

La santé mentale au Maroc : définition, évolution et enjeux actuels

Mental health in Morocco: definition, evolution and current problems

H. Landrault^{abg*} MSc, M. Amine^{af} MD, PhD, F. Asri^c MD, PhD, M. Agoub^d MD, PhD, P. Le Moigne^e PhD, A. Chatard^{bg} PhD, G. Malka^a MD, PhD, S. Akammar^{cf} MD, F.E. Elyazidi^{cf} MD, et N. Jaafari^{bg} MD, PhD

^a *Université Mohammed VI Polytechnique, Ben Guérir, Maroc*

^b *Université de Poitiers, Laboratoire CeRCA, CNRS 7295, France*

^c *Centre hospitalier Ibn Nafiss, Marrakech, Maroc*

^d *Centre hospitalier Ibn Rochd, Casablanca, Maroc*

^e *Université de Paris V – La sorbonne CERMES CNRS 8211 – INSERM U988, France*

^f *Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc*

^g *Centre de Recherche Pierre Deniker, Poitiers, France*

Résumé : Considérée comme priorité nationale, la psychiatrie devenue santé mentale, par l'élargissement de son champ d'action, prend désormais une place importante afin de répondre aux enjeux majeurs de santé publique actuels et futurs au Maroc. La santé mentale s'est orientée vers une désinstitutionalisation, une sectorisation par une régionalisation avancée et la généralisation de l'assurance médicale obligatoire, cherchant à combler ses lacunes par une mise des moyens tant humains que matériels et le développement des soins de santé primaire. Les évolutions législatives, le diagnostic du Comité National des droits de l'Homme, ainsi que la volonté politique de réforme, permettent au Maroc une grande avancée et une prise de conscience qui marque un tournant dans l'histoire de la santé mentale.

Summary: Considered as a national priority, psychiatry, which has become mental health, by broadening its field of action, now plays an important role in meeting the major public health issues of today and tomorrow in Morocco. Mental health has moved towards deinstitutionalization, sectorization through advanced regionalization and the generalization of compulsory medical insurance, seeking to fill its gaps by putting both human and material resources and the development of primary health care. The legislative developments, the diagnosis of the National Human Rights Committee, as well as the political will to reform, allow Morocco a great breakthrough and an awareness that marks a turning point in the history of mental health.

Adresses e-mail : helene.landrault@gmail.com (H. Landrault), mo.amine@uca.ma (M. Amine), f.asri.psch@gmail.com (F.Asri), agoub.m@hotmail.com (M. Agoub), philippe.lemoine@sfr.fr (P. Le Moigne), armand.chatard@univ-poitiers.fr (A. Chatard), gabriel.malka@um6p.ma (G. Malka), sanaeakas@gmail.com (S. Akammar), elyazidifati7@gmail.com (F. E. Elyazidi), nemat.jaafari@ch-poitiers.fr (N. Jaafari).*

* Auteur correspondant.

Introduction :

Promouvoir et favoriser la bonne santé est un objectif prioritaire pour tous les pays. Sans santé mentale, il n'y a pas de santé. La santé mentale, en partie en raison de l'augmentation importante de la maladie mentale, devient un domaine dont les politiques publiques s'emparent. La délimitation du champ de la santé mentale reste insuffisamment précise d'autant que la santé mentale et le trouble psychiatrique, appelé aussi maladie mentale, sont encore souvent confondus. Cet article a pour objectif de définir la santé mentale pour comprendre quels sont les leviers politiques et comment, dans le cas spécifique du Maroc, la santé mentale est perçue et prise en compte tout en la resituant dans un contexte historique. Il s'agira aussi de rendre compte des avancées, des orientations prises en matière de santé publique et de mettre à jour les défis qui s'offrent à la santé mentale au Maroc.

Situer la santé mentale :

Pas de définition consensuelle de la santé ni de la santé mentale : Partie d'une dimension négative où la santé était définie comme la vie dans le silence des organes, elle est encore aujourd'hui *un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* (1). Cette définition *subjective* est contestée parce qu'elle contribuerait à la recherche de la perfection, à l'abaissement des normes de laboratoire et donc à la médicalisation de la société (2). La notion de *complétude* est non mesurable et la rend impraticable.

L'existence d'un territoire, entre la folie et la santé la plus complète, fixée entre pathologie et bien-être, oblige à étendre la définition de la santé plutôt qu'à la restreindre (8).

Le concept de santé mentale est souvent utilisé pour désigner une perspective de prévention ou encore une analyse qui ne part pas uniquement des patients pris en charge par le système de soins tel qu'il existe actuellement (9). C'est un champ récent qui s'ouvre et se définit comme *un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* (10). Cette définition met en exergue les capacités et les ressources de la personne et s'oriente vers *une dimension positive* de la santé mentale. Bien que contestée, ce qui fait accord c'est qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale (11) dans une relation établie entre le corps et l'esprit. La santé mentale désigne à la fois une notion individuelle, la santé psychique de l'esprit, mais aussi au niveau populationnel, la distribution de la morbi-mortalité, ciblant des populations à risque.

Le Mental Health Authority, prolonge la définition de l'OMS en précisant que la santé mentale est *un équilibre mais aussi la capacité de ressentir les sentiments extrêmes, d'être heureux et malheureux, plein d'espoir et désespéré* (12).

Bien qu'aucune définition ne soit satisfaisante (13) (14), celle de l'Agence de la santé publique du Canada, qui semble faire le plus consensus, définit la santé mentale comme « *la capacité*

de chacun de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle » (15).

La santé mentale est devenue aujourd'hui une valeur ; le terme définissant un idéal vers lequel l'individu doit tendre (9).

Ouverture de la psychiatrie vers le champ médico-social : L'ouverture à d'autres courants thérapeutiques a permis d'élargir la santé mentale à un champ plus large vers le champ médico- social. La psychiatrie, se limitant à l'étude et au traitement des maladies mentales, et la santé mentale, ciblant la santé des populations et la prévention à tous ses niveaux, étaient souvent opposées. Employées le plus souvent indifféremment dans le langage commun, c'est essentiellement la prévention secondaire et l'organisation des soins qui composaient principalement la santé mentale (16) jusqu'à ce que celle-ci ouvre grandement son champ d'actions.

Le champ d'action de la santé mentale : Si la psychiatrie est une discipline médicale au champ d'exercice et aux limites assez bien bornés la santé mentale est un concept qui marque son expansion dans une ouverture qui va de la psychiatrie, aux sciences sociales, à la psychologie, en passant par l'éducation voire l'économie ou la politique. La santé mentale est un domaine qui devient de plus en plus vaste, dont les limites sont floues, variables et en perpétuel élargissement.

Les déterminants de la santé mentale : Concevoir la santé mentale, c'est inclure l'ensemble des déterminants relatifs aux interactions entre les individus et leur environnement ouvrant la voie aux actions populationnelles et à la dimension de l'épidémiologie sociale. Les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux comprennent non seulement des facteurs individuels ou biologiques tels que la capacité de maîtriser ses pensées, ses

émotions, ses comportements et ses relations avec autrui, mais aussi des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux, au nombre desquels figurent les politiques nationales, la protection sociale, le niveau de vie, les conditions de travail et le soutien social offert par la communauté (11). Les problèmes de santé mentale sont également associés au changement social rapide, aux conditions de travail éprouvantes, aux discriminations à l'égard des femmes, à l'exclusion sociale, au mode de vie, aux risques de violence ou de mauvaise santé physique et à la violation des droits de l'homme.

La volonté d'agir sur les déterminants sociaux de la santé a été clairement exprimée lors de la conférence santé de 2013 par le Ministère de la santé au Maroc afin de permettre l'intégration de la dimension santé dans les différentes politiques publiques (17).

Politique de santé mentale : la promotion, la surveillance, l'évaluation des besoins et de la santé mentale : L'objectif visé par l'Organisation Mondiale de la Santé est de *répondre à la charge pathologique, sociale, économique représentée par les troubles mentaux et à leurs conséquences sur les droits humains* (11). L'OMS recommande de ne pas limiter le champ d'action des politiques nationales de santé mentale aux troubles mentaux. Il faut aussi qu'elles reconnaissent et prennent en compte les facteurs plus généraux qui favorisent la santé mentale en intégrant la promotion de celle-ci dans les politiques et programmes non gouvernementaux. En plus du secteur de la santé, il convient d'associer aussi les secteurs de l'éducation, de l'emploi, de la justice, des transports, de l'environnement, du logement et de la protection sociale. Les politiques doivent promouvoir la santé mentale, rester en état de vigilance en la surveillant, avoir un retour et mesurer l'impact que les décisions et actions politiques ont sur elle. Un environnement garantissant le respect et la protection des droits civils, politiques, socio-économiques et culturels fondamentaux est indispensable pour promouvoir la santé mentale (11) (18). Ces effets sont susceptibles d'être corrigés par des politiques permettant d'avoir un effet direct ou indirect sur la santé et donc sur les inégalités en santé (19) et qu'il conviendra d'évaluer.

L'OMS inclut la surveillance de la santé mentale des communautés parmi ses 10 principales recommandations (20). Mais la santé mentale est difficile à surveiller en raison d'une absence de consensus sur les critères et les définitions de la santé mentale (9), des résultats d'enquêtes épidémiologiques variables selon le test utilisé, notamment le critère de temporalité (21) et enfin, de par les facteurs sociaux et culturels qui interviennent et déterminent en partie l'issue du processus de désignation en tant que malade (ou non) (9).

Le Maroc a bien ciblé la nécessité de prendre en compte ces problématiques de santé mentale. Le Maroc encourage, dans le plan National de santé 2012-2016 (22), la promotion de la santé des populations à besoins spécifiques (axe 3) et le renforcement de la surveillance épidémiologique (axe 4) et notamment par la mise en place un programme d'actions (Actions 87 sur la prévention de l'émergence des maladies mentales). De plus, il encourage également, dans le programme de santé mentale 2009, encourage la réalisation d'études et d'enquêtes épidémiologiques (action 131) (23).

Cependant, la quantité limitée de données disponibles et des recherches ne contribue pas à donner la mesure de l'enjeu de l'état de la santé mentale au Maroc ni à évaluer les besoins ciblés.

Histoire de la psychiatrie et de la santé mentale

Pour comprendre pourquoi la santé mentale est aussi peu considérée, il faut revenir à son histoire. Dans beaucoup de sociétés, les explications magico-religieuses de la folie, l'ont destiné à des représailles contre le manque de foi ou l'expression de péchés qu'elle incarnait pendant des siècles, plutôt qu'à la tolérance. Les malades mentaux subissaient une privation de liberté et des contentions physiques. La médecine maghrébine et arabo-islamique a oscillé

entre croyance magico-religieuse, rationalisme de la médecine gréco-romaine et humanisme et spiritualisme de l'Islam (24).

Du paléolithique à l'antiquité : Au paléolithique, le chaman ou le marabout, représentant le soignant et le religieux, avait pour mission de soigner, par des prières, les personnes malades. Le déficit de personnels de santé et la grande demande de soins favorisent encore aujourd'hui les pratiques de maraboutage qui sont plus ou moins développées selon les pays. Au Maroc, le «fkih» est chargé de guérir la folie.

Dès l'antiquité : Alors qu'en Europe, la folie est perçue comme la punition d'un péché et la possession démoniaque, le Maghreb n'a pas la même approche de la maladie mentale. En effet, les malades mentaux sont plutôt considérés comme des victimes d'un malheur comme frappés par le mauvais œil (aiyn). De ce fait, ils étaient relativement bien tolérés pendant de longues périodes de l'histoire, bénéficiaient de la charité et ne faisaient pas l'objet d'actions collectives d'exclusion ou d'agression (25). Il y avait une grande tolérance sociale et les conduites les plus aberrantes ne choquaient pas.

Au Vème siècle av JC, le courant de pensée hippocratique donne à l'art médical un caractère indépendant de son traditionnel contexte religieux et détaché de la philosophie qui sera repris par Galien et plus tard par les médecins arabes.

Le message islamique de tolérance, de progrès et de fraternité poussera d'autre part à accorder aux aliénés plus d'assistance et de compréhension (24). Le Coran étant le premier fondement de la loi, et la sunna consignée dans les recueils des hadiths sa deuxième source, l'instruction et la recherche du savoir furent alors élevées au rang de vertus. La médecine fut l'objet d'un grand intérêt et fut placée par le prophète aux côtés de la théologie au rang de deuxième science principale

Le Coran et les Hadiths ont ainsi toujours désigné et reconnu les malades mentaux au même titre que les autres malades, même s'ils restent inaptes à gérer leurs biens et irresponsables de leurs actes, mais doivent être traités avec respect, égard et compassion (26). *Ne confiez pas aux incapables la gestion des biens que Dieu vous a donnés pour subsister. Assurez-leur cependant, sur ces biens, de quoi vivre et s'habiller, et tenez-leur toujours un langage empreint de bienveillance et de bonté - Sourate An-nissa, Verset 5.*

L'idée de la construction d'un espace thérapeutique chez les musulmans aux premières années de l'Islam est attribuée au Prophète, qui fit construire d'une tente à l'intérieur de sa mosquée à Médine pour y accueillir des guerriers musulmans blessés dans certaines batailles. Commencèrent alors la planification et la construction de différentes structures d'accueil de malades (26).

A l'âge d'or : Avec l'essor des grands savants et encyclopédistes arabes, les malades mentaux sont pris en considération dans une dimension holistique, bénéficient d'un traitement humain, qui reste remarquable pour l'époque et surprenant par rapport à la façon dont ils sont traités dans les autres pays.

Plusieurs grands savants se sont illustrés. Moïse Maïmonide (1138-1204) ne voit dans la maladie que l'interruption d'un processus naturel, détaché de la religion ou du mauvais œil. Selon lui, la médecine du corps joue le rôle d'une véritable cure pour l'âme (27). Abou Bakr Ibn Zaccharia Errazi (850-923) présente une théorie psychanalytique du plaisir mille ans avant Freud et est le précurseur de la psychothérapie. Abou El Ala Hossein Ibn Sina (980-1037), dit Avicenne, a tenté d'établir les relations du corps et de la pensée, de l'esprit et de la matière. Ibn Omrane défini les grandes lignes de l'éventail thérapeutique qui s'adresse aux états dépressifs qui s'inscrivent dans le cadre d'une relation médecin-malade basée sur le réconfort moral (26).

Ahmed Ibs Sahl al-Balkhi (850-934) introduit le concept de *santé mentale* et d'*hygiène mentale*. Il a été le premier à rechercher avec succès les maladies liées à la fois au corps et à l'esprit et à faire valoir que *si le psychisme tombe malade, le corps peut également ne plus trouver aucune joie à la vie et peut finalement développer une maladie physique* (25).

Sous l'influence de la médecine arabe d'Avicenne, les universités de médecine se développent y compris en Europe.

La naissance de l'hôpital : L'hôpital était désigné sous le terme de *Bîmâristân*, mot persan composé de *Bimar* (malade) et *stan* (lieu), et avait comme fonction à la fois de soigner les malades mais aussi de dispenser un enseignement médical.

Ce terme, utilisé actuellement sous son abréviation *mâristân*, désigne l'hôpital spécialisé dans le traitement des maladies mentales. Ces institutions charitables, à la charge de la communauté, apparaissent au fondement des institutions psychiatriques dès 765 à Bagdad. A l'origine, les mâristâns désignaient de véritables hôpitaux généraux, qui plus tard servirent presque exclusivement d'asiles pour malades mentaux et marginaux (28). En raison de la constitution de habous (de biens) au profit des pauvres, le mâristân devint non plus seulement un établissement destiné aux aliénés, mais également un centre de bienfaisance pour les indigents, les étrangers, les malheureux et les vieillards. Dans ces hôpitaux, construits au milieu de la ville, aucune place n'était réservée au traitement magique.

Le déclin du XV^{ème} siècle : A l'arrêt simultané de toutes les sciences, le vaste ensemble arabo-musulman décline faisant retomber la folie et l'assistance aux aliénés dans la superstition et la sphère magico-religieuse à partir du XV^e siècle. Le fou était soit possédé, habité, frappé par les démons (jnoun) qui révèlent leur mauvaise essence, leur puissance, leur mécontentement à travers les signes de la maladie mentale. Les malades mentaux, étaient reclus au domicile familial, dans des mâristâns au point d'en faire plus des prisons que des lieux de soins (29), des centres voisins de marabouts ou de zaouias (mosquée rattachée à

une confrérie religieuse) ou erraient dans les rues ou dans la campagne, vivant de mendicité. Les aliénés ou jugés irrécupérables sans soutien familial, enfermés dans les *mâristâns*, étaient enchaînés jour et nuit subissant le même sort que les prisonniers et pouvaient y rester jusqu'à la mort (26).

Cependant, en 1409, les médecins arabes de l'Espagne andalouse libéraient les malades mentaux à Valence, tandis qu'il faut attendre près de quatre siècles pour qu'en 1793, Esquirol et Pinel les délivrent de leurs chaînes en occident (30). Même aux époques les plus obscures, au Maghreb, il n'y a pas de traitements réservés aux malades mentaux dans l'Europe médiévale qui assimile ces malades aux forces du mal et les brûle sur les bûchers.

La médecine pré-coloniale : La psychiatrie marocaine était complètement inexistante. Des médecins missionnaires, prédécesseurs des médecins militaires, participèrent au phénomène de l'infiltration du Maroc sous le voile de l'assistance médicale. Les médecins furent alors désignés pour parfaire la conquête du pays (26).

Pendant la colonisation (1912-1956) : Dans la plupart des pays en développement, les services psychiatriques sont rares et se heurtent à une pénurie aiguë de ressources humaines formées et d'installations institutionnelles appropriées (31). Au Maroc, le gouvernement français confie à deux psychiatres français, Lwoff et Sérieux, la mission de faire un état des lieux et d'établir un plan d'action pour l'amélioration de la santé mentale. La psychiatrie française va ainsi marquer pendant plusieurs décennies l'organisation de l'assistance psychiatrique au Maroc (25).

Des unités spécifiques pour malades mentaux ont vu le jour entre les années 1920 et 1950 ainsi que la création de grands centres comme Berrechid (25), le plus grand hôpital psychiatrique du Maroc et première structure psychiatrique moderne dont la construction sera terminée en 1936 (28). Pour faire face aux manques, les *mâristâns* bénéficient d'un

réaménagement et d'une médicalisation. En 1955, à la veille de l'indépendance, il disposait de 15 services pouvant accueillir environ 1 800 malades (25).

Évolution moderne de la santé mentale au Maroc

Structuration de la santé et de la mentale : Dès la fin de la colonisation, le Maroc crée en avril 1959, les fondements de la politique sanitaire lors de sa première conférence nationale sur la santé (32). Le Dahir (décret) du 30 avril 1959 (33) est promulgué et marque le début de structuration du système sanitaire marocain d'un point de vue légal en matière de prévention, de traitement et de responsabilité civile des malades mentaux. Ce texte fondateur représente une avance considérable pour l'époque car le Maroc fait partie des 15% de pays qui ont adopté une telle législation avant les années 1960 (34) (35). Il désigne les organismes chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux. Certains articles de ce Dahir trop ambitieux n'ont pas pu être entièrement appliqués ou le seront bien plus tard.

En 1963, l'hôpital psychiatrique, Ar-Razi, est construit en plein centre de la ville de Salé et devint en 1970, la première institution psychiatrique universitaire du Maroc. En 1972, le professeur Chkili, responsable de ce centre hospitalier universitaire, élabora un rapport sur la situation de l'assistance psychiatrique au Maroc, afin d'établir un plan d'action pour la promotion de la santé mentale (26).

Le Dahir du 21 mai 1974, relatif à la répression et à la prévention des toxicomanies, viendra enrichir la législation. Elle donne le choix aux toxicomanes entre une sanction pénale ou une soumission à une cure de désintoxication dans un établissement thérapeutique.

Il fut complété trois années plus tard par le Dahir portant loi n°2-77-626 du 3 octobre 1977 qui initie la création d'une commission nationale des stupéfiants et inaugure la mise en place d'une politique de prévention de l'usage des drogues.

Mouvement d'ouverture de la psychiatrie, désinstitutionnalisation et régionalisation : La critique de l'inhumanité des hôpitaux psychiatriques, vus comme des institutions totalitaires marque le réveil des consciences et ouvre la voie d'un changement radical dans l'offre de soins (36). Ces structures sont fondées sur la ségrégation des malades mentaux (37). A Berrechid, les malades subissaient aussi une double aliénation et ségrégation, avec une prise en charge différente pour les aliénés autochtones et européens qui étaient séparés en fonction de leur origine et de leur religion avec un statut et un régime différents (25).

La psychiatrie d'extension (en milieu ouvert) et la désinstitutionnalisation, rendue possible grâce au développement des neuroleptiques, a porté la psychiatrie en dehors de l'enceinte de l'hôpital. Le principe de la sectorisation se développe dans l'idée décrite en 1975 par L. Bonnafé que *le devoir des médecins, des psychiatres est d'aller aux populations* (36).

Au Maroc, l'organisation de la santé mentale suit ce mouvement. Elle est régionalisée et légiférée (circulaire n° 38 du 23 avril 1974), avec pour objectif la mise en place opérationnelle et conceptuelle des lignes structurantes de la politique de santé mentale. Elle marque l'orientation vers une psychiatrie d'ouverture et de proximité avec des soins ambulatoires et la promotion de la santé mentale. La décentralisation de l'assistance psychiatrique par la création de 10 régions psychiatriques a pour objectif de permettre à chaque province de disposer de services hospitaliers et ambulatoires, de prendre en charge les malades mentaux au sein de structures sectorisées et régionalisées afin de mettre à la disposition de tout citoyen qui en a besoin, un service minimal, le plus près possible de son domicile. La régionalisation avancée, prévue par la Constitution de 2011, fera passer le nombre des régions sanitaires, qui suivra le découpage administratif, à 12 (Décret n° 2.15.40 du 20 février 2015).

La prise de conscience de l'ampleur des dépenses engagées dans les établissements sanitaires aurait favorisé la désinstitutionnalisation dans une logique de rationnement et une

politique libérale de réduction des dépenses sociales en dans le monde (37). Au Maroc, cette diminution s'est davantage inscrite dans une volonté de fermer les structures asilaires et de développer une hospitalisation universitaire sous l'impulsion des psychiatres qui géraient ces structures. A Berrechid, la capacité litière passe, vers le milieu des années 1970, d'un millier de lits à 240 lits (34). La diminution de la capacité litière, en l'absence d'alternatives et de politiques perspicaces en matière de santé mentale, a abouti à la violation des droits des malades mentaux et à la limitation ou l'impossibilité d'hospitalisation pour ceux qui en avaient besoin (48). Ces dernières années, il y a eu une prise en compte de l'insuffisance de structures d'accueil et cette tendance à la pénurie tend à s'inverser. La capacité litière dédiée à la santé mentale est passée de 1910 lits en 2007 (38) à 2304 lits en 2012 (26). Cependant, les structures d'hospitalisation complète doivent être réservées pour les périodes de crises aiguës ce qui suppose de développer davantage les structures intermédiaires ouvertes. L'ouverture de la psychiatrie vers la ville reste très restreinte.

Orientation vers les soins primaires : Devant les ressources matérielles et humaines limitées et l'accroissement des demandes de soins, le choix de l'intégration des soins psychiatriques dans les structures de santé de base s'est imposé au Maroc à travers le plan quinquennal de santé 1981-1985. Selon les principes et valeurs de la déclaration d'Alma-Ata (1978), l'intégration des services de santé mentale aux soins primaires, bien harmonisés aux soins spécialisés, permet de garantir la santé pour tous (39). Les omnipraticiens, qui sont la porte d'entrée des services de santé, se retrouvent au cœur du système de soins et sont donc particulièrement mobilisés. Une grande partie de leurs consultations concerne la santé mentale (40). Un manuel de psychiatrie est élaboré et fourni à ces professionnels en 1992 pour leur faciliter la prise en charge des troubles psychiatriques les plus fréquemment rencontrés dans la pratique quotidienne (25).

Mise en place de structures de santé mentale : En 1988 a été réorganisé et implanté, au siège central du ministère de la Santé, le service central de la santé mentale prévu dans le Dahir de 1959.

En 1991, le Comité technique pour la santé mentale composé de spécialistes de différents secteurs a été créé pour identifier les problèmes et les priorités et proposer des mesures. En collaboration avec ce comité, le ministère de la santé élaborera en 1992, un programme national pour la santé mentale, soutenu par l'OMS et adopté officiellement en janvier 1993.

Au niveau de l'hôpital universitaire psychiatrique Ar-Razi, on expérimente une ouverture de la psychiatrie sur la ville et une promotion des soins ambulatoires par l'instauration de plusieurs unités annexes où les patients bénéficient de prises en charge gratuites. En 1992, un centre médico-psychologique (CMPA) s'ouvre au centre de Rabat à proximité de nombreux établissements scolaires et des jeunes (25). Au niveau de l'hôpital universitaire psychiatrique Ar-Razi, on expérimente une ouverture de la psychiatrie sur la ville et une promotion des soins ambulatoires par l'instauration de plusieurs unités annexes où les patients bénéficient de prises en charge gratuites. En 1992, un centre médico-psychologique (CMPA) s'ouvre au centre de Rabat à proximité de nombreux établissements scolaires et des jeunes (25).

En 1995, suite au constat de mauvais état et de la misère financière des hôpitaux, débute une réforme hospitalière (41) visant à améliorer le fonctionnement, la gestion, le rendement et la qualité des soins des établissements y compris psychiatriques. En 2000, un centre national de prévention et recherche en toxicomanie (CNPRT) voit le jour et est l'un des rares centres de l'Afrique du nord où les patients peuvent bénéficier des soins tout en gardant l'anonymat et sans être placés sous mesures judiciaires.

Des consultations spécialisées en pédopsychiatrie s'ouvrent dans les centres hospitaliers de Rabat et de Casablanca. La pédopsychiatrie devient une spécialité en 2011. Pour les enfants autistes et handicapés mentaux, 7 institutions destinées à leur prise en charge sont gérées

directement par des ONG, des fondations et des organismes privés. Une nouvelle génération de structures hospitalières commence à voir le jour, par la création de centre assurant des prises en charge selon des démarches novatrices et plus spécifiques, telles que le cas du centre pour personnes autistes et psychotiques à Temara en 2011, un centre de jour de gériatrie psychiatrique et intermédiaire pour adultes de l'hôpital Ar-Razi à Salé (41) ou encore une première unité d'art-thérapie a également vu le jour au sein du Centre Psychiatrique Universitaire Ibn Rochd de Casablanca puis une autre à Marrakech à l'hôpital de jour.

Le Royaume du Maroc s'est engagé, dans son plan de santé mentale 2013, à la construction de 3 hôpitaux régionaux, de 15 services psychiatriques intégrés dans les hôpitaux publics, de 4 unités pédopsychiatriques et de 13 centres d'addictologie.

Composition du réseau de santé au Maroc : Aujourd'hui, le système de santé marocain est composé principalement du secteur public, sous la responsabilité du ministère de la santé ou des forces armées royales et du secteur privé ; les structures associatives ou mutualistes sont peu présentes. Au niveau régional, le ministère de la Santé est représenté par une direction régionale de la santé déconcentrée, et reste sous la supervision du secrétaire général. Il existe une délégation provinciale dans chaque province ou préfecture. Il y existe donc une politique de décentralisation de l'administration des services de santé, du niveau central aux directions régionales. Toutefois, plusieurs tâches sont encore assurées par le ministère de la Santé, telles que recrutement des personnels de santé, la distribution des ressources budgétaires et l'élaboration de plans régionaux de la santé.

Le secteur de la santé publique compte 2 689 établissements de soins de santé primaires, 144 hôpitaux (à différents niveaux : local, provincial, régional et tertiaire) et environ 22 146 lits. Le secteur privé, lui, rassemble 6 763 cabinets privés et 439 cliniques avec 12 000 lits, situés principalement en zone urbaine et sur la côte Atlantique Nord (42). La capacité litière totale

est donc de 37 000 lits dont seulement 2400 environ sont spécifiquement identifiés en santé mentale. Il n'existe qu'une seule structure psychiatrique privée située à Casablanca.

La psychiatrie marocaine actuelle est axée sur le maintien des malades dans leur environnement familial, la création de petites unités psychiatriques ou des services de psychiatrie rattachés aux hôpitaux généraux et le développement des consultations ambulatoires (25).

Besoins de renforcer les professionnels du champ de la santé mentale : Dans de nombreuses sociétés, les troubles mentaux posent des problèmes de plus en plus grands. Le nombre d'agents de santé généraux et spécialisés en santé mentale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est nettement insuffisant. La prise en compte des besoins des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, la diminution de la symptomatologie et l'amélioration de leur qualité de vie dépendent de la qualité des services de santé mentale. La carte sanitaire et le schéma régional de l'offre de soins sont actés dans la loi cadre 34-09 de 2011, relative au système de santé et à l'offre de soins avec l'objectif d'optimiser l'offre de soins publique et privée, de satisfaire les besoins en soins et services de santé de la population et de réaliser l'équité dans la répartition spatiale des ressources matérielles (23).

Au-delà de la mauvaise répartition géographique des professionnels de santé au Maroc, la santé mentale est confrontée à deux défis majeurs, la pénurie en ressources humaines et la qualité insatisfaisante de la prise en charge (43). D'une part, on compte 2,6 professionnels pour 100 000 habitants, alors que dans la région EMRO (Bureau de la région méditerranéenne de l'est), ce ratio s'élève à 8,8 professionnels pour 100 000 habitants et dans la région Europe, il est de 43,9 professionnels pour 100 000 habitants (43).

La démographie médicale de psychiatres, infirmiers et psychologues reste très insuffisante et les profils complémentaires (éducateurs, assistantes sociales, art-thérapeutes ou

ergothérapeutes...) sont quasiment inexistantes. De plus, les soins prodigués aux patients sont basiques (diagnostic clinique et prescription de médicaments) et les méthodes plus récentes ne sont pas développées (34).

Parti de zéro en 1912, il y a en 1972, 19 psychiatres et 176 infirmiers pour 3620 lits de psychiatrie. En 2007, il y a 320 psychiatres (dont 116 en publics et 30 résidents en formation), 14 psychologues publics, 683 infirmiers et 4 assistantes sociales pour 1910 lits. Aujourd'hui, il y a 427 psychiatres (dont 213 en publics et 214 résidents), 1077 infirmiers et 4 assistantes sociales pour 2400 lits (44). Les postes de psychologues sont très insuffisants également. D'un point de vue de la santé globale, le Maroc est en dessous du seuil critique de densité de médecins et infirmiers fixé par l'OMS (2,5/1000) avec une densité de 1,5 pour 1000 habitants (45).

Alors qu'il y a déjà une dotation très insuffisante de professionnels de la santé mentale, les professionnels de santé non spécialisés et les omnipraticiens, qui participent au réseau de soins de santé primaire, accusent des lacunes en termes de communication, de collaboration et d'actualisation des connaissances en pathologie psychiatrique (43). Les professionnels de santé formés ou sensibilisés à la santé mentale, que ce soit en nombre, en termes de formation ou de variété de profils, ne permettent pas de répondre aux enjeux de santé mentale et aux problèmes majeurs de santé publique et d'offrir une prise en charge de qualité.

Poids des troubles mentaux : un problème majeur de santé publique : Avec la transition épidémiologique, les maladies transmissibles diminuent pendant que les maladies non-transmissibles se développent en particulier dans les pays en développement. Le Maroc est dans une phase avancée de transition démographique. Les troubles mentaux représentent la deuxième cause de morbi-mortalité dans les pays à revenu faible et intermédiaire (46). L'OMS estime que plus de 75% des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à

l'utilisation de substances psychoactives vivant dans les pays en développement ne bénéficient d'aucun traitement ni soin (47).

Quatre des dix principales causes d'incapacité dans le monde sont dues à des troubles neuropsychiatriques. Ceux-ci sont responsables de 30,8 % de toutes les incapacités et de 12,3 % de la charge de morbidité totale. Ce dernier chiffre devrait atteindre 15 % en 2020 (47). L'augmentation sera particulièrement sensible dans les pays en développement, principalement en raison de la hausse prévue du nombre des personnes atteignant l'âge auquel ces troubles constituent un risque. C'est chez les jeunes adultes, tranche d'âge la plus productive de la population pour l'économie, que cette charge est maximale. La perte de productivité liée aux troubles mentaux représente 35% de la perte de productivité due à toutes les maladies non transmissibles. Elle est la plus importante devant celle liée aux troubles cardiovasculaires (33%) et aux cancers (18%) (46).

Le coût économique des troubles mentaux dans les pays en développement doublera largement d'ici à 2030. Il s'élevait à 870 milliards de US \$ en 2010, on estime qu'il sera de l'ordre de 2 113 milliards en 2030 (46).

En cinquante ans, l'espérance de vie à la naissance a permis de gagner 28 années d'espérance de vie supplémentaire (75 ans en 2014 et 47 en 1962) au Maroc. La dynamique démographique a fortement changé avec une diminution du nombre d'enfants par ménage, une forte urbanisation accompagnée d'un exode rural important et une augmentation de la population de plus de 60 ans (41). La population marocaine a aussi triplé en cinquante ans.

La santé mentale au Maroc constitue un véritable problème de santé publique, comme l'a démontré 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. 48,9% de la population marocaine enquêtée, âgée de 15 ans et plus (48), 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. La prévalence de la dépression en population générale est évaluée à 26,5 %, celle des troubles d'anxiété généralisée à 9 %, des troubles psychotiques à 5,6 %, celle de la dépendance à l'alcool à 0,1 %, aux substances psychoactives à 2 % tandis que 6,5 % semblaient exprimer des idées suicidaires (intensité légère : 84,6 %, moyennes : 9 %, élevée : 6,5 %) (49).

Avec la transition épidémiologique, devant l'accroissement de la demande des soins en santé mentale et compte tenu des ressources limitées, les systèmes de santé sont obligés de se réformer. Malgré les efforts déployés, la prise en charge des troubles mentaux souffre de nombreux dysfonctionnements, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins, la non-disponibilité des psychotropes, l'absence d'équité et la faiblesse du soutien psychosocial (50). Il y a donc urgence à agir.

Évolution législatives de la santé mentale : Ces dernières années, le Maroc a fait voter de nombreuses évolutions législatives fondamentales pour la santé et la santé mentale. Le Maroc, grâce à son développement, est dans une situation économique et politique stable lui permettant désormais de s'investir pleinement dans la santé et notamment la santé mentale. Malgré les actions menées, la psychiatrie ne bénéficie pas de l'intérêt suffisant pour la résolution des difficultés, et reste le parent pauvre de la médecine bien qu'elle soit érigée au rang de priorité nationale.

La nouvelle constitution, promulguée le 30 juillet 2011, est un acquis majeur dans l'histoire marocaine. Elle consacre pour la première fois, le droit aux soins de santé (Art.31), puis dans son prolongement législatif la réorganisation du système de soins et d'un régime d'assistance médicale aux personnes économiquement démunies (RAMED). Trois articles, de la constitution engagent le Royaume dans une réforme de la santé et exigent des efforts importants pour que lui soit offerte une traduction concrète. L'article 31 de la Constitution affirme le droit à la santé, à la protection sociale et à la couverture médicale. L'article 154

instaure l'accessibilité des services publics pour tous tandis que l'article 34 accorde une attention particulière à certaines catégories de populations vulnérables.

Ces droits nouveaux nécessitent une mise à niveau de l'existant en matière de services de santé en termes d'infrastructures, de ressources humaines, de répartition géographique, de coordination et de gestion à tous les niveaux d'intervention.

Un projet de loi n° 71 -13 relative à la lutte contre les troubles mentaux et à la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles est adopté, le 2 juillet 2015, par le conseil du gouvernement. Il légifère essentiellement sur l'hospitalisation et les soins sans consentement concernant des patients souffrant de troubles mentaux sans un véritable projet de loi sur la santé mentale.

Vers la généralisation de l'assurance maladie obligatoire : Le ministère de la Santé s'est engagé à la mise en place d'un régime de couverture médicale généralisée (loi 65-00 de 2002), échelonnée dans le temps, et introduite dans l'article 31 de la nouvelle constitution et du principe de solidarité (22). L'Assurance médicale obligatoire (AMO) s'est développée en 2005 pour les salariés des secteurs public et privé. En 2007, 34 % de la population (avec les ayants droits) bénéficiait de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Actuellement, l'affiliation à un régime de couverture médicale n'est pas obligatoire et n'est pas accessible à tout le monde. Le Maroc est à la veille de l'implantation de l'AMO et a marqué un signe fort avec la mise en place du Régime d'assurance médicale pour les personnes économiquement démunies (RAMED), généralisé à partir de 2012. Il permet aujourd'hui à 28 % de la population en situation économique précaire d'accéder à un panier de soins. En 2015, ont été publiés la loi et le décret application concernant l'assurance maladie pour les étudiants ou les jeunes en formation professionnelle (260 000 bénéficiaires). Le Conseil du Gouvernement a adopté le régime pour les indépendants qui couvrira, quant à lui, 30 à 32 % de la population. Avec ces quatre régimes, la population devrait être couverte à plus de 90 % (51) ce qui marquera une

grande avancée d'autant que les dépenses de santé sont encore majoritairement supportées par les ménages avec un reste à charge très élevé de 53,6 % (en 2010) bien que ce chiffre soit antérieur à la généralisation du RAMED.

Prise de conscience collective mise à jour par le CNDH : le tournant d'une nouvelle politique de santé mentale : Si la mise en place de la constitution a été un point déterminant de la réforme de la politique de santé, le véritable tournant politique et la prise de conscience de la nécessité impérieuse de réforme spécifique de la santé mentale viendra du rapport du Comité National des Droits de l'Homme (CNDH). L'enquête d'investigation du CNDH (34) réalisée en 2012 sur les établissements hospitaliers psychiatriques a pointé les difficultés majeures. Le diagnostic approfondi et courageux est un déclic important dans la prise de conscience globale de la problématique de la santé mentale au Maroc. Ce rapport conclut que les structures des hôpitaux investigués sont *archaïques et inadaptées, avec iniquité dans la répartition des ressources humaines spécialisées en santé mentale à travers le territoire du pays.*

La santé mentale, en tant qu'exigence et condition du bien-être des citoyens, n'a pas la place qu'elle mérite dans les politiques publiques. Il y est fait état de la désuétude et de la non harmonisation du texte de loi relatif à la maladie mentale et des lois y afférentes, de l'insuffisance et de l'inadéquation des structures en termes de répartition géographique, d'architecture ou d'équipements, concentrés sur l'axe Rabat-Casablanca-Marrakech. En effet, plus la moitié des provinces restent totalement démunies de toute structure psychiatrique spécifique et celles actuelles qui existent ne répondent pas d'une manière adéquate aux besoins en santé mentale de plus en plus croissant (46).

Sont également pointées, l'inégalité de l'accès aux soins qui contribue à la persistance des thérapies archaïques comme moyen thérapeutique des maladies mentales, la non-conformité

de ces structures aux normes et aux exigences de sécurité et de surveillance, la mauvaise qualité des services médicaux et non médicaux administrés aux usagers de la psychiatrie et les conditions de vie auxquelles ils sont soumis pendant l'hospitalisation, la non-spécialisation des soins à destination de certaines populations (des enfants, des adolescents et des personnes âgées), la non-disponibilité des nouvelles générations de médicaments qui sont plus efficaces et qui causent moins d'effets secondaires et la très grande pénurie du personnel médical et paramédical, insuffisamment formés.

La stigmatisation générale des malades et l'absence de soutien social sont également incriminées ainsi que la gestion autonome (SEGMA) qui peut représenter un obstacle au développement de la psychiatrie dont la gratuité des soins est, en principe, garantie par la loi (34). Au Maroc, l'hospitalisation (ou le placement) est gratuit uniquement dans le cas où il est prononcé pour le tribunal. La mise en place du RAMED a cependant nettement favorisé l'accès aux soins y compris psychiatriques.

Si dans les soins somatiques les cliniques privées prennent le relais des structures publiques, au grand désavantage du secteur public qui se retrouve à gérer des populations majoritairement démunies, ce n'est pas le cas du champ psychiatrique qui présente un déficit très net y compris en libéral.

Plans et orientations stratégiques : Le Ministère de la Santé, dans son plan d'action 2012-2016, s'est engagé à instaurer des changements afin de mieux répondre aux besoins de ceux et celles qui souffrent d'un trouble mental et a accordé en 2013 une place prioritaire à la santé mentale par un plan national ambitieux répondant aux recommandations du CNDH. Il s'est engagé, en juin 2013, à développer un plan d'actions qui consiste à réorganiser l'offre de soins et améliorer la prise en charge de la santé mentale, de favoriser la formation de base et

continue des professionnels de santé, de renforcer le partenariat intersectoriel et d'accompagner les réformes législatives et réglementaires dont la révision du dahir de 1959.

Le budget spécifique à l'achat de médicaments psychotropes a été augmenté pour atteindre 2 % du budget global des médicaments, soit 113 Millions de DH en 2015 contre 52 Millions de DH en 2013 avec l'introduction des médicaments psychotrope des 2^{ème} et 3^{ème} génération dans la liste des médicaments essentiels. Cependant, il est à noter que le coût du médicament au Maroc est 2 à 3 fois plus élevé que celui des pays voisins (22).

Rupture avec les pratiques traditionnelles : En 2015, le ministre de l'intérieur H. Louardi fait démantelé le mausolée de Bouya Omar, près de Marrakech. Cette opération appelée *Karama* (dignité) a permis l'évacuation de 799 malades, dont 708 ont été placés dans des structures psychiatriques, saturant les centres psychiatriques déjà sous pression par manque de place. Cependant, pour la première fois au Maroc, le gouvernement s'est attaqué au domaine du maraboutisme. Cet acte symbolise le début d'un engagement ferme et actif du gouvernement, autant qu'une lutte contre l'ostracisme par le rejet des pratiques magico-religieuses qui ont dominé depuis plusieurs siècles.

Financement de la santé mentale : Les besoins ne cessent d'augmenter tandis que les budgets restent limités. Alors que la majorité de ceux qui en ont besoin ne peuvent y avoir accès, l'évolution des politiques et la législation pourraient mettre en place les services nécessaires si un financement adéquat était assuré et le personnel approprié formé. Malheureusement, les services de santé mentale sont largement sous-financés, en particulier dans les pays en développement. Près de 28% des pays n'ont pas de budgets distincts pour la santé mentale. Parmi ceux qui en disposent, 62% des pays en développement et 16% des pays développés consacrent moins de 1% de leur budget de santé à la santé mentale. C'est le cas **du** budget global de la santé mentale au Maroc (Ministère de la Santé 2011) ce qui est

insuffisant pour atteindre les objectifs des programmes et plans, et répondre aux défis et enjeux futurs. *Il y a donc un écart important entre le fardeau des troubles mentaux et les ressources consacrées aux services de santé mentale* (53). Malgré des efforts ces cinq dernières années, la santé mentale reste sous-financée. Il y a là un facteur critique de la réalisation d'un système de santé mentale viable et pérenne de son évolution.

Réforme législative en cours : Un projet de révision du Dahir de 1959, profond et global, est à l'étude depuis juillet 2014 afin de permettre une harmonisation de la situation marocaine au contexte international et aux dispositions de la nouvelle constitution de 2011. A ce jour, le projet de réforme de la loi de santé mentale déposé en 2011 a été retiré du parlement. Une concertation avec tous les partenaires sera préalable à l'élaboration du futur projet de santé mentale au Maroc. Au-delà, de l'évolution de la protection des droits et des libertés fondamentales, du respect de la dignité et de la vie privée, ou des modalités plus strictes des hospitalisations. Il s'agit également de fixer les orientations stratégiques en matière de santé mentale que ce soit en termes de prévention, de diagnostic, d'organisation, de structuration des réseaux de soins ou encore de cadre médico-juridique et de contrôle institutionnel ou de recours des patients ou des proches. L'objectif est de protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux qui constituent un groupe vulnérable de la société, ce défaut de protection les confrontant à la stigmatisation, à la discrimination et à la marginalisation, ce qui accroît les risques de violation de leurs droits humains.

Conclusion

La définition de la santé mentale est plurielle et sans doute peu arrêtée. Mais globalement, elle s'applique à l'amélioration du bien-être et de la capacité d'agir de la population, dans leurs dimensions mentales. Que peut-on dire de l'action conduite au Maroc dans ce domaine ?

L'évolution de la santé mentale ces dernières années témoigne d'une profonde volonté de réforme. La santé mentale s'est orientée vers une désinstitutionnalisation et une sectorisation

et tente de rattraper le retard par une mise à niveau tant en moyens humains que matériels et le développement des soins de santé primaire.

S'il reste beaucoup à faire, les évolutions législatives et en particulier la nouvelle constitution de 2011, le diagnostic accablant mais courageux du CNDH, ainsi que la volonté politique d'ouverture à la modernité, ont permis une grande évolution et une prise de conscience qui marquent le tournant de la santé mentale au Maroc entre 2012 et 2015. La psychiatrie, considérée comme prioritaire dans les plans d'actions du ministère de la santé, tient désormais une place importante et fait l'objet d'un projet qui marque la prise en compte effective des besoins énormes et des attentes de la population tout autant que des enjeux futurs.

Cependant, malgré les efforts engagés, la santé mentale reste à ce jour en retard et les budgets insuffisants représente un frein au plein développement. Toutefois, les signaux donnés marquent l'engagement fort de l'État et donne un signal très positif pour l'évolution de la santé mentale au Maroc.

Déclaration d'intérêts


Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

1. Leriche R. De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine ? Vol. IV. 1936.
2. mondiale de la Santé O. Action de santé publique pour la prévention du suicide: un cadre de travail. 2014;
3. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H v. d., Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 26 juill 2011;343(jul26 2):d4163-d4163.
4. Freud S. Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses » Résultats, idées, problèmes. 1905. p. 122. (PUF; vol. Tome I.).
5. Canguilhem G. le normal et le pathologique. 1966. (PUF).
6. Parsons T, Turner BS. The social system. London: Routledge; 2005.
7. Abdmouleh R. Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice.

Insaniyat 31. إنسانيات déc 2007;(38):91-109.

8. Freidson E. La profession médicale. Paris: Payot; 1984. (Médecine et Société).
9. Le Moigne P. La santé mentale comme philosophie politique. La psychologie du soi et le progrès social. L'Évolution Psychiatr. oct 2014;79(4):683-95.
10. Lovell A. Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale - Rapport final [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2003. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=5551
11. Elargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives[Livre]: programme d'action combler les lacunes en santé mentale. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2008.
12. World Health Organisation. World Health Organisation, la santé mentale : renforcer notre action, aide-mémoire [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
13. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, Jayaraman G. Mesurer la santé mentale positive au Canada : validation des concepts du Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé. Promot Santé Prév Mal Chron Au Can. avr 2017;37(4):133-41.
14. Joubert N, Raeburn J. Mental Health Promotion: People, Power and Passion. l'International Journal of Mental Health Promotion; 1998.
15. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Am Assoc Adv Sci. 1977;196(4286):129-36.
16. Berquin A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Médicale Suisse. 2010;6(258):1511–1513.
17. Vignat JP. La santé mentale en France: état des lieux. Santé Publique. 1999;2:127–135.
18. Ministère de la santé. Stratégie de coopération OMS–Maroc 2017-2021.
19. Herrman H, Saxena S, Moodie R, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization; 2005. 288 p.
20. Murali V. OF. Poverty, social inequality and mental health [Internet]. London: Gaskell; 2004 [cité 29 janv 2018]. 216-224 p. (Advances in Psychiatric Treatment; vol. 10). Disponible sur: <http://catalog.hathitrust.org/api/volumes/oclc/53124076.html>
21. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001 la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2001 [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
22. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC, et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. Arch Gen Psychiatry. févr 1998;55(2):109-15.
23. Ministère de la santé du Royaume du Maroc. Stratégie sectorielle de santé 2012-2016. 2012.
24. Service des Maladies Mentale et des Maladies Dégénératives/ division des Maladies Non transmissibles/ Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies. Programme nationale de santé mentale 2009. 2009.
25. Pr. Slaiem AMMAR. Histoire de la psychiatrie magrebine. Université de Tunis - Tunisie [Internet]. 2003. Disponible sur: <http://arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Ammar.PsyHistory..htm>

26. Paes M, Toufiq J, Ouanass A, El Omari F. La psychiatrie au Maroc. *Inf Psychiatr.* 2005;81(5):471–480.
27. Safiyah Benmansour. Histoire de la psychiatrie eu Maroc -Université Mohammed V- Souissi Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat. 2013;219.
28. Koetschet P. Médecine de l'âme, médecine du corps. *Bull D'études Orient.* 2008;(Tome LVII):155–167.
29. Moussaoui D, Battas O, Chakib A. Histoire de la médecine au Maroc pendant le Protectorat. *Hist Sci Médicales.* 1992;26(4-1992):291.
30. Chakib A, Battas O, Moussaoui D. Le Maristane Sidi-Frej à Fès. *Hist Sci Med.* 1991;28:171–175.
31. Hochmann J. L'histoire de la psychiatrie. Puf, seconde édition. 2004. 128 p.
32. Audisio M. La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale. Toulouse: Privat; 1980.
33. Belghiti Alaoui A. La réforme de santé au Maroc, pertinence et opportunités [Internet]. Disponible sur: <http://www.albacharia.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/31130/0885%20La%20Réforme%20de%20santé%20au%20Maroc%2C%20Pertinence%20et%20Opportunités.htm?sequence=1>
34. Rayaume du Maroc. Dahir n° 1-58-295 du 21 chaoual 1378 (30 avril 1959) relatif à la prévention et au traitement des ma - bulletin officiel N° 2429. 1959.
35. Conseil national des droits de l'Homme. Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique - Rapport préliminaire. Maroc; 2012.
36. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry J Ment Sci.* nov 2003;183:382-3.
37. Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie: similitudes et divergences. *Quest D'économie Santé.* 2012;180:1–8.
38. Henckes N. Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970 [PhD Thesis]. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS); 2007.
39. Sekkat FZ, Belbachir S. La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis. *Inf Psychiatr.* 2009;85(7):605.
40. World Health Organization, World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, éditeurs. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva, Switzerland : London: World Health Organization ; Wonca; 2008. 206 p.
41. Fleury M-J. Santé mentale en première ligne. *Santé Ment Au Qué.* 2009;34(1):19.
42. Royaume du Maroc - Ministère de la santé.  Système de santé Marocain - Présentation et perspectives - Secrétaire Général du Ministère de la santé A. Belghiti. 2017.
43. Organisation mondiale de la santé, Ministère de la santé Maroc. Évaluation des fonctions essentielles de la santé publique au Maroc. 2016.
44. El Kirat H, Filali H. La représentation des professionnels de santé mentale sur leurs pratiques à Rabat, Maroc. *Santé Publique.* 2014;26(3):385–391.
45. Carte sanitaire - situation de l'offre de soins au Maroc- Janvier 2018 [Internet]. Disponible sur: <http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/indicateur.html>
46. Ministère de la santé du Rayaume du Maroc. ressources humaines de la santé en chiffres - 2015. 2016.
47. The World Economic Forum and the Harvard School of Public Health, World Health Organisation. The global

economic burden of non-communicable diseases. 2011 sept.

48. Organisation mondiale de la santé. Table ronde ministérielles - 54e assemblée mondiale de la santé - Santé mentales : les ministres appellent à l'action. 2001.

49. Kadri N, Agoub M, Assouab F, Tazi MA, Didouh A, Stewart R, et al. Moroccan national study on prevalence of mental disorders: a community-based epidemiological study: prevalence of mental disorders in moroccan population. *Acta Psychiatr Scand.* janv 2010;121(1):71-4.

50. Moussaoui D. La santé mentale au Maroc: enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies. *L'Encéphale.* 2007;33:125–126.

51. Iferghas A. La prise en charge des troubles mentaux au niveau des ESSB : état des lieux. (Cas de la préfecture de Salé). *Education nationale de sa; Ecole nationale de santé publique.*

52. Belghiti Alaoui A. Colloque franco-marocain de la Santé - présentation des grandes lignes de la politique de santé publique marocaine. 2016 févr.

53. Funk M, Saraceno B, Pathare S, Flisher AJ, World Health Organization, éditeurs. *The mental health context.* Geneva: World Health Organization; 2003. 46 p. (Mental health policy and service guidance package).