

La santé mentale et les causes de suicide au Maroc

Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental

Saisine

Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental

La santé mentale et les causes de suicide au Maroc

Saisine



Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu L'assiste

Saisine

- Conformément à l'article 7 de la loi organique n°128-12, relative à son organisation et à son fonctionnement, le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) a été saisi par le Chef du Gouvernement en date du 15 juillet 2021 pour élaborer une étude sur la santé mentale au niveau national incluant un volet sur le suicide et les moyens de le prévenir.
- Dans ce cadre, le bureau du CESE a confié à la commission permanente chargée des affaires sociales et de la solidarité la réalisation de cette étude.
- Lors de sa 132ème session ordinaire, tenue le 31 mars 2022, l'Assemblée Générale du CESE a adopté, à l'unanimité, l'étude intitulée : « la santé mentale et les causes de suicide au Maroc».
- Elaboré sur la base d'une approche participative, l'étude est le résultat d'un large débat entre les différentes catégories qui composent le Conseil ainsi que des auditions organisées avec les principaux acteurs concernés¹.

Le Conseil Economique, Social et Environnemental
présente son rapport :

La santé mentale et les causes de suicide au Maroc

Rapport préparé par :

Commission des Affaires Sociales et de la Solidarité

Président de la commission : **Abdelahai Bessa**

Rapporteur de la thématique : **Jaouad Chouaib**

Experts internes : **Nadia Sebti et Ahmed Bendella**

Acronymes

AFR : Région Afrique (OMS)

AMR : Région Amériques (OMS)

ANAM : Agence Nationale de l'Assurance Maladie

BIT : Bureau International du Travail

BO : Bulletin Officiel

CESE : Conseil Economique, Social et Environnemental

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

CNDH : Conseil National des Droits de l'Homme

CNS : Comptes Nationaux de la Santé

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

COVID-19 : Corona Virus Disease appeared in 2019

DGAPR : Direction Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion

DRS : Direction Régionale de la Santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ENPTM : Enquête Nationale sur les Prévalences des Troubles Mentaux en population générale

ENVFF : Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes et aux Filles

EUR : Région Europe (OMS) EMRO : Région de la Méditerranée Orientale

ESSP : Etablissements de Soins de Santé Primaires

GSHS : Global School-based Student Health Survey

HCP : Haut-Commissariat au Plan

ICD : International Classification of Diseases

IPM : Indice de Pauvreté Multidimensionnelle

mhGAP : mental health Gap Action Programme (Programme d'action Comblé les

lacunes en santé mentale)

MIDUS : Midlife in the United States

MSPS : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

NEET : Not in Education, Employment or Training

NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

NMD : Nouveau Modèle de Développement

ODD : Objectifs de Développement Durable

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDH : Observatoire National de Développement Humain

ONU : Organisation des Nations Unies

ORS : Observatoire Régional de la Santé

SEAR : Région de l'Asie du Sud-Est (OMS)

TTA : Région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima

TOM : Taux d'Occupation Moyen

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

WPR : Région du Pacifique Occidental (OMS)

Synthèse

Au niveau international, l'OMS estimait en 2019, que près d'une personne sur huit dans le monde souffrait d'un trouble mental. Le suicide a, quant à lui, touché plus d'une personne sur cent. Or, malgré l'ampleur de ce constat et le fait que la santé mentale est considérée par l'OMS comme une composante essentielle et indissociable de la santé générale, la plupart des systèmes sanitaires négligent la santé mentale et n'offrent pas suffisamment les soins et l'accompagnement nécessaires. En effet, les États ne consacrent en moyenne à la santé mentale que 2% de leur budget dédié à la santé dans sa globalité. Dans les pays à revenus faibles ou moyens, plus de 75% des personnes souffrant d'un trouble mental n'auraient pas accès aux soins.

Au Maroc, et en l'absence de statistiques exhaustives et précises sur l'investissement public en matière de santé mentale, force est de constater, face à l'indigence actuelle de l'offre de soins psychiatriques (notre pays ne dispose que de 2431 lits réservés aux maladies mentales et seulement 454 psychiatres), le sous-investissement de l'État dans ce domaine.

Le CESE relève par ailleurs que la question de la santé mentale demeure appréhendée quasi-exclusivement sous l'angle de la maladie mentale et occulte le rôle prédominant des déterminants socioculturels de la santé. Ces déterminants sont multiples et regroupent des facteurs biologiques, des facteurs socioculturels (violence familiale et sociale, discrimination à l'égard des femmes, etc.) et des facteurs économiques (conditions de travail en milieu professionnel, chômage, ...). Alors que le système de soins n'impacte la santé qu'à hauteur de 20 à 30%, ces déterminants peuvent favoriser ou au contraire compromettre la bonne santé mentale des personnes, de manière plus ou moins marquée selon leur degré de vulnérabilité et l'ampleur des risques liés au milieu dans lequel elles évoluent.

En outre, plusieurs insuffisances ont été constatées au niveau du cadre légal et de l'expertise judiciaire, psychiatrique et psychologique. A cela s'ajoute les difficultés liées à l'internement judiciaire en établissement psychiatrique, à titre préventif ou pénal, pour les personnes présentant des troubles mentaux. Ces difficultés sont aggravées par les insuffisances en matière de capacité litière et d'infrastructures dédiées.

Partant de ce diagnostic, le CESE préconise une série de recommandations, dont il est permis de mettre en exergue les plus importantes, à savoir :

- Elaborer des politiques et programmes publics de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux et des risques psychosociaux visant à agir sur les déterminants socioculturels, de manière concertée entre les différents acteurs concernés et adossés à des indicateurs chiffrés et mesurables ainsi qu'à des études d'impacts sanitaires et sociaux.
- Améliorer l'accès des patients à des soins psychiques et psychiatriques de qualité, en phase avec l'évolution des connaissances et des traitements en matière de santé mentale et tenant compte des besoins spécifiques des patients liés à leur âge, leur condition socio-économique, leur environnement, et leurs vulnérabilités.
- Réviser et mettre à jour la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) concernant la prise en charge des troubles mentaux et la Tarification nationale de référence qui y est associée, en tenant compte des évolutions médicales de la prise en charge des troubles mentaux et en veillant à une tarification raisonnable.
- Promouvoir le développement de la profession de psychologue, ce qui implique de définir un statut juridique des psychologues et les inscrire dans une liste officielle nationale des psychologues.
- Renforcer les garanties juridiques et judiciaires des personnes atteintes de troubles mentaux, en vue de prendre en considération leur état de santé et leur assurer une meilleure protection. Pour ce faire, il convient (i) de réviser avant adoption le projet de loi 71-13 relatif à la lutte contre les troubles mentaux et à la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers, et (ii) de faire évoluer le Code pénal et le Code de procédure pénale en tenant mieux compte des spécificités de la maladie mentale et des besoins des patients concernés.
- Détecter précocement les idées et comportements suicidaires chez les enfants et les jeunes notamment dans les familles, les établissements scolaires et les prendre en charge rapidement dans le cadre d'un protocole pré-établi.
- Agir sur les risques psychosociaux dans le monde du travail en ratifiant la Convention N°190 de l'OIT sur la violence et le harcèlement; développant la médecine du travail au sein des entreprises; faisant évoluer le Code du travail en matière de reconnaissance du harcèlement moral; développant la liste des maladies professionnelles en y inscrivant les troubles psychiques et mentaux liés aux conditions de travail.

Introduction

La santé mentale est incontestablement une composante essentielle de la santé. Elle est considérée par l'OMS et le ministère de la Santé et de la Protection sociale comme un enjeu majeur de santé publique.

Selon l'OMS « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »². Cette définition a pour corollaire que la santé mentale est **le fondement du bien-être de l'individu et du bon fonctionnement d'une communauté**³ et ne se limite pas ainsi à l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

En 2004, l'OMS définit la santé mentale comme « **un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté** »⁴.

La maladie mentale appelée aussi trouble mental ou trouble psychiatrique, se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance.

L'ensemble des maladies et troubles mentaux est défini dans deux grands systèmes de classification internationale des maladies mentales : le «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5)» et «la Classification internationale des maladies (CIM 11)» dont le chapitre 6 est consacré aux « troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux ».

La maladie mentale et la santé mentale ne sont pas les extrêmes d'un même continuum **mais deux continuums distincts, bien que corrélés** ⁵.

L'étude longitudinale **MIDUS**⁶, réalisée de 1995 à 2005 aux États-Unis auprès d'adultes âgés de 25 à 74 ans, montrait que 75 % des participants sont exempts de troubles mentaux, alors que seulement 20 % des participants avaient une « santé mentale florissante », définie comme étant le niveau supérieur de santé mentale⁷.

2 - Constitution de l'OMS, adoptée par la Conférence internationale de la santé tenue à New-York du 19 juin au 22 juillet 1946, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

3 - <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

4 - WHO. (2004). *Promoting Mental Health : Concepts, Emerging Evidence, Practice – Summary Report*. Genève, Suisse : WHO.

5 - Corey L. M. Keyes, "The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 43, No. 2, *Selecting Outcomes for the Sociology of Mental Health: Issues of Measurement and Dimensionality* (Jun., 2002), pp. 207-222.

6 - *Mid Life Development in the United States* (<https://midus.colectica.org/>)

7 - Corey L. M. Keyes, "Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, Vol. 73, No. 3, pp.539-548.

Trois constats émergeaient de cette étude :

1. l'absence de troubles mentaux n'implique pas forcément une bonne santé mentale ;
2. la présence de troubles mentaux ne signifie pas nécessairement une mauvaise santé mentale ;
3. tout état inférieur à une santé mentale optimale est associé à un niveau de fonctionnement réduit, que la personne souffre ou non de troubles mentaux.

Cette étude avait également permis d'identifier qu'un faible niveau de santé mentale, même en l'absence de trouble mental, entraîne des répercussions sur le fonctionnement de l'individu similaires à celles des troubles mentaux : problèmes affectifs et cognitifs divers, problèmes de santé, forte utilisation des services de santé, faible productivité au travail.

Par ailleurs, il est aujourd'hui communément admis que les soins curatifs ne contribuent qu'à hauteur de 20% à 30% à l'état de santé, les 70 à 80% restants dépendant de déterminants sociaux, culturels, économiques et environnementaux de la santé.

Ainsi, promouvoir aujourd'hui la santé mentale implique de la considérer comme une ressource essentielle qu'il faut protéger, alimenter et soutenir⁸, et comme une question qu'il faut traiter sur les plans individuel, social, sociétal et bio- psychosocial.

Cette étude a ainsi pour objectif d'identifier les principaux dysfonctionnements et obstacles qu'il convient de traiter et de surmonter en matière de politique de santé mentale, de prise en charge des troubles mentaux et de prévention du suicide.

Le but est de contribuer à la construction d'une approche renouvelée de la santé mentale et de formuler des recommandations basées sur l'écoute la plus large des différentes parties prenantes en faveur de mesures actives de prévention, de protection, de soins et d'amélioration continue de la santé mentale.

8 - Isabelle Doré et Jean Caron, « Santé mentale : concepts, mesures et déterminants », dans : *Santé mentale au Québec*, 2017, XLII, n°1, 125-145.

I. Éléments notables du contexte

Les lourdes conséquences sur la santé mentale de la crise sanitaire

La pandémie de la Covid19 a gravement affecté la santé mentale des populations, et particulièrement des enfants sur lesquels l'anxiété et le stress ont des effets durables, en raison des différentes mesures qui ont été prises (confinements, restriction des déplacements, les fermetures des écoles et lieux publics, arrêt de l'activité) et du climat d'incertitude et de peur qui en a résulté, ainsi que des décès. Elle a par ailleurs engendré une crise socio-économique qui a exacerbé les inégalités, les discriminations et les disparités sociales.

Bien que les données disponibles à l'échelle mondiale^{9 10} ne soient qu'indicatives, les mesures prises en réponse à la COVID-19 ainsi que ses impacts socio-économiques ont accru de manière certaine la vulnérabilité et la violence notamment envers les femmes et les enfants ainsi que la prévalence des dépressions, des suicides et des tentatives de suicides. Ainsi :

- **142 millions** d'enfants supplémentaires sont tombés dans la pauvreté en 2020 ;
- **160 millions d'enfants astreints au travail** dans le monde en 2020 – et des millions d'autres sont menacés dans les années à venir ;
- **243 millions de femmes et de filles** âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences sexuelles ou physiques perpétrées par un partenaire intime ;
- **10 millions** de filles supplémentaires risquent d'être mariées au cours de la prochaine décennie ;
- **1 134 000 enfants** dans le monde ont perdu un parent ou tuteur en raison de la Covid-19 entre le 1er mars 2020 et le 30 avril 2021 ;
- **114 millions** de personnes se sont retrouvées dans l'inactivité et le chômage¹¹.

Par ailleurs, l'OMS a constaté que les mesures prises pour combattre la pandémie ont entraîné un isolement des personnes atteintes de troubles mentaux, et accru celui subi par ceux résidant dans un établissement psychiatrique. A cela s'ajoute les risques liés à l'augmentation de la consommation d'alcool et de substances psychoactives, ainsi que l'effet des situations d'adversité (chômage, précarité financière, isolement

9 - *Policy & practice COVID-19 and violence against children*, Bull World Health Organ, 2021, 99, pp.730–738: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.283051>

10 - UNICEF: *La situation des enfants dans le monde 2021 « Dans ma tête : Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants »*.

11 - « Observatoire de l'OIT : le COVID19 et le monde du travail », 7ème édition, 25 janvier 2021.

social, violence domestique, etc.)¹². Une résolution de l'AG de l'ONU¹³ a encouragé les Etats membres à ne pas négliger la santé mentale dans leur lutte contre la pandémie, en assurant entre autres une large disponibilité des services de santé mentale et de soutien psychosocial en cas d'urgence.

Au Maroc, une enquête du HCP¹⁴ a révélé que 49,4% des personnes sondées ont déclaré avoir souffert d'anxiété durant le confinement, 40,9% de peur, 29,6% de claustrophobie, 24,4% de multiplication des phobies, 14,4% de trouble du sommeil, 8,5% de lassitude, 7,5% de nervosité et 5,9% de dépression. Un deuxième panel¹⁵, centré sur les rapports sociaux dans le contexte de la pandémie, a révélé que 51,5% des sondés ont consacré plus de temps qu'avant le confinement à l'utilisation des écrans connectés. Il a en outre constaté que 18,8% des personnes touchées par l'enquête ont déclaré souffrir de la promiscuité et du manque d'intimité causés par le confinement, 11% avoir vécu des problèmes de voisinage et 25,4% avoir vécu des situations de conflit avec les autres personnes partageant l'espace de confinement. Il a par ailleurs constaté des problèmes d'accès aux soins durant le confinement. Ainsi 45,2% des personnes nécessitant un suivi pour une maladie chronique n'ont pas eu accès à ces services. Le HCP a également mené une enquête sur l'impact de la pandémie sur la situation socioéconomique et psychologique des réfugiés au Maroc¹⁶. Elle a révélé que 52,5% de la population concernée ont déclaré avoir souffert d'anxiété, de dépression ou de peur, 50,8% de sentiment de privation de liberté, 29,7% de perturbation du sommeil, 14,4% de nervosité et 8,1% de sentiments obsessionnels.

Le rapport du CESE concernant les impacts sanitaires, économiques et sociaux de la pandémie de Covid-19¹⁷ a également pointé les répercussions sanitaires de la crise de Covid-19 sur les populations et alerté sur les risques pour la santé mentale du confinement et des autres mesures restrictives, et particulièrement pour les populations les plus vulnérables : les enfants, les personnes en situation de handicap, les femmes victimes de violence.

12 - OMS, *Préparation et action en matière de santé mentale dans le cadre de la pandémie COVID-19, 2021* : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_20-fr.pdf

13 - ONU, *Résolution 74/306 (2020) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur une action globale et coordonnée face à la pandémie de COVID-19* : <https://undocs.org/fr/A/RES/74/306>.

14 - HCP, *Enquête sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la situation économique, sociale et psychologique des ménages, avril 2020* : <https://www.hcp.ma/file/215933/>

15 - HCP, *Evolution des comportements des marocains face à la pandémie de COVID-19. 2e panel sur l'impact du coronavirus sur la situation économique, sociale et psychologique des ménages, juin 2020* : <https://www.hcp.ma/file/216967/>

16 - HCP, *Enquête sur l'impact de COVID-19 sur la situation socioéconomique et psychologique des réfugiés au Maroc, juin 2020* : <https://www.hcp.ma/file/217998/>

17 - CESE, *Les impacts sanitaires, économiques et sociaux de la pandémie de la "Covid-19" et les leviers d'actions envisageables, 2020*.

La santé mentale, le parent pauvre des politiques publiques

Plus d'un milliard de personnes dans le monde souffrent d'un trouble mental, et une personne se suicide toutes les 40 secondes. Le suicide est la quatrième cause de mortalité chez les 15-29 ans¹⁸.

Cependant, malgré la connaissance de l'impact du mal-être et des troubles mentaux sur les individus, les familles et la société, **l'investissement dans la santé mentale est mondialement en dessous des besoins**. Dans les pays à revenus faibles ou moyens, plus de 75% des personnes souffrant d'un trouble mental n'auraient pas accès aux soins¹⁹.

La santé mentale est, selon les Nations Unies, le secteur de la santé le plus négligé par le monde. Les États ne consacrent, en moyenne, que 2% du budget de la santé à la santé mentale. L'aide internationale au développement consacrée à la santé mentale est estimée à moins de 1% de l'aide globale à la santé..

Au Maroc, l'investissement de l'État dans le système de santé durant les dernières décennies est resté globalement très insuffisant, et l'indigence actuelle de l'offre de soins psychiatriques témoigne du sous-investissement de l'État dans ce domaine.

La santé mentale est indispensable pour l'atteinte des ODD

Dans le cadre des ODD, les pays sont appelés, d'ici 2030, à **réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles grâce à la prévention et au traitement et à promouvoir la santé mentale et le bien-être** (cible 3.4, indicateur 3.4.2). Les États se doivent de renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances, y compris l'abus de stupéfiants et l'usage nocif de l'alcool (cible 3.5, indicateurs 3.5.1, 3.5.2) et de mettre en place une couverture sanitaire universelle (cible 3.8, indicateurs 3.8.1, 3.8.2), dont fait partie la santé mentale.

18 - <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

19 - Audition OMS 15 Septembre 2021.

II. De la santé mentale au Maroc

Les déterminants de la santé mentale

Les déterminants de la santé mentale sont multiples et regroupent des facteurs biologiques, des facteurs socioculturels (la relation sociale au quotidien, la spiritualité, l'éducation, les discriminations, l'exclusion sociale, toutes les formes de violence, le sentiment d'insécurité ou de sécurité, etc.), des facteurs environnementaux au sens large (milieux de vie c'est-à-dire les quartiers, la famille, l'école, le travail, etc.) et des facteurs économiques.

Les déterminants sociaux de la santé sont définis comme « les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent y compris le système de santé »²⁰.

Le système de soins n'impacte la santé qu'à hauteur de 20 à 30%. En d'autres termes, la santé physique et mentale des populations se joue essentiellement dans la sphère sociale, économique, culturelle et environnementale²¹.

Ces différents déterminants sociaux favorisent ou au contraire compromettent l'état de santé mentale des personnes, de manière plus ou moins marquée selon leur degré de vulnérabilité et l'importance des risques liés au milieu dans lequel elles évoluent. Leurs effets dépendent des protections dont les personnes bénéficient dans différents milieux et des capacités de défense propres. Ainsi, la pauvreté, la précarité, les inégalités, l'injustice sociale, le non-respect effectif des droits, les discriminations fondées sur le genre, un mauvais climat social, le handicap, le stress accru, la précarité de l'emploi, l'insécurité matérielle du présent et de l'avenir, l'insécurité physique, la malnutrition ou sous-nutrition, l'exiguïté et/ou insalubrité du logement, les difficultés d'accès aux soins, la surexposition aux conduites à risque et addictives, la transmission transgénérationnelle de la pauvreté, etc., sont autant de facteurs qui fragilisent la santé mentale, car ils affaiblissent la protection des individus et leurs capacités à se défendre (résilience).

Dans le cadre de cette étude, le CESE ne traitera que **des déterminants les plus fortement corrélés à la santé mentale.**

20 - OMS, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, 2008 : https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_fr.pdf

21 - OMS, *Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé*, 2014 : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128047/9789242505535_fre.pdf;sequence=1

1. La persistance de normes sociales préjudiciables

La stigmatisation de la maladie mentale

« La stigmatisation dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale repose, à la fois, sur la méconnaissance, l'ignorance des principaux aspects des maladies psychiques et sur une forme de construction sociale au sujet des troubles psychiques qui prend appui sur l'identification, chez une personne, d'une marque distinctive à laquelle est attribué un caractère socialement honteux, en même temps **qu'elle confère à la personne une identité sociale** »²².

La stigmatisation de la maladie mentale, du suicide et des tentatives de suicides est observée partout²³ et reste fortement ancrée dans les sociétés. Cette stigmatisation impacte négativement la prise en charge de la maladie mentale, car elle se traduit par une non-prise en charge médicale, y compris pour les cas les plus sérieux, ou par un recours à des méthodes traditionnelles qui exposent souvent les malades à diverses formes d'abus et de traitements inhumains: enchaînements, tortures considérées comme des traitements, jeûnes forcés et autres formes de violences, rituels de désenvoutement, le malade étant considéré comme un possédé et potentiellement dangereux. Ces pratiques continuent d'exister malgré la fermeture en 2015 du principal lieu d'internement traditionnel de Bouya Omar²⁴.

Par ailleurs, le tabou religieux et social touche également le suicide et les tentatives de suicides, comme c'est le cas dans de nombreuses sociétés et cultures à travers le monde et dans l'histoire.

Les suicides et équivalents suicidaires des personnes âgées notamment (l'arrêt de l'alimentation, l'arrêt de traitement qui sont une manière de se laisser mourir), sont une réalité qui reste taboue, tout autant que les addictions dans cette tranche d'âge.

La stigmatisation des personnes atteintes de maladies mentale est une discrimination et une négation de leurs droits fondamentaux, elle constitue un obstacle majeur à leur traitement et à leur réinsertion. Elle conduit à une sous déclaration des suicides et tentatives de suicides.

Les préjugés et la stigmatisation de la maladie mentale font perdurer le recours à des pratiques et rituels « traditionnels ». En même temps ce recours n'est

22 - Jean-Yves Giordona, *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, ELSEVIER-MASSON, 2010.

23 - L'Institut de santé public du Québec a indiqué en 2008 que près des deux tiers des personnes atteintes de maladie mentale ne vont pas consulter à cause des préjugés qui entourent ces troubles. Voir : <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/10/f17-xve-formation-ppt.pdf>

24 - Céline Aufauvre, « Des procès en chair et en songe. Sainteté et exorcisme à Bouya Omar et Sidi Chamharouch », *Altérités*, vol. 6, no 2, 2009 : 93-114

pas seulement dû à la seule croyance en le surnaturel²⁵, il est également dû à l'inaccessibilité à une prise en charge médico-psychosociale moderne pour de larges franges de la population.

Les discriminations et les inégalités persistantes entre les hommes et les femmes vulnérabilisent les femmes

Les femmes sont souvent perçues ou considérées comme vulnérables, alors qu'elles ne le sont pas en tant que « femme ». Ce sont les discriminations, les inégalités (de chance, de revenus, de droits) entre les hommes et les femmes dans leurs différentes dimensions et les violences à leur égard et à l'égard des mineures, étudiées de manière approfondie dans plusieurs avis du CESE et d'autres institutions, qui placent les femmes et les mineures dans des situations de vulnérabilité. Parmi les discriminations faites aux femmes, la discrimination juridique est la plus criante en matière de tutelle légale des enfants²⁶, du droit à se remarier²⁷, d'absence de criminalisation du viol conjugal, etc.

Ces discriminations et inégalités s'expriment à travers différents indicateurs, dont :

- La fréquence des mariages de mineures encore trop importante²⁸ ;
- Les taux de non-scolarisation et d'abandon scolaire (plus importants chez les filles notamment à partir du collège (12 ans et plus)²⁹ ;
- La sur-représentation du taux féminin parmi les NEET (76,4%)³⁰.
- Un taux d'activité des femmes faible (autour de 21 % sur les dernières années).

2. Les vulnérabilités liées aux cycles de vies

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que **les deux tiers des décès prématurés et le tiers de la charge de morbidité globale chez l'adulte sont liés à des états pathologiques ou à des comportements malsains ayant débuté pendant la jeunesse.**

25 - En 2006, l'enquête nationale sur les valeurs et pratiques religieuses au Maroc a révélé que 85% des enquêtés croyaient en les Djins et en la magie (sihr), 37,6% en la voyance, et 32,5% en le pouvoir des saints (https://www.fes.org.ma/common/pdf/publications_pdf/islam_qut_gr/islam_qut_gr.pdf).

26 - la femme ne dispose pas de la tutelle légale de ses enfants, même en cas de divorce et de garde des enfants.

27 - Pour une femme, le droit de se remarier est sanctionné par la perte de la garde de ses enfants, sauf dans des cas exceptionnels.

28 - Rapport du CESE : Que faire face à la persistance du mariage d'enfants au Maroc, 2019 : <https://www.cese.ma/media/2020/10/Que-faire-face-%C3%A0-la-persistance-du-mariage-d%E2%80%99enfants-au-Maroc.pdf>

29 - UNICEF, Maroc. Rapport national sur les enfants non scolarisés, 2015.

30 - ONDH, La Situation des jeunes NEET au Maroc, 2021.

Extrême vulnérabilité des enfants aux violences intrafamiliales et éducatives, de la vie intra-utérine à l'adolescence

Pour des raisons tout à fait naturelles, l'enfant est vulnérable car il est en cours de constitution biologique, psychologique et sociale, et en phase de développement de ses moyens de défenses dans un environnement qui le soumet à différentes formes de dominations asymétriques. Les enfants abandonnés, privés de leur environnement familial, en situation de handicap ou en situation de rue sont particulièrement vulnérables. Leurs besoins en protection sont particulièrement grands et les modalités de leur accompagnement complexes.

Selon les estimations de l'UNICEF³¹ :

- **Plus de 13 % des adolescents** âgés de 10 à 19 ans sont atteints d'un trouble mental diagnostiqué aux termes de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- Dans le groupe d'âge des 10-19 ans, 89 millions de garçons et 77 millions de filles présentent un trouble mental.
- Ce sont dans les régions du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord (**prévalence chez les garçons 17,3%, chez les filles 16,8%**), d'Amérique du Nord et d'Europe de l'Ouest que les taux de prévalence des troubles diagnostiqués sont les plus élevés.
- **L'anxiété et la dépression représentent environ 40 % des troubles mentaux diagnostiqués.** Parmi les autres pathologies figurent le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, les troubles du comportement, la déficience intellectuelle, le trouble bipolaire, les troubles de l'alimentation, l'autisme, la schizophrénie et un groupe de troubles de la personnalité.

Selon le HCP, l'examen des taux de prévalence de la violence pendant l'enfance selon l'âge des hommes montre que 52% des hommes âgés de 15 à 34 ans ont dû endurer une forme de violence physique et/ou sexuelle avant l'âge de 15 ans, dont 4% d'abus sexuel. Ce taux atteint et 45% des hommes âgés de 60 ans et plus, dont 2% ont été sexuellement violentés³². Ce constat renseigne sur l'importante prévalence global de la violence, dont l'abus sexuel, envers les enfants dans la société³³.

Il est actuellement établi que les 1000 premiers jours de vie, phase qui inclut la période anténatale, en termes de développement sensoriel, cognitif, moteur et de socialisation sont déterminants pour les années qui vont suivre. Dans cette phase l'enfant a absolument besoin d'un environnement sécurisé pour se développer de manière adéquate.

31 - UNICEF, *La situation des enfants dans le monde, 2021*.

32 - HCP, « *Enquête nationale sur la violence à l'encontre des filles et des femmes* », 2019.

33 - Voir Annexes.

Les violences physiques et psychiques envers la femme enceinte comportent certes un risque de traumatisme direct du fœtus mais elles retentissent surtout indirectement sur le fœtus en raison de modifications physiologiques et biologiques qui se mettent en place chez la mère violentée³⁴, le fœtus vivant également le stress de sa mère.

Après la naissance, toute perturbation de la relation mère-enfant retentit négativement sur l'enfant. On citera ici les perturbations liées aux dépressions maternelles pré-, post- et périnatales, qui touchent 10 à 15 % des mères dans le monde, et qui ont un effet majeur sur le bien-être des mères et de leurs enfants³⁵. Dans une étude marocaine sur un échantillon de 144 mères, la prévalence des dépressions *post partum* était de 6,9%, 11,8% et 5,6% après respectivement 6 semaines, 6 et 9 mois³⁶.

Ces dépressions sont encore trop méconnues, mal diagnostiquées et donc insuffisamment prises en charge. Selon l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale de 2018, seules 22% des femmes recourent aux soins postnatales. Toujours selon cette enquête, les deux principales raisons, les plus citées par les femmes, sont l'absence de complications (70.9%) et l'ignorance de l'importance de la consultation en post-partum (15%).

Pendant toute l'enfance, période cruciale du développement, les violences physiques et psychiques, peuvent entraîner une souffrance anxiodépressive chez les jeunes enfants, qui s'exprime par différents troubles du comportement, de l'humeur et de l'apprentissage, de l'intolérance à la frustration, de l'agressivité, le repli sur soi, la passivité, la timidité excessive, la crainte de l'adulte, de l'appréhension, les troubles de l'attachement, etc. Les enfants victimes de violences peuvent également présenter des difficultés à identifier les émotions, et par conséquent des difficultés relationnelles et risquent d'intégrer des modèles violents de résolution des conflits et des interactions sociales³⁷.

Les violences intrafamiliales et les violences d'ordre éducatives sont les principales formes de violences dont les enfants sont victimes. Elles ont des impacts délétères sur les enfants. L'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes et aux filles (ENVFF) du HCP a révélé que 58,8% des violences à l'égard des femmes étaient exercées dans le contexte conjugal.

Dans le cas de violences conjugales, en dehors du risque d'être directement blessés, les enfants qui grandissent dans un climat de violence contre leur mère sont non

34 - Roger Henrion, *Les femmes victimes conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué à la Santé, La Documentation française, 2001.*

35 - Catherine Agbokou; Florian Ferreri; Philippe Nuss et Charles-Siegfried Peretti, « Clinique des dépressions maternelles postnatales », *EMC – Psychiatrie*, Vol. 8, N° 4, 2011.

36 - Agoub M, Moussaoui D, Battas O., "Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample", *Archives of Women's Mental Health*, 2005 May, Vol 8 N°1, pp.37-43.

37 - « Les 1000 premiers jours, là où tout commence ». *Rapport de la Commission des 1000 premiers jours, Septembre 2020. Ministère de la Santé et des Solidarités (France)*

seulement des témoins passifs mais également des victimes de cette violence du fait du stress³⁸ induit. Un stress trop intense et répété, peut déboucher sur un état de détresse au-delà des capacités de réponse. De nombreux travaux scientifiques³⁹ montrent que le stress particulièrement lors de cette période ont des effets sur la construction de l'architecture cérébrale au niveau neuronal et synaptique, avec des impacts significatifs à long terme sur le développement, le comportement, la cognition, les capacités relationnelles et affectives, les capacités d'apprentissage. Ils peuvent impliquer un risque psychopathologique à long terme, sur la base de vulnérabilités acquises et de trajectoires individuelles de développement.

Dans le cadre de l'Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes et aux Filles (ENVFF) environ 16% des femmes victimes de violence conjugale ont déclaré que leurs enfants, de 5 à moins de 18 ans, présentent des problèmes de santé, surtout de nature psychologique et comportementale : l'isolement et le chagrin, les tremblements, les crises d'angoisse ou d'épilepsie, les cauchemars et l'énurésie, l'agressivité, la délinquance, la régression scolaire et l'absentéisme, les fugues, etc. Il existe également un risque de transmission intergénérationnelle du traumatisme secondaire à l'exposition à la maltraitance et/ou aux violences interpersonnelles et domestiques⁴⁰.

Les violences dites « éducatives »⁴¹, engendrent non seulement le stress et la peur, mais peuvent aussi affecter directement la faculté d'apprendre par perte d'estime de soi et de confiance, facteurs importants de réussite scolaire et professionnelle. Ces violences éducatives sont toujours délétères et contraires au but recherché, d'autant que certains enfants accusés de faire montre de mauvaise volonté peuvent souffrir de problèmes sensoriels ou cognitifs qui n'ont pas été repérés⁴².

Après cette phase de l'enfance, vient la phase de l'adolescence, qui se poursuit jusqu'à 25 ans d'un point de vue du développement cérébral⁴³. Cette phase est cruciale pour la santé. Au niveau mondial, on estime que 70% des décès d'adultes à la suite de maladies non transmissibles (MNT) sont liés à des facteurs de risque qui commencent à l'adolescence, et que **50% des troubles de santé mentale** à l'âge adulte font leur apparition **avant 14 ans**, dont la plupart des cas ne sont **ni dépistés ni traités**⁴⁴. **Ces « jeunes » sont guettés par le mal-être.** L'adolescent en particulier « en

38 - La notion de stress fait référence aux processus de régulations émotionnelles, relationnelles et biophysologiques mis en jeu pour s'adapter à une situation difficile.

39 - Lupien S J, McEwen B.S., Gunnar MR, Heim C, "Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition", *Nature Reviews Neuroscience*, 2009, 10, p. 434-445.

40 - Anna Maria Nicolò, Eleonora Strinati, « Transmission du traumatisme et défense transpersonnelle dans la famille », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, Vol. 38, n° 1, 2007, pp. 61-79.

41 - UNESCO, *Analyse de la situation de la violence en milieu scolaire au Maroc, 2017* : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000261066>

42 - Audition du collectif Autisme Maroc, le 09/06/2021.

43 - Joseph Campellone, Raymond Kent Turley, *Understanding the Teen Brain*, University of Rochester Medical Center.

44 - Audition ministère de la Santé et de la Protection sociale, 24/11/2021.

difficulté » et/ou « difficile », traverse une phase de transition vers l'âge adulte, il ne se sent plus enfant tout en l'étant, il aspire à être adulte tout en ne l'étant pas. Au niveau affectif, il est dans un processus d'autonomisation vis-à-vis de ses parents/des adultes responsables, tout en continuant à être dépendant d'eux à plusieurs autres niveaux. Cela peut créer des tensions intrapsychiques voire des souffrances et nécessite un accompagnement bienveillant de la part des figures d'attachement, et de la société dans son ensemble (écoles, institutions, etc.).

Ce mal être s'accroît lorsque les perspectives d'avenir pour eux sont obscures et qu'ils sont oisifs.

L'exposition des enfants à la violence en milieu scolaire

Au Maroc, la scolarisation est légalement obligatoire jusqu'à l'âge de 15 ans, et le gouvernement a lancé un programme de généralisation du préscolaire à l'horizon 2028. **L'effectif des enfants scolarisés tous cycles confondus s'élève à plus 8 700 000.**

Le milieu scolaire est théoriquement l'environnement naturel dans lequel l'enfant passe l'essentiel de son temps. Il est le lieu de la socialisation et de l'apprentissage. Il est aussi un lieu de violence - dans toutes ses formes, allant du harcèlement moral et sexuel, du cyberharcèlement, à l'homicide - et le milieu dans lequel évolue la frange de la population psychologiquement la plus vulnérable et la plus encline au suicide, ainsi que le lieu d'initiation aux conduites addictives.

22% des élèves dans les établissements scolaires et de formation ont subi une ou plusieurs formes de violence⁴⁵. **Selon l'enquête GSHS (Maroc 2016)**⁴⁶, 13,6% des élèves (cohorte de 6745 élèves de 13 à 17 ans) ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 16% des élèves ont envisagé sérieusement de se suicider au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Cette situation se voit plus chez les filles que chez les garçons (avec respectivement 17,9% et 14%). Chez 64,1% des élèves ayant consommé des drogues, la première utilisation a eu lieu avant 14 ans. 6,5 % des élèves ont consommé de la marijuana (Hashish) une fois ou plus au cours de leur vie. 7,8 % des élèves enquêtés ont consommé des amphétamines ou des méthamphétamines au cours de leur vie. 31,6% des élèves ont été gravement blessés (37,7% des garçons et 23,7% des filles). 23,3% ont été attaqués physiquement une fois ou plus. 38,5% des élèves ont été brimés un jour ou plus au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.

Le numérique occupe désormais une place prépondérante dans nos vies, l'internet, les médias digitaux et les réseaux sociaux regorgent de contenus toxiques. Les échanges sociaux sur la toile soulèvent de nombreuses problématiques dont celles de la cyberviolence verbale et visuelle, du cyberharcèlement, du lynchage

45 - HCP : Enquête nationale sur les violences faites aux femmes et aux filles (2019).

46 - Ministère de la santé, Maroc 2016 : Rapport de l'Enquête Mondiale sur la Santé des Elèves (GSHS) Global School-based Student Health Survey.

médiatique, etc., et dont les effets peuvent être néfastes sur la santé mentale et le bien-être (anxiété, dépression, etc.). En s'intensifiant et en s'accéléralant, la révolution numérique promet de nouveaux défis sociétaux qui devraient interpeler le pouvoir public quant à la nécessité, voire l'urgence, de mise en place de véritables politiques, de systèmes de veille et d'outils de prévention et d'intervention, le cas échéant, et qui vont de pair avec le développement du numérique, et particulièrement en matière d'éducation et de sensibilisation vis-à-vis des risques encourus.

Les personnes âgées

La notion de personnes âgées est complexe car elle renvoie certes à l'âge, mais également à la vulnérabilité de ces personnes, vulnérabilité dont les facteurs sont multiples et divers. Communément, la détermination de l'âge à partir duquel on parle de personnes âgées, est l'âge légal d'éligibilité au départ à la retraite. « Cette définition est bien entendu très imparfaite dans la mesure où elle ne prend pas en considération tous les différents aspects de la vulnérabilité. Elle a cependant le mérite d'être simple et de s'appuyer sur un facteur important de vulnérabilité qui est la sortie du monde du travail avec tout ce qu'elle peut engendrer comme conséquences socioéconomiques et psychologiques, à un moment donné de la vie où s'accélère le processus inexorable de vieillissement avec tout ce qu'il comporte comme problématiques de santé et de dépendance ». C'est cette définition qui avait été retenue par le CESE⁴⁷. En gériatrie, les personnes âgées sont les personnes qui **ont plus de 75 ans ou celles de plus de 65 ans ayant des comorbidités**, et il est plus courant de parler de fragilité des personnes âgées en faisant référence à leur état médical (comorbidités, détérioration des fonctions organiques et cognitives, altération des sens, etc.) et de dépendance des personnes âgées en faisant référence à leur état social.

Les troubles mentaux chez les personnes âgées sont la première cause de morbidité et constitue 6,6% des sources d'incapacité liées au vieillissement⁴⁸.

L'état de santé des personnes âgées est souvent aggravé par la précarité⁴⁹ dont est frappée cette tranche d'âge et entraîne des conséquences sociales sur :

- les aidants (les aidants naturels sont très enclins à faire une dépression et doivent également être accompagnés) ;
- le budget des familles ;
- le système de soins : le poids de la prise en charge financière d'une personne âgée plus ou moins dépendante a des répercussions économiques considérables.

47 - CESE, *Les personnes âgées au Maroc*, 2015.

48 - OMS, *Santé mentale et vieillissement*, 2017 : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

49 - Haut-Commissariat au Plan, *Enquête nationale sur les personnes âgées au Maroc*, 2006.

Entre 2004 et 2021, la population âgée de plus de 60 ans a quasiment doublé passant de 2,4 à 4,3 millions⁵⁰. La proportion de la population âgée de 60 ans qui était de 6,3% en 1960, représente 11% de la population totale en 2018 et devrait atteindre 15,4% en 2030⁵¹. Ce vieillissement de la population doit absolument être pris en compte par la protection sociale et la politique de santé afin d'anticiper les besoins futurs.

Les politiques publiques visant les personnes âgées doivent tenir compte de l'accroissement de la dépendance, de la nécessité d'une prise en charge médicosociale pluridisciplinaire des personnes âgées et de leur précarité.

3. La vulnérabilité liée aux situations de handicap

Selon le rapport du CESE sur le respect des droits et l'inclusion des personnes en situation de handicap, « l'approche adoptée est fondée sur le droit, elle conçoit le handicap comme une **interaction dynamique entre l'état de santé et les facteurs contextuels, à la fois personnels et environnementaux**. C'est ce modèle qui forme le cadre conceptuel de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) adoptée par l'OMS en 2001. »⁵². Ce rapport considérait que le modèle conceptuel en vigueur au Maroc était caduc et contribuait à la persistance de barrières culturelles, sociales et économiques, qui empêchaient la mise en place d'un environnement propice à la participation sociale des personnes en situation de handicap.

Pour les personnes en situation de handicap, ce sont les facteurs socioéconomiques, culturels et environnementaux qui vont soit promouvoir les accessibilités aux droits, à la justice, à l'éducation, à un travail, aux soins, au logement, aux transports, aux lieux publics, etc., soit au contraire entraver ces accessibilités. Cet aspect des accessibilités est très dépendant des pouvoirs publics et des politiques mises en place. La loi cadre 97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap a été élaborée pour répondre à ces problématiques. Le CESE avait émis un avis sur cette loi cadre⁵³ dans lequel il préconisait notamment certaines mesures à prendre en matière de santé et de couverture médicales des personnes en situation de handicap. A ce jour, cette loi cadre est peu effective, ses décrets d'application n'ont pas tous vu le jour.

50 - Comptes nationaux de la santé 2018

51 - Fonds des Nations Unies pour la Population, Population et Développement au Maroc (<https://morocco.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Population%20et%20D%2B%C2%ACveloppement%20au%20Maroc.pdf>).

52 - CESE, Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap, 2012.

53 - Saisine 15/2015, Projet de loi-cadre n° 97-13 relatif à la protection et la promotion des droits des personnes en situation de handicap, CESE, 2015.

4. Les risques spécifiquement liés au milieu familial

La dysparentalité

Le milieu familial est le premier lieu d'apprentissage et de socialisation des enfants, les parents étant les premiers responsables de l'éducation et de la protection de leurs enfants. Les changements sociaux et sociétaux⁵⁴ pourraient affecter les familles⁵⁵ en ne leur laissant pas toujours le temps de s'adapter et de réagir de manière adéquate aux problèmes, notamment en matière de protection et d'éducation de leurs enfants et pourraient favoriser la dysparentalité, qui peut être définie simplement comme l'ensemble des troubles psychologiques et comportementaux des relations parent-enfants (parentales et filiales)⁵⁶. La dysparentalité est un trouble observable et observé au quotidien. Si elle n'est certainement pas un phénomène nouveau, c'est sa conceptualisation et sa nécessaire prise en compte dans les politiques d'éducation et de protection de l'enfance qui l'est aujourd'hui.

La parentalité est définie autour de trois axes interdépendants et imbriqués les uns aux autres, la dysparentalité, s'exprimant dans chacun des axes par un fonctionnement par excès ou par défaut.

Le premier axe, est l'exercice de la parentalité fondé sur les droits et les devoirs dont est détenteur tout parent et qui lui donnent l'obligation de surveillance et de protection quant à l'éducation et à la santé de son enfant. Dans cet axe, la dysparentalité par défaut est liée à une absence d'autorité ou à la discontinuité des liens.

Le deuxième axe, c'est l'expérience de la parentalité, soit la qualité de la vie intrapsychique du parent dans sa relation avec l'enfant. La dysparentalité par excès peut être la création d'une relation d'emprise psychologique ou de fusion avec l'enfant. La dysparentalité par défaut correspond au rejet affectif ou psychologique de l'enfant.

Le dernier axe, c'est celui de la pratique, c'est-à-dire la mise en œuvre des soins parentaux et des comportements éducatifs dans les différents aspects de la vie quotidienne⁵⁷.

54 - Jamal Khalil (dir.), *Familles et dynamiques contemporaines*, Casablanca, LADSI, 2021; IRES, *Rapport de l'enquête nationale sur le lien social au Maroc*, 2012.

55 - *L'évolution de la famille vers la nucléarisation, voire l'effritement, l'évolution des modes de vie et de consommation, l'évolution des relations hommes-femmes, le recul de l'âge du mariage, les effets de l'urbanisation galopante, la faiblesse des systèmes de protection sociale, l'instabilité de l'emploi, la mondialisation, la digitalisation, le creusement des inégalités, etc.*

56 - Jean-Pierre CAMBEFORT, *Dysparentalité, Aliénation Parentale et Mésalliance à la Réunion*.

57 - Philippe Liébert, *Quand la relation parentale est rompue. Dysparentalité extrême et projets de vie pour l'enfant*, (Chapitre 7: Dysparentalité extrême et placement définitif de l'enfant), Dunod, 2015, p. 73-80.

Le dysfonctionnement familial

Une famille peut être dysfonctionnelle, c'est-à-dire avoir un mode de fonctionnement dans lequel prédomine des relations qui lui nuisent avec des relations pouvant être qualifiées « de toxiques ». Dans ces familles les conflits sont réguliers, la violence verbale, physique et psychique est très présente, la dépendance à l'alcool ou aux drogues est plus répandue, avec la possibilité d'un trouble mental chez un ou les deux parents. Ces familles peuvent ne pas être protectrices de leurs enfants.

Selon l'enquête du HCP, plus d'une femme sur vingt a été victime d'un abus sexuel dans l'enfance majoritairement perpétré par une personne proche et plus de 3% des hommes ont été victimes d'un abus sexuel durant leur enfance.

La nature et les causes des dysfonctionnements du système familial sont multiples, mais cela débute souvent par le fait que des personnes se marient sans être véritablement prêtes physiquement, mentalement ou émotionnellement à le faire, particulièrement lorsqu'il s'agit de mariages impliquant des mineures.

Ces dysfonctionnements dans la famille affectent la santé mentale de ses membres, qu'ils soient victimes ou témoins, souvent de manière durable et ce d'autant que tout se passe dans les domiciles, espaces privés et « inviolables ».

Au Maroc, la dysparentalité et les dysfonctionnements de la famille sont bien connus des psychiatres, psychologues cliniciens et des associations s'occupant d'enfants des rues, d'enfants présentant des troubles de l'apprentissage, d'enfants victimes de viols, d'inceste, de femmes victimes de violence, etc., mais il n'existe pas de données nationales concernant l'ampleur de ces problématiques.

5. Les risques psychosociaux dans le milieu du travail

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) définit les risques psychosociaux (RPS) comme la combinaison d'un grand nombre de variables, à **l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle**, d'où leur complexité et leur caractère souvent composite.

Les RPS les plus répandus dans le milieu du travail sont le stress, le harcèlement moral, l'épuisement, la violence et les agressions. Ils sont la cause de plusieurs maux et pathologies comme les troubles du sommeil, les dépressions, les troubles musculo-squelettiques, les maladies psychosomatiques.

La nature et l'ampleur des RPS diffèrent selon les secteurs d'activités, chaque secteur d'activité ayant ses contraintes propres : cadences horaires, relation avec les clients, insécurité de l'emploi, type de management, etc.

Le CESE a récemment émis un avis sur la santé et la sécurité au travail⁵⁸, dans lequel il pointe, sans faire explicitement allusion à la santé mentale, différents aspects qu'il convient de rappeler ici :

- la faible application du Code du travail dans les entreprises privées ;
- la nécessité de légiférer sur la sécurité et santé du travail dans la fonction publique et les collectivités territoriales ;
- la faiblesse de la médecine du travail notamment en termes de ressources humaines disponibles.

Les audits de l'OIT, de la CGEM et des syndicats, plus spécifiquement orientés sur la santé mentale permettent de compléter ce tableau.

Selon l'OIT, le stress au travail est la réponse physique et émotionnelle nocive causée par un déséquilibre entre les exigences perçues et les capacités et ressources perçues des individus pour faire face à ces exigences. Lorsque les ressources et capacités personnelles sont faibles et les exigences élevées, le travailleur est stressé. A l'inverse lorsque les capacités sont élevées et les exigences faibles, le travailleur est détendu. L'idéal est que le management fasse en sorte que ses exigences soient en adéquation avec les capacités et ressources du travailleur, afin que l'employé soit actif.

Le stress peut conduire à l'installation de troubles mentaux et le stress extrême à l'épuisement, encore appelé *burn-out*.

Il est aujourd'hui établi que le stress entraîne des conséquences majeures sur la productivité :

- absentéisme ou présentéisme accrus ;
- perturbations des relations de travail ;
- amoindrissement de la motivation du personnel ;
- baisse de satisfaction et de créativité ;
- accroissement des rotations des effectifs ;
- transferts internes et reconversions ;
- dégradation de l'image publique.

Les pertes de productivité liées à la dépression et l'anxiété pour l'économie mondiale, sont estimées à 1 milliard de dollars américains.

En 2002, la Commission européenne⁵⁹ a estimé que le coût du stress lié au travail dans 15 États de l'Union européenne, s'élevait à 20 milliards d'euros par an.

58 - CESE, *Santé et sécurité au travail : un appui essentiel au développement économique et social*, 2020.

59 - Commission européenne, *Manuel d'orientation sur le stress lié au travail*, 2002.

En 2005-2006, la dépression et les troubles anxieux provoqués par le stress lié au travail ont coûté plus de 530 millions de livres sterling à la Grande Bretagne « le rapport sur les risques psychosociaux en Europe »⁶⁰ indique que :

- 25% des travailleurs sont confrontés au stress lié au travail pendant la totalité ou l'essentiel de leur temps de travail ;
- 25% des travailleurs affirment que le travail a des effets négatifs sur leur santé ;
- 80% des cadres s'inquiètent du stress lié au travail ;
- 20% considèrent la violence et le harcèlement comme un problème majeur.

L'approche globale et intégrée que propose l'OIT, vise « la sécurité et la santé pour tous » (SST) et la correction des systèmes dans lesquels des défaillances sont relevées :

- informations insuffisantes sur les contraintes et les moteurs de l'amélioration des conditions de SST et des données inexacts sur les décès et les maladies professionnelles ;
- une législation et une réglementation et des politiques inadéquates en matière de SST ;
- le manque de capacités nécessaires à la prévention, au respect et à l'application des règles en matière de SST, notamment dans les petites et moyennes entreprises ;
- une sensibilisation et une compréhension insuffisante des dangers et de risques professionnels et de la nécessité de lieux de travail sûrs et sains.

Pour la période « Covid », une étude de l'OIT⁶¹ a révélé que :

- 65% des entreprises interrogées ont indiqué qu'il était difficile de maintenir le moral des employés en télétravail ;
- 1 professionnel de santé sur 5 dans le monde présentait des symptômes de dépression et d'anxiété pendant cette période⁶².

La Convention n°190 de l'OIT sur la violence et le harcèlement et la recommandation n°206 introduisent de nouvelles normes qui reconnaissent les droits de toute personne à un monde du travail exempt de violence et de harcèlement et définissent un cadre clair et commun pour prévenir et éliminer la violence et le harcèlement, qui soit fondé sur une approche inclusive et intégrée et tenant compte des considérations de genre.

60 - Eurofound and EU-OSHA (2014), *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

61 - ILO, *Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic, 2020*: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_748638.pdf

62 - Audition de l'OIT, 15/12/2022.

Le Maroc n'a pas ratifié cette convention, comme plusieurs autres instruments internationaux relatifs à la sécurité et à la santé au travail (notamment les conventions n°161, 167, 184).

Les dispositions du livre II du Code du travail sont consacrées aux conditions de travail. Une attention particulière est consacrée aux mineurs, femmes notamment enceintes, aux personnes en situation de handicap, à la prévention des accidents de travail et à la médecine du travail. Globalement le Code du travail tente de protéger la sécurité et la santé physique des travailleurs. Il ne fait, cependant, pas explicitement référence aux troubles psychiques et au harcèlement.

A l'instar de beaucoup de pays européens⁶³, au Maroc, les troubles psychiques ne sont pas inscrits à la liste des maladies professionnelles actuellement en vigueur⁶⁴.

L'enjeu aujourd'hui est la reconnaissance, la détection et la prévention des risques psycho-sociaux dans le milieu de travail. Selon la CGEM, de grandes entreprises marocaines structurées en ont pleinement conscience et sont des modèles. Le problème se pose essentiellement pour les PME et TPE qui représentent la majeure partie des entreprises marocaines.

La réflexion sur le Code du travail et les politiques publiques devraient évoluer dans le cadre du dialogue social sur la question de la prévention des risques psychosociaux, de la promotion et de la prévention des troubles mentaux (stress, burnout), de la responsabilisation de l'employeur et de la résolution des conflits dans le monde de l'entreprise.

La mesure de la santé mentale

Il n'existe pour l'heure ni d'indice international de mesure de la santé mentale à proprement dit, ni de référentiel universel des indicateurs de la santé mentale. Cependant, les notions de santé mentale et de bien-être étant très proches⁶⁵, il paraît intéressant d'attirer l'attention sur quelques-unes d'entre elles, tel l'indice unifié de bien-être australien (*The Australian Unity Wellbeing*⁶⁶) qui mesure la qualité de vie à travers le bien-être personnel et le bien-être national ; l'échelle du bien-être psychologique (*Psychological well-being scale*) qui évalue le fonctionnement psychologique positif⁶⁷ ; l'échelle du bien-être social (*The Social Well-Being Scale*) qui permet de mesurer la prospérité des individus dans leur vie sociale par le *Well-being*

63 - Rapport d'étude Eurogip, *Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ?* Février 2013.

64 - Arrêté du ministre de l'Emploi et des Affaires sociales n° 160-14 du 21 janvier 2014 modifiant et complétant l'arrêté du ministre du développement social, de la solidarité, de l'emploi et de la formation professionnelle n° 919-99 du 23 décembre 1999 pris pour l'application du dahir du 31 mai 1943 étendant aux maladies professionnelles les dispositions de la législation sur la réparation des accidents du travail, Bulletin officiel N° 6306 du 6 Novembre 2014 (version en français).

65 - Corey Lee M. Keyes, "Social Well-Being", *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61, No. 2, Jun. 1998, pp. 121-140.

66 - <https://www.australianunity.com.au/about-us/wellbeing-index>

67 - <https://sparqtools.org/mobility-measure/psychological-wellbeing-scale/>

*Module of the European Social Survey (ESS) qui propose 54 indicateurs relatifs au bien-être émotionnel, psychologique et social*⁶⁸.

Au Maroc, ni l'état de santé mentale, ni le bien-être ne sont mesurés. Une mesure de la santé mentale qui intégrerait les différentes composantes du bien-être (émotionnelle, psychologique et sociale) permettrait d'apprécier le niveau global de santé mentale de la population, de réaliser des études et enquêtes permettant de mieux identifier les déterminants clés de la santé mentale et les facteurs susceptibles de la renforcer, d'estimer le risque de développement de troubles mentaux et d'évaluer l'impact des interventions de promotion et de prévention. Un tel dispositif mesurerait **l'impact de l'ensemble des politiques publiques sur le bien-être de la population.**

68 - <http://www.esswellbeingmatters.org/>

III. Des troubles mentaux au Maroc

Le trouble mental se manifeste par :

1. des signes de changement, que l'entourage peut observer dans le comportement de la personne atteinte ;
2. des symptômes, que ressent la personne elle-même⁶⁹.

Les causes des troubles mentaux sont multifactorielles et diffèrent d'un trouble à l'autre. Elles peuvent être encore inconnues ou relever de facteurs génétiques ou neurobiologiques.

La classification des troubles mentaux

Les troubles mentaux sont actuellement répertoriés dans deux classifications internationales, le DSM 5 et la CIM 11.

Le DSM⁷⁰ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publié par l'Association américaine de psychiatrie, en est à sa cinquième version. Il définit le trouble mental comme «*un syndrome psychologique ou comportemental ou modes de fonctionnements cliniquement significatifs qui se produisent chez un individu, qui est associé à une souffrance présente ou à une incapacité ou à un risque accru de souffrance, mort, peine, incapacité ou une perte importante de liberté*». Il considère toutefois que «*les réponses attendues ou culturellement approuvées à un facteur de stress commun ou à une perte, comme la mort d'un proche, ne constitue pas des troubles mentaux*».

La classification internationale des maladies CIM, (ICD en anglais : International Classification of Diseases) consacre son chapitre 6 aux troubles mentaux, comportementaux ou liés au neurodéveloppement. Elle est publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé et est utilisée au niveau mondial pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant le domaine de la médecine. La 11e version a été adoptée en 2018, et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. La CIM-11 décrit les troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux comme **des syndromes caractérisés par une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la régulation émotionnelle ou du comportement d'un individu qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux qui sous-tendent le fonctionnement mental et comportemental. Ces perturbations sont généralement associées à une détresse ou à une altération du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants.** Dans sa version antérieure, la

69 - <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/maladie-mentale>

70 - <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

CIM précisait qu'une « conduite sociale déviante ou conflictuelle, non-accompagnée d'une perturbation du fonctionnement personnel, ne doit pas être considérée comme un trouble mental ».

Le pronostic des maladies mentales dépend du trouble, de l'individu et des facteurs liés au trouble. Certains troubles sont transitoires alors que d'autres peuvent durer toute la vie et impliquer un handicap substantiel. Le niveau de capacité ou d'incapacité peut varier dans différents domaines de la vie. Le pronostic des troubles considérés comme sérieux et complexes au plus haut point varie également. Des études internationales consacrées à la schizophrénie ont démontré que la moitié des individus avaient des symptômes qui s'amenuisaient et qu'environ un tiers d'entre eux, en termes de symptômes et de fonction physique, se stabilisaient sans traitement médicamenteux. Cependant, beaucoup d'individus ont des difficultés durant de nombreuses années.

La moitié des individus souffrant de troubles bipolaires ne présentent plus de symptômes après quelques semaines, mais ne peuvent être considérés comme définitivement guéris, des rechutes étant possibles⁷¹. Par ailleurs, la moitié d'entre eux va présenter, un épisode de manie ou de dépression majeure durant les deux années qui se succèdent⁷², ce qui implique un suivi de ces malades.

Il est important de relever que les troubles mentaux peuvent être également la source d'une créativité artistique et que l'expression artistique est utilisée dans différentes thérapies et peut être un moyen de changer le regard porté sur les handicaps causés par les troubles mentaux⁷³. Il ne faut pas pour autant en déduire que les troubles mentaux favorisent la créativité, celle-ci dépendant d'autres capacités cognitives et de la volonté de penser en dehors des schémas classiques⁷⁴.

La prévalence des troubles mentaux

L'unique enquête nationale relative aux troubles mentaux est l'« Enquête Nationale sur les Prévalences des Troubles Mentaux en population générale » (ENPTM, 2003-2006) réalisée par le ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS. Elle a montré que 48,9% de la population marocaine enquêtée, âgée de 15 ans et plus, présentaient au moins un des 25 troubles mineurs ou majeurs investigués, avec une prévalence plus grande chez les femmes, ainsi que chez les plus jeunes ayant peu ou pas d'instruction et sans activité professionnelle stable.

71 - Tohen M, Zarate CA, Hennen J. et al., « The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence », *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, décembre 2003, p. 2099-107.

72 - Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ. et al., « Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 62, Décembre 2005.

73 - *Troubles psychiques et création artistique. PSN 2014/4 (Volume 12), pages 67 à 79.*

74 - Dean Keith Simonton (en), « Are Genius and Madness Related? Contemporary Answers to an Ancient Question », *Psychiatric Times* (en), 31 mai 2005.

La prévalence de la dépression en population générale est estimée à 26,5 %, celle des troubles d'anxiété à 9 %, des troubles psychotiques à 5,6 %, tandis que 6,5 % semblaient exprimer des idées suicidaires (intensité légère : 84,6 %, moyennes : 9 %, élevée : 6,5 %).

Une précédente enquête ayant porté sur un échantillon représentatif de 800 personnes à Casablanca⁷⁵ avait déjà relevé les mêmes pourcentages concernant les troubles anxieux.

Les professionnels de santé et le ministère de la Santé s'accordent pour dire que les chiffres de cette enquête rejoignent les tendances internationales⁷⁶.

Un récent rapport du CESE intitulé « faire face aux conduites addictives : état des lieux et recommandations » révèle que le phénomène est répandu et multiforme. A titre indicatif :

- des données de 2005 estimaient l'usage des substances psychoactives à 4,1%, l'abus et la dépendance aux drogues à près de 3%, l'abus d'alcool à 2% et la dépendance alcoolique à 1,4%. Une étude régionale de 2016 estimait à 18500 les personnes qui s'injectent des drogues au Maroc, avec des prévalences élevées du VIH (11,4%) et de l'Hépatite C (57%).
- 6 millions de personnes fument au Maroc dont 5,4 millions d'adultes et un demi-million de mineurs de moins de 18 ans. Chaque année 15 milliards de cigarettes sont consommées avec des teneurs en nicotine et en substances toxiques supérieures aux produits autorisés en Europe et 35,6% de la population sont exposées au tabagisme.
- L'usage des substances psychoactives auprès des adolescents scolarisés n'en est pas moins alarmant, selon les dernières enquêtes en la matière menées par le ministère de la Santé⁷⁷. Avec une prévalence de 9% au tabac⁷⁸, Il y a lieu de relever que 7,9% des élèves âgés entre 13 et 17 ans sont des fumeurs dont 63,3% ont commencé avant l'âge de 14 ans, 9,0% disent avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie (64% ont commencé avant l'âge de 14 ans), 13,3% ont expérimenté la consommation de l'alcool, 5% ont expérimenté la consommation des psychotropes et la prévalence de la cocaïne durant la vie était de 1,4%.
- Selon les estimations des opérateurs de jeux, 2,8 à 3,3 millions de personnes pratiquent le jeu d'argent dans notre pays, dont 40% sont considérés comme des joueurs à risques excessifs.

75 - N. Kadri et coll. 2007 : <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/6/1/6>

76 - Driss Moussaoui, « La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies », L'Encéphale, (2007) Supplément 4, S125-S126 : <https://www.encephale.com/content/download/86395/1487222/version/1/file/main.pdf>

77 - Enquêtes MedSPAD Maroc 2017 et GSHS 2016.

78 - (durant les 12 derniers mois précédant l'enquête)

- L'usage pathologique des écrans, jeux vidéo et internet commencent à se développer dans notre pays, ces problématiques restent encore ignorées. Une étude épidémiologique effectuée en 2020 sur un échantillon de 800 collégiens de 13 à 19 ans à Casablanca, avait révélé que 40% ont un usage problématique à internet et environ 8% sont en situation d'addiction.

Par ailleurs, et malgré l'existence d'une stratégie nationale de lutte contre les addictions et l'avance du Royaume par rapport à la région, la réponse collective demeure impuissante, et les politiques publiques limitées et insuffisantes, dominées par une approche répressive, fondée sur un cadre légal désuet et non protecteur. La lutte contre les addictions se confond encore trop avec la lutte (nécessaire mais non suffisante) contre les drogues. Les addictions aux comportements sans substance (jeux d'argent, jeux vidéo, cyberdépendance, achats compulsifs, etc.) demeurent hors du champ des politiques de prévention et de prise en charge.

Notre pays ne dispose que de 18 structures d'addictologie, avec 15 centres ambulatoires dont 5 en capacité d'assurer un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et 3 services résidentiels au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires de Rabat, Casablanca et Fès. On relève également une pénurie en ressources humaines avec seulement 64 médecins généralistes ou psychiatres formés en addictologie.

L'existence d'un itinéraire de soins au sein de services d'addictologie dont la distribution est formalisée à plusieurs niveaux de la pyramide des soins (ESSP, Centres d'addictologie, hôpitaux régionaux, CHU) est limité par les difficultés de prise en charge et de remboursement par les assurances maladies (mise à part CNOPS et CNSS)⁷⁹. Ceci est dû à l'absence de reconnaissance claire des addictions comme maladie au niveau du cadre légal de la couverture médicale de base notamment, à travers le manque de référence aux actes diagnostiques et thérapeutiques des troubles addictifs dans la « Nomenclature Générale des Actes Professionnels » (NGAP) donnant lieu à un remboursement par les assurances sociales et à la formulation restrictive et imprécise au niveau de l'arrêté du ministre de la Santé du 5 janvier 2006 fixant la liste des affections de longues durées (ALD) qui limite la prise en charge aux « troubles addictifs graves » dans le cadre des « troubles graves de la personnalité ». L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) a indiqué que quoique la CNOPS et la CNSS prennent en charge le remboursement des frais médicaux liés aux troubles addictifs, de nombreux actes médicaux ou traitements ne sont pas remboursables du fait que la Classification des actes médicaux ne s'y réfère pas ou n'intègre pas les innovations médicales et les nouvelles générations de médicaments.

79 - Dans sa réponse à la demande d'information que lui a adressé le CESE, la Caisse mutualiste interprofessionnelle marocaine (CMIM) déclare qu'elle « ne rembourse pas les traitements de longue durée et les hospitalisations liées à l'addiction ». La Fédération marocaine des sociétés d'assurance et de réassurance a indiqué pour sa part que « compte tenu du fait que l'addiction est la conséquence d'un acte volontaire de l'assuré, elle est exclue du champ de couverture des contrats d'assurance santé ».

A ces constats, s'ajoute le poids structurel et préoccupant du secteur des biens et services à haut potentiel addictif dans l'économie nationale. Le CESE dans son avis intitulé « faire face aux conduites addictives : état des lieux & recommandations » a révélé que les conduites addictives sont un phénomène qui se répand, se diversifie et s'aggrave. Les conduites addictives constituent à la fois, une maladie et un fait de société. Elles génèrent un chiffre d'affaires de 32,19 milliards de dirhams, soit près de 3% du PIB et représente 9,1% des recettes fiscales⁸⁰. Le seul volume d'affaires des tabacs (estimé à 17 milliards de dirhams en 2021) représente 5 fois le budget d'investissement du ministère de la Santé (3,35 milliards de dirhams projetés pour 2021).

Étant donné que l'ENPTM est l'unique enquête qui ait été réalisée et qu'elle date de 2006, la prévalence actuelle des maladies mentales au Maroc n'est pas connue.

L'évolution de la prise en charge de la maladie mentale

L'assimilation quasi-systématique de la santé mentale à la maladie mentale dans les esprits et dans les politiques publiques a conduit par le passé à une approche négative de la santé mentale. Cette approche a changé et se veut aujourd'hui positive. On parle de politique de santé mentale positive, pour mettre l'accent sur la promotion de la santé mentale et sur la prévention des troubles mentaux par le renforcement de la résilience, des capacités des individus à mieux faire face au stress, à mieux gérer leurs émotions et comportements dès le plus jeune âge. Ainsi, le concept de santé mentale positive incite à agir individuellement et collectivement, tout au long des différents cycles de vie (vie intra-utérine, petite enfance, enfance, adolescence, jeunesse, vieillesse), sur les différents facteurs susceptibles d'améliorer ou d'altérer la santé.

C'est ainsi que la psychiatrie s'est surspécialisée en pédopsychiatrie, gériopsychiatrie, psychiatrie médico-légale, psychiatrie transculturelle, addictologie. Elle s'est accompagnée du développement parallèle d'autres disciplines non médicales telles la psychologie clinique, la psychologie sociale, l'ergothérapie, l'orthophonie, et recourt de plus en plus à d'autres professionnels du domaine social : assistant(e)s sociaux spécialisés, des écoutants professionnels dans les centres d'appel, des « pairs aidants » (anciens malades guéris et qui sont formés dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux et jouent un rôle de plus en plus important dans les programmes de promotion et de prévention).

Le but de cette approche positive est de préserver le capital santé, de prévenir la maladie et de promouvoir la bonne santé, tant physique que mentale.

Les progrès considérables réalisés grâce à la recherche scientifique dans différents domaines, neurosciences, pharmacopée, sociologie, recherche psychosociale,

80 - Estimations du CESE sur la base de la loi de finance de 2019 et des données communiquées par les opérateurs de jeux, voir le rapport intégral du CESE sur les conduites addictives, dont est extrait le présent avis (pages 96 à 99), sur le lien : <https://www.cese.ma/media/2022/01/Rapport-conduites-addictives-VF.pdf>.

anthropologie, etc., conduisent à une meilleure connaissance et prise en charge des troubles mentaux, ainsi qu'à la prise de conscience du caractère biopsychosocial de la maladie mentale.

Les anciennes thérapies chirurgicales, chimiques ou électriques particulièrement violentes et peu efficaces ont été abandonnées⁸¹. On ne parle plus d'aliénation ou d'asiles de fous⁸². Les « pathologies » définies jadis selon des considérations morales ou culturelles ont été retirées des classifications officielles des maladies et troubles mentaux⁸³.

Ainsi, la psychiatrie moderne connaît une évolution remarquable des modalités d'intervention et de l'explication des pathologies. Elle évolue d'une discipline biomédicale vers une discipline bio-médico-psychosociale, ce qui concrètement veut dire que la prise en charge de la maladie mentale n'est plus du ressort exclusif de l'hôpital⁸⁴, qu'elle recourt de plus en plus aux soins ambulatoires, qu'elle dispose de différentes méthodes de traitement efficaces et qu'elle a besoin de l'intervention complémentaire d'un ensemble de professionnels et de structures non médicales pour accompagner les personnes atteintes de troubles mentaux dans leurs parcours de réinsertion, parfois très longs, et pour diminuer les rechutes.

Les différentes auditions du CESE auprès des multiples professionnels et des institutions laissent cependant percevoir une volonté d'aller vers cette approche pluridisciplinaire et complémentaire de la prise en charge de la maladie mentale associant des thérapies médicamenteuses modernes et des psychothérapies.

Les traitements traditionnels de la maladie mentale au Maroc

L'OMS définit la médecine traditionnelle comme « *la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le*

81 - Considérée aujourd'hui comme une pratique dangereuse, barbare, et dont l'efficacité n'est pas prouvée, la lobotomie avait valu aux inventeurs de cette méthode un prix Nobel en 1949. Les traitements par électrochocs ou sismothérapie se sont profondément transformés et sont aujourd'hui réservés à des cas bien particuliers. Les antipsychotiques de première génération dits typiques, dont certaines molécules ont été surnommées « lobotomie chimique » ou « camisole chimique », sont de plus en plus remplacés par de nouvelles molécules. Au Maroc, les patients n'auraient pas accès aux nouvelles générations de neuroleptiques (Audition des associations de psychiatres, 29/09/2021).

82 - Ghita El Khayat, *Une psychiatrie moderne pour le Maghreb*, Paris, L'Harmattan, 1994 ; Ghita El Khayat, *La Folie, El Hank - Casablanca, Casablanca, EDDIF, 2000* ; Ervin Goffman, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, trad. de Liliane et Claude Lainé, Éditions de Minuit, Paris, 1979 ;

Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.

83 - Le concept Freudien d'hystérie ne figure plus dans les classifications internationales, qui ont également retiré l'homosexualité (en 1990) et la transidentité (en 2019) de la liste des maladies mentales.

84 - Le ministère de la Santé marocain ambitionne d'intégrer la santé mentale au niveau de l'hôpital général et des Établissements de soins de santé primaires, de développer des structures intermédiaires, de limiter la durée d'hospitalisation, et de favoriser les soins ambulatoires (audition du ministère de la Santé, le 01/09/2021).

traitement de maladies physiques ou mentales »⁸⁵. Elle encourage les Etats à « *mettre à profit la contribution potentielle de la médecine traditionnelle à la santé, au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne et d'en favoriser un usage sûr et efficace* ».

Au Maroc, des connaissances, pratiques et savoir-faire, forgés par des siècles d'observations et d'expérimentation directe, sont combinés au reste des sciences médicales antiques et des pratiques magico-religieuses : théories des tempéraments (*miza*), des propriétés naturelles (*tabai'*), des humeurs (*halat*) correspondant aux quatre éléments ou états de la nature dont l'équilibre détermine l'état de santé (*sofra* ou bile jaune ; *sawda* ou bile noire ; *dam* ou sang ; et *balgham* ou pituite/phlegme), lutte des contraires, pensée magico-religieuse, etc.). Transmis essentiellement de manière orale, en partie au sein des familles ou des communautés (vertus de certaines plantes médicinales par exemple), ou de maître à disciple, ce savoir-faire thérapeutique propose des remèdes à une large palette de troubles, utilisant aussi bien des produits végétaux (plantes, racines, herbes, etc.), animaux (sang, œufs, produits laitiers (*smen*), etc.), minéraux (sel, fer, cuivre, alun (*chebba*), etc.) que des éléments (feu, eau, etc.) et des symboles magico-religieux (textes sacrés, talismans , etc.)⁸⁶. De nombreux spécialistes se consacrent principalement ou accessoirement à cette thérapeutique traditionnelle : le *taleb* ou *fqih* (clercs religieux avec parfois des pratiques ésotériques et magiques) ; le *'attar* (épiciers-droguistes) ; le *'achab* (herboriste), le *kuway* (poseur de cautères) ; le *hajjam* (barbier pratiquant des saignées et des circoncisions) ; le *jabbar* (rebouteux) ; la *kabla* (sage-femme) ; le *moul snane* (arracheur de dents) ; les *chouaf(a)s* (voyant(e)s) ; les saints thaumaturges (détenteurs de la *baraka* ou d'un savoir ésotérique : *chorfas* et *igouramen* (descendants de saints personnages), *mejdoubs* ou *bhalil* (sainteté manifestée par une forme de folie et de désocialisation partielle), *mkhawiyine* (entretenant une intimité avec des êtres du monde invisible).

En matière de maladie mentale, les traitements traditionnels⁸⁷ sont multiples et variés, certains sont inoffensifs, voire bénéfiques dans certains cas, tels que :

- La psalmodie de versets coraniques ou d'autres invocations (Douaa et Roqya Char'ya).
- Les pèlerinages : la visite des lieux saints de l'Islam, à l'occasion du grand pèlerinage (hajj) ou de *'omra* constitue pour beaucoup un moyen fort pour affronter des situations difficiles qui impactent l'équilibre mental et émotionnel de la personne.

D'autres traitements néanmoins peuvent être potentiellement dangereux, inhumains ou portant atteinte à la dignité humaine. Parmi eux on compte :

85 - OMS, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, 2013 : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf

86 - Jamal Bellakhdar, *Contribution à l'étude de la pharmacopée traditionnelle au Maroc : la situation actuelle, les produits, les sources du savoir. Enquête ethnopharmacologique de terrain réalisée de 1969 à 1992*, Thèse de Doctorat en Science de la Vie, Université de Metz, 1997.

87 - Radia El Barkaoui, *Le traitement de la maladie mentale par la médecine traditionnelle au Maroc : rituels et pouvoir de guérison*, Thèse de Doctorat de l'Université de Lyon, 2020.

L'exorcisme (*sar*).

- La voyance et l'invocation des esprits ;
- Les traitements à base de produits végétaux, animaux ou minéraux peuvent avoir une efficacité médicinale éprouvée, mais sont souvent utilisés pour leurs vertus magiques⁸⁸ ;
- La transe: des cérémonies cadencées par la psalmodie d'invocations mêlant religion et envoutement, au rythme des percussions et autres instruments à cordes ou à vent, dans une ambiance embaumant l'encens, avec l'utilisation (et le bannissement) de certaines couleurs particulières, et la délimitation d'espaces pour chaque type de participants. Les Gnawas⁸⁹, les 'Aissawas⁹⁰ et les Hmadchas⁹¹ restent les plus fameux dans ce domaine.
- L'enfermement dans des sanctuaires tel celui de Bouya Omar qui était à la fin des années 1960 un lieu de culte local et dont l'activité n'a cessé de croître jusqu'à sa fermeture par les autorités en 2015 dans le cadre de l'initiative AL KARAMA. Cet espace accueillait en général deux catégories de pensionnaires, des personnes avec une foi profonde en la baraka du saint et en son pouvoir de guérison, et d'autres conduits de forces, souvent par leurs proches, et enchaînés à l'intérieur du sanctuaire⁹².
- Par ailleurs, il y a lieu de citer d'autres pratiques telles que :
 - Le toucher, généralement de la tête pour transmettre la baraka , pratiqué par des fqih ou des raquis, pour le traitement de différents maux. Les descendants de certains saints ('Aissawa ou Hmadcha par exemple) sont réputés posséder ce genre de dons.
 - Les Moussems et visites de marabouts : « l'effet de guérison » peut être recherché par certains auprès du sanctuaire d'un saint, lors d'un mousssem annuel, d'une veillée (lila), ou d'une simple visite.

88 - On dénombre ainsi de nombreuses plantes utilisées à des fins magiques : la rue sauvage (*al fijal*), le marrube blanc (*marrivat*), le pégane *harmala* (*harmal*) utilisé comme encens (souvent mélangé à de l'alun (*chebba*)) ou comme moyen de suicide, le henné, l'armoise blanche (*chih*), le pavot somnifère (*kharchacha*), le chardon à glu (*dad*), le laurier-rose (*dafla*), le benjoin de pénang (*jaoui*), la férule ou gomme ammoniacum (*fassoukh*), etc. Des animaux ou une partie de leurs organes ou de leurs produits peuvent aussi avoir un usage magique : le sang (particulièrement celui obtenu lors d'un sacrifice rituel), le hérisson, le caméléon séché, la peau de serpent, les pattes de crustacés, le beurre rance (*smen hayel*) ... etc. Les minéraux sont largement utilisés dans les rituels magiques, principalement comme encens : le sel marque la frontière entre le monde des humains et celui des djinns, la pierre d'alun (*chabba*), le sulfate de cuivre (*hdida zarga*), etc.

89 - Abdelmajid Arrif, *Observer le religieux à travers ses faibles intensités. Les gnawa dans leurs territoire(s) de performance(s)*, Aix-en-Provence, 2006.

90 - Mehdi Nabti, *Les Aïssawa. Soufisme, musique et rituels de transe au Maroc*, Paris, L'Harmattan, 2010.

91 - Vincent Crapanzano, *Les Hamadcha. Une étude d'ethnopsychiatrie marocaine*, Paris, Institut d'Édition Sanofi-Synthélabo, 2000.

92 - Céline Aufaure, « Des procès en chair et en songe. Sainteté et exorcisme à Bouya Omar et Sidi Chamharouch », *Altérités*, vol. 6, no 2, 2009 : 93-114.

Une enquête nationale sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc⁹³ avait révélé en 2006 que 85% des enquêtés croyaient en les Djinns et en la magie (sihr), 37,6% en la voyance, et 32,5% en le pouvoir des saints. Ces chiffres ne signifient pas forcément que toutes ces personnes ont ou auront recours à des méthodes traditionnelles face à un trouble mental, mais révèlent toutefois une prédisposition, qui dans certaines situations et en concours avec d'autres facteurs, peut favoriser ce recours. Cette prédisposition peut être renforcée par les manifestations de certains troubles mentaux, leur chronicité et l'absence de perspective de guérison totale et définitive. Il est à noter que ces croyances touchent de manière équivalente les différentes catégories. L'enquête de 2006 a révélé une distribution plutôt proche des occurrences entre hommes et femmes⁹⁴, et entre urbains et ruraux⁹⁵.

Somme toute, certaines thérapies traditionnelles sont fondées sur un ensemble de croyances qui peuvent s'avérer utiles et doivent être prises en compte dans la prise en charge des malades mentaux. D'autres peuvent porter atteinte à la sécurité et à la dignité humaines et doivent être combattues.

Cette prédisposition historique et culturelle de la population au recours - aux méthodes traditionnelles ne doit cependant pas occulter le fait que la difficulté matérielle à accéder à une offre de soins moderne pousse de nombreuses personnes à renoncer aux soins⁹⁶ ou à recourir à ces traitements traditionnels. Cette propension est renforcée par la stigmatisation qui touche la maladie mentale

L'offre de soins psychiatriques

Le Conseil national des droits de l'Homme a publié en 2013 un rapport sur la santé mentale et les droits de l'Homme au Maroc⁹⁷. Visant à mettre en évidence les liens entre santé mentale et droits de l'Homme et la situation dans les établissements de traitement, il a pointé entre autres la désuétude des textes législatifs, la carence et les insuffisances des structures existantes, la pénurie en personnel médical et paramédical spécialisé.

L'offre de soins psychiatriques reste encore globalement faible tant en termes de ressources humaines qualifiées qu'en termes d'infrastructures et de capacité d'accueil

93 - Mohamed Tozy et al., *L'Islam au quotidien. Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc*, Casablanca, La Croisée des Chemins, 2013.

94 - Croyances aux : Djinn (86,5% femmes et 85% hommes) ; Magie (87,7% femmes et 83,9% hommes) ; Mauvais œil (93,1% femmes et 83,9 % hommes) ; Voyance (41,9% femmes et 32,9% hommes) ; Saints (40,1% femmes et 24,1% hommes).

95 - Croyances aux : Djinn (87,5% rural et 83,8 urbain) ; Magie (89,6% rural et 81,5% urbain) ; Mauvais œil (93,5% rural et 87,9% urbain) ; Voyance (50% rural et 23% urbain) ; Saints (40,6% rural et 23% urbain).

96 - De nombreux cas allégués de séquestration à domicile de personnes souffrant de maladies mentales sont régulièrement reportés par la presse. Voir par exemple : <https://www.maghress.com/fr/marochebdo/37529> ; <https://www.bladi.net/malade-mental-sequestration-maroc.html> ; <https://fr.le360.ma/societe/sequestre-par-sa-famille-a-cause-de-sa-maladie-10431>

97 - CNDH, *Santé Mentale et Droits de l'Homme : L'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique*, 2013 : https://www.cndh.org.ma/sites/default/files/sante_mentale_-_rapport_integral_.pdf

et ce, malgré les efforts du ministère de la Santé pour la développer en l'intégrant aux hôpitaux généraux et dans les ESSP ainsi qu'en créant des établissements intermédiaires. Les éléments fournis par l'Observatoire Régional de la Santé pour la région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima lors de son audition⁹⁸ indiquent que la capacité hospitalière en matière de santé mentale connaît un taux d'occupation moyen de 115%, avec un record pour Tanger-Assilah avec un taux d'occupation moyen (TOM) de 197%.

La capacité litière nationale (publique, privée et militaire) est de 2.431 lits, soit 6,2 lits par 100.000 habitants, répartis dans 36 hôpitaux psychiatriques, 25 services psychiatriques intégrés aux hôpitaux généraux, 2 services hospitaliers de pédopsychiatrie, et 18 centres d'addictologie (dont 3 services hospitaliers).

Tableau comparatif de ratios de la capacité litière par 100.000 habitants

Maroc	Global	AFR	AMR	EMRO	EUR	SEAR	WPR
6,2	14,5	2,6	13,6	5,2	62,7	3	17,2

98 - Audition Observatoire Régional de la Santé pour la région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima, le 29/12/2021.

Tableau comparatif des ressources humaines

Profil	Effectif (Maroc) ⁹⁹				Ratio : Professionnel par 100.000 habitants ¹⁰⁰							
	Public	Militaire	Privé	National	Maroc	EMRO	Mondial	AMR	AFR	EUR	SEAR	WPR
Psychiatre	222	18	188	428	1,23	1,12	1,7	1,9	0,1	9,7	0,4	1
Pédopsychiatre	16	00	10	26	0,07	0,1	0,3	0,7	0,1	3,4	0,1	0,1
Psychologue	14		200	214	0,61	1	1,4	4,6	0,1	5,4	0,3	0,7
Addictologue	64	--	--	64								
Infirmier psychiatrique	1301	34	--	1335	3,83	3	3,8	3,6	0,9	25,2	0,9	5,3
Orthophoniste	168	29	--		0,57	0,02	0,01	0,02	0,001	1,1	0,04	0,008
Psychomotricien	22	14	--									
Assistant social	12	--	--			0,4	0,7	1,5	0,1	2	0,1	0,7
Ergothérapeute	25					0,1	0,02	0,1	0,004	3	0,1	0,008
Total national	1844	95	398									

Les structures dites « intermédiaires » au sens large du terme, tels les centres de réhabilitation psychosociale gérés par des associations par exemple, bien que considérées comme essentielles dans la prise en charge des malades après

99. Données fournies par le Ministère de la Santé, 30/05/2021.
100. OMS, Mental Health Atlas, 2020.

stabilisation médicale de leur état de santé, sont hors champ des statistiques du ministère de la santé et de la protection sociale.

IV. Du suicide et des tentatives de suicide en général et au Maroc

L'OMS considère le suicide comme une priorité de santé publique. Le premier rapport mondial de l'OMS sur le suicide intitulé « prévention du suicide : l'état d'urgence mondial »¹⁰¹, publié en 2014, vise à sensibiliser davantage à l'importance en santé publique du suicide et des tentatives de suicide, et à donner à la prévention du suicide un rang élevé parmi les priorités de l'action mondiale en santé publique. Il vise également à encourager et aider les pays à élaborer ou renforcer des stratégies complètes de prévention du suicide dans le cadre d'une approche multisectorielle de santé publique.

Dans le plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020¹⁰², les États Membres de l'OMS se sont engagés à s'efforcer d'atteindre la cible mondiale d'une réduction d'un tiers du taux de suicide dans les pays d'ici à 2030.

Définitions du suicide et des tentatives de suicide

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne que la question de la définition des suicides et tentatives de suicide a donné lieu à de nombreuses discussions lors de l'élaboration de son rapport¹⁰³, de sorte qu'elle ne prétend pas fournir de terminologie « officielle ». Elle indique que dans le rapport, « **le terme suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort** » et « **le terme tentative de suicide est employé pour se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agressions avec intention de mourir ou pas** », et souligne que « *l'intention de suicide peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui lui sont associées* ».

Dans beaucoup de systèmes juridiques, le décès est certifié résulter d'un suicide, si les circonstances sont compatibles avec un tel acte et si le meurtre, la mort accidentelle et les causes naturelles peuvent tous être écartés¹⁰⁴.

Compte tenu de la diversité des éléments à évaluer pour qualifier un décès de suicide, les données de mortalité relatives au suicide sont « le produit final d'une chaîne d'informateurs, qui comprend les personnes qui trouvent le corps (souvent des membres de la famille), les médecins, la police, les médecins légistes et les statisticiens »¹⁰⁵.

101 - OMS, *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial*, 2014: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

102 - OMS, *Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020*, 2012: https://www.who.int/mental_health/mhgap/mental_health_action_plan_FR_27_08_2012.pdf

103 - OMS, *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

104 - *Observatoire national du suicide. 1er rapport 2014*.

105 - OMS, *La prévention du suicide*, 2002.

« La connaissance des causes de la mortalité constitue le fondement des politiques, des stratégies et des programmes de la santé publique. Cependant, **la fiabilité des statistiques de la mortalité est fonction de la qualité des données collectées et de la qualité des systèmes** mis en place pour le recueil de l'information basés sur la certification et la codification. »¹⁰⁶

Au Maroc, la déclaration du décès s'appuie sur un certificat de constatation du décès délivré par un médecin ou un infirmier de la santé publique ou un agent de l'autorité locale en l'absence de médecin ou d'infirmier¹⁰⁷. Dans le cadre de l'amélioration de l'enregistrement des causes de décès, le ministère de l'intérieur et le ministère en charge de la santé et de la protection sociale (MSPS) ont mis en place de nouveaux formulaires et formés des médecins au niveau de la commune de Rabat. Actuellement un amendement au Décret d'application de la loi 37-99 relative à l'état civil est en cours de signature, l'objectif étant que les certificats de décès soient dorénavant exclusivement délivrés par des médecins ou infirmiers qui doivent bien préciser les causes de la mortalité.

Le suicide et les tentatives de suicide en chiffres ¹⁰⁸

En 2019, le nombre estimé de suicides à l'échelle mondiale était de 703 000, soit un taux moyen de 9 pour 100 000 habitants, dont 12,6 hommes respectivement 5,4 femmes pour cent mille.

Le suicide est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la treizième cause de mortalité dans le monde, tous âges compris et la cinquième cause la plus courante de décès chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans. Il constitue la quatrième cause de décès chez les garçons âgés de 15 à 19 ans, après les accidents de la route, la tuberculose et les violences interpersonnelles, et la troisième cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans ¹⁰⁹. D'après les estimations, 45 800 adolescents se suicident chaque année, soit plus d'un jeune toutes les 11 minutes.

Pour chaque suicide, on dénombre souvent de nombreuses autres tentatives de suicide. Les tentatives de suicide (TS) sont estimées entre 10 et 20 millions chaque année dans le monde.

Selon le rapport de l'OMS paru en 2020, en 2019¹¹⁰, 2617 suicides ont été enregistrés au Maroc, dont 865 suicides de femmes et 1752 d'hommes, ce qui situe la prévalence du suicide autour de 7,2 pour 100 000.

106 - Guide de la certification des causes médicales de décès – Ministère de la Santé (dénomination ancienne)

107 - Décret d'application de la loi 37-99 relative à l'état civil, article 32.

108 - <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

109 - UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2021. Dans ma tête : Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants, 2021 : <https://www.unicef.org/fr/rapports/situation-enfants-dans-le-monde-2021>

110 - Suicide worldwide in 2020: Global health estimates

Il faut aussi relever que la qualité des données marocaines disponibles est de niveau 4, c'est-à-dire considérée comme ayant le niveau le plus faible sur l'échelle utilisée de 1 à 4 dans ce rapport¹¹¹.

Il y a probablement une sous-estimation du phénomène étant donné le tabou qui entoure encore le suicide dans beaucoup de cultures, et auquel le Maroc n'échappe pas. Il arrive assez souvent qu'on classifie certains suicides en accidents domestiques ou autres types d'accidents, ce qui entraîne une sous-estimation de la situation¹¹².

Les études sur la **prévalence des récidives de tentatives de suicide** au Maroc sont rares et ne concernent que des cohortes réduites. Dans une étude menée dans la région de Fès sur une population clinique, le taux de récurrence était de 15%¹¹³.

Le Maroc ne dispose pas d'un registre national centralisé des suicides, le ministère en charge de la santé et de la protection sociale auditionné se réfère en la matière aux chiffres publiés par l'OMS.

En l'état actuel du système d'information et de la certification des décès, seuls les chiffres de mortalité brute sont fiables. En revanche les données relatives aux comorbidités et aux causes morbides de la mortalité (dépressions, troubles anxieux, diabète, maladies cardiovasculaire, cancers, Covid 19, etc.) à l'échelle nationale restent très approximatives et ne peuvent être suivies rigoureusement. La nouvelle procédure de certification des décès, initiée dans la commune de Rabat par le ministère de l'Intérieur, non généralisée pour le moment, améliorera certainement la qualité des données.

Les suicides et tentatives de suicides en milieu carcéral

« Les études scientifiques internationales ont montré que les taux de suicide et d'atteinte à l'intégrité physique (AIP) dans les lieux de détention sont plus élevés que ceux dans la population générale. Au Maroc, le nombre de suicides dans les établissements pénitentiaires est généralement faible, mais les tentatives de suicide et les AIP constituent un problème auquel la Direction Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion (DGAPR) accorde une attention particulière »¹¹⁴. Les statistiques des suicides et tentatives de suicide au 31/10/2021 communiquées par la DGAPR sont résumées dans le tableau en annexe.

111 - 4 = Death registration data are unavailable or unusable due to quality issues. Estimates of mortality by cause should be interpreted with caution. Estimates may be used for priority-setting; however, they are not likely to be informative for policy evaluation or comparisons among countries.

See: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000-2016.pdf (accessed 9 March 2021).

112 - Audition de Mme. Bigdelli, représentante de l'OMS au Maroc, le 15/09/2021.

113 - Chadya Aarab, Fatima Elghazouani, Rachid Aalouane, et Ismail Rammouz, « Suivi prospectif sur 5 ans des tentatives de suicide en population clinique dans la région de Fès, Maroc », *Pan Afr Med J*, 2014; 18: 321.

114 - DGAPR, Lignes directrices et manuel de procédures : prévention du suicide et des tentatives de suicide et de l'atteinte à l'intégrité dans le milieu pénitentiaire.

Les causes du suicide

«Le suicide est un phénomène complexe déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs. L'individu, son histoire, son environnement immédiat, son milieu social, composent une trame dont il est presque impossible de défaire les entrelacs.»¹¹⁵

S'il est vrai que le suicide peut être l'ultime aboutissement de l'évolution de certaines pathologies mentales telles les dépressions sévères ou la schizophrénie, ou la réaction à un traumatisme psychologique extrêmement douloureux et insupportable, il est tout aussi vrai qu'il est lié à la coexistence de facteurs sociaux potentiellement défavorables au bien-être des individus.

Les déterminants du suicide sont multifactoriels. Ils sont liés à la précarité, au taux de chômage, l'absence d'accès à un projet de vie, la discrimination, les tabous et interdits qui entourent la sexualité et les relations sexuelles hors mariage, la violence dans toutes ses formes à l'égard des femmes et mineures notamment, l'absence de soutien communautaire ou de soutien socio-économique, etc., et peuvent apporter un déséquilibre dans la vie de ces personnes. Il y a donc une nécessité à travailler sur le terrain des déterminants sociaux, économiques et culturels qui mènent vers le suicide, de travailler sur la sensibilisation parce qu'une tentative de suicide est un facteur déterminant d'un suicide abouti¹¹⁶.

Il semble que le risque de suicide soit plus élevé lorsqu'il y a isolement, lorsque le soutien social et familial est faible ou inexistant, situation dans laquelle se retrouvent de plus en plus de personnes âgées.

Selon le Service central de la police judiciaire, sur les 4553 cas de suicides et tentatives de suicide (TS) enregistrés entre 2017 et 2021 :

- 2052 présentaient des troubles mentaux (44,93%) ;
- 1306 avaient des problèmes familiaux (28,6%) ;
- 50 des problèmes financiers (1,09%) ;
- Pour 1159 d'entre eux, la cause est restée indéterminée (25,38%).

Méthodes de suicide utilisées

L'ingestion de pesticides, la pendaison et les armes à feu sont parmi les méthodes de suicide les plus répandues dans le monde. On estime que près de 20 % des suicides dans le monde sont dus à l'intoxication par les pesticides, pour la plupart dans les zones agricoles ou rurales de pays à revenu faible ou intermédiaire. Parmi les autres méthodes communément utilisées figurent la pendaison et les armes à feu.

¹¹⁵ - Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, «S'entraider pour la Vie» Stratégie québécoise d'action face au suicide, 1998, Canada.

¹¹⁶ - Audition de Mme. Bigdelli, représentante de l'OMS au Maroc, le 15/09/2021.

Des travaux de thèse en médecine, mettent en avant l'utilisation de raticides, d'insecticides, de l'eau de javel, de médicaments, la défenestration, se jeter sous un train ,etc. Ces thèses s'intéressent à des populations cliniques et leurs données ne peuvent être extrapolées à la population générale.

Selon les données du Service central de la police judiciaire (période 2017-2021), la pendaison est le moyen le plus fréquemment utilisé (58,3%), suivi par la prise de substances toxiques (22,51%), les sauts à partir d'une hauteur (7,29%), la prise de médicaments (5,45%) et l'automutilation (3,11%). Les suicides par immolation, armes à feu, noyades représentent près de 3%. Les méthodes violentes sont plus utilisées par les hommes que les femmes.

Le travail réalisé par le Centre antipoison marocain (CAPM) mérite une attention particulière, car il présente les statistiques régulières concernant les cas de suicide et de tentatives de suicide par ingestion de substances toxiques à l'échelle nationale, sur une très longue période.

Le CAPM a reçu **entre 2000 et 2017 un total de 24.530 signalisations de cas de suicide et de tentatives de suicide** par ingestion de substances toxiques¹¹⁷.

42,9% des cas d'intoxication signalés touchent la tranche d'âge 20-40 ans, et 73,61% des cas concernent des femmes¹¹⁸.

Le CAPM a enregistré 645 décès parmi ces cas signalés, ce qui donne un taux de létalité de 2,6%. Les médicaments arrivent en tête des produits impliqués dans ces cas d'intoxication avec un taux de 53,3%, suivis par les insecticides avec un taux de 31,9%¹¹⁹.

La répartition géographique des cas recensés entre 2000 et 2016 place la région du Souss-Massa-Daraa en tête avec 19,8% des cas¹²⁰.

Ce que l'OMS constate en matière de prévention et de lutte contre les suicides :

- un manque de données sur le suicide et les tentatives de suicide, et un déficit qualitatif de celles-ci à l'échelle mondiale. Seuls 80 États Membres environ disposent de systèmes d'enregistrement des données d'état civil de qualité qui puissent être utilisés directement pour estimer les taux de suicides.
- Ce problème de données de mortalité n'est pas propre au suicide, mais compte tenu de la sensibilité de cette question – et de l'illégalité du comportement suicidaire dans certains pays – il est vraisemblable que la sous-notification et la mauvaise classification représentent des problèmes plus importants pour le suicide que pour la plupart des autres causes de décès.

117 - Figures en annexe

118 - Figure 2 en annexe

119 - Figure 3 en annexe

120 - Figure 4 en annexe

- À ce jour, seuls quelques pays ont inscrit la prévention du suicide au nombre de leurs priorités sanitaires et 38 pays seulement déclarent s'être dotés d'une stratégie nationale de prévention du suicide.

Ce que l'OMS préconise

L'OMS, considère que les suicides sont a priori évitables et que des mesures peuvent être prises au niveau de la population, des groupes de population et au niveau individuel pour prévenir et diminuer les taux de suicide et de tentatives de suicide.

L'approche de l'OMS pour la prévention du suicide repose sur des données probantes et comprend 4 axes d'intervention :

1. Limiter l'accès aux moyens de se suicider (pesticides, armes à feu, certains médicaments);
2. Interagir avec les médias pour un traitement responsable des suicides ;
3. Favoriser les compétences psychosociales chez les adolescents ;
4. Identifier, évaluer, prendre en charge et suivre toute personne ayant des idées ou comportements suicidaires, à un stade précoce.

Ces mesures doivent aller de pair avec les principes fondamentaux suivants :

- la production, la surveillance, le suivi et évaluation de données fiables en la matière ;
- la collaboration et la coordination entre de multiples secteurs de la société (les départements de la santé, de l'éducation, de l'emploi, de l'agriculture, de l'industrie, de la justice, la société civile, les partis politiques, les médias, etc.) ;
- le renforcement des capacités ;
- le financement.

V. La gouvernance du système de santé mentale et les politiques publiques de la santé mentale

La gouvernance du système de santé mentale ne peut être décorrélée de la gouvernance du système de santé.

La gouvernance du système de santé marocain a été l'objet du livre blanc « pour une nouvelle gouvernance du système de santé » élaboré en 2013 dans le cadre de la préparation de la 2ème Conférence nationale de la santé. Plusieurs recommandations en appelaient entre autres à une rupture avec la gouvernance en vigueur, à la contractualisation de la complémentarité public-privé, au placement de la santé au cœur des politiques publiques, à l'action sur les déterminants de la santé, au développement d'un système d'information intelligent, au développement quantitatif des ressources humaines, mais aussi qualitatif des formations orientées sur le travail de proximité.

Le CESE a évalué la gouvernance du système selon 3 niveaux de régulation¹²¹ :

- **la régulation démocratique** qui est mobilisée pour définir les grands principes organisateurs du système de santé. Elle renvoie aux idées d'une plus grande participation directe des citoyens aux décisions, d'une décentralisation accrue pour mieux utiliser et responsabiliser les compétences, de l'adaptation du système de santé aux particularités locales, d'une plus grande ouverture de nouvelles formes de financement et du recours accru à l'intersectorialité et l'imputabilité pour apprécier les conséquences sanitaires des politiques publiques.
- **l'organisation de l'offre de soins** qui permet de définir les modalités d'accès aux services, les responsabilités et les règles de gestion des différentes organisations (hôpitaux, CLSC, cabinets privés, CHSLD...), le contrôle des pratiques professionnelles, les systèmes d'information, les modalités de paiement des établissements et des professionnels, la gestion de la qualité... Le concept de gouvernance au niveau de l'organisation des soins renvoie à l'idée que, pour éliminer les barrières et les rigidités du système actuel, il est nécessaire de fonctionner en réseaux, d'introduire des mécanismes de marché internes, de décentraliser les décisions et de généraliser les systèmes d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité.
- **le système clinique** relevant purement de la logique professionnelle, qui permet d'accueillir les personnes souffrantes et inquiètes, de diagnostiquer, de prévenir, de traiter, de pallier, d'observer leurs problèmes de santé et de les orienter dans le système de soins.

121 - Annexe

La régulation démocratique

Une approche participative qui a encore du mal à se concrétiser

Selon les auditions des professionnels, des syndicats les plus représentatifs et d'un certain nombre d'associations la culture de la participation n'a pas encore atteint le niveau de maturité requis..

Ainsi la participation n'est pas encore suffisamment considérée par les départements ministériels dans les faits, comme un droit. Un dialogue entre tous les acteurs concernés est nécessaire et utile au renforcement de la confiance, de la légitimité, de la cohérence et de la pertinence des lois et politiques publiques.

Une faible mise en œuvre de la loi cadre 34-09 relative au système de soins et à l'offre de soins

La politique de santé au Maroc est encadrée depuis 2011 par **la loi cadre 34-09**¹²², qui rappelle que le droit à la santé est un droit humain fondamental et a énoncé les principes du système de santé : solidarité, égalité, équité, complémentarité intersectorielle, approche genre en matière de services de santé, dont la mise en œuvre incombe principalement à l'État. Elle stipule par ailleurs que :

- Les actions de l'État en matière de santé portent sur les domaines de prévention contre les risques, d'éducation pour la santé, de promotion, de contrôle sanitaire et de prestations de soins préventifs, curatifs ou palliatifs et de réhabilitation.
- L'État conduit une politique intersectorielle complémentaire et intégrée de prévention.
- L'État a la responsabilité d'assurer la formation et la formation continue des ressources humaines

La 2^{ème} Conférence nationale sur la Santé¹²³, considérée comme étant la troisième réforme du secteur de la santé a défini les axes du développement du secteur en 2013.

122 - Loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins promulguée le 2 juillet 2011, B.O. n° 5962.

123 - Marrakech, Juillet 2013

Elle visait à mettre en place un modèle d'organisation du système de santé équitable, durable et efficient.

Trois axes :

agir sur les déterminants de la santé

progresser vers la couverture universelle :

Couverture par des services de santé indispensables et de qualité

Couverture contre le risque financier

Moderniser la gouvernance de la santé

Retrouver un équilibre entre le rôle et le positionnement des parties prenantes

Veiller à ce que les politiques, les stratégies et la législation adoptées favorisent l'équité, la couverture, l'accès, la qualité et les droits des patients.

La loi 131-13 relative à l'exercice de la médecine¹²⁴ est ensuite venue compléter l'arsenal juridique pour inscrire l'exercice de la médecine dans les orientations de la loi cadre. Le CESE avait émis un avis¹²⁵ sur cette loi qui a libéralisé le secteur médical afin de pallier un certain nombre de dysfonctionnements, d'atténuer la pénurie en ressources humaines et d'améliorer la répartition géographique de l'offre de soins.

9 ans après la 2^{ème} Conférence nationale de la santé, force est de constater que peu de progrès ont été réalisés en matière de gouvernance du système de santé. La santé demeure essentiellement pilotée par le MSPS de manière très centralisée, son action est encore focalisée sur la gestion des structures et des personnels du secteur public, le secteur privé se développe en tant que « rival » du secteur public et non dans la complémentarité, les systèmes d'information sont toujours aussi indigents, la pénurie en ressources humaines perdure, la réflexion sur les divers mécanismes incitatifs, financiers et sociaux des professionnels de santé est restée au point mort. La mise en œuvre de la loi cadre en matière de schémas régionaux de l'offre de soins, de cartes sanitaires, de complémentarité effective des secteurs publics et privés, reste très insuffisante.

124 - Loi n° 131-13 relative à l'exercice de la médecine promulguée le 19 février 2015, B.O. 6344.

125 - CESE, Avis sur le Projet de loi 131-13 relatif à l'exercice de la médecine, 2014 : <http://www.cese.ma/media/2020/10/Avis-du-Conseil-Projet-de-loi-n%C2%B0131-13-relatif-%C3%A0-l%E2%80%99exercice-de-la-m%C3%A9decine.pdf>

Les insuffisances en matière de valorisation des ressources humaines et d'encadrement juridique des champs d'exercice de la médecine

Le cadre réglementaire éthique, juridique et déontologique régissant les professionnels de la santé mentale est peu développé :

- Les psychologues n'ont pas de statut légal adéquat. La profession est considérée comme une profession paramédicale, elle est soumise à des textes réglementaires spécifiques inadaptés à la profession. Il faut cependant souligner que le décret n°2.21.528 portant application de la loi 98-05 relative à l'assurance maladie obligatoire et la loi 99-15 relative aux pensions des travailleurs et professionnels indépendants, parle de « spécialistes en psychologie non-psychiatres »¹²⁶. Il s'agit là d'une avancée importante dans la reconnaissance de cette profession.

Dans le secteur public, le psychologue clinicien est assimilé à un cadre administratif et sa pratique est assimilée aux paramédicaux, son rôle est encore méconnu, il est souvent en position de subordination et ne peut choisir son mode d'intervention et ses outils.

L'exercice en libéral de la psychologie est soumis à autorisation du Secrétariat Général du Gouvernement¹²⁷. Selon les acteurs auditionnés, cette procédure peut s'avérer très longue et les psychologues, dans la mesure où la loi ne l'interdit pas, s'installent en créant des SARL, des cabinets de consulting, ou en utilisant le statut d'autoentrepreneur. Les psychologues cliniciens n'ont pas d'Ordre professionnel et ne figurent pas en tant que tels dans « la nomenclature fiscale ».

- Il n'existe aucun cadre déontologique et juridique réglementant l'appellation de « psychothérapeute ». Pour devenir « psychothérapeute » au Maroc, il n'y a pas forcément lieu d'être psychiatre ou psychologue clinicien. Toute personne ayant suivi une certaine formation en psychothérapie peut porter le titre de psychothérapeute. Ce vide juridique pourrait ouvrir la porte aux dérives de charlatanisme, aux dérives sectaires, à l'escroquerie, etc., dérives déjà observées dans d'autres pays¹²⁸.
- La psychanalyse n'est pas reconnue en tant que telle et ne donne pas lieu au remboursement des séances par les assurances.

126 - Décret n°2.21.528 pris pour l'application de la loi n°98-15 relative au régime d'assurance maladie obligatoire de base et la loi n° 99-15 instituant un régime de pensions pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non salariées exerçant une activité libérale, en ce qui concerne les sage-femmes, les personnes exerçant les professions de rééducation, de réadaptation et de réhabilitation fonctionnelle, les prothésistes dentaires, les diététiciens, les nutritionnistes et les psychologues à l'exception des médecins spécialistes en psychiatrie, BO n° 7043-bis du 30/11/2021.

127 - http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/profession_reglementee/AutresProfessionsParam%C3%A9dicales.pdf

128 - Bernard Brusset, « Les psychothérapies et la loi : un débat d'actualité », *Revue Française de Psychanalyse*, Vol. 69, n°2, 2005, pp. 537-560.

- Les infirmiers en psychiatrie sont insuffisamment protégés par la loi 43-13¹²⁹ en vertu de laquelle ils exercent. L'absence de précision juridique dans les textes pose le problème de la délimitation claire des responsabilités de l'établissement d'une part, et celles des soignants d'autre part, particulièrement en cas de décès de malades ou de poursuites judiciaires.
- Les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens sont des acteurs essentiels de la santé mentale encore trop peu connus, trop peu nombreux, trop peu accessibles. Les actes des ergothérapeutes et psychomotriciens ne sont pas inscrits dans la NGAP et ne sont pas remboursables.

Les politiques publiques de santé mentale souffrent du manque d'implication des autres secteurs concernés, de l'insuffisance de données et d'évaluation

On peut considérer que la prise en compte de la santé mentale dans les politiques publiques au Maroc a connu un certain dynamisme depuis 2013, tout au moins un regain d'intérêt à en juger les différentes actions menées depuis cette période. La santé mentale a été une priorité de la stratégie sectorielle 2012-2016 avec un plan d'action spécifique lancé en juin 2013, « AL KARAMA », initiative à mi-chemin du plan spécifique qui visait à accélérer la mise en œuvre de solutions à des problèmes de santé mentale hautement prioritaires.

Que ce soit en matière de santé, de santé mentale ou de suicides, un grand nombre de stratégies et programmes ont été élaborés ou sont en cours d'élaboration tels que le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU), la deuxième Stratégie Nationale de promotion de la Santé des Adolescents et des Jeunes (SAJ) pour la période 2022-2030, ainsi que la Stratégie Nationale de Santé Pénitentiaire (SNSP) 2022-2026.

Cela dit et malgré les efforts fournis par les différents départements, en termes d'élaboration de stratégie et de programmes, il y a lieu de relever :

- l'absence de présentation d'indicateurs permettant d'évaluer l'étendue du déploiement de ces stratégies et programmes à l'échelle nationale, leur coûts et les résultats obtenus par rapport aux objectifs dans le temps ;
- la difficulté d'accès ou la non-publication des données lorsqu'elles existent ;

En matière de suivi évaluation de la santé dans les régions, les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) qui sont des services des directions régionales de santé, méritent une attention particulière en tant que producteurs et analystes des données sanitaires territoriales. Ces observatoires rencontrent cependant de réelles difficultés pour réaliser pleinement leurs missions¹³⁰ :

129 - Loi n° 43-13 relative à l'exercice des professions infirmières promulguée le 22 juin 2016, BO n°6500 du 15/09/2016.

130 - Audition de l'ORS Tanger-Tétouan-Al-Hoceima du 29 Janvier 2021.

- Ressources humaines (en nombre et compétences) et matérielles insuffisantes ;
- Collecte de données encore sur format papier et transmission des données suivant une procédure administrative longue avec tout ce que cela implique en termes de déperdition de temps et de risque d'erreurs ;
- Multiplication des applications ;
- Nombreux ESSP non connectés à internet ;
- La certification des décès n'étant pas réalisée exclusivement par des médecins lorsque celui-ci survient à domicile. Les décès survenant majoritairement à domicile, les données concernant les comorbidités et les causes de décès ne sont pas vraiment fiables.

Par ailleurs, le secteur médical privé échappe totalement à ce système d'information.

Selon la direction de l'épidémiologie du MSPS, le système d'information est un chantier ouvert. Aucune information sur sa conception et son état d'avancement n'a pu être collectée.

L'évaluation de la pertinence, de l'efficacité, de l'état d'avancement de la mise en œuvre des stratégies et programmes reste très difficile et limitée, ces stratégies n'étant pas adossées à des objectifs chiffrés précis et déclinés dans le temps, ne présentant pas les budgets de la santé alloués spécifiquement à la santé mentale, les données n'étant pas disponibles et/ou accessibles.

S'il est certain que de nombreuses actions ont été menées, il est tout aussi certain que ces stratégies n'ont, pour l'instant, pas impacté positivement et significativement les usagers en termes de réduction des inégalités territoriales et d'iniquités d'accès aux soins, de baisse de la corruption, de qualité et d'humanisation des soins, d'appui à la recherche médicale etc.

Huit ans après l'adoption de la loi 131-13, l'état du système de soins n'est pas meilleur ni en termes d'égalité et d'accessibilité aux soins, ni en termes de pénurie de ressources humaines, ni en termes de couverture territoriale. La crise sanitaire récente en a fait la preuve. Au contraire cette loi a contribué à l'aggravation de la pénurie en ressources humaines du secteur public, des centaines de médecins ayant migré vers le secteur privé ou ayant choisi d'emblée d'exercer dans le secteur privé, secteur qui reste plus attractif.

La médecine du travail peine à se développer

Peu nombreux, 1400 à l'échelle nationale, les médecins du travail n'ont vocation à agir qu'auprès des salariés du secteur privé, en même temps peu d'entreprises ont un médecin du travail. Les employés du secteur public ont une protection très

rudimentaire en matière d'accidents de travail et de maladies professionnelles, qui est régie par des textes fragmentés et désuets. Un projet de loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles est en cours de préparation¹³¹.

Le CESE avait souligné dans son rapport sur la santé et sécurité au travail le fait que seules 17% des entreprises se conforment à l'obligation édictée par le code du travail de créer un comité d'hygiène et de sécurité au travail, et que seuls 2,6 millions de salariés sur une population active de près de 10 millions de personnes sont assurés contre les accidents de travail¹³².

Les risques psychosociaux, le stress, le burnout ne sont pas suffisamment pris en compte dans le milieu du travail.

La médecine scolaire

En matière de médecine scolaire, plusieurs programmes et stratégies ont été mises en place

- Programme National de Santé Scolaire et Universitaire ;
- Stratégie Nationale de Santé Scolaire et Universitaire ;
- Stratégie Nationale de Promotion de la Santé des Adolescents et des Jeunes ;
- Plan Stratégique National de Promotion de la Santé Mentale des Enfants, des Adolescents et des Jeunes¹³³.

Cependant la médecine scolaire ne joue pas encore pleinement le rôle qu'elle devrait en termes de régularité des visites médicales dans les établissements tout au long du parcours scolaire, de détection des maladies au sein des établissements, de détection précoce des troubles de l'attention et de l'apprentissage, de coordination entre les établissements et « médecin de l'école », de suivi des élèves ayant des problèmes de santé, de décision collégiale quant à leur scolarisation. De facto, tout le processus est plutôt entre les mains des parents.

Les lois et l'application des lois en lien avec la santé mentale ne répondent pas de manière satisfaisante aux exigences actuelles de protection des personnes atteintes de troubles mentaux

Le projet de loi 71-13 relatif à la protection des personnes atteintes de troubles psychiques ou mentaux et aux conditions et modes de leur prise en charge, actuellement devant le Parlement, est le fruit d'un processus qui a débuté en 2007 avec un draft intitulé «Législation Marocaine en Santé Mentale». Ce projet de

¹³¹ - Audition du ministère de la Transition numérique et de la réforme de l'administration par la Commission des Affaires de l'Emploi et des Relations Professionnelles, le 30/12/2021.

¹³² - CESE, Santé et sécurité au travail : un appui essentiel au développement économique et social, 2020.

¹³³ - Audition du ministère de l'Éducation Nationale, du Préscolaire et des sports, 24/11/2021.

loi est catégoriquement et unanimement rejeté dans sa mouture actuelle par la communauté des psychiatres¹³⁴. Or, il s'agit d'une loi structurante qui engagera la psychiatrie et son développement pour les années à venir.

En matière de législation pénale, l'enjeu est la détermination de la capacité de discernement des personnes atteintes de troubles mentaux lors du traitement de faits criminels. Ainsi, le recours à l'expertise médicale psychiatrique est incontournable. C'est l'unique moyen pour déterminer si le crime ou le délit est du ou non à un trouble mental, et s'il y avait ou non altération des capacités de discernement de la personne accusée au moment de l'infraction.¹³⁵.

En matière de législation civile l'enjeu est la détermination de leur capacité juridique à donner leur consentement éclairé. Dans un cas comme dans l'autre, le recours à l'expertise médicale psychiatrique et ou psychologique est fondamental. Dans le cas de mariages de mineures par exemple, c'est l'expertise psychologique spécialisée et non l'expertise médicale au sens vague du terme qui devrait peser dans la balance des juges, pour déterminer si la personne concernée est en capacité de choisir et de décider en connaissance de cause. Autrement dit, dans ce cas de figure, si elle psychologiquement apte à s'engager et à assumer les obligations découlant d'une relation de mariage.

Or, l'expertise judiciaire psychiatrique et psychologique est encore trop peu développée dans notre pays, ce qui constitue un véritable problème. Seuls 13 experts judiciaires sont enregistrés dans ce domaine ce qui a pour effet de prolonger la procédure judiciaire pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

A cela s'ajoute la difficulté de l'application effective de la loi quant à l'internement judiciaire¹³⁶ en établissement psychiatrique pour les personnes présentant des troubles de leurs facultés mentales et le placement judiciaire¹³⁷ en établissement thérapeutique pour les personnes souffrant d'une addiction. Le manque de place dans les services psychiatriques conduit à la détention abusive et « illégale » de prévenus atteints de maladies psychiatriques, parfois pendant des années, avant qu'ils ne soient définitivement jugés, ou à la détention en prison de personnes ayant été jugés irresponsables et absous.

134 - *Audition des associations de psychiatres, 29/09/2021 ; Audition des associations des familles de malades, 22/12/2021 ; Fédération nationale pour la santé mentale, Propositions et recommandations pour de meilleures conditions de prise en charge de la maladie mentale et l'amélioration de la santé mentale du citoyen au Maroc, décembre 2020.*

135 - *Mohammed Barrimi, Said Khelafa, Souad Rharrabti, Chadia Aarab, Ismail Rammouz, Rachid Aalouane, « La détermination de la responsabilité pénale de l'aliéné mental au Maroc et ses effets sur le déroulement du procès », dans : L'Information psychiatrique, 2014, 90, pp. 843-849.*

136 - *Article 75 du code pénal*

137 - *Article 80 du code pénal*

Cette situation ne concerne certes qu'un nombre relativement limité de personnes, 50 en 2017 et 34 en 2020¹³⁸, mais constitue une violation et une atteinte grave aux droits de ces personnes. Les ministères Public, de la Justice et de l'Intérieur déplorent cette situation¹³⁹.

De même, bien que le Dahir portant loi du 21 mai 1974 « relative à « la répression de la toxicomanie et la prévention des toxicomanes » permette au juge de prononcer une injonction de soins en faveur des usagers de drogues acceptant de recourir à des soins, le volume très important des cas de poursuites présentés quotidiennement aux juridictions et la faiblesse de leurs moyens dans un contexte de rareté extrême de centres de soins, rend quasi-ineffective la possibilité de bénéficier de cette injonction thérapeutique et du placement judiciaire dans un établissement de soins. Les juges préfèrent recourir à des peines d'emprisonnement qui varient entre 6 mois et un an au lieu d'un placement judiciaire qui peut prendre jusqu'à deux ans d'attente. Par ailleurs, bien que le délit de consommation de produits addictifs prohibés soit éligible à la procédure de transaction pénale, la vulnérabilité de la population concernée la rend souvent en incapacité de s'acquitter du montant de l'amende transactionnelle¹⁴⁰. Ceci devrait amener à pousser la réflexion vers un assouplissement de la loi, en écartant les peines privatives de liberté dans les cas de simple consommation, et en les remplaçant par des programmes de soins et de réinsertion sociale.

La nécessaire prise en compte des droits des personnes atteintes de troubles mentaux en matière pénale impose la prise en compte des progrès scientifiques et de l'évolution de la compréhension des maladies et troubles mentaux et de leur prise en charge, du respect des droits et de la dignité de la personne, et de la protection des personnes en situation d'incapacité provisoire ou permanente.

Ainsi l'arsenal juridique spécifiquement dédié aux troubles mentaux – code pénal et code de procédure pénale - et le système judiciaire doivent impérativement évoluer et être développés dans le cadre d'une étroite collaboration institutionnalisée entre psychiatres, psychologues cliniciens, juristes et acteurs du système judiciaire.

De même l'expertise judiciaire **psychiatrique et psychologique** doit évoluer et être développée eu égard à son importance dans le cadre d'affaires pénales et civiles, afin de préserver les droits des personnes atteintes de troubles mentaux présumées « coupables » d'infractions, de délits ou de crimes ou potentiellement victimes de manipulations, de malversations ou d'extorsions lors de mariages (en particulier mariages de mineur(e)s), divorces et héritages par exemple.

138 - Chiffres de la Délégation générale à l'Administration pénitentiaire et à la réinsertion.

139 - Audition du ministère de l'Intérieur, le 01/12/2021 ; Audition du ministère Public et du ministère de la Justice, le 08/01/2021.

140 - La procédure de conciliation permettant au prévenu de ne pas être poursuivi, sur la base du paiement de la moitié du montant de l'amende prévue par l'article 8 du dahir de 1974 et établi à 5000 dirhams, soit 2500 dirhams.

La prise en charge des soins par l'assurance maladie

Les traitements médicamenteux et les psychothérapies que nécessitent les patients atteints de troubles mentaux impliquent des protocoles de soins souvent longs et onéreux. Or, nombreux sont les actes thérapeutiques mal ou non pris en compte par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels qui sert de référence pour la facturation des actes par les professionnels et pour le remboursement des actes par les assurances. Par ailleurs, les décalages entre les tarifs de référence et le niveau réel des honoraires, le plafonnement du nombre de séances remboursables (pour la durée et la fréquence) par les assurances maladies, sont autant de facteurs qui limitent ou privent de nombreux patients de l'accès à ces soins.

Selon le rapport annuel 2020 concernant l'AMO, le nombre d'affiliés AMO présentant des troubles mentaux était de 18217, ce qui ne représentait que 4,45% de l'ensemble des affiliés ayant des maladies chroniques.¹⁴¹

La prise en charge des patients atteints de troubles mentaux par l'assurance maladie reste notamment limitée par une NGAP obsolète et un TNR en deçà des tarifs pratiqués.

Le financement des dépenses relatives à la santé mentale n'est pas quantifié, les dépenses de santé continuent de peser très lourdement sur les ménages, le secteur public ne profite pas des financements de l'assurance maladie

Il n'existe pas de données chiffrées concernant les dépenses relatives à la santé mentale dans le système de soins. On peut également déplorer l'absence d'études économétriques en rapport avec le coût financier et social de la non prise en charge de la maladie mentale, et ce d'autant que le poids des maladies mentales augmentera très probablement de manière significative dans les années à venir.

En 2020, les dépenses de l'AMO liées aux troubles mentaux s'élevaient à 73 954 492 dirhams, ce qui ne représentait que 1,2% des dépenses engagées pour l'ensemble des maladies chroniques¹⁴².

Selon l'ANAM, « les dépenses assurées liées aux troubles graves de la personnalité, dont les troubles addictifs, sont passées de 20 millions de DH à 30 millions de Dh entre 2014 et 2019 (soit une augmentation de 31,2%). Les dépenses liées à cette catégorie de pathologies **constituent 0,62% de l'ensemble des dépenses liées aux ALD** au titre de 2019. »¹⁴³

Même si le Maroc ne dispose pas des données concernant les dépenses consacrées à la santé mentale, les Comptes nationaux de la santé 2018 (CNS) avancent des éléments de réflexion macroéconomiques importants sur ce sujet:

141 - Réponse écrite de l'Agence nationale de l'assurance maladie du 16 Février 2022.

142 - Réponse écrite de l'Agence nationale de l'assurance maladie du 16 Février 2022.

143 - Fiche technique de l'ANAM adressée au CESE le 16 Février 2022.

- En 2018, et à l'instar des années antérieures, le ministère de la Santé s'est confirmé en tant que troisième financeur de la santé au Maroc après les **ménages (45,6%, des DTS premier financeur)** et l'assurance maladie (29,3%), avec un poids de 21,4%, soit une augmentation de 1,4 point par rapport à l'année 2013.
- **La part du PIB consacrée à la santé a diminué** passant de 5,8% en 2013 à 5,5% en 2018. Cette part reste très faible par rapport aux normes internationales.
- La dépense totale de santé par habitant en 2018, est de 1730 DH, elle a **augmenté de 9,6%** par rapport à l'année 2013. Des pays comme la Turquie et le Liban dépensent presque le double de ce que dépense le Maroc pour chaque habitant. La France dépense presque 8 fois plus que le Maroc et les USA dépense 16 fois plus.
- Les paiements directs des ménages sont **drainés par le secteur privé** pour une part estimée à plus de 90% des dépenses, au détriment du **secteur public** qui ne profite que de 6,9% seulement.
- **Les hôpitaux publics** (CHUs et hôpitaux relevant du ministère de la santé) qui représentent plus de 70% de la capacité litière au niveau national, **n'ont bénéficié que de 8,4% des dépenses en tiers payant, soit une régression de 1,9 points** par rapport à 2013 (en valeur, ces paiements ont connu une augmentation de l'ordre de 37% entre 2013 et 2018). Ceci met en avant la question de l'attractivité des hôpitaux publics et leur capacité à drainer plus de ressources de l'assurance maladie tout en améliorant le recouvrement des frais engagés auprès des caisses de l'assurance maladie.

La généralisation future de l'AMO devrait fortement interpellier les pouvoirs publics sur le fléchage de ses financements. Si la tendance de drainage actuel des ressources humaines et financières par le secteur privé se poursuit, le secteur public aura de plus en plus de mal à se redresser, les inégalités d'accès aux soins continueront inexorablement de se creuser, les coûts des soins et les dépenses des caisses maladies augmenteront de manière plus rapide que les ressources.

L'investissement dans la formation et la recherche en santé reste insuffisant

Selon les Comptes Nationaux de la Santé de 2018, le ministère de la santé a dépensé en 2018, environ 1,4 milliard de dirhams en termes d'investissement (dépenses en capital), soit 10,6% des dépenses totales du ministère de la santé. Ces dépenses concernent essentiellement les investissements réalisés au profit des structures du ministère de la santé et sont relatives à l'achat des équipements medicotechniques, matériels techniques, informatiques et de transport qui représentent environ 47% des dépenses d'investissement. Elles sont suivies par celles relatives à la réalisation des études, les constructions, les aménagements et l'acquisition des terrains avec une proportion de 42% du total des dépenses d'investissement. Cependant, la formation et la recherche ne représentent que 11%.

Les financements des autres départements, des territoires, du secteur privé, de l'AMO, ne sont pas pris en compte.

L'offre de formation en sciences de la santé au Maroc a sensiblement augmenté au Maroc, même s'il existe encore un manque dans de nombreux domaines, et notamment en matière de santé mentale.

La santé figure parmi les 6 thèmes prioritaires de la recherche scientifique au Maroc. La multiplication des CHU depuis quelques années, ainsi que le développement de structures médicales universitaires privées, a sans doute élargi le potentiel de la recherche scientifique dans le champ médical en général et en santé mentale plus spécifiquement. Cependant, les effectifs sont encore réduits et ne fournissent pas la masse critique pour la constitution d'une communauté scientifique, dont l'existence est cruciale pour structurer le champ, amorcer un processus d'accumulation, d'émulation et d'entraînement, et pour fournir les dispositifs et les mécanismes de contrôle et de validation de la production scientifique par les pairs¹⁴⁴.

Actuellement, les dépenses en matière de recherche scientifique, selon les dernières statistiques, constituent près de 0,8% du PIB. L'ambition du Maroc est d'atteindre et d'améliorer ce chiffre pour tendre vers la moyenne mondiale qui est de 2,2% du PIB¹⁴⁵.

Malgré ces nombreuses contraintes et difficultés, une recherche scientifique en matière de santé mentale existe et correspond aux standards internationaux en la matière. Des thèses de doctorat sont soutenues dans les différentes Facultés de Médecine et de Pharmacie du Royaume sur des thèmes en lien avec la santé mentale, avec souvent des enquêtes de terrain. Des chercheurs confirmés publient leurs travaux dans des revues indexées ainsi que chez les plus grands éditeurs scientifiques et participent à des projets de recherche internationaux ainsi qu'à des congrès et des colloques dont ils sont parfois les organisateurs. Ces recherches couvrent une large palette de disciplines : psychiatrie, psychologie, psychanalyse, sociologie, anthropologie, santé publique, etc.

La régulation de l'offre de soins

Le système souffre d'un grand manque de structures de prise en charge des troubles mentaux adaptées.

§ Le système de santé n'est pas globalement organisé pour plusieurs raisons :

- Le parcours de soins des patients n'est pas coordonné ;
- Le système de soins privé est déconnecté du système public. Chaque secteur est organisé selon ses propres logiques ;

144 - Conseil Supérieur de l'Éducation, de la Formation et de la Recherche Scientifique, *L'évaluation de la Recherche Scientifique. Enjeux, méthodes et instruments*, 2018.

145 - Audition Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation, 29/12/2021.

- L'« organisation » des soins dans le secteur public se résume à une stratification plutôt formelle des niveaux de soins, le parcours réel des malades étant déterminé par leurs capacités financières propres, leur niveau social, leur situation géographique, leur réseau de connaissances ;
- Les médecins généralistes qui constituent la base de tout système de santé organisé ne constituent pas le point d'entrée pour les patients dans le système de soins ;
- Les urgences ne sont pas organisées dans les territoires.

Par ailleurs, l'offre de soins psychiatriques n'est pas organisée au niveau territorial. Il n'y a pas de maillage territorial formel entre les structures hospitalières, ambulatoires et intermédiaires, entre les professionnels, entre la détection et la prise en charge.

Les structures dites intermédiaires, du fait de leur positionnement intermédiaire entre l'hôpital psychiatrique et le domaine de la psychiatrie sociale et communautaire, sont essentiellement gérées par des associations, leur travail nécessite l'intervention de professionnels de santé. Ces structures intermédiaires de proximité à vocation psychosociale ont pour but de prévenir les rechutes et les ré-hospitalisations et de maintenir les patients dans la société. La quasi-totalité des institutions d'accueil pour les enfants et les jeunes adultes en situation de handicap mental sont l'œuvre d'associations actives dans ce domaine¹⁴⁶. La prise en charge psychosociale des personnes âgées, des enfants en situation de rue ou d'abandon, relèvent également d'associations.

Ces associations n'ont pas de cadre juridique spécifique. Un projet de loi aurait été élaboré en 2018 par le ministère de la Santé, mais n'a pas encore vu le jour¹⁴⁷.

La régulation du système clinique

L'importante charge administrative (non médicale), très chronophage, qui pèse sur les soignants doit être une préoccupation des gestionnaires. Ces charges quotidiennes sont liées aux activités supports des services d'ordre logistique (gestion des stocks et des approvisionnements, enregistrement des activités, maintenance des équipements, plannings d'activités, nettoyage, accueil, distribution des repas) et d'ordre médical (dossier médical¹⁴⁸, archivage des dossiers médicaux, prescriptions, acheminement des prélèvements et des malades, transmission des informations

146 - Rapport CESE, 2012 : Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap

147 - Audition des associations, le 22/12/2021.

148 - Il est à souligner que l'article 89 du projet de loi n°71-13 prévoit que « tout médecin qui omet d'ouvrir pour chacun de ses patients un dossier médical (...), qui n'y verse pas les documents prévus (...) ou qui n'y transcrit pas les actes médicaux qu'il accomplit » est passible « d'un emprisonnement de 1 an à 3 ans et d'une amende de 10.000 à 50.000 dirhams ».

aux bonnes personnes et au bon moment, réception des bilans radiologiques et biochimiques, etc.).

Ces activités correspondent à des flux très importants de biens, de personnes et d'informations dont l'organisation détermine la qualité, l'efficacité et l'efficience du système de soins. L'optimisation de ces flux passe aujourd'hui nécessairement par des systèmes de communication et de gestion informatisés. Or, à ce niveau, il convient de **relever un retard important en matière de « transition numérique »**, de la digitalisation des processus organisationnels dans les hôpitaux notamment, de dématérialisation du dossier médical, de mise en place de systèmes d'informations intégrés et de simplification des procédures de remboursement par les organismes d'assurance.

Par ailleurs, il convient de relever **l'inexploitation actuelle du potentiel de la télémédecine.**

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi, de requérir un avis spécialisé ou d'effectuer une surveillance à distance et

pourrait substantiellement améliorer l'organisation de la prise en charge et le parcours de soins du patient, l'accès aux soins, le suivi des patients, la coordination entre les professionnels de santé, diminuer le recours inutile aux urgences, réduire le coût des transports, et pallier de nombreuses insuffisances en personnels soignants.

L'enjeu de l'utilisation massive des TIC dans le système de soins est de délester les soignants des tâches quotidiennes à faible valeur ajoutée médicale afin qu'ils concentrent leur énergie sur le cœur de leur métier, « faire mieux à moindre coût » et d'optimiser le travail des soignants.

Le décret 2-18-378 du 25 Juillet 2018 relatif à la télémédecine encadre la télé-expertise, la téléconsultation, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale au niveau des services d'assistance médicale. Ce décret d'application est peu connu des professionnels et n'a pas été promu. Il est peu attractif et peu incitatif, les procédures d'autorisation sont lourdes, il ne tient compte ni des aspects techniques du paiement des prestations, ni des aspects administratifs liés aux assurances/mutuelles.

Par ailleurs, aucune stratégie de déploiement n'a été mise en place pour informer, inciter et accompagner les professionnels d'un point de vue technique.

VI. Les principales conclusions

1. La question de la santé mentale est encore abordée de manière sectorielle sous l'angle de la maladie mentale. Elle occulte le rôle prédominant des déterminants socioculturels de la santé et axe essentiellement l'action publique sur l'offre de soins.
2. Les politiques publiques en matière de santé mentale souffrent d'une grande indigence en matière de données, d'indicateurs et de mécanismes de suivi-évaluation.
3. L'offre de soins souffre d'un manque d'organisation, d'infrastructures médicales et non-médicales ainsi que d'une pénurie en ressources humaines qualifiées.
4. La ressource humaine est insuffisamment valorisée. La formation continue et les formations spécialisées ne sont pas soutenues par l'État.
5. Le cadre légal et réglementaire des professions non médicales et des associations est insuffisant.
6. L'offre de soins privée ne se développe pas dans la complémentarité de l'offre publique mais dans la rivalité.
7. Le financement du système de santé actuel est encore principalement supporté par les ménages, les financements de l'assurance maladie profitent quasi exclusivement au secteur privé.
8. La stigmatisation de la maladie mentale et des suicides dans la société impacte encore lourdement les patients, les familles et les professionnels.
9. La prévalence du suicide au Maroc est sous-estimée et les tentatives de suicides insuffisamment recensées et évaluées.
10. Le développement de la télémédecine est une réelle opportunité, à saisir, dans le contexte de pénurie de soignants.

VII. Recommandations

Partant de ce diagnostic, il est actuellement nécessaire de **placer la santé mentale et le bien-être de la population au cœur des préoccupations de la politique gouvernementale et de réorienter la conception et l'approche de la Politique de santé mentale en tant que composante indissociable de la Politique de santé.**

Pour concrétiser cette vision, le CESE formule les cinq recommandations suivantes :

1. **Élaborer des politiques et programmes sectoriels de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux et des risques psychosociaux adossés à des indicateurs chiffrés et mesurables.** Chaque département ministériel devrait prévoir et étudier, les impacts sanitaires et sociaux, *a anteriori* et *a posteriori*, de ses différents programmes. Pour ce faire il conviendrait de :
 - Développer un arsenal d'indicateurs pertinents de la santé mentale dans chaque département et de les suivre.
 - Développer et autonomiser les Observatoires régionaux de la santé déjà existants afin qu'ils servent de « hub » pour la production d'indicateurs, de data et d'études fiables, régulières et accessibles.
2. **Mieux protéger les droits des malades atteints de troubles mentaux.** A cet effet, il y a lieu de :
 - Revoir le projet de loi 71-13 relatif à la lutte contre les troubles mentaux et à la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles avant son adoption, en concertation avec les associations professionnelles et les syndicats des psychiatres, des psychologues, des infirmiers en psychiatrie et les associations d'usagers.
 - Développer le Code pénal et le Code de procédure pénale en tenant mieux compte des besoins spécifiques en matière de protection des personnes atteintes de troubles mentaux dans le système judiciaire.
 - Assurer une meilleure protection juridique des infirmiers de psychiatrie dans l'exercice de leur métier.
 - Développer l'expertise judiciaire psychiatrique et psychologique.
 - Réglementer le port du titre de « psychothérapeute » et lutter contre le charlatanisme et l'utilisation de méthodes pseudo thérapeutiques préjudiciables à la santé et à la dignité humaine.

3. **Agir précocement sur les troubles mentaux et les suicides.** Pour cela, il y a lieu de :
- Lutter de manière continue contre la stigmatisation des troubles mentaux et du suicide par tous les moyens et canaux d'information et de sensibilisation disponibles (programmes scolaires, réseaux sociaux, médias, prêches dans les mosquées, etc.).
 - Agir prioritairement sur la santé mentale des enfants et des adolescents dans les familles et en milieu scolaire :
 - Prendre en considération et agir sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant durant la grossesse et les 1000 premiers jours de vie.
 - Développer la médecine scolaire.
 - Détecter précocement et assister les enfants ayant des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité, des troubles de l'apprentissage, du comportement et/ou du développement, des idées suicidaires, dans les milieux scolaire et familial.
 - Développer des programmes de soutien à la parentalité.
 - Prévenir et lutter contre les violences familiales et scolaire.
 - Prévenir et protéger les enfants contre le harcèlement et le cyberharcèlement.
 - Prévenir et lutter contre le désœuvrement et le chômage des jeunes.
 - Mettre en place de véritables politiques publiques de prévention, de protection des personnes et de veille des risques, liées à l'utilisation des outils d'information numériques.
 - Agir sur les vulnérabilités des personnes âgées.
 - Lutter contre l'isolement social et la précarité des personnes âgées.
 - Développer la gérontologie.
 - Agir sur les risques psychosociaux dans le monde du travail.
 - Ratifier la Convention N°190 de l'OIT sur la violence et le harcèlement.
 - Dynamiser la promotion et la protection de la santé au travail.
 - Développer la médecine du travail au sein des entreprises afin de prévenir les risques psychosociaux (RPS).
 - Faire évoluer le Code du travail en matière de reconnaissance du harcèlement moral.
 - Développer la liste des maladies professionnelles en y inscrivant les troubles psychiques et mentaux liés aux conditions de travail.

4. **Améliorer l'accessibilité à des soins psychiques et psychiatriques de qualité**, en phase avec le développement des connaissances et des traitements et les besoins spécifiques des patients liés à leur âge, leur condition socio-économique, leur environnement, leurs vulnérabilités. Cela passe par les mesures suivantes :
 - Promouvoir la formation de psychiatres au sein des facultés de médecine et promouvoir le développement des professions non médicales de la santé mentale : psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, pairs aidants, dans les secteurs privé et public.
 - Promouvoir le développement de la profession de psychologue ce qui implique de définir un statut clair et attractif des psychologues afin qu'ils jouissent d'un statut juridique et fiscal clair et unique et soient inscrits dans une liste officielle nationale des psychologues.
 - Renforcer la formation des médecins généralistes en matière de santé mentale. Ces médecins devant constituer le point d'entrée des patients dans un réseau de soins psychique et psychiatrique coordonné, notamment pour la détection et le traitement précoce des troubles dépressifs et anxieux et de la schizophrénie.
 - Mettre en place des dispositifs territoriaux efficaces de prise en charge des urgences psychiatriques.
 - Accélérer la transition numérique du système de santé et développer la télémédecine dans le but d'optimiser le travail des soignants et d'améliorer l'accessibilité aux soins et le suivi des patients.
 - Investir dans la recherche scientifique et l'innovation.
 - Développer l'offre territoriale en structures de soins ambulatoires, en structures intermédiaires (non médicales) et associatives de réhabilitation et de réinsertion psychosociale.
 - Revoir et mettre à jour la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) concernant la prise en charge des troubles mentaux et la Tarification nationale de référence qui y est associée, en tenant compte des évolutions médicales de la prise en charge des troubles mentaux et en veillant à une tarification raisonnable.
 - Promouvoir l'action des associations au niveau des territoires et doter les associations à vocation médico-psychosociale d'un statut particulier leur permettant de travailler en partenariat avec les autorités territoriales dans le cadre de contrat programmes pluriannuels et de normes de prise en charge.
5. **Prévenir le suicide et les tentatives de suicides, dont les données sont certainement sous estimées, selon des modalités adaptées aux différentes tranches d'âge.** Cette prévention passe par les mesures suivantes :

- Améliorer le système d'information concernant les suicides, ce qui implique d'une part l'amélioration de la certification des décès, de la qualité des autopsies psychologiques, et de la surveillance épidémiologique territoriale et d'autre part la réalisation d'études.
- Agir sur les déterminants sociaux, culturels, économiques et environnementaux du bien-être des personnes : les discriminations, les violences, le harcèlement, la précarité, l'isolement et la solitude ;
- Détecter précocement les idées suicidaires chez les enfants et les jeunes notamment dans les familles et les établissements scolaires et les prendre en charge ;
- Détecter les risques suicidaires dans le milieu du travail et les prendre en charge.
- Accompagner et assurer le suivi médico- psychosocial des personnes ayant fait des tentatives de suicide par des professionnels organisés en réseaux territoriaux.
- Développer et soutenir les bonnes pratiques des associations en matière de prévention des suicides, de prise en charge psychosociale des enfants et adultes en souffrance psychique telles la mise en place de Hotlines et de plateformes d'écoutes, de systèmes de référencement, le travail sur les réseaux sociaux.

VIII. Annexes

Liste des acteurs auditionnés

Ministère de la Santé	Dr Latifa Belakhel	Cheffe de Division des Maladies Non Transmissibles / Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
	Hafida Boumarouane	Direction de la Population
	Youssef Alaoui	
	Houda Amrani	Santé scolaire et universitaire
OMS Maroc	Dr Maryam Bigdeli	Représentante de l'OMS au Maroc
	Dr Hafid Hachri	Chargé de programmes au bureau de l'OMS
Psychologues cliniciens	Karim Benkirane	Collectif des Psychologues Praticiens du Maroc
	Kenza Naji	Société Marocaine de Psychologie Clinique
Psychiatres	Dr Brahim Benbrahim	Société Marocaine de Psychiatrie
	Dr Nadia Kadri	Association Marocaine des Psychiatres d'Exercice Privé
	Dr Noureddine Belahnichi	Association Marocaine des Psychiatres du Secteur Public
	Dr Nawal Idrissi Khamlichi	Société Marocaine de Pédopsychiatrie et Professions Associées
	Dr Hakima Nasslahcen	Syndicat National des Psychiatres d'Exercice Privé
	Dr M'hamed Yassine Anwar	
	Dr Hachem Tyal	
Infirmiers psychiatriques	Mustapha JAA	Syndicat Indépendant des Infirmiers et Techniciens de Santé

Médecins généralistes	Dr Salaheddine Louafi	Collectif National des Médecins Généralistes du Maroc
	Dr Abdelhadi Benabbou	Société Marocaine de Médecine Générale
Géiatres	Pr Mouna Maamar	Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
	Pr Maria Sabir	Hôpital Psychiatrique Universitaire Arrazi de Salé
Orthophonistes	Jihane Zemmama	Association des Orthophonistes du Maroc – Casablanca
Ergothérapeutes	Said Nafai	Association Marocaine d'Ergothérapie
	Abderrazak Hajjioui	
Psychomotriciens	Talal Zitouni	Association Marocaine des Psychomotricien du Maroc
	Hanna Alaoui	Association Marocaine de Psychomotricité
Ministère de la Solidarité, de l'Insertion Sociale et de la Famille	Abderrazak Adnani	Directeur de la Famille, des enfants et des personnes âgées
Médecins du Travail	Tariq Essaid	Collège National des Médecins du Travail
	Moulay Hachem Mortaji	
UNICEF	Malika El Atifi	Spécialiste en protection de l'enfance à l'UNICEF
MEN	Dr Imane Cohen	Chef de Service de la Santé Scolaire, Direction de la Vie Scolaire
Ministère de l'Intérieur	Mohamed Adil Zouggar	Secrétaire Général Chef de la division de la documentation à la Direction de la Sécurité et de la Documentation
	Fatna Lafhal	Chef de Service de la médecine de travail, Direction Générale de la Protection Civile
	Youssef El Bouazzaoui	Chef de Service d'accompagnement des Bureaux Communaux d'Hygiène, DGCT

Gendarmerie Royale	Colonel Rachid Atfe	Adjoint au Chef du Service Central de Police Judiciaire
DGSN	Ahmed Ait Taleb	Contrôleur Général
Ministère public	Mourad Alami	Chef du Département de suivi de la politique pénale
Ministère de la Justice	Naila Hdidou	Cheffe de Division de la Justice pénale, Direction des affaires pénales
OIT	Aida Lamoum	Spécialiste technique en sécurité et santé au travail au bureau de l'OIT pour le Maghreb
CGEM	Mohammed Touzani	Commission Sociale
Syndicats	Fatéma Idrissi	UMT
	Mustapha Makroum	UGTM
	Mohamed Elabandouni	CDT
	Mohamed Zaguir	UNMT
	Abderramane Lamiri	FDT
Société civile	Zhour Lequider	Association Marocaine de Troubles et difficultés d'apprentissage
	Selma El Bahije	Centre Services Accueil Migrants, Caritas Casablanca
	Amal Moutrane	Association Marocaine des Usagers de la Psychiatrie
	Achraf Chefchaouni	Associations des pairs aidants pour l'inclusion sociale
	Imane Bahti	
	Nadia Mouchtaq	Association AFAQ
	Hassan Hargoune	Association Chams Tansift
	Amina Msefer	Association Hadaf des Parents et Amis des Personnes Handicapées Mentales
Meryem Bouzidi Laraki	Association Sourire de Réda	

<p>Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation</p>	<p>Ahmed Hammouch</p>	<p>Directeur de la Recherche Scientifique et de l'Innovation</p>
<p>Observatoire Régional de la Santé</p>	<p>Kobaa Boutmine,</p>	<p>Chef de l'Observatoire Régional de Santé Tanger-Tétouan-Hoceima</p>
<p>Conseil Préfectoral de Chefchaouen</p>	<p>Said Hilaly</p>	<p>Directeur des Affaires de la Présidence et du Conseil</p>

Liste des membres de la Commission permanente des Affaires Sociales et de la Solidarité

Experts
Benseddik Fouad
Himmich Hakima
Lamrani Amina
Rachdi Abdelmaksoud
Zoubeir Hajbouha
Syndicats
Bahanniss Ahmed
Bensaghir Mohamed (vice-rapporteur de la Commission)
Dahmani Mohamed (vice-président de la Commission)
Essaïdi Mohamed Abdessadek
Hansali Lahcen (rapporteur de la Commission)
Khlaifa Mustapha
Abderrahmane Kandila
Jamaâ El Moâtassim
Organisations professionnelles
Bensalah Mohamed Hassan
Bessa Abdelhai (Président de la Commission)
Boulahcen Mohamed
Société civile
Berbich Laila
Chouaib Jaouad (rapporteur du thème)
Zahi Abderrahmane
Zaoui Zahra
Membres de droit

Adnane Abdelaziz

Cheddadi Khalid

Lotfi boujendar

Experts ayant accompagné la Commission

Experte permanente au Conseil	Nadia Sebti
Expert permanent au Conseil	Ahmed Bendella
Traducteurs	Youssef Satane Brahim Lassaoui

Classifications internationales des troubles mentaux

CIM-11	DSM-5
Troubles neurodéveloppementaux	Troubles neurodéveloppementaux
Schizophrénie ou autres troubles psychotiques primaires	Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (catatonie).
Catatonie	
Troubles de l'humeur (troubles bipolaires ou apparentés ; troubles dépressifs ; Troubles de l'humeur induits par une substance ; Syndrome de l'humeur secondaire)	Troubles bipolaires et apparentés
	Troubles dépressifs
Anxiété et troubles liés à la peur	Troubles anxieux
Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés	Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés
Troubles spécifiquement associés au stress	Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress
Troubles dissociatifs	Troubles dissociatifs
	Troubles à symptomatologie somatique et apparentés
Troubles de l'alimentation	Troubles de conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments
Troubles d'élimination	

Troubles de détresse corporelle ou d'expérience corporelle	
	Troubles du contrôle sphinctérien
Troubles veille-sommeil (chapitre 7)	Troubles de l'alternance veilles-sommeil
Dysfonctions sexuelles	Dysfonctions sexuelles
Incongruité de genre	Dysphorie de genre
Troubles du contrôle des impulsions	Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites
Troubles dus à la consommation de substances ou à des conduites addictives	Troubles liés à une substance et troubles addictifs
Comportement perturbateur ou troubles dissociatifs	
Troubles neurocognitifs	Troubles neurocognitifs
Troubles de la personnalité et traits associés	Troubles de la personnalité
Troubles paraphilliques	Troubles paraphiliques
Troubles mentaux ou comportementaux associés à la grossesse, à l'accouchement ou à la puerpéralité	

Les statistiques des suicides et tentatives de suicide au 31/10/2021 communiquées par la DGAPR

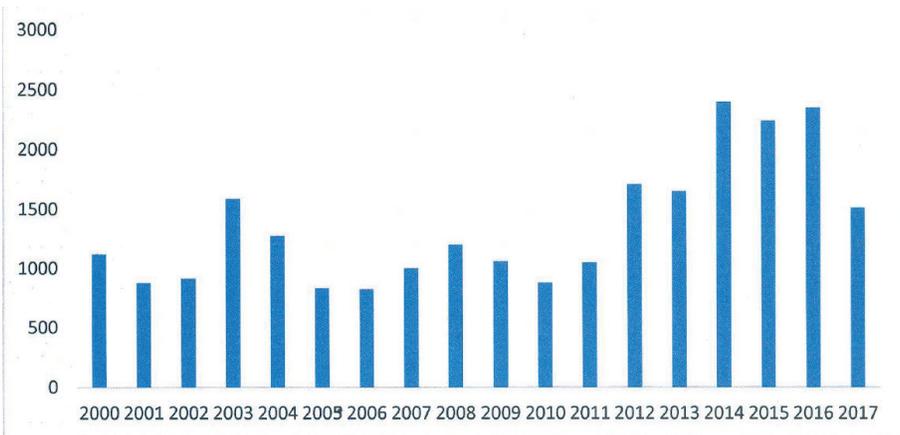
	Moins de 18 ans		18-20 ans		Adultes		Total / sexe		TOTAL
	H	F	H	F	H	F	H	F	
Détenus sous psychotropes	17	0	182	23	5901	381	6100	404	6504
Tentative de Suicide	3	0	11	0	132	5	146	5	151
Cas de Suicide	0	0	1	0	11	1	12	1	13

La DGAPR a formé son personnel dans le domaine du suicide et tentatives de suicide (programme DIGNITY) :

Médecins		Dentistes		Psychologues		Infirmiers		Personnel Pénitentiaire		Total
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
30	40	13	40	12	15	109	89	1359	228	1935

Statistiques communiquées par le Centre antipoison marocain

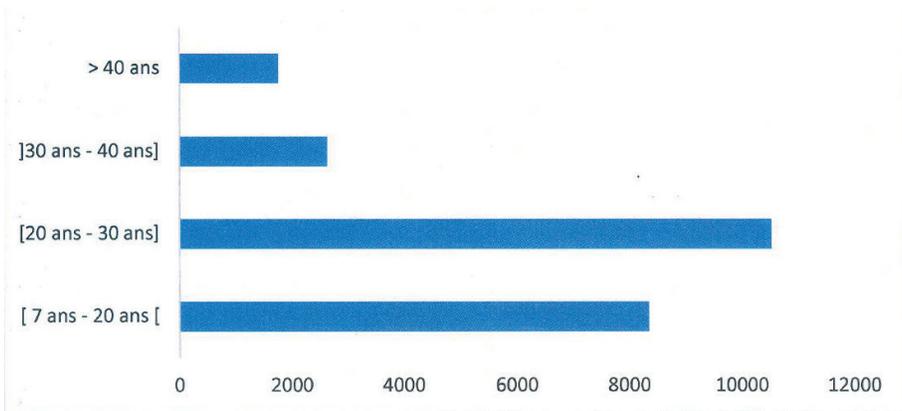
Figure1 : Répartition des cas signalés par année (2000-2017)



On observe une augmentation des cas suicides et tentatives de suicides en nombres absolus à partir de 2012 mais on ne peut affirmer avec certitude que le taux de suicide a augmenté réellement sans prendre en compte la démographie et sans regarder s'il y a eu des changements dans le système de déclaration de ces cas et de la collecte des données.

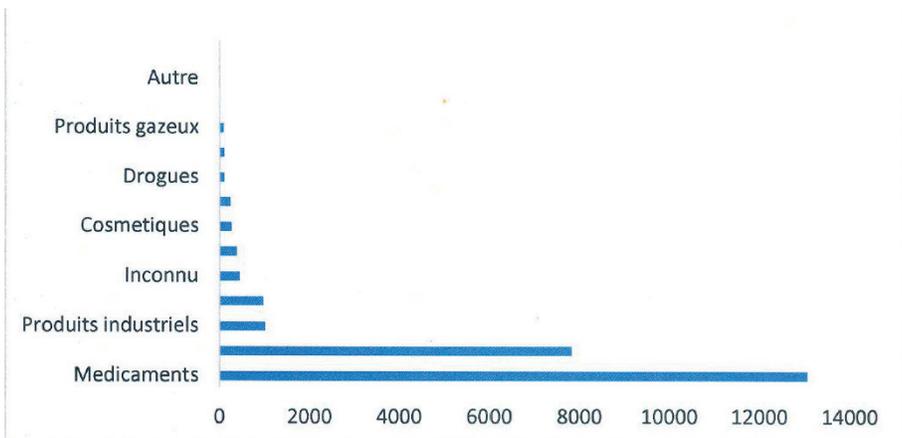
42,9% des cas d'intoxication signalés touchent la tranche d'âge 20-40 ans (Figure 2), et 73,61% des cas concernent des femmes.

Figure 2 : Répartition des cas signalés selon la classe d'âge



Le CAPM a enregistré 645 décès parmi ces cas signalés, ce qui donne un taux de létalité de 2,6%. Les médicaments arrivent en tête des produits impliqués dans ces cas d'intoxication avec un taux de 53,3%, suivis par les insecticides avec un taux de 31,9% (Figure 3).

Figure 3 : Répartition des cas selon le produit utilisé 2000-2017



La répartition géographique des cas recensés entre 2000 et 2016 place la région du Sous-Massa-Daraa en tête avec 19,8% des cas (Figure 4 en annexe).

Figure 4 : Répartition des cas par région 2000-2016

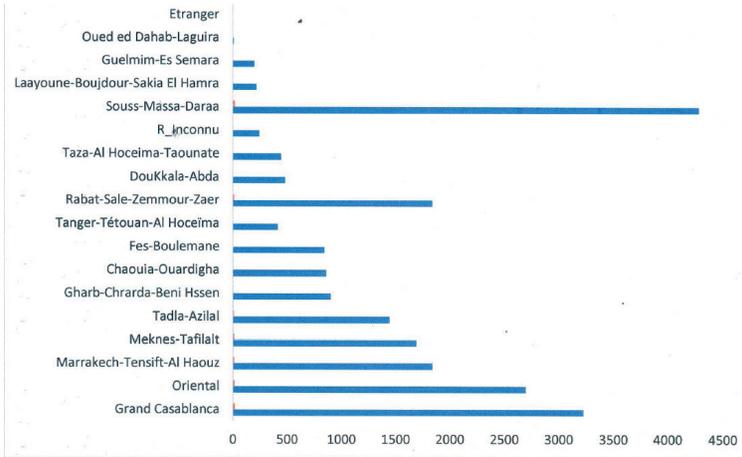
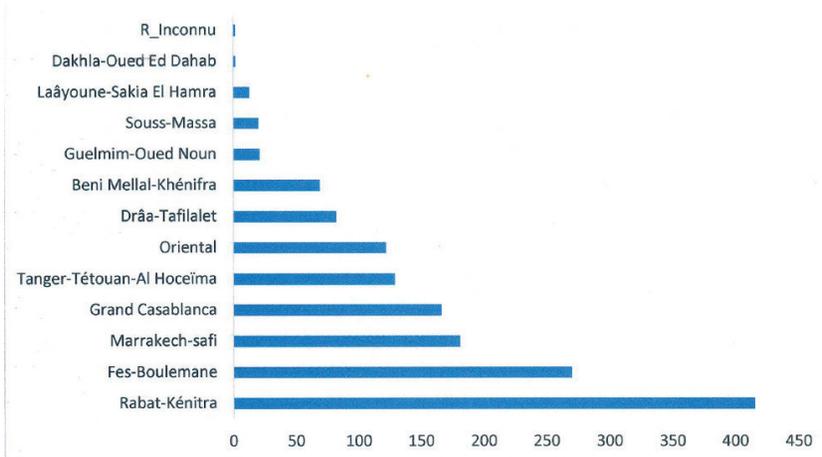


Figure 5 : Répartition des cas par région 2017



Gouvernance du système de santé

La gouvernance du système de santé peut se définir comme **la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité** qui s'appuie sur :

- un système de gestion (ensemble des règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités) ;
- un système d'information (ensemble des données et de leur système d'exploitation nécessaire pour que le système organisé d'action soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et la population) ;

- un système de financement (ensemble des incitations véhiculées par les modalités de financement du système, les mécanismes d'allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs).

La gouvernance du système de santé est un espace de régulation collective de l'interaction de 4 groupes d'acteurs prétendant tous agir au nom et dans l'intérêt de la population, ayant des logiques d'intervention différentes et entre lesquels se créent des rapports de force.

- Les professionnels : logique professionnelle « médicale »
- Les gestionnaires (payeurs, assurance maladie obligatoire, évaluateurs) : logique technocratique
- Le monde marchand (sociétés pharmaceutiques, investisseurs dans l'offre de soins) : logique marchande
- Le monde politique (les élus, représentants de groupes légitimes) : logique démocratique

Ainsi la gouvernance du système de santé se trouve être l'espace de la discussion et de la négociation permanente entre ces différents acteurs afin d'assurer la cohérence de l'ensemble du système.

La régulation du système de santé peut être déclinée en 3 niveaux :

Macroscopique : la régulation démocratique qui est mobilisée pour définir les grands principes organisateurs du système de santé. Elle porte sur des questions comme l'envergure de la couverture du régime d'assurance-maladie, la population assurée, la répartition des pouvoirs entre les niveaux de décision (degrés de décentralisation), la définition des champs d'exercice des différents professionnels, les formes de financement du système de soins et les articulations entre les politiques intersectorielles de santé et les politiques de soins. Le concept de gouvernance, au niveau macroscopique, renvoie aux idées d'une plus grande participation directe des citoyens aux décisions, d'une décentralisation accrue pour mieux utiliser et responsabiliser les compétences, de l'adaptation du système de santé aux particularités locales, d'une plus grande ouverture de nouvelles formes de financement et du recours accru à l'intersectorialité et l'imputabilité pour apprécier les conséquences sanitaires des politiques publiques.

Mésoscopique : l'organisation de l'offre de soins dominée par les logiques marchande et technocratique qui permettent de définir les modalités d'accès aux services, les responsabilités et les règles de gestion des différentes organisations (hôpitaux, CLSC, cabinets privés, CHSLD...), le contrôle des pratiques professionnelles, les systèmes d'information, les modalités de paiement des établissements et des professionnels, la gestion de la qualité ... En d'autres termes, ces deux logiques définissent l'architecture et les règles de fonctionnement du système de dispensation des services. L'espace

de régulation qu'elles investissent reste limité, d'un côté, par les grands principes organisateurs du système de santé qui résultent de décisions prises au niveau macroscopique et, de l'autre, par les exigences de la clinique où domine la logique professionnelle. Le concept de gouvernance au niveau de l'organisation des soins renvoie à l'idée que, pour éliminer les barrières et les rigidités du système actuel, il est nécessaire de fonctionner en réseaux, d'introduire des mécanismes de marché internes, de décentraliser les décisions et de généraliser les systèmes d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité.

Microscopique : le système clinique relevant purement de la logique professionnelle.

Le système clinique est au cœur du système de soins, c'est lui qui permet d'accueillir les personnes souffrantes et inquiètes, de diagnostiquer, de prévenir, de traiter, de pallier, d'observer leurs problèmes de santé et de les orienter dans le système de soins. Le but de la clinique consiste à offrir à chaque personne souffrante les services les mieux adaptés à ses besoins spécifiques (qualité et spécificité) grâce aux connaissances existantes (universalisme) et aux compétences des différents professionnels (efficience) – ce qu'elle réussit à accomplir par l'intégration des soins dans l'espace, dans le temps et entre les professionnels (continuité, globalité et réactivité). Les exigences de la clinique placent les professionnels dans une situation paradoxale : ils doivent, en toute liberté, exercer au mieux leur jugement pour adapter leurs connaissances au cas particulier de chaque patient, mais, en même temps, ils doivent s'assurer que leurs décisions sont fondées sur des connaissances scientifiques reconnues. C'est à cette condition qu'ils seront à même de pouvoir rendre des comptes des décisions prises en fonction de normes et de critères généraux. Le système clinique se distingue de tous les autres secteurs où l'on offre des services (assurances, banques...) par l'existence d'un noyau irréductible d'incertitude lié au fait que ni le diagnostic ni l'effet des traitements ne peuvent être prévus avec certitude. La logique professionnelle permet de concilier la double exigence de la clinique : faire du sur mesure et rendre des comptes en fonction de normes et de connaissances générales.¹⁴⁹

La gouvernance du système de santé mentale ne peut être décorrélée de la gouvernance du système de santé.

149 - André-Pierre Contandriopoulos, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé Publique*, 2008, Vol. 20, n°2, pp. 191-199 : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-2-page-191.htm>

Prévalence de la violence pendant l'enfance selon les formes et le milieu de résidence.

		Formes de violence		
		Physique et/ou sexuelle	Physique	Sexuelle
Milieu de résidence	Urbain	52,5%	52,2%	4,0%
	Rural	43,7%	43,7%	1,7%
	Ensemble	49,3%	49,1%	3,2%

Source : HCP, Enquête Nationale sur la Violence à l'égard des femmes et des hommes 2019