soit en demandant à la famille de fournir les frais de transport nécessaires au retour du malade rétabli chez lui.



## II-3-2-3- L'hospitalisation

L'hospitalisation dépend, en général, de la nature de la structure, de ses équipements, de son encadrement et des ressources humaines et financières dont elle dispose. Les locaux affectés à l'hospitalisation sont, dans la majorité des établissements, dans un état de décrépitude déplorable et pourvus d'un mobilier réduit et sont de surcroît surpeuplés. Dans de telles conditions, clairement défavorables, l'hospitalisation est plutôt perçue par la plupart des familles, notamment les familles pauvres, comme une simple « garde » ou plus exactement comme une séquestration<sup>47</sup> du malade jusqu'à nouvel ordre, et non pas comme un acte thérapeutique.

## II-3-2-4- Les soins

Les soins dispensés aux malades, pendant l'hospitalisation comme en ambulatoire, sont basiques et presque classiques dans la plupart des structures visitées. Trop souvent, aucun effort n'est déployé pour développer des méthodes plus actuelles et des moyens de traitement modulables.

L'institution psychiatrique se trouve ainsi dans l'incapacité de mettre à jour les connaissances scientifiques initialement acquises par ses équipes et d'adapter les protocoles de soins aux exigences sans cesse en évolution du traitement de la maladie mentale. Trop souvent, et en toute connaissance de cause, des médicaments -dont l'efficacité n'est plus que relative- sont administrés au prétexte de la modestie des ressources disponibles.

41

## II-3-2-5- Les médicaments

La mission d'information a mis en évidence deux remarques majeures.

Les médicaments distribués dans les établissements de psychiatrie appartiennent tous aux anciennes générations. Les nouvelles générations de médicaments développant moins d'effets secondaires ou indésirables, plus efficaces mais plus onéreux, ne sont pas disponibles. Les difficultés financières mais aussi l'absence parfois de volonté de modernisation embarrassent les soignants, leur créent des problèmes de conscience et leur font perdre confiance dans la crédibilité du travail qu'ils accomplissent et des médicaments qu'ils prescrivent.

Par ailleurs, les médicaments disponibles ne sont généralement pas conservés dans des conditions adéquates, faute de réfrigérateurs, de congélateurs et de climatiseurs, et ce même dans les structures se situant dans des régions où la température peut atteindre 45° pendant l'été ou baisser à -0° pendant l'hiver.

47- Le groupe a pris connaissance, à Taroudant par exemple, de certaines correspondances par lesquelles des familles demandent à l'autorité provinciale d'intervenir auprès de la direction de l'hôpital pour « séquestrer leur malade pour la plus longue durée possible ».

## II-3-2-6- Les archives

Rares sont les établissements qui réservent un traitement minutieux aux archives, permettant leur utilisation à des fins scientifiques ou autres. Toutefois, il convient de signaler que les personnes auxquelles les archives sont confiées sont généralement conscientes des règles déontologiques de confidentialité et du secret professionnel et défendent l'accès aux archives à toute personne non habilitée légalement.

## II-3-2-7- L'expertise

La mission d'information a remarqué que, dans les régions où il n'y a qu'un seul médecin psychiatre, les expertises médicales ordonnées par les juridictions, notamment en matière pénale, sont le plus souvent confiées à ce médecin qui peut avoir suivi par ailleurs le cas de l'intéressé. Il s'agit, à l'évidence d'une incompatibilité qui peut donner lieu à des pratiques malsaines et contraires à la déontologie.

## II-3-2-8- L'alimentation

Exception faite de quelques établissements, particulièrement ceux dépendant des CHU, les repas administrés aux malades sont, dans leur ensemble, insuffisants et déséquilibrés. Les sociétés privées qui s'occupent très souvent de la restauration ne tiennent pas compte des critères diététiques de l'alimentation et ne prennent pas en considération les besoins particuliers des malades et leur traitement.

## II-3-2-9- L'hygiène

comme pour les autres maladies, l'hygiène est une composante essentielle du traitement de la maladie mentale. Elle constitue en même temps un indicateur du degré de respect de la dignité inhérente à la personne humaine.

Pourtant, les carences relevées dans ce cadre sont nombreuses et portent nettement atteinte au droit des malades à un hébergement décent qui préserve leur dignité. La mission d'information a relevé notamment :

- La rareté des produits d'hygiène et de nettoyage nécessaires à la propreté des usagers ;
- La faible fréquence des prises de bains par les malades ;
- Le mauvais état des vêtements que portent les malades ;
- La rareté des détergents et des matériaux nécessaires au nettoyage des locaux ;
- L'état désastreux des toilettes et des douches ;
- La propagation des saletés et des mauvaises odeurs.

## II-3-2-10- Les passerelles de réinsertion

Bien qu'importante et faisant partie de la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, la phase de réinsertion après l'hospitalisation ne fait l'objet d'aucun intérêt. C'est l'une des raisons de l'échec presque fatal du traitement en ambulatoire. Les passerelles de réinsertion permettent à l'usager de la psychiatrie de récupérer progressivement la confiance en soi et de se sentir utile et reconnu comme citoyen.

Il convient de signaler à ce propos que, grâce aux efforts déployés par une psychiatre, une association pour la réinsertion des malades mentaux a été créée à Fès. Avec des ateliers d'art et d'artisanat et des salles de jeux dont dispose le siège de l'association, un travail conséquent et régulier est effectué avec les malades pour leur permettre une réadaptation sociale.

## II- 4- La protection des groupes vulnérables

Il s'agit des catégories de personnes qui nécessitent un intérêt particulier et une prise en charge adaptée à leur condition spécifique comme les femmes, les enfants, les personnes âgées et les toxicomanes.

### II- 4-1- Les femmes

la mission d'information a remarqué que les établissements, dans leur majorité, n'intègrent pas le genre dans leurs plans et leur approche et n'accordent pas aux femmes l'intérêt qui leur est dû compte tenu de leur spécificité.

Or les responsabilités et les rôles multiples assumés actuellement, et de plus en plus, par les femmes et les pressions qu'elles subissent quasi- systématiquement dans la vie quotidienne les exposent à des risques de troubles mentaux ou de comportement. Ces pressions sont généralement liées à la discrimination et aux différentes formes de violence fondée sur le sexe.

C'est justement pour ces raisons que les femmes psychologiquement en souffrance doivent bénéficier d'un traitement adapté à leur vulnérabilité, en termes de sensibilisation, d'information, d'accueil, d'admission et d'hospitalisation. Elles doivent être particulièrement protégées contre toute discrimination et contre tous les abus, y compris les abus sexuels, et contre toute exploitation physique. Elles doivent également avoir une vie privée adéquate et bénéficier lors de l'hospitalisation d'un environnement agréable et de conditions de vie respectueuses de leur dignité et de leur spécificité. La confidentialité de leur dossier doit être protégée et les informations relatives à la santé mentale d'une femme ne peuvent jamais être divulguées sans le consentement explicite et exclusif de celle-ci. Ce droit, valable pour tout malade, doit être particulièrement garanti pour les femmes, en raison des pressions des familles et des maris.

## II-4-2- Les enfants

Les troubles mentaux et du comportement survenant pendant l'enfance et l'adolescence sont généralement négligés ou/et méconnus et perturbent le développement de l'individu. L'absence de soins à cet âge de la vie peut avoir de lourdes conséquences pathologiques, sociales, économiques.

La pédopsychiatrie proprement dite est une discipline émergente dans notre pays et les pédopsychiatres ainsi que les établissements spécialisés en pédopsychiatrie sont encore très rares.

Un service de pédopsychiatrie a été récemment créé au CHU de Casablanca et peut être considéré, de par sa conception, ses équipements et les efforts déployés par ses équipes, comme un exemple à suivre.

L'hôpital Errazi de Salé abrite pour sa part un service de pédopsychiatrie et un service de consultation à Agdal (quartier de Rabat) pour les adolescents.

Ce sont pratiquement les seuls services qui s'intéressent à l'enfant et à l'adolescent. Pour un pays dont les moins de 18 ans représentent près de la moitié de la population, il s'agit d'une insuffisance et d'une défaillance graves.

Eu égard à la prévalence des troubles spécifiques à l'enfance et à l'adolescence<sup>48</sup> et compte tenu du fait que, de nombreux troubles qui se signalent chez l'adulte existent à l'état latent ou manifeste durant l'enfance, il est indispensable de prêter à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent une attention particulière.

## II-4-3- Les personnes âgées

Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables. Si des maladies notoires comme la maladie d'Alzheimer semblent mieux connues et reconnues et diagnostiquées, certains troubles mentaux et du comportement comme les troubles dépressifs sont moins décelés parce qu'ils sont souvent considérés, à tort, comme inhérents à la sénilité ou au vieillissement. En l'absence d'une politique de santé mentale qui prendrait en considération cette catégorie sociale, sa spécificité et sa vulnérabilité en liaison, bien évidemment, avec les mutations profondes de la société et de ses valeurs (le vieillissement de la population est une donnée essentielle à cet égard), le Maroc est et restera, confronté d'une part, à une absence de prise en charge appropriée de personnes âgées souffrantes et d'autre part à de nombreuses hospitalisations de ces personnes, effectuées par commodité, le plus souvent inutiles, entraînant un surpeuplement de l'hôpital.<sup>49</sup>

48- Les deux grandes catégories de ces troubles sont : les troubles du développement psychologique et les troubles émotionnels et du comportement. Les premiers se caractérisent par des difficultés ou un retard dans l'acquisition de certaines fonctions telles que la parole et le langage ou par des troubles envahissants du développement comme l'autisme, et les seconds sont les troubles hyperkinétiques, les troubles déficitaires de l'attention, les troubles de conduite, et les troubles émotionnels de l'enfance.

49-la mission d'information a remarqué que l'hôpital de Berrechid abrite, depuis des décennies, presque une centaine de personnes âgées qui ne sont pas malades et qui devraient normalement être logées dans un centre social et non pas dans un hôpital psychiatrique

## II-4-4- Les toxicomanes

La toxicomanie est un trouble de conduite qui touche une large tranche de la population, notamment parmi les jeunes, et engendre de nombreux problèmes tels que des accidents, des traumatismes, des suicides, des violences. Il est donc indispensable de mettre en place une politique en accord avec les exigences de la prévention de la toxicomanie et de l'atténuation de ses effets.

Les services d'addictologie existant actuellement sont insuffisants par rapport à la prévalence de la dépendance alcoolique et aux stupéfiants, et presque inaccessibles aux faibles ressources financières des toxicomanes, dont de nombreuses cohortes totalement démunies, ne trouvent ni les moyens ni les structures susceptibles de mettre fin à leur souffrance.

## II-5- les établissements psychiatriques privés

Le Maroc compte, à la date de la rédaction du présent rapport (août 2012), 131 médecins psychiatres privés et une seule clinique privée<sup>50</sup> spécialisée.

Ces chiffres alarmants démontrent que le secteur privé ne peut absolument ni compenser le déficit du secteur public ni répondre à une demande pressante et en progression. En plus de la pénurie flagrante de psychiatres et d'unités dans le secteur privé, celui-ci est confronté à une multitude de difficultés.

- La spécificité de la psychiatrie dont les principales caractéristiques sont la cherté du coût de la consultation, de l'hospitalisation, des soins, la longue durée du traitement, la nécessité d'impliquer plusieurs intervenants et d'utiliser de nombreux supports,... n'est pas prise en considération par les autorités publiques, et ne fait pas l'objet d'une législation et d'une tarification spéciales ;
- La prise en charge des troubles mentaux, par la sécurité sociale et par le secteur des assurances est, soit inexistante, soit dérisoire par rapport aux coûts effectifs des actes psychothérapeutiques ;
- Les dispositions légales relatives aux cliniques privées exigent, pour autoriser leur ouverture, qu'elles disposent d'un bloc opératoire. Or, les cliniques psychiatriques n'ont pas besoin d'un bloc opératoire. C'est ainsi que la seule clinique privée existant au Maroc n'a pu voir le jour que par dérogation auxdites dispositions ;
- Les infirmiers et les infirmières spécialisés en psychiatrie, en exercice ou en formation, sont tous contractuels avec le ministère de la Santé. Il est donc impossible, pour une clinique psychiatrique privée, de recruter une infirmière ou un infirmier spécialisé ;
- Il existe un vide juridique concernant les risques liés à la psychiatrie et les garanties spécifiques à l'exercice de la psychiatrie, aux cliniques psychiatriques et aux médecins psychiatres privés.

50- Cette clinique se situe à Casablanca. D'une capacité litière de 25 lits, elle a ouvert ses portes au cours de l'année 2011.

## II-6- Société civile et psychiatrie

La société civile peut jouer un rôle prépondérant dans la prévention et la sensibilisation à la psychopathologie et dans la protection des droits des malades mentaux. Par conséquent, les associations intervenant dans cette sphère et œuvrant à la réalisation de ces objectifs doivent être encouragées et impliquées dans l'élaboration et la mise en œuvre des législations, des stratégies, des politiques et des programmes relatifs à la santé mentale. Il s'agit en effet de trois catégories d'associations.

1- Les associations des familles des malades mentaux jouent un rôle primordial dans la sensibilisation de la société à la pathologie mentale et dans le renforcement du processus de traitement. Elles cherchent à assurer la continuité et l'efficacité du traitement en dehors de l'hôpital, mais sont dans une lutte quotidienne et directe avec toutes sortes de problèmes soulevés par la maladie et ses multiples conséquences.

2- Les associations des usagers de la psychiatrie. Une première association de ce type vient de se constituer à Casablanca et revêt une grande importance, aussi bien pour les usagers eux-mêmes et la défense de leurs droits, que pour la société plus à même de comprendre les problèmes liés à la psychiatrie.

3 - Les associations des praticiens, une catégorie qui comprend quatre sortes d'associations.

- La Société marocaine de psychiatrie, société savante qui se concentre sur la recherche scientifique et la diffusion des nouvelles connaissances et conceptions en matière de psychiatrie et de santé mentale ;
- l'Association marocaine des psychiatres d'exercice privé qui rassemble les médecins psychiatres du secteur privé ;
- L'Association des médecins psychiatres du secteur public qui regroupe tous les psychiatres du secteur public quelle que soit la nature de l'établissement où ils exercent ;
- la société marocaine de pédopsychiatrie et professions associées, qui a pour objectif principal de développer la psychiatrie infanto-juvénile en tant qu'entité à part entière et d'accorder à l'enfance et à l'adolescence l'intérêt qu'elles méritent ;
- L'Association des infirmiers en santé mentale qui a pour objectif de contribuer à la promotion de la santé mentale et au tissage de liens entre ses membres et toute personne physique ou morale intéressée par la santé mentale.



## Conclusions générales

La santé mentale, en tant qu'exigence et condition du bien-être des citoyens, n'a pas la place qu'elle mérite dans les politiques publiques. Les principaux traits de la situation déplorable qui en découle sont :

- La désuétude et la non harmonisation du texte de loi relatif à la maladie mentale et des lois y afférentes ;
- L'insuffisance et l'inadéquation des structures en termes de répartition géographique, d'architecture, d'équipements, ... ;
- La non conformité de ces structures aux normes et aux exigences de sécurité et de surveillance ;
- La très grande pénurie du personnel médical et paramédical et l'insuffisance des programmes de formation et de formation continue ;
- L'absence de profils nécessaires en matière de psychiatrie tels que les psycho éducateurs, les psychologues cliniciens, les généralistes, les ergothérapeutes, les art thérapeutes, les assistants sociaux,.... ;
- La mauvaise qualité des services médicaux et non médicaux administrés aux usagers de la psychiatrie et des conditions de vie auxquelles ils sont soumis pendant l'hospitalisation ;
- La non disponibilité des nouvelles générations de médicaments qui sont plus efficaces et qui causent moins d'effets secondaires ;
- La stigmatisation générale des malades et même de leurs soignants ;
- L'insuffisance de l'intérêt prêté à la santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes âgées ;
- La non intégration de l'approche genre dans toutes les questions, de droit et de fait, relatives à la santé mentale.

Cette situation alarmante exige à court et à moyen terme une intervention forte, vigilante, minutieuse et pertinente et des mesures urgentes à mettre en œuvre aussi rapidement que possible.

## Recommandations

Au terme de sa mission, et tout en mesurant l'ampleur de la tâche qui incombe au ministère de la Santé, l'engagement et l'effort fourni quotidiennement par les équipes professionnelles engagées dans le domaine de la santé mentale, la mission d'information et d'investigation du CNDH formule les recommandations suivantes :

### Des mesures à adopter d'urgence

- Renoncer officiellement et administrativement à la création des sept hôpitaux régionaux qui étaient programmés, en réaffectant le budget initialement destiné à leur construction et à leur équipement et les ressources humaines qui étaient prévues pour leur encadrement aux établissements publics de psychiatrie existants selon leurs besoins ;
- Résoudre le problème du pavillon des femmes à l'hôpital de Tétouan, qui porte atteinte à la dignité et à l'intimité de ses usagères et arrêter le processus de délabrement de cette structure ;

# Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique

Mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux

- Constituer une commission mixte ad hoc pour étudier le cas de l'hôpital de Berrechid dans toutes ses dimensions et mettre en œuvre un processus de restauration et de réhabilitation de ce monument historique.
- Restaurer les structures existantes qui sont dans un état manifeste de délabrement ou d'effondrement imminent (Meknès, Safi, Khouribga);
- Dans l'attente de l'adoption d'une politique de santé mentale, établir pour les opérations de construction et de restauration des normes minimales prenant en compte la spécificité de ce type de structures.

## Un cadre légal à revoir

- Procéder, dans le cadre d'un large processus participatif, à la refonte de la loi du 30 avril 1959 relative à la prévention des maladies mentales et à la protection et au traitement des malades mentaux, harmonisée avec les normes internationales et adaptée aux nouvelles réalités de la santé mentale au Maroc. L'objectif est non seulement de combler les lacunes du texte en vigueur, mais aussi d'enrichir le futur texte par l'expérience de terrain de tous les acteurs, les bonnes pratiques relevées et les savoirs acquis ;
- Réviser les lois relatives à la sécurité sociale et aux assurances-maladie en vue de les adapter aux exigences particulières de la prise en charge psychiatrique ;
- Réviser la loi relative à l'ouverture des cliniques privées en tenant compte de la spécificité de la psychiatrie ;
- Adopter le statut de l'infirmier spécialisé en psychiatrie en définissant ses tâches, la contrepartie des risques qu'il encourt en assumant sa mission, ses droits et ses obligations.

48

## Une politique de santé mentale à concevoir et à mettre en œuvre

- Faire de la qualité de service et de vie, de la dignité inhérente à la personne humaine, du droit égal de tous à la santé mentale et physique, des objectifs primordiaux et transversaux de toutes les politiques et de tous les programmes de santé mentale ;
- Adopter d'urgence une politique publique de santé mentale distincte et intégrée, claire dans ses objectifs, précise quant aux moyens mobilisés et évolutive, à partir d'un débat public et d'une concertation avec toutes les parties intéressées ou concernées par les questions de la santé mentale, et avec le concours de l'expertise nationale et internationale.

Cette politique devrait à minima intégrer les composantes suivantes :

- Budgétiser la santé mentale en fonction de ses exigences spécifiques et consacrer un volet bien déterminé du budget de la Santé à la santé mentale ;
- Créer des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux qui n'en disposent pas ;
- Créer dans chaque établissement, qu'il soit un hôpital ou un service, une structure qualifiée permanente pour l'entretien et la maintenance des équipements ;
- Procéder à un redéploiement des structures et des ressources humaines en vue de combler, autant que faire se peut, la répartition géographique injuste et déséquilibrée et de garantir un respect minimum du droit égal de tous à la santé et des normes relatives au nombre des médecins et des infirmiers par rapport à la population et à la capacité litière ;

# Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique

Mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux

- Doter les établissements psychiatriques de psychologues, d'assistantes sociales, d'ergothérapeutes et/ou d'art thérapeutes.
- Assurer la disponibilité des nouvelles générations de médicaments.
- Encourager la psychiatrie et la pédopsychiatrie en tant que spécialités et filières d'enseignement au sein des facultés de médecine et à l'École de formation des infirmières et des infirmiers ;
- Développer les ressources humaines par tous les moyens d'encouragement et de motivation possibles ;
- Permettre aux médecins généralistes, qui le désirent, de faire une formation en psychiatrie pour qu'ils puissent contribuer à la résolution du problème de pénurie en psychiatres ;
- Donner plus d'intérêt à la psychiatrie infanto juvénile ;
- Intégrer l'approche genre de manière transversale dans la loi et les politiques relatives à la santé mentale ;
- Eduquer, informer et sensibiliser le grand public dans le cadre de la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion des personnes atteintes des troubles mentaux, et de la propagation de la culture et des valeurs des droits de l'Homme ayant trait à la santé mentale ;
- Mettre en place des structures susceptibles de surveiller la santé mentale de la population et élaborer des indicateurs qui renseigneraient sur le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux et sur la qualité et l'efficacité des soins qu'elles reçoivent ;
- Encourager et soutenir la recherche sur les différents aspects et impacts des maladies mentales, ainsi que la constitution et l'actualisation permanente d'une base de données nationale en matière de santé mentale ;
- Commémorer chaque année, et à partir de l'année en cours, la journée internationale de la santé mentale le 10 octobre, de manière à en faire une occasion nationale de sensibilisation, de débat et d'information à propos de la santé mentale ;
- Proposer une journée nationale de la santé mentale et de consolidation de la relation étroite entre santé mentale et droits humains.