

UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2013

THESE N°: 149

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE AU MAROC

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Safiyah BENMANSOUR

Née le 29 Janvier 1986 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Histoire – Médecine – Psychiatrie – Maroc.

JURY

Mr. M. Z. BICHRA

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

Mr. J. MEHSSANI

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. M. BELAÏZI

Professeur de Psychiatrie

CO-RAPPORTEUR

Mr. A. OUANASS

Professeur de Psychiatrie

JUGES

Mr. H. KISRA

Professeur de Psychiatrie

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك

أنت العليم الحكيم

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة البقرة: الآية 31



**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ

- 1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

- Doyen par intérim : Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mars, Avril et Septembre 1980

1.

Mai et Octobre 1981

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 2. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| 3. Pr. TAOBANE Hamid* | Chirurgie Thoracique |

Mai et Novembre 1982

- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| 4. Pr. ABROUQ Ali* | Oto-Rhino-Laryngologie |
| 5. Pr. BENSOUA Mohamed | Anatomie |
| 6. Pr. BENOSMAN Abdellatif | Chirurgie Thoracique |
| 7. Pr. LAHBABI Naïma ép. AMRANI | Physiologie |

Novembre 1983

- | | |
|----------------------------------|----------------|
| 8. Pr. BELLAKHDAR Fouad | Neurochirurgie |
| 9. Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI | Rhumatologie |

Décembre 1984

- | | |
|---------------------------|----------------|
| 10. Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
|---------------------------|----------------|

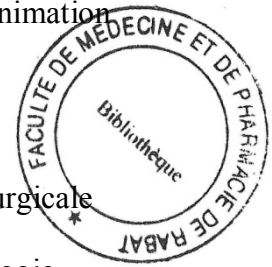
11. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
12. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
13. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
14. Pr. SETTAF Abdellatif

Radiothérapie
 Médecine Interne
 Anesthésie -Réanimation
 Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

15. Pr. BENJELLOUN Halima
16. Pr. BENS Aid Younes
17. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
18. Pr. IRAQI Ghali
- 19.

Cardiologie
 Pathologie Chirurgicale
 Neurologie
 Pneumo-ptisiologie



Janvier, Février et Décembre 1987

20. Pr. AJANA Ali
21. Pr. CHAHED OUZZANI Houria ép. TAOBANE
22. Pr. EL FASSY FIHRI Mohamed Taoufiq
23. Pr. EL HAITEM Naïma
24. Pr. EL YAACOUBI Moradh
25. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
26. Pr. LACHKAR Hassan
27. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Pneumo-ptisiologie
 Cardiologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gastro-Entérologie
 Médecine Interne
 Neurologie

Décembre 1988

28. Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
29. Pr. DAFIRI Rachida
30. Pr. HERMAS Mohamed
31. Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
 Radiologie
 Traumatologie Orthopédie
 Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

32. Pr. ADN AOUI Mohamed
33. Pr. AOUNI Mohamed
34. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
35. Pr. CHAD Bouziane
36. Pr. CHKOFF Rachid
37. Pr. HACHIM Mohammed*
38. Pr. KHARBACH Aïcha
39. Pr. MANSOURI Fatima
40. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
41. Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
 Médecine Interne
 Cardiologie
 Pathologie Chirurgicale
 Pathologie Chirurgicale
 Médecine-Interne
 Gynécologie -Obstétrique
 Anatomie-Pathologique
 Neurologie
 Anesthésie Réanimation

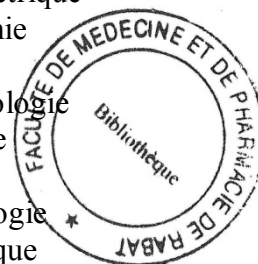
Février Avril Juillet et Décembre 1991

42. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
43. Pr. AZZOUZI Abderrahim
44. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM
45. Pr. BELKOUCHI Abdelkader

Anatomie-Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chirurgie Générale

46. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
47. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif
48. Pr. BENSOUDA Yahia
49. Pr. BERRAHO Amina
50. Pr. BEZZAD Rachid
51. Pr. CHABRAOUI Layachi
52. Pr. CHERRAH Yahia
53. Pr. CHOKAIRI Omar
54. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
55. Pr. KHATTAB Mohamed
56. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH
57. Pr. TAOUFIK Jamal

Hématologie
 Chirurgie Générale
 Pharmacie galénique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Biochimie et Chimie
 Pharmacologie
 Histologie Embryologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Pharmacologie
 Chimie thérapeutique



Décembre 1992

58. Pr. AHALLAT Mohamed
59. Pr. BENSOUDA Adil
60. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
61. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
62. Pr. CHRAIBI Chafiq
63. Pr. DAOUDI Rajae
64. Pr. DEHAYNI Mohamed*
65. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
66. Pr. FELLAT Rokaya
67. Pr. GHAFIR Driss*
68. Pr. JIDDANE Mohamed
69. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
70. Pr. TAGHY Ahmed
71. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

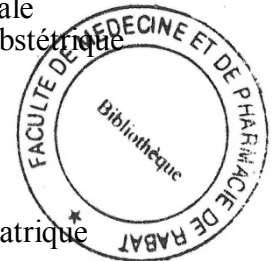
Mars 1994

72. Pr. AGNAOU Lahcen
73. Pr. BENCHERIFA Fatiha
74. Pr. BENJAAFAR Nouredine
75. Pr. BENJELLOUN Samir
76. Pr. BEN RAIS Nozha
77. Pr. CAOUI Malika
78. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
79. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
80. Pr. EL AOUAD Rajae
81. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
82. Pr. EL HASSANI My Rachid
83. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
84. Pr. ERROUGANI Abdelkader
85. Pr. ESSAKALI Malika

Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Chirurgie Générale
 Biophysique
 Biophysique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Immunologie

86. Pr. ETTAYEBI Fouad
87. Pr. HADRI Larbi*
88. Pr. HASSAM Badredine
89. Pr. IFRINE Lahssan
90. Pr. JELTHI Ahmed
91. Pr. MAHFOUD Mustapha
92. Pr. MOUDENE Ahmed*
93. Pr. OULBACHA Said
94. Pr. RHRAB Brahim
95. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
- 96.

Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie



Mars 1994

97. Pr. ABBAR Mohamed*
98. Pr. ABDELHAK M'barek
99. Pr. BELAIDI Halima
100. Pr. BRAHMI Rida Slimane
101. Pr. BENTAHILA Abdelali
102. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
103. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
104. Pr. CHAMI Ilham
105. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
106. Pr. EL ABBADI Najia
107. Pr. HANINE Ahmed*
108. Pr. JALIL Abdelouahed
109. Pr. LAKHDAR Amina
110. Pr. MOUANE Nezha

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique*
 Neurologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Mars 1995

111. Pr. ABOUQUAL Redouane
112. Pr. AMRAOUI Mohamed
113. Pr. BAIDADA Abdelaziz
114. Pr. BARGACH Samir
115. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
116. Pr. CHAARI Jilali*
117. Pr. DIMOU M'barek*
118. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
119. Pr. EL MESNAOUI Abbas
120. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
121. Pr. FERHATI Driss
122. Pr. HASSOUNI Fadil
123. Pr. HDA Abdelhamid*
124. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
125. Pr. IBRAHIMY Wafaa
126. Pr. MANSOURI Aziz
127. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
128. Pr. SEFIANI Abdelaziz
129. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 Cardiologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Génétique
 Réanimation Médicale

Décembre 1996

130. Pr. AMIL Touriya*
131. Pr. BELKACEM Rachid
132. Pr. BOULANOVAR Abdelkrim
133. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
134. Pr. GAOUZI Ahmed
135. Pr. MAHFOUDI M'barek*
136. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
137. Pr. MOHAMMADI Mohamed
138. Pr. MOULINE Soumaya
139. Pr. OUADGHIRI Mohamed
140. Pr. OUZEDDOUN Naima
141. Pr. ZBIR EL Mehdi*

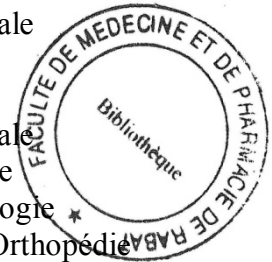
Novembre 1997

142. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
143. Pr. BEN AMAR Abdesselem
144. Pr. BEN SLIMANE Lounis
145. Pr. BIROUK Nazha
146. Pr. CHAOUIR Souad*
147. Pr. DERRAZ Said
148. Pr. ERREIMI Naima
149. Pr. FELLAT Nadia
150. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
151. Pr. HAIMEUR Charki*
152. Pr. KADDOURI Noureddine
153. Pr. KOUTANI Abdellatif
154. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
155. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
156. Pr. NAZI M'barek*
157. Pr. OUAHABI Hamid*
158. Pr. TAOUFIQ Jallal
159. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

160. Pr. AFIFI RAJAA
161. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
162. Pr. ALOUANE Mohammed*
163. Pr. BENOMAR ALI
164. Pr. BOUGTAB Abdesslam
165. Pr. ER RIHANI Hassan
166. Pr. EZZAITOUNI Fatima
167. Pr. LAZRAK Khalid *

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

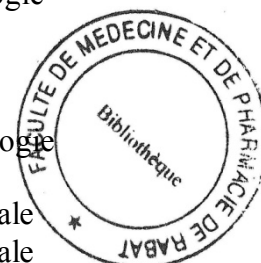
168. Pr. BENKIRANE Majid*
169. Pr. KHATOURI ALI*
170. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

171. Pr. ABID Ahmed*
172. Pr. AIT OUMAR Hassan
173. Pr. BENCHERIF My Zahid
174. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
175. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
176. Pr. CHAOUI Zineb
177. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
178. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
179. Pr. EL FTOUH Mustapha
180. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
181. Pr. EL OTMANY Azzedine
182. Pr. HAMMANI Lahcen
183. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
184. Pr. ISMAILI Hassane*
185. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
186. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
187. Pr. TACHINANTE Rajae
188. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Novembre 2000

189. Pr. AIDI Saadia
190. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
191. Pr. AJANA Fatima Zohra
192. Pr. BENAMR Said
193. Pr. BENCHEKROUN Nabihia
194. Pr. CHERTI Mohammed
195. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
196. Pr. EL HASSANI Amine
197. Pr. EL IDGHIRI Hassan
198. Pr. EL KHADER Khalid
199. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
200. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
201. Pr. HSSAIDA Rachid*
202. Pr. LAHLOU Abdou
203. Pr. MAFTAH Mohamed*
204. Pr. MAHASSINI Najat
205. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
206. Pr. NASSIH Mohamed*
207. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2001

208. Pr. ABABOU Adil
209. Pr. BALKHI Hicham*
210. Pr. BELMEKKI Mohammed
211. Pr. BENABDELJLIL Maria
212. Pr. BENAMAR Loubna
213. Pr. BENAMOR Jouda
214. Pr. BENELBARHDADI Imane
215. Pr. BENNANI Rajae
216. Pr. BENOUACHANE Thami
217. Pr. BENYOUSSEF Khalil
218. Pr. BERRADA Rachid
219. Pr. BEZZA Ahmed*
220. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
221. Pr. BOUHOUCHE Rachida
222. Pr. BOUMDIN El Hassane*
223. Pr. CHAT Latifa
224. Pr. CHELLAOUI Mounia
225. Pr. DAALI Mustapha*
226. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
227. Pr. EL HAJOUJI Ghziel Samira
228. Pr. EL HIJRI Ahmed
229. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
230. Pr. EL MADHI Tarik
231. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
232. Pr. EL OUNANI Mohamed
233. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
234. Pr. ETTAIR Said
235. Pr. GAZZAZ Miloudi*
236. Pr. GOURINDA Hassan
237. Pr. HRORA Abdelmalek
238. Pr. KABBAJ Saad
239. Pr. KABIRI El Hassane*
240. Pr. LAMRANI Moulay Omar
241. Pr. LEKEHAL Brahim
242. Pr. MAHASSIN Fattouma*
243. Pr. MEDARHRI Jalil
244. Pr. MIKDAME Mohammed*
245. Pr. MOHSINE Raouf
246. Pr. NOUINI Yassine
247. Pr. SABBAH Farid
248. Pr. SEFIANI Yasser
249. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

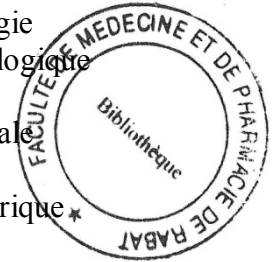
- Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Décembre 2002

250. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
251. Pr. AMEUR Ahmed *
252. Pr. AMRI Rachida
253. Pr. AOURARH Aziz*
254. Pr. BAMOU Youssef *
255. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
256. Pr. BENBOUAZZA Karima
257. Pr. BENZEKRI Laila
258. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
259. Pr. BERNOUSSI Zakiya
260. Pr. BICHA Mohamed Zakariya
261. Pr. CHOHO Abdelkrim *
262. Pr. CHKIRATE Bouchra
263. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
264. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
265. Pr. EL BARNOUSSI Leila
266. Pr. EL HAOURI Mohamed *
267. Pr. EL MANSARI Omar*
268. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
269. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
270. Pr. HADDOUR Leila
271. Pr. HAJJI Zakia
272. Pr. IKEN Ali
273. Pr. ISMAEL Farid
274. Pr. JAAFAR Abdelouhab*
275. Pr. KRIOUILE Yamina
276. Pr. LAGHMARI Mina
277. Pr. MABROUK Hfid*
278. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
279. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
280. Pr. MOUSTAINE My Rachid
281. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
282. Pr. OUJILAL Abdelilah
283. Pr. RACHID Khalid *
284. Pr. RAISS Mohamed
285. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
286. Pr. RHOU Hakima
287. Pr. SIAH Samir *
288. Pr. THIMOU Amal
289. Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Rhumatologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique*
Urologie
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

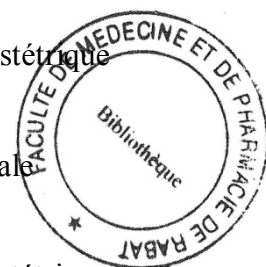


PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

290. Pr. ABDELLAH El Hassan
291. Pr. AMRANI Mariam
292. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
293. Pr. BENKIRANE Ahmed*
294. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
295. Pr. BOULAADAS Malik
296. Pr. BOURAZZA Ahmed*
297. Pr. CHAGAR Belkacem*
298. Pr. CHERRADI Nadia
299. Pr. EL FENNI Jamal*
300. Pr. EL HANCHI ZAKI
301. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
302. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
303. Pr. HACHI Hafid
304. Pr. JABOUIRIK Fatima
305. Pr. KARMANE Abdelouahed
306. Pr. KHABOUZE Samira
307. Pr. KHARMAZ Mohamed
308. Pr. LEZREK Mohammed*
309. Pr. MOUGHIL Said
310. Pr. SASSENOU ISMAIL*
311. Pr. TARIB Abdelilah*
312. Pr. TIJAMI Fouad
313. Pr. ZARZUR Jamila

- Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie



Janvier 2005

314. Pr. ABBASSI Abdellah
315. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
316. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
317. Pr. ALLALI Fadoua
318. Pr. AMAZOUZI Abdellah
319. Pr. AZIZ Noureddine*
320. Pr. BAHIRI Rachid
321. Pr. BARKAT Amina
322. Pr. BENHALIMA Hanane
323. Pr. BENHARBIT Mohamed
324. Pr. BENYASS Aatif
325. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
326. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
327. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
328. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
329. Pr. HAJJI Leila

- Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie

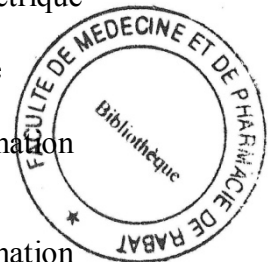
330. Pr. HESSISSEN Leila
 331. Pr. JIDAL Mohamed*
 332. Pr. KARIM Abdelouahed
 333. Pr. KENDOUSI Mohamed*
 334. Pr. LAAROUSSI Mohamed
 335. Pr. LYAGOUBI Mohammed
 336. Pr. NIAMANE Radouane*
 337. Pr. RAGALA Abdelhak
 338. Pr. SBIHI Souad
 339. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
 340. Pr. ZERAIDI Najia

Pédiatrie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 425. Pr. AKJOUJ Said*
 427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 428. Pr. BENCHEIKH Razika
 429. Pr. BIYI Abdelhamid*
 430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 432. Pr. CHEIKHAOUI Younes
 433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 434. Pr. DOGHMI Nawal
 435. Pr. ESSAMRI Wafaa
 436. Pr. FELLAT Ibtissam
 437. Pr. FAROUDY Mamoun
 438. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 442. Pr. JROUNDI Laila
 443. Pr. KARMOUNI Tariq
 444. Pr. KILI Amina
 445. Pr. KISRA Hassan
 446. Pr. KISRA Mounir
 447. Pr. KHARCHAFI Aziz*
 448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio - Vasculaire
 Chirurgie Cardio - Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie - Pédiatrique
 Médecine Interne
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique



456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458.
 459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *
 462. Pr. BAITE Abdelouahed *
 463. Pr. TOUATI Zakia
 464. Pr. OUZZIF Ez zohra *
 465. Pr. BALOUCH Lhousaine *
 466. Pr. SELKANE Chakir *
 467. Pr. EL BEKKALI Youssef *
 468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
 469. Pr. EL ABSI Mohamed
 470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 471. Pr. ACHOUR Abdessamad *
 472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq *
 473. Pr. GHARIB Nouredine
 474. Pr. TABERKANET Mustafa *
 475. Pr. ISMAILI Nadia
 476. Pr. MASRAR Azlarab
 477. Pr. RABHI Monsef *
 478. Pr. MRABET Mustapha *
 479. Pr. SEKHSOKH Yessine *
 480. Pr. SEFFAR Myriame
 481. Pr. LOUZI Lhousain *
 482. Pr. MRANI Saad *
 483. Pr. GANA Rachid
 484. Pr. ICHOU Mohamed *
 485. Pr. TACHFOUTI Samira
 486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 487. Pr. MELLAL Zakaria
 488. Pr. AMMAR Haddou *
 489. Pr. AOUI Sarra
 490. Pr. TLIGUI Houssain
 491. Pr. MOUTAJ Redouane *
 492. Pr. ACHACHI Leila
 493. Pr. MARC Karima
 494. Pr. BENZIANE Hamid *
 495. Pr. CHERKAOUI Naoual *
 496. Pr. EL OMARI Fatima

Anesthésie réanimation
 Anesthésier réanimation
 Anesthésie réanimation
 Anesthésie réanimation
 Cardiologie
 Biochimie
 Biochimie
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie plastique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Dermatologie
 Hématologie biologique
 Médecine interne
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Virologie
 Neuro chirurgie
 Oncologie médicale
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 Parasitologie
 Parasitologie
 Parasitologie
 Pneumo phtisiologie
 Pneumo phtisiologie
 Pharmacie clinique
 Pharmacie galénique
 Psychiatrie



497. Pr. MAHI Mohamed *
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*
499. Pr. KEBDANI Tayeb
500. Pr. SIFAT Hassan *
501. Pr. HADADI Khalid *
502. Pr. ABIDI Khalid
503. Pr. MADANI Naoufel
504. Pr. TANANE Mansour *
505. Pr. AMHAJJI Larbi *

Radiologie
Radiologie
Radiothérapie
Radiothérapie
Radiothérapie
Réanimation médicale
Réanimation médicale
Traumatologie orthopédie
Traumatologie orthopédie

Décembre 2008

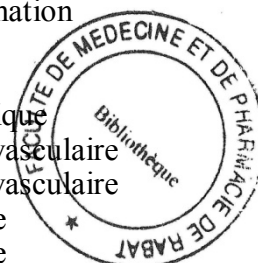
Pr TAHIRI My El Hassan*
Pr ZOUBIR Mohamed*

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes
Pr. AZENDOUR Hicham *
Pr. BELYAMANI Lahcen *
Pr. BOUHSAIN Sanae *
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. LAMSAOURI Jamal *
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. AMAHZOUNE Brahim *
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
Pr. BOUNAIM Ahmed *
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. CHTATA Hassan Toufik *
Pr. BOUI Mohammed *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. FATHI Khalid
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. DOGHMI Kamal *
Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. ENNIBI Khalid *
Pr. EL OUENNASS Mostapha
Pr. ZOUHAIR Said*
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. AKHADDAR Ali *
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AGADR Aomar *
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. MESKINI Toufik
Pr. KABIRI Meryem
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Anatomie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Biochimie
Cardiologie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Chirurgie Cardio-vasculaire
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Dermatologie
Gastro-entérologie
Gynécologie obstétrique
Hématologie biologique
Hématologie biologique
Hématologie clinique
Médecine interne
Médecine interne
Microbiologie
Microbiologie
Microbiologie
Neuro-chirurgie
Neurologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-ptysiologie



Pr. BASSOU Driss *
Pr. ALLALI Nazik
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. AMINE Bouchra
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
Pr. KADI Said *

Radiologie
Radiologie
Radiologie
Rhumatologie
Rhumatologie
Traumatologie orthopédique
Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. CHERRADI Ghizlan
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. ALILOU Mustapha
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. BOUSSIF Mohamed*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. RAISSOUNI Zakaria*
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. LEZREK Mounir
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. LAMALMI Najat
Pr. ZOUAIDIA Fouad
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. CHADLI Mariama*

Médecine interne
Gastro entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie réanimation
Radiologie
Radiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Médecine aérologique
Chirurgie plastique et réparatrice
Chirurgie pédiatrique
Urologie
Chirurgie générale
Traumatologie Orthopédie
ORL
Ophtalmologie
Hématologie
Anatomie pathologique
Anatomie pathologique
Physiologie
Biochimie chimie
Microbiologie

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI
Pr. Mounir ER-RAJI
Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI
Pr. Ahmed JAHID
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. RAISSOUNI Maha*
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. BENCHEBBA Drissi*

Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Cardiologie
Médecine Interne
Psychiatrie
Psychiatrie
Pneumophtisiologie
Traumatologie Orthopédique





ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

- | | |
|--|--|
| 1. Pr. ABOUDRAR Saadia | Physiologie |
| 2. Pr. ALAMI OUHABI Naima | Biochimie |
| 3. Pr. ALAOUI KATIM | Pharmacologie |
| 4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma | Histologie-Embryologie |
| 5. Pr. ANSAR M'hammed | Chimie Organique et Pharmacie Chimique |
| 6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz | Applications Pharmaceutiques |
| 7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed | Génétique Humaine |
| 8. Pr. BOURJOUANE Mohamed | Microbiologie |
| 9. Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia | Biochimie |
| 10. Pr. DAKKA Taoufiq | Physiologie |
| 11. Pr. DRAOUI Mustapha | Chimie Analytique |
| 12. Pr. EL GUESSABI Lahcen | Pharmacognosie |
| 13. Pr. ETTAIB Abdelkader | Zootéchnie |
| 14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas | Pharmacologie |
| 15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed | Chimie Organique |
| 16. Pr. IBRAHIMI Azeddine | Biotechnologie |
| 17. Pr. KABBAJ Ouafae | Biochimie |
| 18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine | Biologie |
| 19. Pr. REDHA Ahlam | Biochimie |
| 20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE M ^{ed} | Chimie Organique |
| 21. Pr. TOUATI Driss | Pharmacognosie |
| 22. Pr. ZAHIDI Ahmed | Pharmacologie |
| 23. Pr. ZELLOU Amina | Chimie Organique |

* *Enseignants Militaires*



Dédicaces

*En Hommage à mon défunt Grand père,
Abdelouahab BENMANSOUR,
Qui nous a inculqué l'amour de notre pays.
C'était pour lui plus qu'un devoir, une passion.*

A mes chers parents.

Ma mère Khadija LACHGUEUR "mon combat"

Mon père Boubker BENMANSOUR "ma force"

A mes sœurs.

Hasna BENMANSOUR "mon socle"

Aicha BENMANSOUR "ma lumière"

Fadila BENMANSOUR "ma raison"

A mon frère.

Elhadi BENMANSOUR "mon réconfort".

*Aucun mot ne saurait exprimer toute ma reconnaissance
et ma gratitude. Grâce à votre amour inconditionnel, votre présence
et votre soutien incommensurable, je réalise aujourd'hui un rêve.*

*Je vous rends hommage aujourd'hui, en espérant
avoir été à la hauteur de vos espérances.*

*Puisse cette thèse symboliser le fruit de vos longues années
de sacrifices consentis pour mes études.*

*Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé,
bonheur et longue vie et faire en sorte
que jamais je ne vous déçoive.*

A mes nièces

Behiye et Melek SANLITURK,

*Votre présence et votre gaieté me comblent de bonheur,
je ne remercierai jamais assez ma sœur et mon beau frère
Abderahim Okdem pour ces petits trésors qui illuminent notre vie.*

*Puisse Dieu vous bénir, éclairer votre chemin
et vous aider à réaliser, à votre tour,
vos vœux les plus chers.*

A mes tantes

Zahra, Latifa et Malika BENMANSOUR,

*Je vous dédie ce travail, pour vous témoigner
de mon amour et mon respect.*

*Je vous suis très reconnaissante, et je ne vous remercierai jamais
assez pour votre amabilité, votre générosité et votre précieuse aide.*

*Puisse Dieu vous garder en bonne santé,
et vous prêter longue vie pleine de bonheur.*

A mes cousins

A Mustapha BERRADA

Sa femme Mouna BARGACH

Leurs enfants Maryam, Rim et Sara.

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de toute l'estime
et l'affection que j'ai pour vous. Vous êtes pour moi l'extension
de ma fratrie, et votre présence me comble de joie.*

*Que Dieu vous donne longue vie,
et nous laisse pour toujours, réunis.*

A Khadouj LACHGUER

*Tu m'as accompagnée par tes prières, ta douceur
et ta générosité.*

Tu as fait beaucoup de sacrifices pour adoucir ma vie.

*Je te dédie ce travail en guise de reconnaissance
de tes innombrables sacrifices, bien que
je ne t'en acquitterai jamais assez.*

*Que Dieu te préserve, et te prête longue vie pleine
de bonheur et de succès.*

*A KENZA REMAL, OUMAMA REMAL et NARJISS BENMANSOUR,
DRISS REMAL, TARIK REMAL et ABDERAHMAN REMAL.*

A leurs femmes, maris et enfants.

*Que ce travail témoigne de ma reconnaissance et mon respect
les plus profonds, en réponse à l'amour dont vous m'avez entouré.*

Que Dieu vous garde et vous protège.

A ma tante

Fakhita LACHGUER

A son mari Rhou AMENZAR.

A mes cousins Soumia Ali et Farid AMENZAR.

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de toute l'estime et
l'affection que j'ai pour vous. Vos prières et vos encouragements,
tout au long de ces années, ont été pour moi
d'un grand soulagement.*

Que Dieu vous donne longue vie.

A mes défunts Grands-parents

Fatima BENMANSOUR et Abdelwahab BENMANSOUR,

Nejma SENHAJI et Omar LACHGUER,

A tous les membres de ma famille.

*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression
de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.*

Avec mes vœux de bonheur et de santé.

A mes amis.

Nos folies, nos joies et nos peines ne quitteront jamais mon esprit.

A Sanaa EDDAIF

*Je ne pourrai résumer en une simple dédicace, une quinzaine
d'années de pure bonheur... et folie.*

*Merci de faire partie de ma vie et de faire
de notre relation un exemple d'amitié.*

Puisse Dieu te donner longue vie et perpétue nos liens.

A Imane NASSER

*Tu es pour moi cette grande amie, qui comble mon cœur de joie.
Ton grand cœur, ta douceur et ton soutien méritent toute admiration.*

Ta présence dans ma vie est une bénédiction.

A Fatine EZZAOUI

Ta présence dans ma vie est d'une valeur inestimable.

*La vie nous réserva toutes sortes d'obstacles
dont nous sommes sorties encore plus fortes et plus liées,
je ne te remercierai jamais assez pour ton aide et ton soutien.*

Puisse Dieu te protéger et nous laisser solidaires à jamais.

A Manal EL RHARBALI

*Tes conseils et tes qualités affectives sont pour moi
d'un très grand mérite.*

*Ton amitié, chère à mon cœur, est pour moi une grâce du ciel.
Puisse Dieu te bénir et nous laisser unis à jamais.*

A Youssef OUALALOU

*Dieu m'offrit un extraordinaire frère et combla
mon existence par le meilleur des amis.*

*Ton respect, ta présence et ton soutien sont pour moi un
don précieux. Je remercie Dieu d'avoir permis notre rencontre...
à la bibliothèque.*

*Quelque soit le chemin que nous réserve le destin,
je garderai dans mon cœur et mon esprit la trace de notre complicité,
notre amitié, et la joie de t'avoir dans ma vie, mon frère.*

*A Chaymaa AYOUCH, Salim BELHASSEN,
Othmane CHARHI, Anass AYAD*

*En souvenir de notre sincère et profonde amitié
et des moments agréables que nous avons passés ensemble.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression
de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.*

*A Faycal ABAD, Meryem Slawiya,
Amine BELKHAMAR, Othmane ALAOUI.*

*A Oumama BENJELLOUN,
Fatima-Azzahra BENMESSAOUD.*

A Laila BELARABI et Fouzia BENNANI.

A Zineb MIRI Et Rim El JERARI.

A Himidi BENJELLOUN et Sidi Ahmed Said ALAOUI.

*A Samar ZOUNAIBIRI, Amina SABRI, Youssef ELHOURI
et Kheloud FRAG.*

*Je vous dédie ce travail, en hommage à votre inlassable
soutien et ces agréables moments passés en votre compagnie.*

*A Taeb AZENGOUTE, Mohamed
Idrissi et Omar BELCHEIKH.*

Pour votre aide, vos prières et le stimulant thé à la menthe.

*A tout ceux et celles qui me sont chers
et que j'ai omis involontairement de citer.*

*A tous les enseignants, médecins, personnels
de notre faculté de médecine de Rabat
et de notre centre hospitalier universitaire.*

*Que ce travail symbolise le résultat de nos efforts
et de votre précieuse aide.*



Remerciements

A notre Maître et Président de thèse
Monsieur MOHAMED ZAKARIYA BICHA
Professeur de Psychiatrie

Nous vous sommes très reconnaissants de la confiance que vous nous avez accordée en nous proposant de travailler sur ce sujet de thèse.

Nous avons été impressionnés par votre serviabilité et vos qualités humaines et professionnelles qui font de vous un grand maître.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce travail.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre dévouement et notre profond respect.

A notre Maître et Rapporteur de thèse

Monsieur Jamal MEHSSANI

Professeur Agrégé de Psychiatrie

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant d'encadrer cette thèse.

Nous gardons toujours en souvenir de vous, l'étendue de vos connaissances et un accueil toujours bienveillant.

Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude tout en vous témoignant notre respect.

A notre Maître et co-rapporteur de Thèse

Monsieur Mohamed Belaizi

Professeur Agrégé de Psychiatrie

Vous nous avez fait honneur en acceptant d'encadrer notre humble travail.

Tout au long de la réalisation de notre étude, vous n'avez cessé de faire preuve de patience, de courtoisie et de grande serviabilité.

Votre participation était d'une grande aide pour nous.

Vous trouverez dans ce travail la marque de nos profonds sentiments de respect et de reconnaissance.

A notre Maître et Juge de thèse

Monsieur Abderrazak Ouanass

Professeur de Psychiatrie

Vous nous avez réservé le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles.

Nous sommes particulièrement heureux de vous compter parmi notre jury et vous remercions de l'aide que vous avez apporté à ce travail.

Veillez croire en nos sentiments les plus respectueux.

A notre Maître et Juge de thèse

Monsieur Hassan Kissra

Professeur de Psychiatrie.

C'est pour nous un grand honneur de compter parmi vos étudiants, et un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse.

Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Vous y trouverez la marque de nos profonds sentiments de respect et de reconnaissance.

A

Monsieur le Professeur Agrégé M. Kadi.

Monsieur le Professeur Assistant M. Gartoumi.

Monsieur le Docteur K. Mouhadi.

*Vous trouverez dans ce travail l'assurance de notre estime
et nos remerciements les plus sincères.*

*A Madame le Doyen
de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat
Professeur Najia Hajjaj-Hassouni*

*A Monsieur le Vice Doyen
Chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohamed Jiddane*

*Puisse ce travail témoigner de notre gratitude,
notre estime et nos remerciements les plus sincères.*

*Nous espérons avoir été, tout au long de ces années passées
dans votre université, à la hauteur de vos mérites.*

Sommaire

Introduction	2
Méthodologie	6
1-Revue de Littérature :.....	7
2-Observation in situ :.....	8
3-Entretiens :.....	8
Chapitre I : Les prémisses des réflexions sur les maladies mentales au niveau du bassin méditerranéen.	11
1. Bref aperçu sur la naissance de la médecine au Maroc.	12
2. Le développement du concept de la folie durant la période antique.....	16
3. Les doctrines et les pratiques les plus influentes sur le bassin méditerranéen.....	19
4 L'implantation des foyers intellectuels en orient, principales sources scientifiques de la médecine arabo-musulmane.	29
Chapitre II : L'apport de la civilisation islamique au développement du concept de la maladie mentale dans le monde arabo-musulman.	31
1- Bref aperçu sur l'épanouissement de la science avec la naissance de la civilisation islamique.	33
2-La place de la maladie mentale dans la religion musulmane.....	35
3. L'Introduction et le développement de la médecine hippocratique dans la société arabo-musulmane.	39
4- La prise en charge des maladies mentales et l'espace thérapeutique dans les pays arabo-musulmans.	61

5. La transmission de la science arabo-musulmane à l'Europe, et la naissance de la spécialité médicale psychiatrique.	76
Chapitre III : L'apport de l'occident au développement de la santé mentale durant la période coloniale au Maroc	79
1- La place du médecin dans la politique coloniale.	80
2- L'état des lieux de la psychiatrie à la veille de la colonisation.	82
a- Acteurs sociaux.	84
b- Patients.	86
c- Thérapies.	87
d- Lieux de soins.	87
e - Projet d'assistance aux aliénés.	89
3 – La réintroduction de la psychiatrie au Maroc.....	90
a- Le rôle de l'expérience algérienne et tunisienne dans la mise en place d'un système de prise en charge de la maladie mentale au Maroc.	90
b- La spécificité de l'évolution du domaine psychiatrique pendant le protectorat au Maroc.	95
Chapitre VI :L'éclosion d'un système de prise en charge national au Maroc indépendant	106
1-La législation et l'empreinte marocaine dans la structuration de la psychiatrie durant la période postcoloniale.....	107
2- La place de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des maladies mentales au maroc.....	126

Chapitre V : La situation actuelle de la psychiatrie au Maroc	144
1 – Les résultats des démarches entreprises pour le développement de la psychiatrie au maroc.	145
a- Les derniers chiffres recensés par le centre épidémiologique du ministère de la santé.	148
b- L'influence du conseil national des droits de l'homme sur la promotion de la psychiatrie au Maroc.	151
2- Les perspectives d'avenir du ministère de la santé pour la psychiatrie ...	154
Conclusion	156
Recommandations	164
Résumés	170
Références Bibliographiques	174

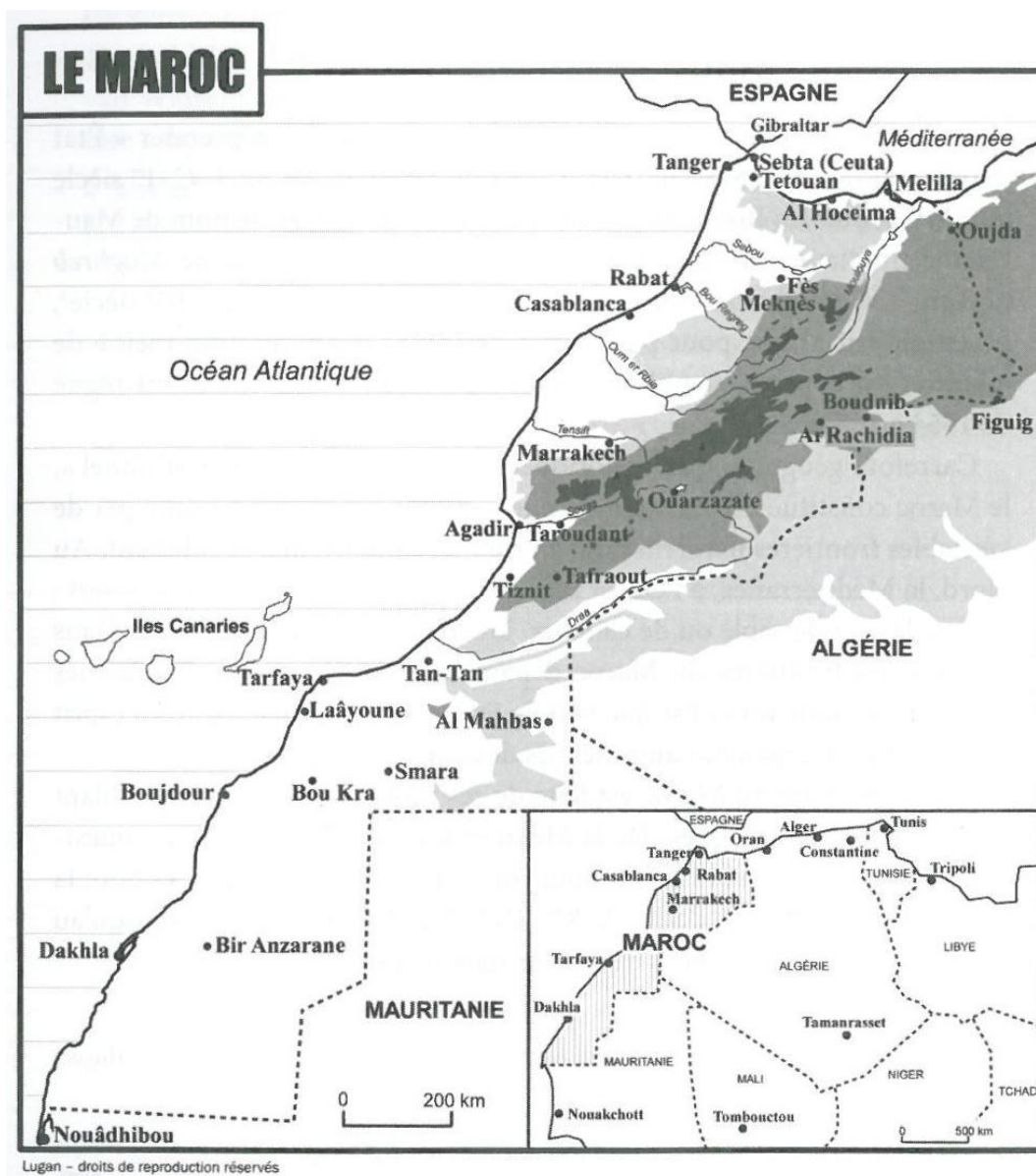
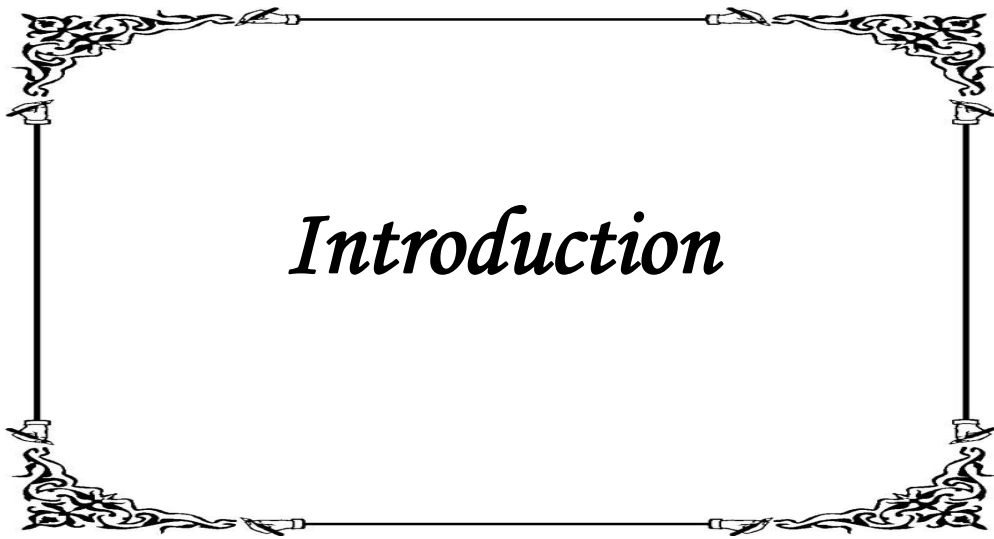


Fig.1 : carte du Maroc.

Lugan, B. 2011. Histoire du Maroc des origines à nos jours. Ellipses. Page 10.



*“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”*¹

Telle est la définition de la santé adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé, lors de sa conférence internationale à New York du 19 au 22 juin 1946 et restée inchangée jusqu'à nos jours.

Folie, aliénation, possession, désordre psychique... ce sont là les plus communs des qualificatifs utilisés par les gens, pour désigner les atteintes de ce bien-être mental et social, altérant ainsi la santé de l'individu. Les uns datant de la période antique, mais non délaissés jusqu'à nos jours, malgré l'évolution continue de la conception de la maladie mentale ; les autres, émanant, à tort, de cultures et de croyances populaires et survivant également à la progression de cette discipline depuis la période préhistorique.

Ce sont surtout des présomptions sur les atteintes mentales qui déclenchent instinctivement, jusqu'à nos jours, des réactions sceptiques, dues à un automatisme irrationnel ancré dans les esprits, s'accaparant l'observation en l'envahissant de flux de clichés sur des méthodes thérapeutiques extrêmes et violentes, liées irrévocablement à la prise en charge de la maladie mentale.

¹ Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/countries/mar/fr/>

La naissance de la psychiatrie à travers l'appropriation de la branche scientifique et médicale de la folie, nous incite donc à développer dans cette étude le cheminement du concept de l'atteinte mentale avant son intégration dans le domaine médical. Ceci nous permettra de mieux comprendre ces représentations des atteintes mentales.

Nous dresserons, plus spécifiquement, l'évolution de l'histoire de la psychiatrie au Maroc.

Situé au Nord-Ouest de l'Afrique, bordé par la mer Méditerranée, l'Océan Atlantique et le Sahara, le Maroc, ou "extrême occident", est d'une grande richesse ethnique, fortement imprégné par la culture arabe, amazighe, méditerranéenne, par la religion islamique et judaïque ainsi que, par l'empreinte de la civilisation occidentale suite à la période d'occupation du territoire marocain par la France et par l'Espagne.

Cette richesse historique, géographique et culturelle, nous permet d'avoir une idée globale sur l'évolution de la conception de la maladie mentale depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

Les objectifs de cette rétrospective seront de cerner les soubassements idéologiques de cette discipline et de rendre compte d'une évolution en retraçant les principaux facteurs qui ont agi sur sa naissance en tant que spécialité proprement médicale, ainsi que sur sa progression, et les contraintes de son évolution. Nous dégagerons également l'empreinte de la psychiatrie marocaine au niveau de son évolution, de sa structuration et enfin, de sa législation, ce qui nous permettra de clarifier l'état des lieux actuels.

Nous espérons ainsi répondre à un certains nombre de questions, principalement sur l'aboutissement du cheminement de l'explication et de la prise en charge des atteintes mentales au Maroc. Sachant que sa distinction des autres spécialités médicales, par l'intégration dans ces pratiques des sciences humaines et sociales, de la philosophie, de l'éducation et du droit, a entraîné bien des obstacles à son acceptation par la population.

Parmi les interrogations qui se posent :

La psychiatrie Marocaine a-t-elle fini par trouver une place équitable dans le domaine médical ?

La psychiatrie a-t-elle bénéficié d'un engagement approprié au besoin de son évolution quand le Maroc a pris le relais de son développement ?

Cependant cette étude ne peut prétendre être complète sans l'analyse du volet culturel. Nous discuterons donc de la médecine traditionnelle ainsi que de sa prise en charge des souffrances psychiques, du fait de la place importante qu'elle occupe dans la croyance et la culture marocaine.

Le dénouement de ce travail sera alors une réflexion sur les performances de la politique entreprise pour le développement de la psychiatrie au Maroc, et la proposition de nouvelles approches pour compléter le plan d'action déjà établi par le ministère de la santé.



Pour atteindre les objectifs assignés à notre étude, nous avons emprunté une démarche méthodologique reposant sur trois processus de recherche : une revue de littérature, une observation in situ et des entretiens.

1- REVUE DE LITTÉRATURE :

Cette démarche a consisté d'abord à faire une recherche documentaire, afin de recueillir des informations qui nous ont permis de délimiter notre thème de recherche, et constituer notre bibliographie.

La rédaction de ce travail a reposé sur la lecture d'ouvrages sur l'histoire du Maroc, de la médecine et de la psychiatrie afin de mieux appréhender notre sujet, de bien se situer dans le temps et l'espace et rendre compte d'une analogie. La consultation de certaines thèses nous a permis de bénéficier d'états de lieux et d'études réalisés préalablement. Des articles ont été également exploités nous procurant des informations plus précises sur des périodes ou des sujets abordés.

La consultation de rapport émanant d'organismes étatiques ou non gouvernementaux nous ont fourni la définition exacte de certains paramètres et permis une analyse plus minutieuse des statistiques. L'objectif principal de cette phase documentaire, a été de nous permettre de constituer un socle théorique fiable pour notre étude.

2- OBSERVATION IN SITU :

Cette phase du travail nous a permis d'amplifier nos recherches par un constat personnel sur certaines informations fournies dans notre étude. Le but n'étant pas de faire une enquête sur le terrain mais une observation des lieux afin de mieux comprendre l'enquête théorique.

L'observation sur le terrain a reposé sur la visite du :

- Mâristân Sidi Frej à Fès.
- Mâristân et Mausolée Sidi Ben Achir à Salé.
- Centre médico-psychologique d'Agdal (Rabat).
- Marabout de Bouya Omar (Al Ataouia).

Notons que notre cursus en médecine nous a permis d'avoir une expérience personnelle sur le terrain au cours de nos stages d'externat en psychiatrie.

3- ENTRETIENS :

Ces entretiens nous ont permis de nous enquérir de plus d'informations se rapportant à tous les domaines touchant à la santé mentale, afin de compléter certaines informations, et d'en apporter d'autres non-disponibles dans les publications.

Pour le domaine médical :

L'avis des médecins psychiatres nous a permis de mieux apprécier les souffrances du secteur psychiatrique et les besoins de son évolution, en se basant sur leur expérience sur le terrain et leurs doléances.

Les entretiens se sont limités volontairement aux praticiens, dans un souci de ne point heurter, par des approches inappropriées, les personnes atteintes de maladies mentales.

- Docteur Abderazak Ouanass, Professeur de Psychiatrie à l'Hôpital Universitaire de Psychiatrie Ar-razi (Salé).
- Docteur Jamal Mehssani, Professeur agrégé de Psychiatrie à l'Hôpital d'Instruction Militaire Mohamed V (Rabat), coordonateur de la commission « mémoire de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat »
- Docteur Mounaïm Zenati, Médecin psychiatre au Centre Medico-Psychologique de l'Agdal (Rabat).

Pour le domaine juridique :

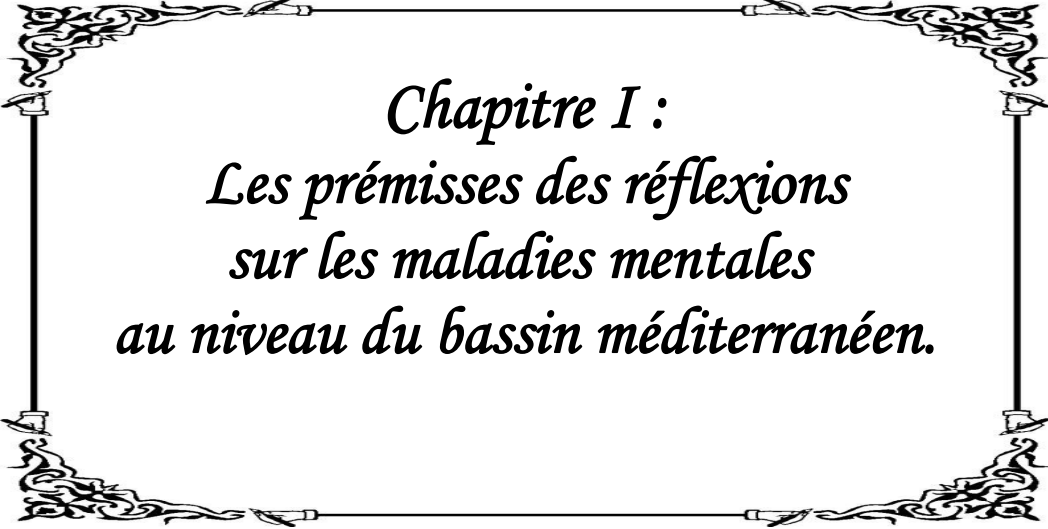
Un entretien avec des cadres du domaine juridique nous a permis une meilleure accessibilité et compréhension des textes de lois régissant le secteur psychiatrique.

- Monsieur Boubker Benmansour : Président de Chambre à la Cour de Cassation.
- Monsieur Driss Remal : Avocat au barreau de Rabat.

Pour la médecine traditionnelle :

L'entretien avec des praticiens de la médecine traditionnelle nous a permis un éclaircissement et une meilleure analyse de ce domaine.

- Monsieur Ben Achir gestionnaire du Mausolée Sidi Ben Achir.
- Chérif Abdelaziz alias "Imkhenter" praticien au niveau du Marabout Bouya Omar.



Chapitre I :
Les prémisses des réflexions
sur les maladies mentales
au niveau du bassin méditerranéen.

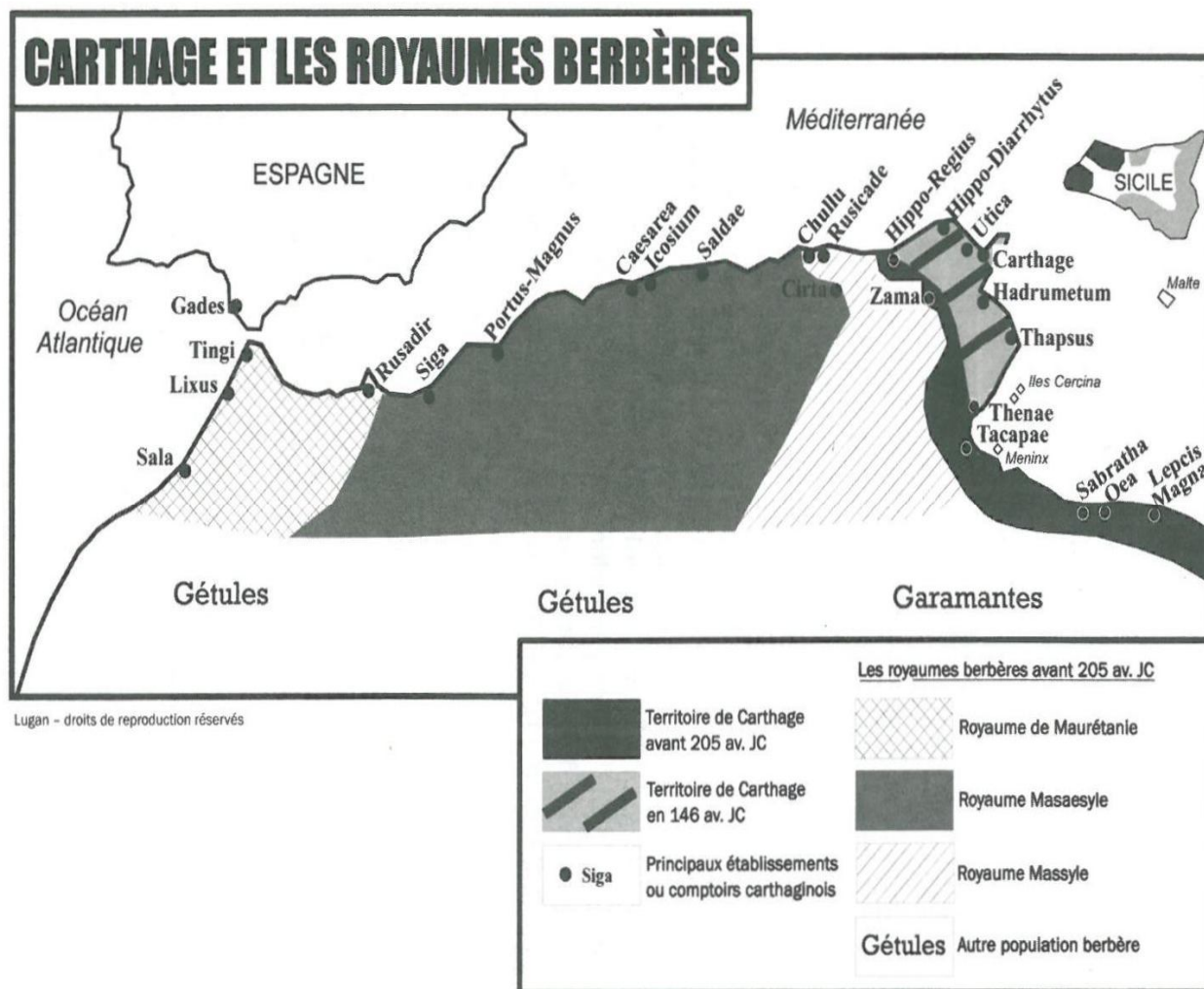


Fig. 2 : Quelques établissements carthaginois au niveau des royaumes berbères

Lugan, B. 2011. Histoire du Maroc des origines à nos jours. Ellipses. Page 29

1. BREF APERÇU SUR LA NAISSANCE DE LA MEDECINE AU MAROC.

La médecine, avant son développement en tant que science, était populaire et archaïque, et au niveau du Maroc, développée identiquement qu'ailleurs dans le monde, voyant le jour avec le début de la conscience et de l'action de l'homme envers les changements atmosphériques.

Le hasard, l'instinct et le raisonnement conduisirent à la découverte, par les hommes, de quelques remèdes qui s'accrurent avec le temps et dont la conservation et l'application par certains, leur donna le titre de "médecins".

Lucien Leclerc² rapporte dans son manuel sur "l'Histoire de la médecine Arabe" les propos de Ibn Abi Ossaïbiah³ relatant ses suppositions concernant les sources de la médecine à la période antéislamique :

"... En somme, la plupart des connaissances médicales sont sans doute parvenues aux hommes au moyen de l'inspiration divine et aussi au moyen de l'expérience, du hasard et des événements fortuits, puis ces notions se sont multipliées parmi eux, aidées surtout en cela par le raisonnement établi sur les faits observés, et auquel ils furent amenés par leurs propres qualités naturelles. Ainsi ils acquirent la connaissance de choses nombreuses, assemblage de toutes les notions partielles provenant de dites voies différentes et opposées, plus tard

² Lucien Leclerc (Ville-sur-Ilion, Vosges, 1816 –1893), médecin militaire, traducteur et historien de la médecine arabe. Son principal ouvrage est "Histoire de la médecine arabe" publié en 1876

³ Ibn Abi Ossaïbiah né à Damas (né entre 1194 et 1203, mort en 1269 ou en 1270) médecin et historien de la médecine du Moyen-Orient. Son principal ouvrage est un recueil de plus de 400 biographies de scientifiques aussi bien arabes que grecs ou indiens "Vies de médecins". Il écrivit cette compilation à Damas en 1242, avant qu'elle ne soit publiée en 1245 ou 1246.

*les hommes méditèrent sur ces matières, ils déduisirent leurs causes et leurs analogies, et, par là, ils furent en possession des règles générales et des principes de la science''.*⁴

Les premières notions d'hygiènes et de techniques curatives, furent développées avec le perfectionnement continu dans le temps de pratiques rudimentaires relevant du règne animal, de la botanique, des procédés magico-religieux ainsi que d'actes chirurgicaux.

Ces pratiques ne suivirent aucune succession chronologique nette dans le temps, mais chacune d'elles se développait à des périodes intriquées.

Nous donnerons à titre d'exemple, le cas des squelettes exposés au musée archéologique de Rabat qui nous permet de voir comment était la médecine préhistorique au Maroc et d'avoir une idée sur les compétences de l'homme à cette époque. Ainsi, des détails pathologiques importants ont été signalés dans le gisement épipaléolithique de Tatoralt⁵ dans le Maroc oriental : Un squelette de femme polytraumatisée qui a pu survivre assez longtemps à ses blessures pour consolider ses fractures et ensuite développer une arthrose cervicale, ce qui suppose qu'elle a été soignée et assistée durant longtemps, ainsi que deux trépanations crâniennes, réalisées sans doute sans anesthésie, une complète et l'autre incomplète.

⁴ Leclerc, L., 1876. *Histoire de la médecine arabe*. Paris Leroux. Réédition par le ministère des Habous et des affaires islamiques du Royaume du Maroc, 1980. Tome premier page 19.

⁵ Tatoralt située au Maroc oriental à 55km d'Oujda et comportant un gisement ibéromaurusien témoignant d'une occupation paléolithique révélée par des fouilles archéologiques.

Ce qui suppose une réflexion déjà élaborée, et l'existence entre l'opérateur et le patient de rapport de consentement ou de subordination⁶.

Trois hypothèses permettent de catégoriser le but de ces pratiques: un caractère mystique, une finalité thérapeutique, ou les deux catégories à la fois.

Les écritures relatant l'histoire de la médecine nous permettent de confirmer l'existence des pratiques médicales durant cette période antique, en rapportant qu'au troisième millénaire avant Jésus-Christ, diverses applications médicales ont fait partie de la vie en communauté en Mésopotamie et en Egypte, avant d'avoir été véritablement fondées par les grecs qui initièrent la médecine arabo-musulmane, qui, elle, fut par la suite la principale source de développement de la médecine occidentale.

⁶ Belkamel, B., 1992. Histoire de la médecine au Maroc antique. *Histoire des sciences médicales*. 26(N4).

2. LE DEVELOPPEMENT DU CONCEPT DE LA FOLIE DURANT LA PERIODE ANTIQUE.

La psychiatrie, comme spécialité médicale, n'a été introduite qu'il y a environ deux siècles (à l'aube du XIXème siècle), mais il a été prouvé que les troubles mentaux existaient depuis les temps les plus reculés de la préhistoire. Ils étaient désignés par le concept de "la folie" ; un terme qui est resté ambivalent, jouant un double rôle, représentant aussi bien la maladie de l'âme que la folie à l'égard de la morale et de la philosophie, et cultivant l'équivoque entre la morale et la médecine.

Avant l'établissement de théories et de spéculations concernant la folie, on attribuait à ses manifestations une origine surnaturelle perçue comme : châtement divin, œuvre du démon, ou mauvais œil... Ainsi la réponse reposait sur une médecine sacerdotale ayant comme pratiques prières, jeûnes, offrandes, port de talisman, exorcisme contre magie ou objets fétiches... ou était parfois directement dictée par la divinité elle-même. Il s'agissait rarement de causes naturelles dont le soulagement reposerait alors sur des remèdes naturels.

Ainsi, dans ces temps anciens, rares furent les manifestations de la folie qui possédaient une étiologie et la thérapeutique conséquente hors du traitement magico-religieux. Mais parallèlement à la naissance de la philosophie, qui influença considérablement les théories élucidant les atteintes psychiques, nous assistâmes au développement d'importantes réflexions sur la notion d'âme, principalement sur le dualisme ou le monisme de l'âme et du corps, et plus spécifiquement de maladie de l'âme.

L'âme, en latin ‘anima’, désignant le souffle, a été définie par **Platon** (428 à 348 av. J.C) comme :

*‘Le principe de la vie, de la pensée ou de toutes les deux à la fois en tant qu’il est considéré comme une réalité distincte du corps à travers lequel il se manifeste’*⁷

Et par **Aristote** (384 à 322 av. J.-C) comme :

*‘Une substance qui est comme la forme ou l’entéléchie d’un corps naturel, lequel a la vie en puissance’*⁸

Ces réflexions aboutirent au dégagement d’une problématique du rapport de la médecine et de la philosophie, ainsi qu’à la nomenclature de certaines pathologies et leurs étiologies, tels que le délire, la manie, l’épilepsie, l’hystérie, la mélancolie. Des termes qui n’ont pas perdu aujourd’hui toute résonance, voire tout contenu médical.

Parmi les principales écoles philosophiques qui influencèrent les différentes positions à l’égard des maladies mentales, nous pourrions citer :

- L’épicurisme fondé par *Epicure* en 306 avant Jésus-Christ dont la doctrine est axée sur la recherche d’un bonheur et d’une sagesse, et dont le but est l’atteinte de l’ataraxie et de la tranquillité de l’âme tout en bannissant toute sorte de plaisir inutile.

⁷ Quétel, C., 2009. *Histoire de la folie de l’antiquité à nos jours*. Tallandier. Page 29.

⁸ Quétel, C., 2009. *Histoire de la folie de l’antiquité à nos jours*. Tallandier. Page 30.

- Le stoïcisme fondé par *Zeon de citation* en 301 avant Jésus-Christ, qui exhorte à la pratique d'exercices de méditation, conduisant à vivre en accord avec la nature et la raison afin d'atteindre la sagesse et le bonheur envisagés comme ataraxie, but ultime de l'existence de l'homme.

On constate alors l'importance de l'ataraxie dans l'aboutissement du bien-être psychique, et dont le principe est retrouvé au niveau des deux écoles qui insistent sur la place du bonheur et de la sagesse pour la libération de l'homme de toute sorte de tension.

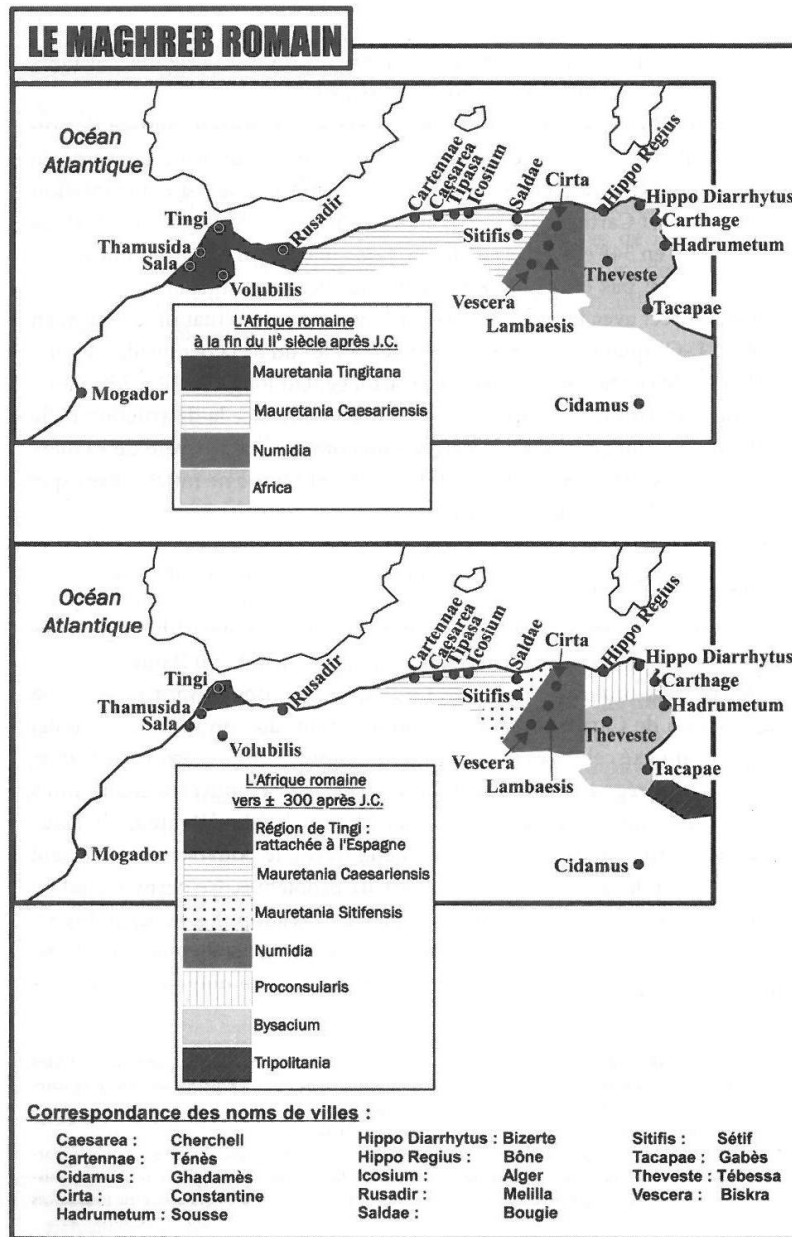


Fig.3 : carte du Maghreb durant la période Romaine

Lugan, B. 2011. Histoire du Maroc des origines à nos jours. Ellipses. Page 31

3. LES DOCTRINES ET LES PRATIQUES LES PLUS INFLUENTES SUR LE BASSIN MEDITERRANEEN.

À partir du VI^{ème} Siècle avant Jésus-Christ, Athènes, Carthage et Rome dominèrent la méditerranée et pratiquement tout le monde civilisé de l'époque. Les connaissances d'abord de la Grèce antique, et par la suite de la Grèce hellénistique à travers l'école d'Alexandrie, atteignirent les rivages du nord de l'Afrique.

L'exploitation de tous les documents archéologiques concernant cette époque est très difficile. Il est cependant clair, à travers les découvertes réalisées au niveau des vestiges des différents comptoirs du Maroc (Volubilis, Chellah, Banassa, Lixus...etc.)⁹, ainsi que des soins auxquels s'adonnaient les habitants, que la médecine, pendant la période antique, était similaire à ce qui existait autour du bassin méditerranéen, en particulier pendant la période phénicienne, romaine et byzantine.

⁹ - Volubilis ou Oualili en amazighe : ville antique amazighe romanisée située sur les bords de Oued Khoumane, rivière de la banlieue de Meknès (Maroc), non loin de la ville sainte de Moulay Idriss Zerhoun où repose Idrîs I^{er}.
-Chellah : la plus ancienne agglomération humaine située à l'embouchure du Bouregreg, vestige d'une ville Romaine, ayant abrité phénicien et carthaginois. Il s'agit également d'un site d'une nécropole méridienne.
- Banassa Cité antique Romaine située dans la plaine du Gharb sur la rive gauche de l'Oued Sebou.
- Lixus : Ville antique fondée par les phéniciens, située à proximité de la ville actuelle de Larache sur la rive droite de l'Oued Loukos.

Un petit aperçu sur le déroulement de l'évolution du domaine psychiatrique à ce niveau, sera relaté au long de ce chapitre, représentant les doctrines et les pratiques les plus influentes sur l'Afrique du Nord, et donc les premiers pas de la prise en charge des aliénés sur nos terres.



Fig 4 : Banassa



Fig 5 : Chellah



Fig6 : Lixus



Fig7 : Volubilis

[www.wikipedia.org]

La compréhension de la folie commença à prendre forme à Athènes avec les premiers grands mouvements de rationalité scientifique, qui marqua une rupture avec les conceptions archaïques en attribuant aux maladies une origine naturelle qu'il faut alors explorer.

Vint alors **Hippocrate** (Vème siècle avant Jésus-Christ), premier en occident à donner à l'art médical un caractère scientifique indépendant de son traditionnel contexte religieux et détaché de la philosophie.

Il fut une figure emblématique du savoir médical de l'époque, spécialement grâce à son « *corpus hippocraticum* » ou collection hippocratique.

La physiologie d'Hippocrate repose entièrement sur la théorie des quatre humeurs, qui se lient et se modifient dans le corps humain dans la santé comme dans la maladie : le phlegme (pituite), le sang, l'atrabile (bile noir) et la bile jaune, auxquels correspondent quatre organes : le cerveau, le cœur, la rate et le foie, ainsi que quatre tempéraments : lymphatique, sanguin, atrabilaire et colérique correspondant par ailleurs aux quatre éléments : eau, terre, air et feu et aux autres qualités : froid, humide, chaud, sec, considérant alors les troubles psychiques comme des maladies cérébrales dues à un mélange vicié des humeurs corporelles, un des principaux fondements de la médecine antique qui sera repris par Gallien et plus tard par les arabes.

Ainsi, Hippocrate décrit la mélancolie ou “melankholía” en grec, composé de mélas (noir) et kholé (la bile), signifiant étymologiquement la bile noire et représentant selon sa physiologie un trouble de cette bile dont l’origine est la rate, provoquant une tristesse quasi-exclusive aux génies, touchant ainsi tous les hommes d’exception (considérés alors comme bilieux).

La mélancolie était considérée comme une maladie sacrée, vectrice de clairvoyance, de lucidité et de fertilité mais, paradoxalement, de désespoir aussi.

Aristote émit une problématique par rapport à ce trouble, en disant :

*“ Pourquoi tous les hommes d’exception dans la philosophie, la politique, la poésie ou les arts sont-ils manifestement des mélancoliques ?- un certain nombre d’entre eux étant même à la vérité affectés de symptômes maladifs provenant de la bile noire ”*¹⁰

Hippocrate fut également à l’origine du terme “hystérie” dérivé du mot grec “Hystera” signifiant utérus. À cette époque l’explication de ce trouble fut intimement liée à l’utérus (ou la matrice), déjà décrit par les Egyptiens, et résultant de la suffocation de l’utérus survenant chez les femmes n’ayant pas de rapports sexuels, il migre alors et se colle sur les différents organes entraînant différents types de symptômes selon sa localisation.

Platon décrit les causes et les manifestations de cette maladie dans *Timée* :

« L’utérus est un animal qui désire engendrer des enfants. Lorsqu’il demeure trop longtemps stérile après la puberté, il devient inquiet et, s’avançant à travers le corps et coupant le passage à l’air, il gêne la respiration, provoque de grandes souffrances et toutes espèces de maladies. »

¹⁰Quétel, C., 2009. *Histoire de la folie de l’antiquité à nos jours*. Tallandier. Page 41.

Les Egyptiens lui avaient accordé comme traitement des fumigations du bas ventre, un traitement symptomatique qui permet de redresser l'utérus et le remettre dans sa position normale. Ce traitement a été modifié par la suite par Hippocrate qui recommandait le mariage pour les filles pubères ainsi que pour les veuves et toutes les célibataires ; l'origine est par contre restée la même, la migration de l'utérus.

Au fil du temps, les savants grecs transmirent ce savoir faire au sein de l'empire romain, puis bien d'autres notions se développèrent à travers les grands savants latins, qui l'adoptèrent et l'améliorèrent.

Nous pourrions citer Aulus Cornelius Celsus (Celse Ier siècle) qui sépara les urgences médicales des affections chroniques, ainsi que les maladies générales des atteintes localisées ; **Claude Galien** (IIème siècle) le plus prolifique de tous, l'adversaire des idées hippocratiques, un des pères de la pharmacie, qui influença véritablement la médecine chrétienne, juive et musulmane du moyen âge, et dont l'œuvre resta une véritable référence scientifique pendant plus d'un siècle, s'efforçant de bâtir une encyclopédie des sciences de son temps, en se plaçant au-dessus des écoles.

« Je qualifiais d'esclaves ceux qui se disent hippocratiques ou praxagoréens ou se réclament de quelque autorité, mais je choisissais ce qu'il y avait de bon dans chaque école. »¹¹

¹¹Quétel, C., 2009. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*. Tallandier.

Son recueil de seize livres fut la base de l'enseignement médical dans les plus importantes des écoles des époques suivantes, et notamment l'école d'Alexandrie qui fut avant la conquête arabe une référence et un modèle pour l'enseignement. Ce recueil fut l'objet de travaux de diverses natures pendant tout le temps que dura le culte de la médecine chez les arabes, et constitua une référence incontournable dans la mise en place de la pensée arabo-musulmane. Galien restaura, par ailleurs, la théorie des humeurs et abandonna la théorie de l'utérus baladeur dans l'hystérie.

On retrouve également parmi ces savants beaucoup de numidiens, tels que Caelius Aurelianus qui fut parmi ceux qui permirent une vision plus nette sur les troubles mentaux notamment dans leurs relations avec les lésions organiques ; Aurelius Augustinus (Saint Augustin) dont l'œuvre donna naissance à un système de pensée appelé l'augustinisme¹², et dont les confessions le firent passer pour le précurseur de l'introspection. Ses travaux ouvrirent une meilleure compréhension des relations du corps et de l'esprit malade.

¹² Augustinisme : ensemble de thèses philosophiques et théologiques émanant des pensées de saint augustin dont l'esprit régna sur la période médiévale et au moins jusqu'au XVIIème siècle.

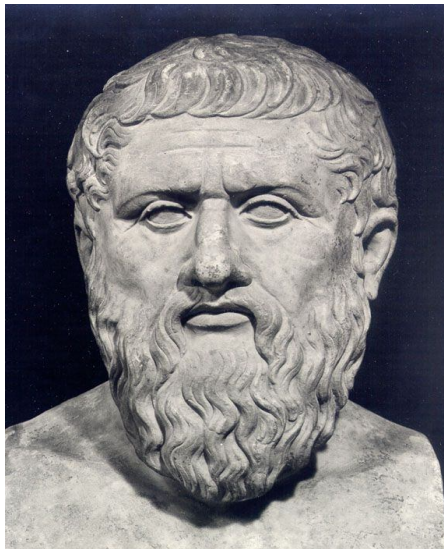


Fig 8 : Platon

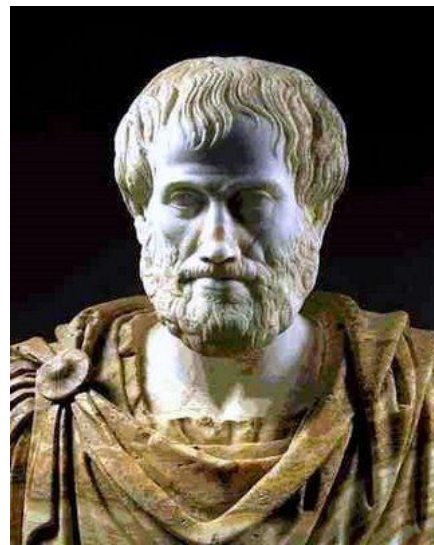


Fig 9 : Aristote

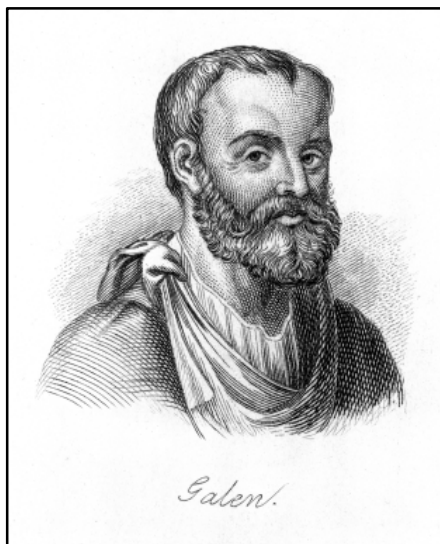


Fig10 : Galien

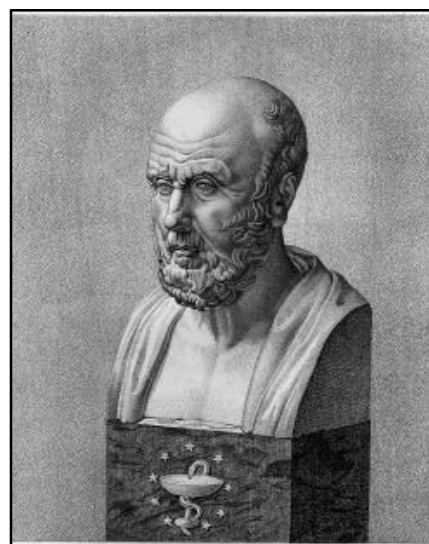


Fig11 : Hippocrate

[www.wikipedia.org]

C'est ainsi que la richesse de la réflexion théorique culminait et avec elle l'élaboration de la prise en charge thérapeutique. Les fous étaient alors toujours soignés à travers des pratiques des plus archaïques jusqu'au développement d'un véritable arsenal thérapeutique, tantôt allopathique, quand il faut répondre à une perturbation qualitative des humeurs, tantôt supplétive ou au contraire évacuante, quand il s'agit d'un dérèglement quantitatif.

Les évacuants sont ceux qui étaient le plus à l'honneur dans la thérapeutique de la folie, et qui sont les saignées, les ventouses, les sangsues et surtout la racine d'ellébore¹³, quand on veut que le traitement se fasse par le bas.

S'ajoutent à ces traitements les irritants, provoquant suppurations et éruptions. Pouvant être auxiliaires ou exutoires des évacuants, ces irritants sont censés attirer 'du profond' les humeurs viciées ou superflues.

Les successeurs d'Hippocrate développèrent, outre ces médications, toute une thérapie relationnelle qui se base spécifiquement sur le traitement de l'âme atteinte :

-Des thérapies évitant d'exciter le malade en le distrayant au sens fort du mot et en l'arrachant de ses idées fixes par des exercices actifs et passifs, des balancements de malade dans les lits suspendus qui favorisent le retour du sommeil ; dans ce contexte les voyages et la musique ont été également largement prescrits.

-D'autres thérapies, plus agressives, telles que les liens, les contentions et l'isolement étaient prescrites par des médecins d'autres écoles.

¹³*Racine d'une plante de saveur nauséabonde, très âcre, amère, d'une odeur virulente; utilisée comme purgatif violent.*

Commencèrent alors de nouvelles réflexions sur ces différentes pratiques, les unes critiquant sévèrement les pratiques agressives, d'autres condamnant la musique, le vin et l'amour, dont on ne saurait faire des remèdes alors même que leurs excès ont été souvent cause de manie.

*‘Les terreurs, les craintes subites, en un mot tout ce qui peut troubler considérablement l'esprit, est utile dans cette maladie’*¹⁴

*‘Il est absurde de penser que l'amour, qui est souvent une fureur, puisse réprimer une agitation furieuse.’*¹⁵

Jusqu'à cette période, il n'y avait aucune structure réservée aux malades mentaux, les isolements s'étendaient à titre privé au sein des familles, quand aux réponses aux traitements ni Hippocrate ni ses successeurs n'abordèrent ce sujet délicat.

¹⁴ Par Celse dans ‘De Médica’ rapporté par Quétel, C., 2009. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*. Tallandier. Page 45.

¹⁵ Quétel, C., 2009. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*. Tallandier. Page 45.

4 L'IMPLANTATION DES FOYERS INTELLECTUELS EN ORIENT, PRINCIPALES SOURCES SCIENTIFIQUES DE LA MEDECINE ARABO-MUSULMANE.

La religion commença à prendre part dans la prise en charge des maladies mentales avec la chrétienté, qui fut reconnue légalement par l'empereur Constantin avant la désagrégation de l'empire Romain, en intervenant directement dans les questions religieuses et en instaurant la liberté du culte. Ceci permit d'adoucir le sort des aliénés par de grands élans de charité à l'égard de ces malades, en leur offrant soulagement et réconfort. Mais cette assistance ne dura pas dans le temps, car après la mort de l'empereur, l'empire sera divisé en deux domaines administratifs : l'empire d'Occident, autour de Rome, qui sera affaibli et envahi par les barbares, et l'empire d'Orient, autour de Constantinople, où se concentrèrent toutes les forces vives, sous le nom d'empire Byzantin et plus à l'est Sassanide (dynastie perse) qui domineront le proche et le moyen Orient jusqu'à la conquête arabe.

C'est avec l'empire Byzantin que se produit l'essor du christianisme au proche orient, mais d'importantes querelles théologiques sur la nature du Christ donnèrent naissance à de nombreux schismes et hérésies.

Néanmoins, sur le plan scientifique et culturel, l'empire prendra le relais et verra naître de véritables traditions savantes avec une filiation de maître à élève et une spécificité linguistique avec l'utilisation du syriaque et une continuité dans l'étude de certaines disciplines. Ainsi, Constantinople devint une capitale intellectuelle conservant pendant des siècles les trésors scientifiques et culturels de l'héritage grec, tandis qu'Athènes et Alexandrie perdirent ce titre.

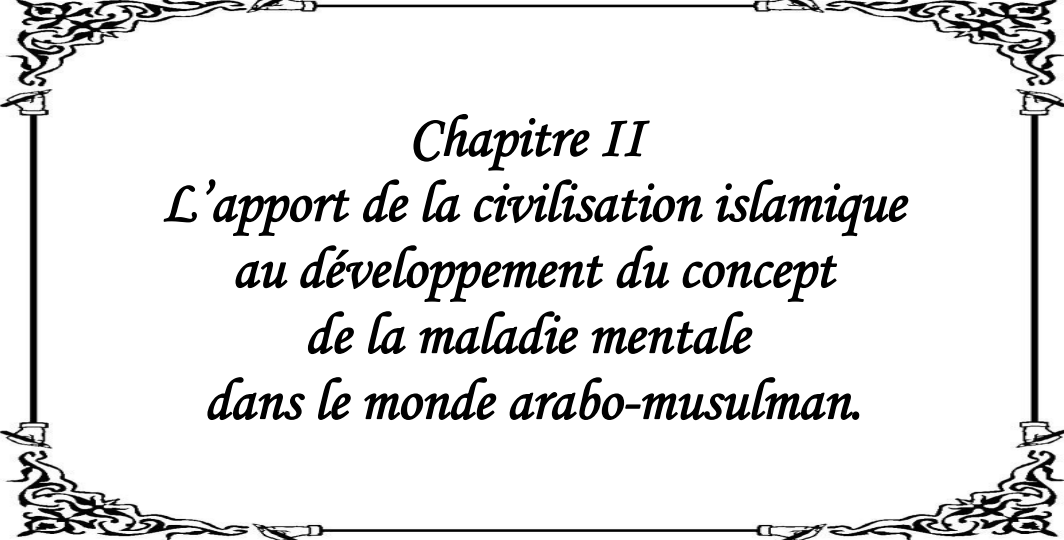
Quant à l'empire Sassanide, rival de l'empire Byzantin, il comporta un foyer intellectuel très important à Gundishapur¹⁶ fondé au III^{ème} siècle, et où une grande école de médecine s'installa mêlant les traditions grecques, juives, chrétiennes, syriennes, hindoues et perses, et ce grâce à l'accueil des savants grecs chassés d'Athènes, des syriaques, et des savants chrétiens nestoriens chassés de l'empire Byzantin. Des traductions syriaques des principales œuvres des grands médecins grecs ont été apportées ainsi que des textes médicaux hindous ou sanskrits.

Cette école de médecine représenta, comme nous le mentionnerons plus tard, l'une des sources scientifiques les plus influentes sur la civilisation islamique et où puisèrent les premiers grands médecins de cette époque.

C'est ainsi que la philosophie et la médecine désertèrent l'Occident, aboutissant au terme des réflexions sur la folie et laissant place à la théologie. L'église catholique entama alors un règne sans partage sur le monde de la foi, sur le contenu de la religion ainsi que sur le mode de vie et la manière de penser, qui fit l'Europe sombrer dans un obscurantisme religieux écrasant.

La maladie mentale redevint alors une punition divine et les soins appartinrent aux religieux. Tout comportement, tout propos et toute idée s'écartant de la norme en vigueur représentaient une menace à l'ordre providentiel, assimilés à un mensonge grave, une atteinte à la vérité, un blasphème, un parjure, une hérésie et au bout du compte, un crime appelant à une sanction conséquente (anathème, excommunication, autodafé).

¹⁶Gundishapur (ou Gondishapur, Jondishapur, Jundishabur, etc.) est une ville ancienne de l'Iran, dans la province du Khuzestan.



Chapitre II
L'apport de la civilisation islamique
au développement du concept
de la maladie mentale
dans le monde arabo-musulman.

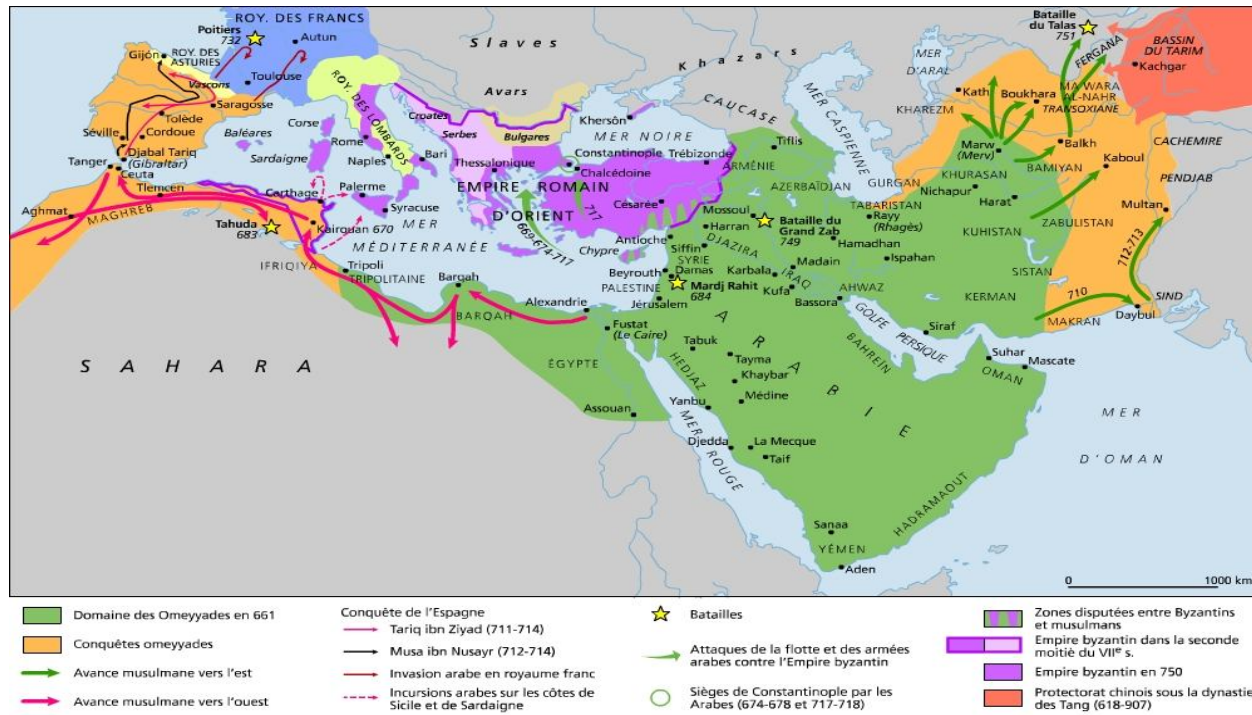


Fig.12 : Expansion de l'islam au temps des Omeyyades.

www.larousse.fr

1- BREF APERÇU SUR L'EPANOUISSEMENT DE LA SCIENCE AVEC LA NAISSANCE DE LA CIVILISATION ISLAMIQUE.

Le monde islamique s'est construit et organisé du VII^{ème} au XII^{ème} siècle, après une expansion maximale de l'empire arabo-musulman, conquérant les contrées voisines qui débordèrent en moins d'un siècle depuis l'Indus jusqu'à l'Atlantique, en englobant les deux rives de la méditerranée ; un carrefour lui permettant des influences diverses et un éveil de l'activité intellectuelle.

Les musulmans trouvèrent en Egypte, en Syrie et en Perse une population intelligente et lettrée, et le bon sens leur imposa l'emploi des hommes instruits sans aucune persécution religieuse : juifs et chrétiens, ayant reçu de Dieu, comme eux, un livre, ils présentaient un titre irréfutable à la tolérance.

Une culture scientifique et de surcroît médicale prit alors son essor au moyen-âge. Droit, théologie, poésie et belles-lettres eurent leurs sources propres mais pour les sciences, en revanche, l'apport fut indispensable pour un véritable développement ; ils recueillirent et cultivèrent une large part de l'héritage des civilisations précédentes, aussi bien les pensées Gréco-romaines qui constituèrent la base de la pensée médicale que Byzantines, Sassanides mais aussi la médecine indienne, juive, perse et chinoise.

La réflexion scientifique et philosophique s'appuya donc sur un capital de connaissance déjà existant, débutant par des traductions accompagnées de lectures critiques des ouvrages de l'Antiquité, qui concoururent par la suite à la genèse d'une pensée médicale, de réelles innovations et d'une culture arabe « classique ».

Dans ce contexte, la langue arabe, langue du coran, joua un rôle essentiel comme outil et véhicule de cette culture, et devint une langue scientifique universelle.

S'épanouit alors une civilisation arabo-musulmane, qui compta parmi les plus brillantes de l'histoire, et qui devait être à maints égards l'éducatrice de l'Occident.

2-LA PLACE DE LA MALADIE MENTALE DANS LA RELIGION MUSULMANE.

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 (que le salut et la paix de Dieu soient sur lui) aux côtés de la théologie au rang de deuxième science principale. Les médecins arabo-musulmans furent alors désignés sous le titre de "Hakim", ou sages, car ils détenaient non seulement un savoir scientifique, un art mais aussi une grande sagesse.

"Celui qui s'engage dans la voie de la recherche du savoir, Allah l'engage favorablement dans la voie du paradis"

Hadith cité par Al Boukhari.

"Recherchez partout la connaissance, elle est un des piliers de la religion, un guide pour l'homme, un compagnon dans la solitude, un ami dans l'exil et un lien dans la société, s'instruire permet de subvenir aux besoins et vous guide dans le droit chemin"

Hadith cité par Al Boukhari.

L'handicapé en Islam, est une personne qui est atteinte d'un manque ou d'une déficience par rapport aux personnes saines de corps et d'esprit. Cette définition inclut toute personne qu'Allah éprouve par la cécité, la surdité (totale ou partielle), l'incapacité motrice de l'un de ses membres ou par **des troubles mentaux**.

Le Coran et les Hadiths ont ainsi toujours désigné et reconnu les malades mentaux au même titre que les autres malades. Ils sont certes inaptes à gérer leurs biens et irresponsables de leurs actes, mais doivent être traités avec respect, égard et compassion.

‘‘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.

Lorsque Allah prive quelqu'un de l'un de ses membres ou de l'un de ses sens, il l'allège d'une part de ses responsabilités, proportionnelle à l'importance de ce dont il fut privé. Ainsi, parmi les principales règles législatives concernant l'handicapé est qu'il n'est imposé que de ce qui peut être supporté.

La raison représentant la clairvoyance et la capacité de comprendre, est alors une condition des obligations de la foi, de la soumission et des pratiques religieuses.

Donc, pour celui qui perd la raison, la croyance n'est plus à sa portée, il n'est plus clairvoyant ; ses obligations sont alors levées. Et pour celui qui perd partiellement la raison et la clairvoyance, il n'est tenu d'accomplir que ce qui lui est possible.

“La plume a été levée au sujet de trois : ‘la personne qui dort jusqu’à son réveil, l’enfant jusqu’à ce qu’il atteint la puberté et le fou jusqu’à ce qu’il retrouve sa raison’”

Rapporté Par Abi Daoud.

Le message islamique empli de tolérance, de progrès et de fraternité poussera d'autre part à accorder aux aliénés plus d'assistance et de compréhension. Il est un devoir pour toute la communauté au même titre que son devoir envers les pauvres et les démunis, de se charger des handicapés, notamment des malades mentaux. La communauté doit donc subvenir à leurs besoins, et si elle s'en abstient, alors chaque individu la formant sera dans le péché. Il est ainsi de la responsabilité de tout musulman et de toute communauté de soutenir celui qui se charge d'un handicapé surtout si ce dernier est incapable d'être indépendant.

C'est ainsi que le Coran évoque les principes relatifs à l'administration des biens des malades mentaux, représentés par les faibles, en recommandant expressément de les colloquer et de chercher à les guérir.

“Recherchez Ma bénédiction en faisant du bien à vos faibles car Allah ne vous donne Son soutien et votre subsistance que par égard pour vos faibles”

Rapporté par Abi Daoud.

Les Hadiths insisteront tout particulièrement sur l’encouragement et la consolation spirituelle des malades, prélude au concept de psychothérapie. De sorte que tout au long du siècle, malgré l’importance qu’ils accordèrent à l’observation concrète des faits matériels, les médecins arabo-musulmans notamment ceux du Maghreb, furent pour la plupart de grands psychosomaticiens, ne dissociant pas l’esprit du corps.

L’islam, à travers le Coran et les hadiths, appelle l’intelligence humaine à l’observation directe des faits et au raisonnement logique; d’où le rationalisme des grands savants musulmans. Il s’avère alors que dès les premiers siècles de la civilisation islamique, Cette dernière religion révélée s’accordait parfaitement avec les sciences et se faisait distinguer par son ouverture, sa tolérance, et ses grandes capacités de persuasion et d’intégration.

3. L'INTRODUCTION ET LE DEVELOPPEMENT DE LA MEDECINE HIPPOCRATIQUE DANS LA SOCIETE ARABO-MUSULMANE.

A l'arrivée des Arabes et la construction de la ville de Fès avec la naissance des Idrissides en 681, on assista à la transposition de la médecine de l'Orient vers le Maroc.

On dressera alors le tableau des principaux travaux réalisés par les grands savants et pionniers de l'époque Arabe en Orient, ce qui nous permettra d'esquisser les grandes perspectives de cette médecine, notamment à travers ses dimensions psychosomatiques, et l'influence qu'elle exerça de ce fait sur la médecine maghrébine.

L'introduction de la médecine hippocratique dans la société arabo-musulmane se fit aux environs de 765 avec le calife abbasside Al-Mansûr, qui fit venir à Bagdad des médecins nestoriens de Gundishapur, mais ce n'est qu'à partir de la moitié du IXème siècle que la médecine commença à s'arabiser avec les œuvres de trois médecins dont le rôle fut décisif pour la transmission des textes scientifiques grecs.

Abou al-Hassan Ali Ibn Sahl Rabban al-Tabari (838-870), Hakim et érudit issu de la communauté juive persane et de la communauté zoroastrienne, et converti à l'islam, il fut médecin et précurseur de la sociologie et de la psychologie. Son travail a été influencé par la pensée islamique et par les anciens médecins Indiens Ayurvédiques tels que Sushruta et Charaka, ce qui lui permit de souligner les liens étroits existants entre eux et la nécessité du soutien psychologique dans la prise en charge thérapeutique des patients.

Al-Tabari rédigea en 860 la 1^{ère} encyclopédie de médecine en langue arabe ‘‘Firdaous al-Hikmah’’, où il y souligna la place de la dimension psychique dans le déclenchement, l’évolution et le traitement des maladies.

Il consacra néanmoins une place à la présentation des effets des remèdes ‘‘magiques’’ dans son livre ‘‘paradis de la sagesse’’ en adoptant l’attitude d’Alexandre de Tralles¹⁷, qui explique que les remèdes populaires et magiques, ‘‘remèdes naturels’’ aussi inexplicables soient-ils, ne doivent pas être négligés.

- *Yuhanna ibn Masawaih ou Yahya ibn Masawaih en arabe (Jean fils de Mésué) (786, Bagdad-857 Samarra)*, fut le médecin de Bagdad le plus réputé de son temps. Parmi ses élèves, on retrouve Hunayn ibn Ishâq.

- *Hunayn ibn Ishâq ou Johannitus en latin (808, Hira-877)* médecin arabe de Bagdad, de religion chrétienne nestorienne, il traduit en langue Arabe les œuvres de Galien à partir du grec et du latin, les Sushrutasamhita et les Charakasamhita à partir du sanskrit ainsi que les œuvres écrites à Gundishapur à partir de la langue du Pehlavi.

¹⁷: Allexandre de Tralles : (526-605). Médecin byzantin, formé à Alexandrie.

Durant cette période, le Maroc sous le règne de la dynastie Idrisside, vit la construction de l'université Al Quaraouiyine vers 859, et dont la fondation se fit par une femme, Oum Al Banine Fatima Al Fihriya¹⁸. Tout au long des siècles, l'université vit son architecture évoluer et s'agrandir. Elle devint, du Xème siècle au XIIème siècle, un important centre d'enseignement et une des premières universités au monde, elle est actuellement considérée comme étant l'une des universités les plus anciennes au monde encore en activité.

Des hôpitaux furent également construit à l'instar de ceux de Damas et où des médecins de grande renommée ont exercé leur art de guérir.

¹⁸: **Fatima el Fihriya**, surnommée **Oum al Banine** (*La mère des deux fils*) est une figure historique de la ville de Fès et de l'histoire du Maroc, très croyante et riche héritière. A la mort de ses parents, el Fihriya se consacre à la construction de la mosquée el-Qaraouiyine.



Fig. 13 Université et mosquée Al Qaraouiyne.

[www.wikipedia.org]

a- Les grands savants et pionniers de la médecine de l'âme de l'époque Arabe en Orient.

Une fois le IXème siècle écoulé et l'ensemble de l'héritage antique traduit, commença une nouvelle époque, marquée par le travail de grands encyclopédistes d'une vigueur intellectuelle sans pareil, et de l'émergence d'une science d'expression proprement arabe avec : Ar-Razi (Rhazès), al-Majusi (Haly Abbas), Ibn Sina (Avicenne) et bien d'autres. Ils portèrent à leurs apogées des mouvements intellectuels dont les origines se situent au niveau des grandes écoles d'Alexandrie et de Gundishapur citées précédemment.

Abu Bakr Muhammad ibn Zakariyyaar-Razi, Rhazès en latin (865, Rayy-902/935) savant pluridisciplinaire persan, considéré comme l'un des flambeaux de la médecine arabe et le penseur le plus indépendant du Moyen-âge islamique. Il exerça la fonction de médecin attaché à la Cour et de directeur du premier hôpital disposant d'un service réservé aux malades mentaux.

Ar-Razi fut aussi un grand psychosomaticien. Il légua plusieurs écrits sur les troubles mentaux et les désordres psychologiques qui déconcertent par leurs ampleurs et leurs variétés. Son œuvre représente une formidable synthèse entre savoir reçu, réflexion personnelle et expérience acquise. Le premier à avoir introduit le terme de « El Ilaj Ennafsanî » ou psychothérapie, soulignant combien « il importait toujours au médecin de suggérer au malade la bonne santé, même s'il n'y croit pas en son for intérieur car, disait-il, la structure du corps suit les vicissitudes de l'âme»¹⁹.

¹⁹ Ammar, S. *Histoire de la psychiatrie Maghrébine*. Université de Tunis. [<http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Ammar.PsyHistory.htm>]

Son influence s'est inéluctablement exercée au Maghreb à partir du XIIème siècle. Trois des plus importants hôpitaux psychiatriques du Maghreb portent actuellement son nom : ceux de Rabat-Salé, de Tunis et de Tripoli, et en Algérie le service de psychiatrie de Annaba.

*-Ali ibn Abbas al-Majusi, Haly Abbas en latin (mort en 982/994) médecin et psychologue persan de confession musulmane, célèbre surtout pour le "Kitab al-Maliki" ou "Livre de l'art médical", son manuel de médecine et de psychologie, où il décrit comment la physiologie et la psychologie d'un patient peuvent s'influencer réciproquement, en trouvant une corrélation entre les patients qui sont physiquement et mentalement en bonne santé et ceux qui sont atteints physiquement et mentalement en concluant que "la joie et le contentement peuvent apporter une vie meilleure à beaucoup de ceux qui, autrement, seraient malades et misérables en raison d'une tristesse inutile, de la peur, de l'inquiétude et de l'anxiété."*²⁰

Al Majusi fut alors un pionnier dans le domaine de la psychophysiologie et de la médecine psychosomatique, et en abordant la neuroscience dans son manuel, il a été le premier à décrire certaines maladies mentales incluant les troubles du sommeil et de la mémoire, l'hypocondrie et la maladie d'amour. Ce manuel était, dit-on, plus systématique et plus concis que "le *Hawi*" de Ar-Razi et plus pratique que "le *Canon de la médecine*" d'Avicenne par lequel il a été remplacé.

²⁰: Ibid

- *Abû Alî al-Husayn ibn Abdallâh Ibn Sînâ, Avicenne en latin, (environ 980, Afshana-1037, Hamadhan)*, un siècle plus tard, surnommé “le prince des savants” ; c’est le plus célèbre d’entre les médecins d’expression arabe ; il approfondira dans ses démarches diagnostiques et thérapeutiques les relations du corps et de la pensée.

Dans les « Généralités » du Canon, il posait ainsi le principe que « les remèdes psychiques doivent toujours aider la thérapeutique médicamenteuse et la compléter en accroissant la capacité de résistance du malade », « Nous devons, précisait-il, considérer que l'un des meilleurs traitements, l'un des plus efficaces, consiste à accroître les forces mentales et psychiques du patient (quel qu'il soit), à l'encourager à la lutte, à créer autour de lui une ambiance agréable, à lui faire écouter de la bonne musique, à le mettre en contact avec les personnes qui lui agréent, qu'il respecte et en qui il a confiance»²¹.

Un exemple de cette aide apportée par les remèdes psychiques à la thérapeutique médicamenteuse est cité dans l’article “*Majnun: The Madman in Medieval Islamic Society*”²² de Michael Dols où il décrit comment Avicenne à pu convaincre un prince délirant et refusant toutes sortes de nourriture perdant ainsi toute sa force.

*‘Devant un prince délirant qui crie ‘ Je suis une vache ! Tuez-moi et faites un ragoût avec ma viande’, Avicenne demanda : ‘Mais où est donc cette vache que je la tue’. Ensuite il l’examine et déclare que la bête est trop maigre et indique qu’il faut l’engraisser. Pour se préparer au sacrifice, le malade accepte la nourriture qu’il refusait jusque-là. Ses forces, alors, revinrent et il guérit’*²³

²¹ : Ibid

²²: Dols, M. 1994. *Majnun : The Madman in Medieval Islamic Society. International Journal of Middle East Studies*. 26 (N3).pp. 544-546.

²³ : Ibid.



Fig. 14 : Avicenne.

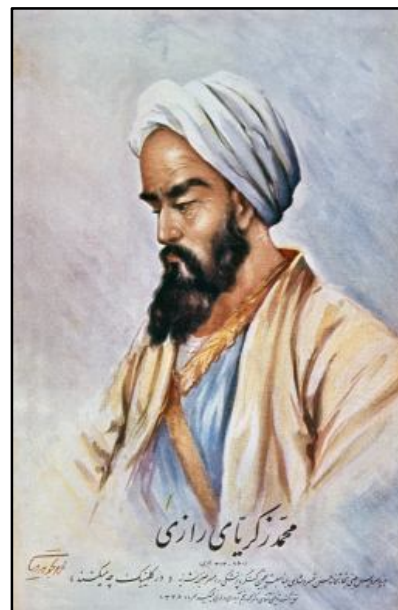


Fig.15 : Rhazes.

[www.wikipedia.org]

b- L'émergence et la distinction des pionniers maghrébins de la médecine de l'âme.

Le IXème siècle fut principalement marqué par la naissance de pionniers maghrébins de la prise en charge de la maladie de l'âme, et son enseignement médical prit son essor véritable avec la venue du médecin **Ishaq Ibn Omrane** médecin musulman de Bagdad de la fin du IXème siècle, à la fin de la dynastie Aghlabides, première et unique dynastie arabe ayant régné sur l'Ifriqiya au nom du calife abbasside.

Ishaq Ibn Omrane est l'auteur, entre autres ouvrages, d'un traité magistral sur la mélancolie ; une pathologie qu'il avait caractérisée par "*ces états se manifestant par des croyances et des sentiments étonnés basés sur l'angoisse et la peur de vilaines choses*"²⁴. Il analysa la nature, les modalités, les étiologies et les complications de l'affection en terminant par de remarquables règles hygiéniques, morales, diététiques et médicamenteuses.

Il décrit ainsi presque toutes les formes aujourd'hui connues des états dépressifs mélancoliques, aussi bien les formes simples que compliquées, celles qui rentrent dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive, (dénommée actuellement trouble bipolaire) que celles compliquant des troubles somatiques variés. Parmi les symptômes apparents, il relevait les idées noires, l'angoisse, la tendance à l'isolement, les tremblements et les vertiges, la tristesse, la peur, les propos délirants, ainsi que tous les symptômes qui ne sont jamais limités dans leur expression.

Concernant le suicide seul, le pronostic fatal par inanition progressive sera évoqué, l'idée active ne sera traitée que dans le "*Attaissir*" du grand savant Ibn Zohr.

²⁴ : Ammar, S. *Histoire de la psychiatrie Maghrébine*. Université de Tunis. [<http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Ammar.PsyHistory.htm>]

Ibn Omrane définit également les grandes lignes de l'éventail thérapeutique qui s'adresse aux états dépressifs, déterminant ainsi tout traitement s'inscrivant dans le cadre d'une relation médecin malade basée sur le réconfort moral et qui seront exposées avec une perspicacité remarquable : psychothérapie, sociothérapie, physiothérapie, chimiothérapie et thérapie à visée étiologique et hygiéno-diététique.

À la suite de Ibn Omrane, les sciences médicales furent profondément liées à la philosophie, la correspondance entre le corps et l'esprit, le psychique et l'organique. La médecine psychosomatique s'était donc en conséquence taillée une place privilégiée.

-Abū Ja'far Ahmad Ibn Ibrāhīm Ibn AbīKhālid Ibn Al Jazzar, (898 J.C/285 H à Kairouan), il est l'une des sommités scientifiques de Tunisie. Auteur entre autre ouvrage du "Viatique ou provision d'un voyageur et subsistance du Résident" le titre complet en Arabe est " Zād Al musafir wa kouwat al-hadir", adopté et vulgarisé en Europe comme un livre servant à l'enseignement classique de la médecine. Le tome I du viatique traite largement des maladies du cerveau, notamment, de la confusion mentale, du délire aigu, de l'épilepsie et des tremblements²⁵. On y trouve également une excellente et minutieuse description de l'alcoolisme chronique²⁶ et les médicaments hypnotiques²⁷,

Il a été traduit en grec presque du vivant de son auteur et sera l'un des premiers traités de médecine arabe à être connu en Occident.

²⁵: ابن الجزار، زاد المسافر وقوت الحاضر، المقالات الثلاث الأولى، الدار العربية للكتاب، 1986، ص. 86.

²⁶: مرجع سابق، ص 83.

²⁷: مرجع سابق، ص 76.

Poète historien et psychosomaticien, il fut notamment l'auteur d'un remarquable traité de puériculture et de psychopédagogie de l'enfant, peut-être le premier du genre dans la médecine arabe avec celui de l'andalou Saïd Ibn El Arib El Kortobi, son contemporain.

Ibn Al Jazzar meurt octogénaire, jouissant de l'estime générale de ses concitoyens. Sa renommée dépasse le cadre de l'Ifriqiya ; d'Andalousie, il est aussi célèbre en Orient comme en témoigne l'éloge qu'en fait le poète de Ramallah Kusagim "Abu-Jaafar, tu as laissé, de ton vivant et après ta mort, d'éminents motifs de fierté, à travers les âges."²⁸.

c- Le cheminement du développement de la santé mentale au niveau du Maroc.

Au IXème siècle, al-Andalous (la péninsule ibérique sous domination musulmane), s'ouvra aux influences de l'Orient Abbasside et à la civilisation Bagdadienne, en majeure partie envahie par les arabes. Elle fut alors intégrée au vaste Empire Omeyyade.

Le savoir scientifique oriental pénétra peu à peu la péninsule, tandis que dans l'Espagne chrétienne, était conservée dans les monastères, comme pour le reste de l'Occident, une tradition médicale empirique. Mais la succession des califes imposa l'art médical et son système scientifique rationaliste, qui prit alors place et favorisa la création de bibliothèques riches de plusieurs milliers de volumes qui furent mis sous la protection de nombreux savants.

²⁸ : Souissi, M., Jazi, R. Ibn Al Jazzar.1983. Article paru en Revue "ASSAYDALI" N7, Tunis à l'occasion du millénaire d'Ibn al-Jazzar. Publié dans l'édition "Dar Al Arabiya Lilkitab" 1983 du livre de Ibn Al-Jazar : titre en Arabe.

Concernant les maladies mentales, aucune influence n'était accordée aux causes surnaturelles, non plus aux démons ou aux djinns, alors même que leurs réalités étaient ancrées dans les croyances populaires et qu'à la même époque, la possession diabolique représentait l'interprétation même de ces états en Europe.

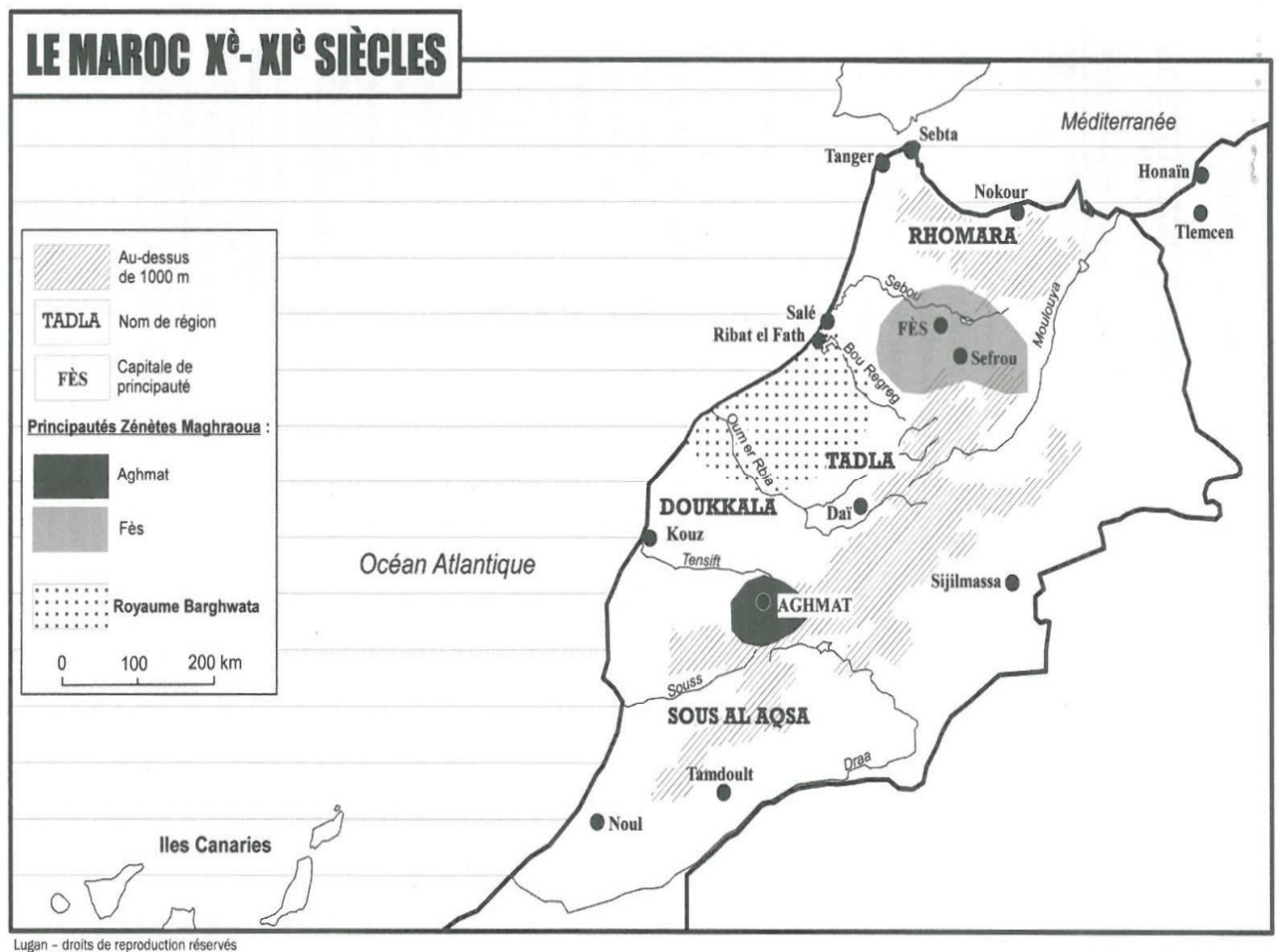


Fig. 16 : Carte du Maroc entre les X^eme et XI^eme siècles.

Lugan, B. 2011. Histoire du Maroc des origines à nos jours. Ellipses. Page 74.

Toutefois, le grand moment historique de la médecine dans notre pays, fut marqué durant le règne de la dynastie Almoravide et Almohade (1069-1269), par l'apparition de grands noms qui laissèrent de grandes œuvres médicales. Seulement, on assista à un va et vient incessant de ces médecins entre l'Andalousie et le Maghreb, ce qui fait que l'histoire médicale de cette époque se partage entre le Maroc et l'Espagne.

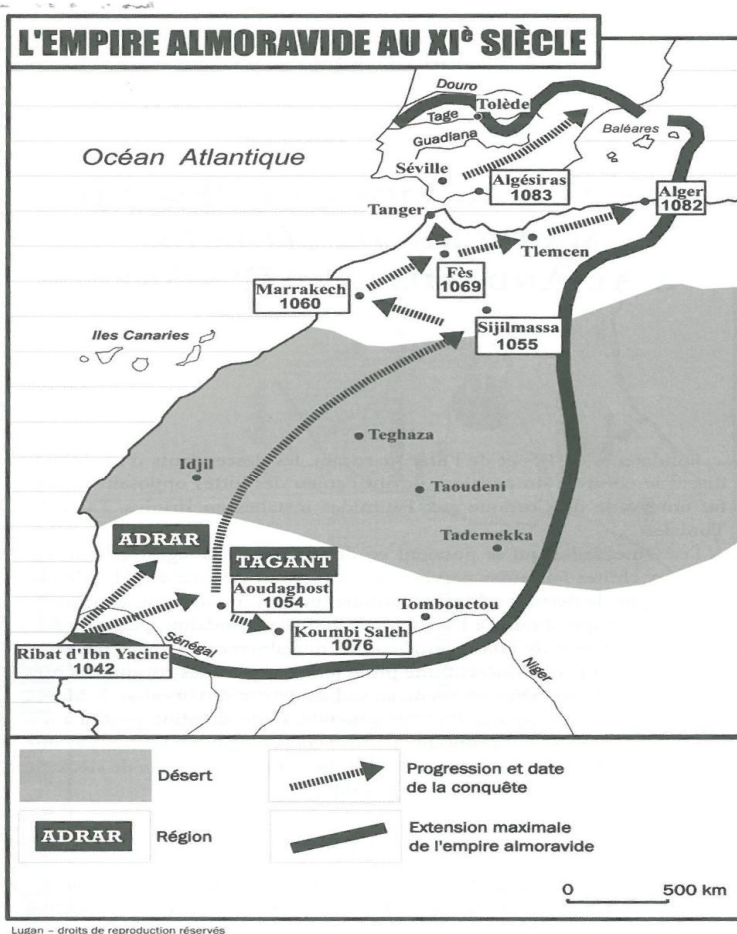


Fig. 17 : Carte de l'empire Almoravide au XI^e siècle.

Lugan, B. 2011. Histoire du Maroc des origines à nos jours. Ellipses. Page 76.

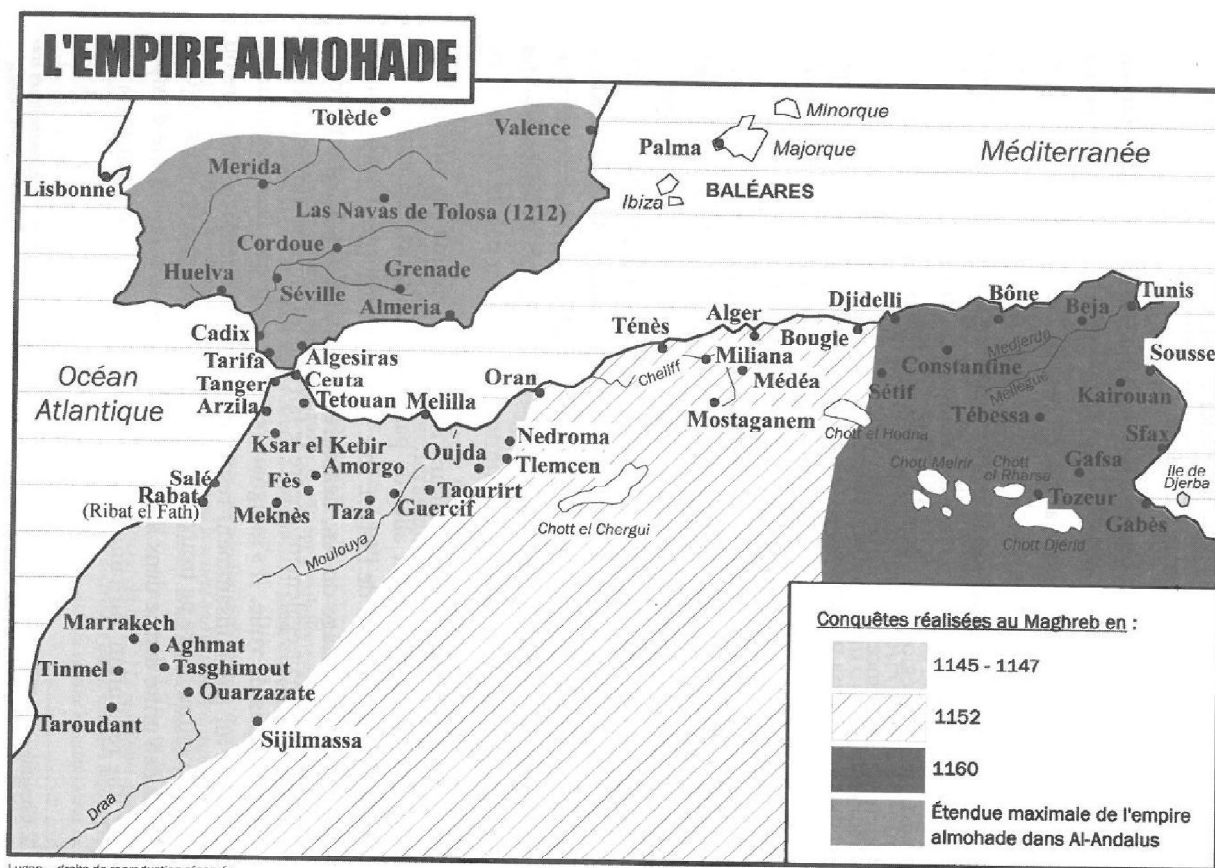


Fig. 18 : Carte de l'empire Almohade.

Lugan, B. 2011. Histoire du Maroc des origines à nos jours. Ellipses. Page 96.

La pratique médicale s'épanouit avec le restaurateur de la chirurgie "Abulcassis Ezzahraoui" pionnier de la neurochirurgie, et le grand Ibn hazm, au siècle suivant, auteur d'un fameux traité sur "les caractères et les comportements". Tous deux accordèrent autant d'importance à la médecine du corps qu'à celle de la personne dans son intégralité.

Les sciences médicales s'étaient enrichies également par l'apport original d'autres savants, tels que Ibn Zohr (Avenzoar), Ibn Rochd (Averroès), Abu bakr Ibn Tofeil (Abentofal) et Ibn Baja (Avempace).

On relatera principalement les travaux de :

- *Ibn Zohr ou Avenzoar (né à Séville en 1073 et mort en 1162)*, médecin arabe musulman qui fut chassé de son pays par les intrigues des envieux et trouva un protecteur, Youssef Ibn Tachfin, alors roi Almoravide au Maroc.

- Et de *Abu'l-Walid Muhammad Ibn Rochd ou Averroès (né aux environs de 1126 à Cordoue, en Andalousie, et mort le 10 décembre 1198 à Marrakech)*, qui fut un philosophe, théologien islamique, juriste, mathématicien et médecin.

Leurs travaux étant complémentaires, ils seront alors traités simultanément dans ce chapitre.

Ibn Rochd, reconnu comme étant le "commentateur" d'Aristote, médecin et philosophe rationaliste. Grâce à son universalité intellectuelle, sa liberté d'esprit, sa combativité et la défense de ses opinions philosophiques, son nom est resté célèbre pendant cinq siècles comme étant l'un des courants intellectuels les plus répandus au Moyen-âge : **l'averroïsme**. Son principal ouvrage médical

‘‘AL Koulliyat Fi teb’’ ou ‘‘généralités en médecine’’ plus connu au Moyen-âge sous le nom de ‘‘Colliget’’, sera enseigné en Europe jusqu’au XVIIIe siècle, et sera complété par ‘‘Attaissir’’ ou ‘‘ la facilitation de la thérapeutique et des régimes’’, ouvrage principal de **Ibn Zohr** qui était considéré par ce dernier comme le Galien de l’époque.

‘‘Al Koulliyat’’ de **Ibn Rochd** traite des questions médicales de façon concise et sommaire, et donne des notions anatomiques et physiologiques essentielles pour étudier l’art médical, notamment le système nerveux et tout particulièrement le cerveau, dans sa double perspective psycho-physiologique. Cet organe noble qui, dit-il, ‘‘possède quatre propriétés essentielles dont l’imagination, la réflexion, la mémoire et la conservation. La mémoire et la conservation étant différentes par le fait que la première est discontinue, alors que la deuxième est continue’’²⁹. Il précise par la suite l’origine de toutes ces forces, qui est ‘‘la chaleur instinctive’’ ou ‘‘la chaleur vitale’’ issue du cœur, faisant alors de cet organe leur vraie origine.

Ces notions décrites auront plusieurs applications dans le diagnostic topographique des atteintes psychiatriques chez **Ibn Zohr**

‘‘Attaissir’’ de **Ibn Zohr** renferme, cependant, des études pertinentes sur la description des maladies et sur leur traitement. Il a considéré les maladies mentales comme étant des maladies à part entière traitées sur un même pied d’égalité que les maladies organiques, sans faire aucune référence à des causes surnaturelles. **Ibn Zohr** avait tendance à toujours chercher une cause organique à tout symptôme, L’aspect psychologique n’est que rarement évoqué contrairement à Ar-razi et Ibn Sina qui y faisaient fréquemment référence.

²⁹ : El Otmani, S., Moussaoui, D., 1992. Système nerveux et neuropsychiatrie chez Ibn Rochd (Averroès) et Ibn zohr (Avenzoar). *Histoire des sciences médicales*. 26 (N4).

“Attaissir” sera l’un des meilleurs traités de médecine clinique arabe jamais écrits, comme nous le relate Lucien Leclerc dans son manuel de “l’histoire de la médecine Arabe” :

” Le meilleur ouvrage de médecine pratique composé par les arabes, ouvrage dégagé de toute préoccupation théorique, frappé au coin de l’originalité et de l’expérience”³⁰

Ibn Zohr ne versa pas comme tant d’autres dans la philosophie : il disait dans un autre livre “ Kitab El Iktisad fi Islah al Anfussi wal Ajssad” ou “de la confrontation des âmes et des corps” que :

“ *La médecine des corps est bien connue, mais celle des âmes est bien plus noble et plus importante*”³¹

On trouve alors, dans le livre de **Ibn Zohr**, des descriptions très précises de certaines pathologies ainsi que de leurs pathogénies et symptomatologies, telles que les délires aigus et chroniques, les dyscrasies du cerveau, la démence et principalement la mélancolie avec les premières descriptions dans ce cadre de cas de suicide, sans doute les premières données par les médecins d’expression arabe, (même Ishak Ibn Omrane qui avait écrit un épître sur la mélancolie au Xème siècle “Al maqâla fi Al Malikhulia” n’en avait pas parlé.).

³⁰: Leclerc, L., 1876. *Histoire de la médecine arabe*. Paris Leroux. Réédition par le ministère des Habous et des affaires islamiques du Royaume du Maroc, 1980.

³¹: El Otmani, S., Moussaoui, D., 1992. *Système nerveux et neuropsychiatrie chez Ibn Rochd (Averroès) et Ibn zohr (Avenzoar)*. *Histoire des sciences médicales*. 26 (N4).

En revanche, peu d'éléments nouveaux furent cités dans ses descriptions par rapport aux connaissances de l'époque, de même qu'il ne paraît pas qu'il pratiquait des dissections, à l'inverse d'autres médecins d'expression arabe, tels que Abou Kacem Azzahraoui, Ibn Sina, Ibn Ennafiss, El Baghdadi.



Avenzoar (ibn Zuhr)

Fig.19 : Avenzoar.

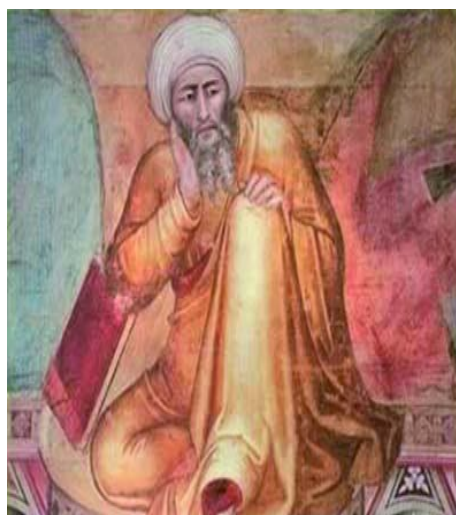


Fig. 20: Averroès.

[www.wikipedia.org]

Durant le règne Almoravides et Almohades, d'autres faits saillants ont marqué la médecine au Maroc, dont l'étude a vu le jour à Marrakech, Sebta, Tanger et Fès.

On assista à la création d'une bibliothèque consacrée aux livres de médecine par Yacoub Al Mansour à Marrakech, ainsi qu'un hôpital "Dar Al Faraj", ou maison de la miséricorde, et une léproserie dans cette même ville.

Des réunions scientifiques étaient souvent tenues et dirigées par les califes eux-mêmes et animées par les médecins précités avec la création d'un corps de femmes-médecins, dont la nièce d'Ibn Zohr.

D'autres hôpitaux furent construits, notamment à Chellah et Ksar Kébir, ainsi que "la maison du sirop" l'équivalent de notre pharmacie centrale.³²

Vint par la suite l'époque Mérinide qui va de 1269 à 1465 et durant laquelle les souverains persistèrent dans l'encouragement des hommes de lettres et de sciences. De nombreux ouvrages ont été rachetés, composés ou recopiés ; l'Université Al Quaraouiyine a connu alors ses moments de gloire et commença à délivrer dès lors des « Idjaza », ou diplômes, à ses étudiants.

L'historien et sociologue maghrébin *Ibn Khaldoun, (né à Tunis en 1332, mort au Caire en 1406)* exerça longtemps dans les cours de Fès et de Tlemcen. Il ferma les derniers maillons de la chaîne qui enserraient et délimitaient les problèmes posés. Il proclama avec force l'influence décisive du milieu sur l'individu, la prédominance des événements vécus sur l'hérédité, de l'acquis sur l'inné, de la culture sur la nature.

³²: محمد المنوني، حضارة الموحدين، دار توبقال للنشر، 1989.ص.92.

Ibn Khaldoun, en parlant de la médecine, fustigera dans ses fameux «Prolégomènes » les pratiques magiques, horoscopiques et cabalistiques et autres méthodes faisant appel au surnaturel, qu'il tiendra pour irrationnelles, non scientifiques et contraires à l'esprit profond de la religion islamique.

Les institutions hospitalières étaient caractérisées par les services réservés aux maladies mentales qui jouissaient d'un confort inégalé. C'est ainsi qu'au mur des chambres étaient accrochés, à l'intention des infirmiers, les écriteaux suivants : "Soyez doux avec les malades"³³.

L'époque Saâdienne qui va de 1465 à 1663, fut celle de l'ouverture sur le monde occidental. En plus des médecins marocains dont le nombre augmenta considérablement, avec l'apparition de nouveaux noms brillants, cette époque a connu l'arrivée de médecins occidentaux pour la plupart envoyés par leurs rois pour s'initier à la médecine marocaine.

Parmi ces médecins étrangers, on peut citer **Guillaume Bérard**, **Arnaud Delisle** de la faculté de médecine de l'université de Paris et **Etienne Hubert**, un autre français qui fut nommé à son retour en France "Lecteur et professeur du roy de la faculté de médecine en langue Arabe de l'université de Paris". Ils ont ainsi contribué au transfert en France de la science médicale du Maroc.

³³ : Akhmisse, M., 1992. Histoire de la médecine au Maroc, des origines à l'avènement du Protectorat. *Histoire des sciences médicales* – 26(N4).

Cet échange culturel a été développé grâce à la notoriété des travaux de l'un des grands médecins de l'époque : ***Aboul Kassim Ben Mohamed Al Wazir Al Ghassani (1548-1610)***, qui fut le médecin du roi Al Mansour et considéré comme le chef des médecins et des pharmaciens à Marrakech, et dont la principale œuvre est "le jardin des fleurs, pour l'étude des caractéristiques des herbes et des drogues végétales".

On peut citer également Abd El Ghassani Ben Massaoud Azzamouri, et Abd El Aziz Arrasmouki qui a écrit l'interprétation des symboles en dialecte amazighe du Sousse, Ali Ben Ibrahim Al Andaloussi l'auteur de nombreuses "Urjuza" ou épîtres, traitées en vers pour faciliter la mémorisation, dont le "Mandhuma sur le mariage" qui traite en partie de l'éducation sexuelle.

Quand aux hôpitaux, cette époque n'a pas connu la construction de beaucoup de nouvelles structures. Par contre les mâristâns à l'époque Mérinide ont été agrandis et équipés, avec l'accroissement du nombre de médecins et pharmaciens ainsi que l'installation de quelques uns dans le secteur privé.

Mais le Maroc a été frappé entre le XVème et XVIème siècle par de nombreuses épidémies entraînant des pertes humaines considérables et dont la lutte se faisait par l'isolement des foyers atteints et la réduction des déplacements. Le roi Al Mansour a été l'une de ces victimes. Ainsi, après sa mort, des conflits militaires et politiques se succédèrent entre les différents rois, et en plus des dégâts causés par les épidémies et les famines, on assista à l'arrêt de la renaissance.

La période Alaouite commence en 1664. La présence d'un roi médecin, Moulay Errachid, qui assistait à des cours à l'université Al Quaraouiyine, permit la persistance d'un certain développement du progrès scientifique et encourageait la recherche en accordant des bourses d'études aux étudiants. Aussi, durant son long règne, Moulay Ismael, réorganisa l'université en titularisant les professeurs et en légalisant les diplômes dont celui de la médecine.

4- LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES MENTALES ET L'ESPACE THERAPEUTIQUE DANS LES PAYS ARABO-MUSULMANS.

a- Les hôpitaux.

L'idée de la construction d'un espace thérapeutique chez les musulmans aux premières années de l'Islam est attribuée au Prophète, comme nous l'apporte la Sira de Ibn Hicham et le confirme celle de Ibn Ishaq³⁴, affirmant que le prophète aurait ordonné la construction d'une tente à l'intérieur de sa mosquée à Médine pour y accueillir des guerriers musulmans blessés dans certaines batailles, et chargea une femme, nommée Rofaida, de les accueillir et les soigner. Commença alors la planification et la construction de différentes structures d'accueil de malades, notamment à l'époque du Khalife omeyyade Al-Walid 1^{er} (Khalife de 86 à 91H. /705-715 J.C) qui ordonna des actes de charité et de bienveillance spécialement à l'égard des lépreux visant à protéger le reste de la population de ces maladies.

Il est important de rappeler également l'influence de l'école de médecine de Gundishapur, sur le développement de la civilisation islamique et notamment sur la médecine arabo-musulmane. Ce fut un grand centre intellectuel où se mêlaient les pensées persanes, syriaques, juives, indiennes et grecques, et qui devint le grand centre scientifique du nouvel empire musulman qui assura la formation des grands médecins qu'on retrouvait par la suite à Damas au temps de la dynastie Omeyyade (661-750) ou à Bagdad avec l'avènement des Abbassides (750-1055).

³⁴ : Elayadi, M., 1994. Les Mâristâns dans le monde Arabo-musulman. *Histoire des sciences médicales*. 27 (N2). Page 148

L'hôpital était désigné sous le terme de "Bîmâristân", un mot persan composé de "Bimar" (malade) et "stan" (caractérisant le nom de lieu), et avait comme fonction à la fois de soigner les malades mais aussi de dispenser un enseignement médical. Ce terme n'est plus d'usage actuellement, sauf son abréviation mârîstân qui est utilisée particulièrement pour désigner l'hôpital spécialisé dans le traitement des maladies mentales.

On retrouve plusieurs discordances entre les historiens musulmans classiques et contemporains de la science arabe sur l'attribution de la construction du premier bîmâristân dans le monde arabo-musulman.

Les uns soutenant l'hypothèse rapportant que le premier Bîmâristân au sens propre et moderne du terme (c'est-à-dire dédié exclusivement à l'assistance clinique et thérapeutique, à l'enseignement et au développement de la médecine) fut construit autour de l'année 805 par le khalife abbasside Haroun Ar-Rachid (170-193 H. /786-809 J.C) dans le faubourg sud-ouest de Bagdad³⁵. Cette hypothèse est alors appuyée fortement par son appellation Bîmâristân, la description de ses lieux et le rôle des ses médecins qui nous démontrent l'influence de l'école de Médecine et l'hôpital de Gundishapur, fondé par Chosroês Ier.

La deuxième hypothèse est celle des historiens musulmans classiques qui attribuent la construction du premier bîmâristân en Islam au Khalife Omayyade AL-Walid premier, Khalife de 86 à 91h. /705-715 J.C. Une hypothèse rapportée surtout par l'historien Taqi'i ad Dine Al Maqrizi qui affirme dans son livre "Khitat" que le Khalife Al Walid premier fut le premier à bâtir, en 88H. /706 J.C., un bîmâristân en terre d'Islam.

³⁵ :Elayadi, M., 1994. Les Mârîstâns dans le monde Arabo-musulman. *Histoire des sciences médicales*. 27 (N2). Page 149.

Plusieurs autres Bîmâristâns sont venus par la suite enrichir l'infrastructure hospitalière dans le monde arabo-musulman à la sollicitude des princes et au mécénat des riches.

Ils étaient pour la plupart des institutions séculaires gérées par les Waqfs ou bien sous le contrôle de l'état avec des ressources financières qui leurs étaient destinées par des princes puissants et généreux. Accessibles gratuitement à tous, sans distinction d'âge, d'ethnie, de religion ou de catégorie sociale, la gestion de leurs fonds était confiée à des administrateurs 'mouhtassib'. Des donations charitables étaient également réservées aux patients durant leurs séjours et après leurs sorties de l'établissement.

Ces hôpitaux avaient comme caractéristiques principales leur lieu de construction au milieu de la ville, facilitant leurs accessibilités à la population et ne représentant alors pas un lieu d'exclusion pour les patients, qu'ils soient atteint de maladies physiques ou psychiques.

Ils présentaient aussi comme principale innovation l'introduction de la spécialisation, on y trouvait alors déjà des services destinés au traitement des maladies mentales, qui y sont admis au même titre que les autres malades, comme le dicta la religion, et aucune place n'était réservé au traitement magique.

Les services étaient dotés de salles pour malades hospitalisés : vastes, bien équipées et alimentées en eau courante, regroupant des patients atteints de la même maladie, et sans mixité. On retrouvait dans certains bîmâristâns dans les grandes villes des moyens de confort exceptionnels.³⁶

D'autres patients étaient suivis uniquement en consultation externe, et pour qui les médecins délivraient des ordonnances qu'ils pouvaient se procurer gratuitement à la pharmacie de l'hôpital.

On trouvait dans ces Bîmâristâns, une grande bibliothèque, comportant des ouvrages médicaux, à l'usage des médecins et des étudiants résidant à l'hôpital, servant également de lieu de concertation, et aussi des salles de loisirs où on y amenait des musiciens, des chanteurs et des conteurs, et un bain maure.

La structure architecturale des bîmâristâns vient de l'idée que la beauté fondée sur l'équilibre, l'harmonie et le rythme est salutaire. Généralement, ce sont des palais princiers avec un plan cruciforme édifiés autour d'une cour centrale rectangulaire dans laquelle se trouve une fontaine. Arbres, fleurs parfumées et plantes vertes associées au gargouillement et à la fraîcheur de l'eau des fontaines étaient considérés comme curatifs et faisaient partie intégrante de la thérapie des aliénés.³⁷

³⁶: محمد المنوني، حضارة الموحدين، دار توبقال للنشر، ص،93.

³⁷: Gorini, R., Baggieri, G., & Di Giacomo, M., 2004. *Hospitalization and treatment of the mental disease during the islamic middle Age: the example of the bimaristans in Morocco and Syria*. Antropo. 7, pp : 99-104. Page 100.

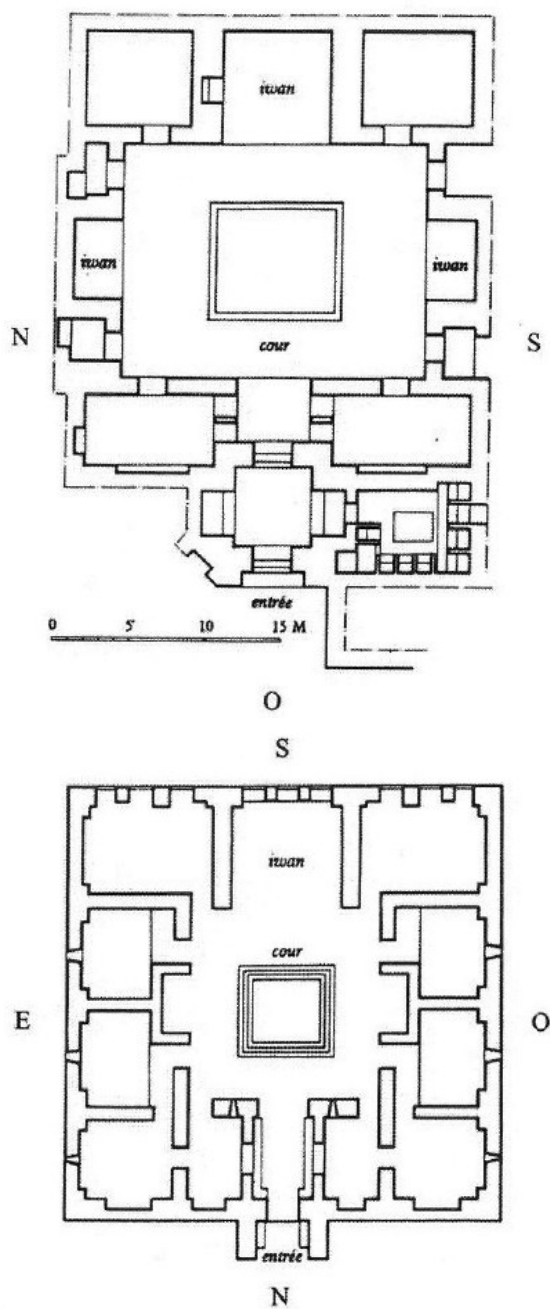


Fig. 21 : Plan des Bîmâristâns :Nur al-Din et Qaymari à Damas.

Gorini,R., Baggieri, G., & Di Giacomo, M., 2004. *Hospitalization and treatment of the mental disease during the islamic middle Age: the example of the bimaristans in Morocco and Syria.* Antropo. 7. Page 100-101.

En ce qui concerne le Maroc , certains auteurs pensent qu'il y avait déjà à Fès, au VIIème siècle, une maison dévolue aux soins des maladies mentales, mais l'idée du bîmâristân surgit nettement avec les Almohades (1130-1269), avec le sultan Ya'koub al Mansour (580-595 H./1184-1199 J.C) qui créa à Marrakech un grand hôpital nommé Dar Al Faraj, qui a toutefois disparu sans qu'on n'ait aucune information concernant le lieu, l'administration, et l'organisation de cet établissement, sauf à travers une description faite par Al murakchi³⁸ peu avant 1224, dans son livre ‘‘Al Muâjab Fi Talkhiss Akhbar Al Maghreb’’ :

‘‘Il fit construire (c'est- à-dire Yacoub El Mansour) un hôpital, qui, je crois n'a pas son pareil au monde. Il commença par choisir un vaste emplacement dans la partie la plus plane de la ville, et donna l'ordre aux architectes de le construire aussi bien que possible, de sorte que ceux- ci déployèrent un luxe de sculpture et d'ornementation plus grand qu'on ne leur avait demandé. Il fit planter toutes sortes d'arbres d'agrément et d'arbres fruitiers. L'eau y fut amenée en abondance et autour de toutes les chambres, en outre de quatre grands bassins situés au centre de l'établissement et dont l'un est en marbre blanc. Il garnit l'édifice de tapis précieux de laine, de coton, de soie, de cuir, si bien que cela dépasse tout ce qu'on en saurait dire. Une rente quotidienne de trente dinars fut assignée pour la nourriture proprement dite, indépendamment des remèdes qu'il y plaça et des drogues qu'il y fit déposer pour préparer les potions, les onguents et les collyres. Des provisions de vêtements de jour et de nuit, d'été et d'hiver, y furent installées pour l'usage des malades. Après sa

³⁸: عبد الله بن العباس الجراري، تقدم العرب في العلوم والصناعات وأستاذيتهم لأوروبا. دار الفكر العربي، 1971.ص.78

guérison, le pauvre recevait en sortant une somme d'argent pour vivre jusqu'au moment où il pourrait se suffire ; au riche on remettait son argent, son bien, ses effets. En effet, le fondateur n'en restreignit pas l'usage aux pauvres à l'exception des riches ; au contraire tout étranger tombé malade à Marrakech y était porté et soigné jusqu'à son rétablissement ou à sa mort. Tous les vendredis, le prince, après la prière, s'y rendait à cheval pour visiter les malades et prendre des nouvelles de chacun, leur demandant comment ils allaient, comment ils étaient soignés. Il garda cette habitude jusqu'au jour de sa mort³⁹".

Plusieurs bîmâristâns furent par la suite construits avec l'avènement des Mérinides, dont le plus célèbre et le plus important à cette époque est Sidi Frej situé au centre de Fès et édifié par Abou Yacoub (1286-1307). Sa naissance, son apogée, et sa dégradation sont étroitement liées à la grandeur et à la décadence de la dynastie Mérinide, qui a suivi en cela l'exemple des Almohades et a doté le Maroc d'une chaîne de mârîstâns répartis dans les grandes villes.

Une plaque de l'Association Marocaine d'histoire de la médecine posée en 1993 à la porte du mârîstân de Sidi Frej, rapporte qu'il a servi de modèle pour la construction du premier hôpital psychiatrique occidental, inauguré en Espagne, à Valencia, en 1410.

³⁹ : Belkamel, B., & Rouyane, B., 1994. Bîmâristâns au Maroc. *Histoire des sciences médicales*. 27 (N2).



Fig. 22 Photos du mâristân Sidi Frej à Fès ; prises en Avril 2013.

- 1-5-6-7 plaques de l'association Marocaine d'histoire.
- 2- Vue de l'ensemble des chambres du mâristân.
- 3- Hall du mâristân.
- 4- Porte d'entrée du mâristân.
- 8- Mur extérieur du mâristân.

Son appellation, Sidi Frej, laisse croire à tort que le mâristân a été édifié à l'ombre ou sous la protection d'un saint répondant à ce nom. Hors, contrairement au mâristân de Salé, Sidi Ben Achir, il est certain qu'il n'y avait pas de tombeau dans l'établissement et on ne connaît aucun saint du nom de Sidi Frej. On rapporte que cette dénomination est soit due à son emplacement, entre deux souks "El Henna" et "Al attarine" séparés par une porte "Bab al faraj" ou "porte de la délivrance", ou en hommage au médecin Faraj Al khazraji, qui fut médecin chef de cet établissement aux environs de 900 H, quand les andalous s'installèrent au Maroc.

Le mâristân sidi Ben Achir qui fut construit à proximité du mausolée Sidi Ben Achir de salé porte le nom du Saint Abou Al Abass Ahmed Ben Mohamed Ben Omar Ben Acher Al Anssari Al Andaloussi, plus connu sous le nom de "sidi Ben Achir le médecin"⁴⁰, mort en 1364, il était un modèle d'abstinence et d'ascétisme fuyant la communauté des humains pour se consacrer au culte et à la dévotion. Sa tombe était située dans un enclos ombragé par un figuier, avant que le sultan Moulay Abdellah Ibn Ismail n'édifiât pour elle une coupole imposante dont la rénovation fut ordonnée par le sultan Abderrahmane ibn Hicham au milieu du XIXème siècle. Le mâristân comportait une trentaine de chambre réservées aux malades et en particulier ceux atteints de maladies mentales. Des mécènes originaires de Salé y ont ajouté d'autres chambres pour abriter les visiteurs du saint.

⁴⁰ : Arabe. Page 79. El Jirari.



Fig.23 : Photos du mausolée et mârîstân Sdid Ben Achir à salé ; prises en Avril 2013.

1-3 : Porte d'entrée du mausolée et du mârîstân Sidi Ben Achir

2 : Vue sur l'océan atlantique

4 : devant le mausolée Sidi Ben Achir.



Fig. 24 : Photos du mâristân Sidi Ben Achir ; prises en Avril 2013.

5-6 : Portes d'entrée du mâristân Sidi Ben Achir.

7-8 : Hall du mâristân.

9 : Fenêtre au niveau d'une chambre.

10-11 : Portes des chambres.

12-13 : Traces des trous d'insertion des chaines.

Avec la dynastie Saâdienne, seul Abdellah Al Ghalib (1557-1574) fonda un mâristân à Marrakech, qui se transforma par la suite en asile pour femmes.

Tandis que, sous la dynastie Alaouite, c'est le sultan Moulay Abdellah Ibn Moulay Ismail (1728-1757) qui ordonna à son gouvernement à Salé de construire, en 1733, une immense salle sur la tombe de Sidi Ben Achir, un saint lettré d'origine Andalouse, qui avait un don de guérisseur, surtout pour les maladies mentales, mort en 1365 et enterré à Salé, son tombeau pris par la suite un sens totémique et fut alors transformé en sanctuaire.

Le sultan Moulay Abderrahmane (1822/1857) ajouta autour de ce sanctuaire, après la désaffectation d'un mâristân nommé Askour à Salé, une trentaine de chambres pour servir d'asile aux aliénés, aux nerveux, et aux déprimés ainsi que pour recevoir leurs familles. Ce mausolée fut alors désigné, improprement, comme mâristân géré également par les habous.

L'évolution historique vit ces hôpitaux se dégrader pour finir par n'abriter que des malades exclus, pour l'essentiel des aliénés sans soutien familial ou jugés irrécupérables, dans des conditions déplorables.

b- La prise en charge.

Une des notions capitales dans les études psychologiques arabes et islamiques réside dans la trilogie de la Nafss qu'on peut superposer aux trois instances psychanalytiques de la personnalité : "la Nafss Ech'errira" ou âme malfaisante correspondant au "Ça", la Nafss El Lawouama ou âme blâmante équivalent à la censure du "Surmoi" et la Nafss El Motmaina ou l'âme équilibrée et rassérénée correspondant au "Moi".⁴¹

⁴¹ : Ammar, S. *Histoire de la psychiatrie Maghrébine*. Université de Tunis. [<http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Ammar.PsyHistory..htm>]

Ces trois instances dominaient chez les médecins du moyen âge islamique toute la problématique des conduites psychologiques et morales de l'individu. Ils avaient, alors, comme priorité de soigner le malade tout en prenant en considération son tempérament et sa complexion physique et psychique.

Ces médecins furent cependant, non seulement les précurseurs de l'activité hospitalière, mais ils déterminèrent également les grandes lignes de l'éventail thérapeutique des maladies mentales en discernant la nécessité d'une prise en charge particulière et l'importance des liens étroits existant entre la psychologie et la médecine.

Outre la pharmacopée habituelle et les traitements s'inscrivant dans le cadre d'une relation médecin-malade basée sur le réconfort moral tels que la psychothérapie, la sociothérapie, et les thérapies à visée hygiéno-diététique, ces médecins adoptèrent des techniques thérapeutiques particulières, inspirées de leurs passions et de leur spiritualité.

L'analyse psychologique, le spiritualisme et la musicothérapie représentèrent alors des branches principales dans la prise en charge des malades mentaux.

La doctrine soufie, mystique de la connaissance de soi, poussant à explorer les profondeurs de l'âme, imprégna profondément le monde musulman, et avec lui un grand nombre de savants maghrébins qui étaient pour la plupart animés par un important spiritualisme.

La musique a été très tôt recommandée comme thérapie pour la mélancolie par plusieurs médecins arabes, qui étaient non seulement de grands poètes mais également des férus de musique. Ibn Butlan, médecin au XI^{ème} siècle, écrivait: “L’effet de la mélodie sur un esprit dérangé est semblable à celui des médicaments sur un corps malade”⁴².

Ils l’utilisèrent alors largement pour distraire et apaiser les tourments de leurs patients et en premier lieu des plus malheureux d’entre eux, à savoir les malades mentaux.

L’ûd (luth arabe) et le nay (flûte de roseau) étaient les instruments musicaux les plus utilisés pour composer des mélodies susceptibles de rasséréner l’esprit des aliénés et calmer leurs émotions. Le nay symbolise l’âme humaine “déchirée de son état d’unité primordiale”, alors que l’ûd serait le symbole du monde terrestre; le son de l’ûd est censé représenter les quatre éléments fondamentaux de la nature: le feu, l’air, l’eau et la terre⁴³.

Certains d’entre eux en arrivaient même à classer les différents tempéraments de leurs patients en fonction de leurs activités à tel mode musical (maqamat), à tel ou tel rythme (wazn, iqa’a) ou à telle mélodie (Khariât-mouwachahât) et adaptaient même leur thérapeutique en conséquence, dans de nombreux cas de maladies internes⁴⁴.

⁴² : Gorini,R., Baggieri, G., & Di Giacomo, M., 2004. *Hospitalization and treatment of the mental disease during the islamic middle Age: the example of the bimaristans in Morocco and Syria*. Antropo. 7, pp : 99-104.

⁴³ : Ibid.

⁴⁴ : Ammar, S. *Histoire de la psychiatrie Maghrébine*. Université de Tunis. [<http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Ammar.PsyHistory..htm>]

Les malades étaient aussi calmés par les phrases mélodieuses des poètes et les histoires des narrateurs, et dans certains bîmâristâns, des lecteurs étaient payés pour lire le coran matin et soir.

Les visites des parents et des amis étaient sollicitées par les médecins et faisaient partie intégrante de la thérapie.

La psychopharmacologie a été, grâce à la richesse considérable de la pharmacopée des arabes, hissée à un degré remarquable.

Les médecins arabes étaient dotés d'un arsenal extrêmement riche, qu'ils savaient manier avec une méticulosité et une dextérité inouïes en formant des pilules et des mixtures agréables et extrêmement variées afin de stimuler les apathiques, calmer les sujets agités et traiter les dépressions nerveuses. Parmi ces recettes, on pourra citer les extraits de jusquiame et de belladone, utilisés spécialement chez les nerveux, ainsi que l'opium, jusque-là considéré dangereux par les grecs, comme sédatifs puissants pour provoquer le sommeil.

D'autres techniques médicales étaient également pratiquées, parmi lesquelles les fomentations à la tête, les bains, les saignées, et les massages à l'aide de différentes huiles.

L'ergothérapie était également préconisée ainsi que la danse et la récitation de poèmes.

5- LA TRANSMISSION DE LA SCIENCE ARABO-MUSULMANE A L'EUROPE, ET LA NAISSANCE DE LA SPECIALITE MEDICALE PSYCHIATRIQUE.

La civilisation islamique atteint alors son apogée en dominant scientifiquement, techniquement et intellectuellement le reste du monde. La science arabo-musulmane, d'abord importée d'Orient sur fond de culture hellénistique et latine, puis devenue autochtone dans tous les domaines, a été ouverte à l'innovation avec un flux de technologie allant vers l'Europe.

Mais une succession d'événements tel l'invasion mongole à l'est et la destruction de Bagdad, la Reconquista espagnole à l'Ouest, et la reprise de Jérusalem aux Croisés, freinèrent l'extraordinaire foisonnement scientifique et culturel du monde de l'Islam.

Le Maroc entra dans une période de troubles. La médecine sombra alors dans le déclin le plus total et perdit sa cote scientifique. Le surnaturel et l'irrationnel revinrent au-devant de la scène. L'assistance aux malades mentaux sera dévolue aux marabouts et les mâristâns tomberont peu à peu en décrépitude et deviendront des asiles pour toute sorte de rejetés de la société.

L'université Al Qaraouiyine cessa d'enseigner la médecine, le dernier diplôme pour cette branche fut délivré par cette université en 1893, mais il restait deux foyers où se maintient l'art de guérir : à Taghazoute et dans la médersa Ben Youssef à Marrakech.

Le flambeau est toutefois transmis ; l'approche arabe des maladies mentales, en avance sur le reste du monde ne fera plus de progrès mais la flamme brillera ailleurs.

Pendant que la science périlait au niveau du territoire arabo-musulman, une longue bataille fut menée contre l'obscurantisme religieux et le climat d'inquisition régnant en Europe. Les troubles psychiatriques ne devaient plus être considérés comme une possession démoniaque relevant de l'église. Les innovations psychiatriques commencèrent alors par l'obtention de l'enlèvement des chaînes des malades par Philippe Pinel⁴⁵ et Jean Esquirol⁴⁶. Dans la mouvance de ce courant d'idée, se constitua une nouvelle spécialité, la 'Psychiatrie'⁴⁷, elle désigne alors une branche particulière de la médecine chargée de traiter les personnes atteintes 'd'aliénation mentale'⁴⁸.

⁴⁵ : Philippe Pinel : (20 avril 1745 à Jonquières (Tarn) - 25 octobre 1826 à Paris), aliéniste français, bouleverse le regard sur les fous (ou « aliénés ») en affirmant qu'ils peuvent être compris et soignés. Il préconise *un traitement moral* qui anticipe nos psychothérapies modernes, l'abolition des chaînes qui liaient les malades mentaux et, plus généralement, l'humanisation de leur traitement.

⁴⁶ : Jean Esquirol : (Toulouse 4 janvier 1772 - Paris 12 décembre 1840) est un psychiatre français, considéré comme le père de l'hôpital psychiatrique français : il fit en effet voter la loi de 1838 obligeant chaque département à se doter d'un hôpital spécialisé.

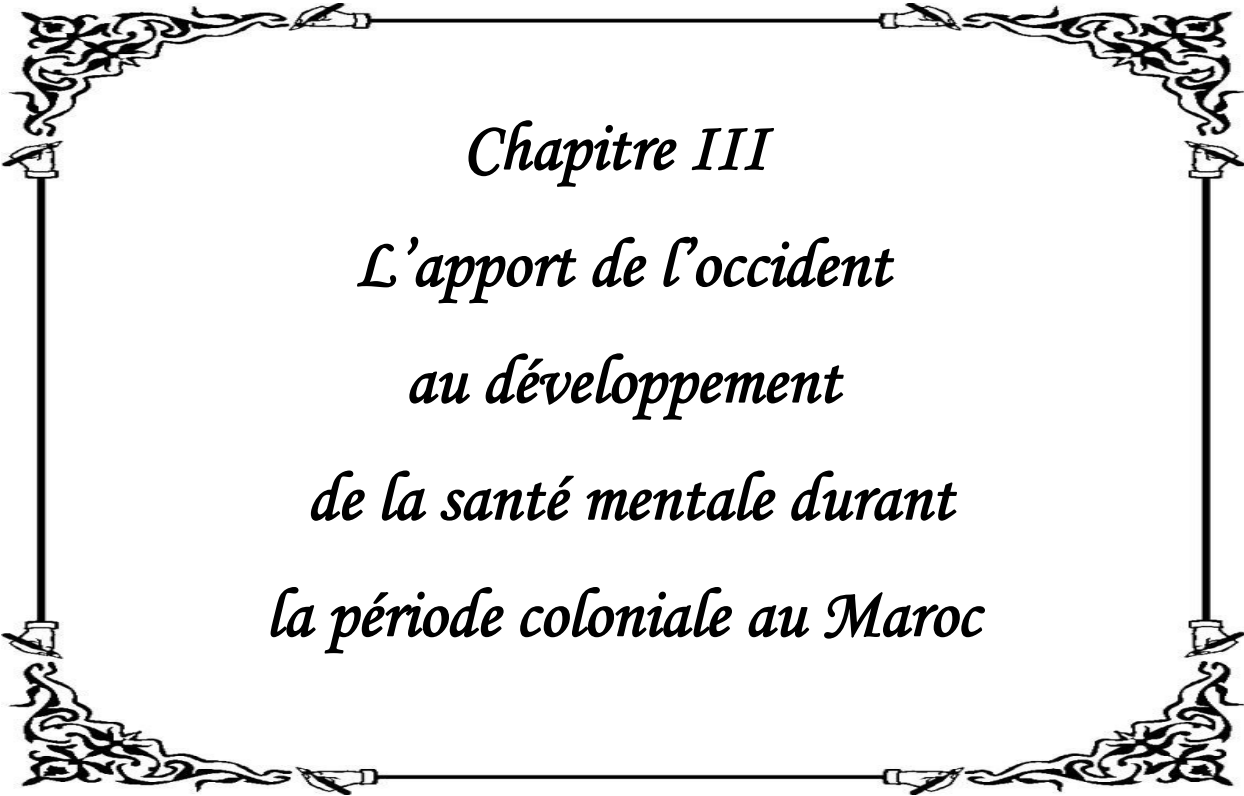
⁴⁷ : Aliénation mentale : (habituellement et simplement décrit **aliénation**) est un terme désignant un trouble mental instable dans lequel un individu se retrouve psychiquement et psychologiquement séparé du monde extérieur. Le terme a été utilisé pour la première fois dans le sens médical et psychiatrique par Philippe Pinel dans un texte de 1809, pour dénoncer l'appellation par 'folie' s'associant à des démonologies et autres visions religieuses morales

⁴⁸ : Halioua, B. 2009. Histoire de la médecine. Masson. Page 178.

Le mot psychiatrie provient étymologiquement de deux mots grecs : psyché, qui signifie ‘‘L’âme’’, et iatreo, ‘‘je soigne’’. Il est apparu d’abord dans la langue allemande, grâce au médecin psychiatre Jean Christian Reil, en 1818, puis en 1842, dans la langue française.

Ainsi au cours du XIXème siècle, l’évolution de la psychiatrie en Europe a été marquée principalement par la mise en place du système des asiles d’aliénés soumis à l’autorité publique par deux élèves de Pinel, Jean Esquirol et Guillaume Ferrus, qui sont alors à l’origine de la loi de 1838 qui instaurait le système asilaire en France. Ces asiles d’aliénés se sont substitués aux hospices et ont permis l’essor d’une médecine spécialisée pour les malades mentaux.

Les grandes entités cliniques commencèrent également à voir le jour à cette époque.



Chapitre III
L'apport de l'occident
au développement
de la santé mentale durant
la période coloniale au Maroc

1-LA PLACE DU MEDECIN DANS LA POLITIQUE COLONIALE.

Le Maroc, bien qu'affaibli par une centaine d'années de difficultés économiques, de guerres sur ses frontières, de violences et de contradictions internes aboutissant inévitablement à une décadence de son infrastructure, de ses institutions, et de surcroît à une situation sanitaire désastreuse, représentait un pays distinct par sa situation géographique et sa richesse naturelle. Les questions économiques étant le but ultime de sa conquête, le Maroc représentait un marché à dominer et à développer.

Il fut sujet d'infiltration par plusieurs puissances européennes, qui profitant de l'affaiblissement du pouvoir central, lui firent subir, depuis les environs de 1820, une colonisation lente et progressive multipliant les signatures de convention avec notamment le Portugal, l'Angleterre et la France, et une pénétration économique et militaire qui va en s'intensifiant.

Ils aboutirent, après le règlement des contentieux politiques, à l'abdication d'une partie de son pouvoir à la France en signant le 30 mars 1912, par le sultan Moulay Abd Al Hafid, un traité de protectorat français qu'est la Convention de Fès, suivie, le mois d'octobre de la même année, par la mise en place d'un sous-protectorat espagnol sur le nord du Maroc, excluant Tanger qui resta une zone internationale.

La restauration de l'état sanitaire du pays fut associée dès le début de la colonisation aux mesures administratives et sociales, et l'introduction de la psychiatrie avait une place primordiale dans la politique de pacification, comme le conclue le **Docteur Jean Du Mazel** suite à son enquête au niveau des m'arist'ans du Maroc :

*'L'assistance des ali'en'és est une des 'œuvres sociales les plus hautement humaines, l'une des moins directement int'eress'ées. Elle est un luxe moral accessible aux seules sociétés tr'ès riches de pens'ée et de sentiment. La France accomplira quelque jour au Maroc cette œuvre g'énéreuse.'*⁴⁹ .

Ainsi, suite à sa nomination, le 28 Avril 1912, en tant que Résident G'énéral du Maroc, le Mar'echal Lyautey fit appel aux m'edecins pour participer à l'œuvre civilisatrice, en disait dans ses discours :

*'Envoyez-moi quatre m'edecins, je vous renverrai quatre compagnies'',
'Un m'edecin vaut un bataillon'*⁵⁰ .

La r'eponse des m'edecins fut alors rapide et la vague des immigr'és devint de plus en plus importante au fil du temps. Profitant du d'esarroi sanitaire et de l'anarchie r'egnant dans le territoire, ils p'énétraient dans les foyers et dans les c'œurs, et d'écouvraient la mentalité marocaine, la confiance des malades leur permettant ainsi de participer amplement aux int'érêts coloniaux.

⁴⁹: Bennani, J., 1996. *Psychanalyse en terre d'islam*. Le Fennec. Page 113.

⁵⁰ : Ghoti, B., 1995. *La sant'ée et la m'edecine au Maroc le XX'eme si'ecle : L'aspect historique et juridique*. (Th'ese pr'esent'ée et soutenue publiquement à la facult'ée de m'edecine et de pharmacie de Casablanca.).

2- L'ETAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE A LA VEILLE DE LA COLONISATION.

Bien avant la signature du traité de Fès du 30 Mars 1912 qui instituait au Maroc le régime du Protectorat, des médecins missionnaires, prédécesseurs des médecins militaires, participèrent au phénomène de l'infiltration ; un rôle politique prépondérant dans "l'œuvre civilisatrice" et reconnu dans la stratégie d'ensemble masqué, cependant, par le voile de l'assistance médicale.

Les médecins furent alors désignés à parfaire la conquête du pays. L'importance de leur rôle fut notablement mentionnée dans les récits des médecins enquêtant sur le Maroc à cette époque et ceux du Maréchal Lyautey lui-même, qui écrivit dans son introduction au livre "Dans le grand Atlas marocain" de Chatinières :

" Or, qu'est-ce le plus souvent que la pacification, sinon la fin d'un malentendu ? Seulement c'est la première explication qui est difficile, il faut quelqu'un qui inspire une confiance préalable. Or, nul ne remplit mieux cette condition que le "toubib". Du jour où un notable, un caïd, un pauvre diable quelconque, qui souffre, se décide à voir le médecin français et sort de chez lui, soulagé, la glace est rompue, le premier pas est fait. Et les relations se nouent",⁵¹.

Dés lors on peut supposer la place éminente du psychiatre et du psychanalyste dans la découverte des mentalités et le gain de confiance.

³: Bennani, J., 1996. *Psychanalyse en terre d'islam*. Le Fenec. Page 105.

Ainsi, en 1910, deux ans avant l'institution du régime du Protectorat, deux psychiatres illustres, le **Docteur Paul Sérieux**⁵² et le **Docteur Salomon Lwoff**⁵³, personnages de renoms de la psychiatrie française, furent envoyés en mission au niveau des principales villes du Maroc afin d'y réaliser une enquête sur les mâtistâns et les prisons.

Suite à leurs investigations menées entre les mois de mars et juin 1912, ces missionnaires apportèrent des conclusions sur l'absence de l'assistance et le traitement des malades mentaux au sens médical et psychiatrique du terme, en incriminant la léthargie générale paralysant le pays depuis plusieurs siècles, l'absence de l'enseignement médical et la prédominance des pratiques magico-religieuses. Ils justifèrent la nécessité d'une intervention extérieure qui leur semble être le seul moyen pour enrayer la marche.

Malgré les progrès scientifiques de la médecine et particulièrement l'étude rationnelle des maladies mentales au niveau du monde arabo-musulman, les médecins missionnaires ne trouvaient au Maroc que les traces d'un passé glorieux et de cette médecine que ses vestiges.

⁵² : Paul Sérieux : (1864, Paris - 1947, Paris) est un médecin psychiatre français. Le premier à avoir divulgué les travaux d'Emil Kraepelin en France. (Classification des maladies mentales et théories de Kraepelin sur la démence précoce).

⁵³ : Salomon Lwoff : (5 janvier 1859, Krementchoug (Russie) -9 août 1939 Saint-Maur (Val-de-Marne), médecin chef des asiles des aliénés en France, où il a poursuivi ses études de médecine.

La disparition de l'assistance médicale ne fut cependant pas synonyme de disparition de toute thérapie ; il existait à cette période une prise en charge qui reposait sur des pratiques traditionnelles rappelant l'animisme des primitifs et des rituels dont l'origine remonte à la nuit des temps, auxquels se mélangeaient religion, magie et sorcellerie.

Ces pratiques prenaient corps dans un cadre non officiel répondant à une certaine organisation, dont faisaient partie plusieurs acteurs sociaux.

a- Acteurs sociaux.

La sainteté étant normalement la forme la plus proche du divin, et de part sa possession de forces mystérieuses et de contacts privilégiés avec le céleste et le surnaturel, ses détenteurs, les Saints, représentaient alors les principaux acteurs, dont la "baraka" ou grâce divine était capable de produire des miracles, leurs paroles étaient suivies comme des oracles et leur était attribué le pouvoir de guérir toutes sortes de maladies. Ils étaient désignés sous plusieurs noms dont les plus populaires étaient "Wali" ou celui qui est proche de Dieu, "Salih" ou le pur, "Ciddiq" ou le juste.

On retrouvait néanmoins deux sortes de saints ; leurs pouvoirs étant exactement les mêmes, il était difficile de faire la distinction entre eux. Il s'agissait des saints populaires et folkloriques qui faisaient étalage de leurs miracles et nourrissaient et entretenaient les légendes et les mythes, profanes, leurs pratiques étaient toujours en rapport avec la magie, ainsi que des saints lettrés et savants qui se préoccupaient davantage de l'accomplissement de leurs devoirs et du salut universel renonçant ainsi aux actions spectaculaires. La transmission de leur statut se faisait généralement par hérédité, piété, dévotion extraordinaire ou combat héroïque.

Auprès des saints, d'autres acteurs sociaux remplissaient la fonction de thérapeute, toujours loin des glorieuses traditions de la médecine. Ils tentaient de répondre par des manières qui leurs étaient propres aux phénomènes de santé mentale qui avaient d'abord des explications religieuses, magiques, démentielles, ou étaient dus à un mauvais sort, un mauvais œil ou un envoutement.

En bas de la hiérarchie se trouvait le "Taleb" qui après détention d'un savoir ésotérique par l'apprentissage des écritures saintes, devient "Fqih" ou "personnage religieux", pouvant posséder par la suite une "Idjaza" ou certificat d'un professeur attaché à une mosquée et acquérir le statut de "Maalem". Il existait également l'appellation "Hakim" signifiant sage et savant, et était attribuée aux guérisseurs médecins qui possédaient les traditions mystérieuses de l'antiquité.

A côté de ces praticiens, exerçaient des femmes guérisseuses s'occupant de mancies, de spiritisme et de sorcellerie, mais n'ayant aucun rapport avec la sainteté précédemment citée. Ce sont "les Merabthat", ou maraboutes, et les "Neggafats" normalement organisatrices de mariage, mais qui soignaient également des maladies nerveuses avec efficacité.

Certains praticiens de la médecine traditionnelle revendiquaient même les droits des médecins scientifiques. Possédant des logiques et des croyances incompatibles avec les cohérences de ces derniers, ils s'estimaient être capables d'apporter des réponses inaccessibles à la médecine moderne comme nous le rapporte le **docteur Jalil Bennani**⁵⁴.

⁵⁴ : Docteur Jalil Bennani : né en 1948 à Meknès, est un psychiatre, psychanalyste et écrivain marocain vivant à Rabat, ancien élève de Lucien Bonnafé et Tony Lainé, il œuvre depuis 1980 pour la transmission de la psychanalyse au Maroc et poursuit des recherches sur l'histoire de la psychanalyse.

‘‘La médecine traditionnelle possède sa logique interne. Elle est d’une cohérence implacable : On pourrait même dire qu’elle est Trop cohérente pour la médecine scientifique, dans la mesure où elle donne des réponses à des questions que la médecine scientifique ne pose pas. Attribuer aux jnouns, par exemple, la responsabilité d’une maladie permet de répondre à la question posée par le malade : ‘‘pourquoi moi ?’’, question qui reste sans réponse dans la pratique médicale courante.’’,⁵⁵ .

b- Patients.

Même étant celui qui guérit la folie, le saint pouvait également être parmi les fous. Ainsi la frontière entre folie et sainteté restait dans certains cas imprécise, mais son statut social lui conférait, quelque soit la forme de révélation de cette folie (névrose, hystérie, état prépsychotique), une légitimité, un pouvoir et une couverture symbolique.

On dénombrait toutefois, à cette époque, trois catégories de malades mentaux :

- **Les inoffensifs** : constituant le plus grand nombre. Ils vivaient en plein air et de mendicité. Certains, accédaient au statut de ‘‘saint’’, et étaient vénérés pour leurs idées mystiques.
- **Les gênants** : gardés à domicile, ce qui pouvait constituer une véritable séquestration.
- **Les dangereux** : enfermés dans les mâristâns et les prisons, ils cohabitaient avec les ‘‘mendiants’’, ‘‘fiévreux’’ et ‘‘contagieux’’.

⁵⁵: Bennani, J., 1996. *Psychanalyse en terre d’islam*. Le Fennec .Page 55.

c- Thérapies.

Le but des thérapies était principalement de déplacer le mal, souvent considéré comme un démon ou le résultat d'un ensorcellement, en dehors du corps afin d'aboutir à une certaine purification. Nombreuses méthodes étaient alors utilisées, allant de l'exploitation d'amulettes ou Harz, d'animaux, de personnages et de démons, à des pratiques plus violentes intégrées à des rituels qui diffèrent d'une région, d'une confrérie ou d'un marabout à un autre.

Tout en mêlant hystérie, fanatisme, sauvagerie et supercherries, les thérapeutes utilisaient des méthodes bien maîtrisées et systématisées au cours de thérapies individuelles ou collectives. Certains symptômes de possession, de folie ou de névrose étaient même convoités et intégrés dans ces pratiques.

d- Lieux de soins.

Le marabout, terme désignant le tombeau (mais aussi le saint lui même) fait office de lieu de culte, de prière et de soins où la folie avec ses mystères et sa puissance de déraison et d'inspiration se manifestait de manière privilégiée. Les malades pouvaient être guéris soit en allant au marabout ou en recevant l'aide du saint en songe. Son rôle étant, en effet, celui d'intermédiaire dans la guérison, en tant que truchement entre la maladie et Dieu.

Concernant les mâristâns, ils ont été, avec la décadence, réduits en une sorte de dépôt, annexé à une mosquée et y résidaient tous les rejetés de la société : les fous qui n'étaient pas devenus des saints, ceux qui troublaient la quiétude de leurs proches et de l'ordre publique, les mendiants, les ivrognes, les vieillards et les femmes déchues.

Les malades portaient jour et nuit des colliers de fer, formés par deux bandes semi-circulaires réunies par une grosse charnière, et reliés au mur par une longue chaîne, Ils subissaient à ce niveau le même sort que les prisonniers quant au manque d'hygiène, à la pénurie et à la maladie.

Ceux qui n'étaient pas réclamés par leurs familles ou leurs amis pouvaient y rester jusqu'à la mort.

Ces mâristâns alimentèrent des mythes et des contes rapportés par de nombreux auteurs dont Hassan El Ouazzane dit **Léon l'Africain**⁵⁶ dans sa "Description de l'Afrique" :

*‘On racontait qu'autrefois, il y'a très longtemps, des vieillards avaient été enchainés comme fous par la cupidité de leurs héritiers, que des créanciers avaient été séquestrés grâce à la vénalité des témoins, que des femmes trop belles ou trop aimées avaient été enfermées, rendues folles par la jalousie et les philtres des épouses rivales, et qu'elles étaient mortes de chagrin et d'amour'*⁵⁷.

La prise en charge des patients avait également son lot de récits. Ainsi du même auteur :

⁵⁶ : Léon l'Africain : de son nom complet *al-Hasan ibn Muhammad al-Zayyātī al-Fāsī al-Wazzān*, (né à Grenade, aux alentours de 1490 - mort à Tunis, après 1550), dit **Léon l'Africain**, est un diplomate et explorateur d'Afrique du Nord du xv^e-xvi^e siècle, ses missions politiques et commerciales le mènent à travers tout le Maroc, où il exerça la fonction de secrétaire du mâristân de Sidi Frej à Fès durant deux ans.

⁵⁷ : Jean Léon l'Africain dans "Description de l'Afrique" rapporté par le Docteur Jalil Bennani dans "Psychoanalyse en terre d'islam" page 112

‘‘ Les roucoulements des tourterelles sont les prières qui apportent la bénédiction aux occupants de cette institution ; pour d’autres, c’est l’ombre du minaret de Moulay Idriss qui en est l’agent : ceux qui guérissent le sont par la volonté divine. Si quelqu’un meurt, c’est parce que c’était écrit. ’’⁵⁸ .

e - Projet d’assistance aux aliénés.

Les docteurs Lwoff et Sérieux furent alors amenés à proposer des remèdes pour améliorer le sort des aliénés, en insistant sur la cause non religieuse, mais sur l’absence de pratiques purement médicales et les causes sociologiques internes du pays. Ils présentèrent le projet tel un retour à la tradition islamique en rappelant les mérites des médecins arabes afin de le faire accepter par les Oulémas et ne point nuire à l’image de leur projet de pacification.

Les auteurs chargés de mission dirigèrent alors un projet d’assistance aux aliènes, s’inscrivant toutefois dans une politique ségrégative, avec une prise en charge différente pour les aliénés autochtones et européens, à l’instar des autres disciplines.

Concernant les aliénés autochtones le projet reposait sur le développement de l’hygiène et de la prophylaxie sociale afin de repérer dans la population générale les ‘‘anormaux’’ qui troublent l’ordre public, et après inspection des structures existantes, c’est-à-dire les mâristâns, les utiliser pour soigner tous les malades, mais aussi l’inspection médicale dans les prisons.

La prise en charge des aliénés européens, quant à elle, fut différente ; ils étaient, avant la création de lieux de soins spécifiques pour eux, transférés dans les asiles de certaines villes européennes.

⁵⁸ : Ibid.

3 – LA REINTRODUCTION DE LA PSYCHIATRIE AU MAROC.

a- Le rôle de l'expérience algérienne et tunisienne dans la mise en place d'un système de prise en charge de la maladie mentale au Maroc.

Les démarches entreprises par le colonisateur français au Maroc, pour la promotion et l'introduction de la psychiatrie, ainsi que pour la prise en charge des maladies mentales, ont été considérablement influencées par la présence antérieure et l'action des médecins coloniaux français au niveau de l'Algérie et de la Tunisie.

Suite aux périodes de violence et de domination génératrice de révoltes qui ont caractérisé le début de la colonisation au niveau de ces deux pays, les colons tentèrent une approche plus pacifiste au Maroc.

Ils avaient alors comme principal souci, non pas la proposition d'un projet pour la mise en place d'une psychiatrie structurée, mais la compréhension de la pathologie indigène afin d'éviter les erreurs commises au niveau des colonies précédentes, qui, avant d'aboutir à une certaine structuration dans cette discipline, ont du subir des visions dominatrices de la part de l'Occident.

Les médecins coloniaux avaient à la fois une fonction de thérapeutes, d'experts et d'idéologues dans le cadre de la mission civilisatrice. Ils étaient toutefois inconscients de leurs différences et de l'inexactitude de leurs actions. Avec une attitude éducative et dominatrice, ils décrivent les traditions et coutumes découvertes, comme les principaux facteurs de décadence, les considérant comme des survivances païennes qui ont résisté à la civilisation islamique qu'il faut alors abolir pour atteindre une certaine modernisation afin d'aboutir à l'édification de l'appareil psychiatrique : tel était finalement le but de la mission civilisatrice.

Il est ainsi important de rappeler les difficultés traversées pour l'élaboration de l'école d'Alger, fondée en 1918, à travers laquelle on assista à un vrai rayonnement de cette discipline au niveau nord africain, grâce notamment au travail du **Docteur Antoine Porot**⁵⁹, maître d'œuvre de la psychiatrie algérienne, et qui centra ses études principalement sur la mentalité indigène. Mais aussi les différentes actions entreprises en Tunisie, spécialement le congrès des aliénistes à Tunis en 1912, où a été soulignée la nécessité d'une formation spécifique pour les psychiatres coloniaux militaires et civils, et la mise en place d'une législation sur les aliénés aux colonies concernant toutes leur prise en charge, et l'élaboration de moyens de prévention contre la folie.

Ceci représente donc la base de la genèse des principales théories en psychiatrie maghrébine et de surcroît les repères de la fondation de la psychiatrie au Maroc.

Un rappel succinct sera alors exposé au long de ce chapitre, sur les premières réflexions émises sur la pathologie indigène suite aux premières études de la psychologie mentale d'un peuple non-occidental par les colons, réalisées à la fois par des psychiatres et des ethnologues.

Ils se focalisèrent principalement sur les rapports entre les mœurs, la civilisation et l'aliénation mentale. Cependant, comme le projet psychiatrique se mêlait à une politique coloniale qui se voulait en rupture brutale et radicale avec les pratiques magiques maraboutiques et religieuses, la culture de l'indigène était alors niée sans discernement et on tentait de lui substituer la culture occidentale.

⁵⁹ : Antoine Porot : psychiatre français, né le 20 mai 1876 à Chalon-sur-Saône1, décédé en 1952. Il est le fondateur de l'*École algérienne de psychiatrie* et écrivain du célèbre « Manuel alphabétique de psychiatrie »

En entreprenant une approche comparée entre les deux civilisations, sans laisser de place à la dimension du doute, ils conclurent leurs travaux avec d'innombrables confusions, faites de généralisations, d'incompréhensions, et d'ignorances à l'égard de l'indigène aboutissant le plus souvent à l'injure, l'outrance, voire même à l'atteinte à la dignité, avec des clichés et des stéréotypes apparaissant comme vérités scientifiques, et développés même dans des articles publiés dans des revues médicales tel que 'le manuel de la psychiatrie'. C'est pourquoi le **docteur Jalil Bennani** dénonce la légitimité de ces publications en écrivant dans son livre "Psychanalyse en terre d'islam" :

*'On s'étonne néanmoins que tels écrits aient passé pour scientifiques et leur publication par les annales medico-psychologiques ne peut laisser indifférent et en dit long sur la participation consciente ou inconsciente des autorités médicales aux intérêts coloniaux de l'époque.'*⁶⁰

Parmi les principales énigmes à résoudre dans leur approche, il y avait donc la détermination du normal et du pathologique, mais dans un contexte d'ignorance des propriétés du maghrébin et de tentative de définition du normal à travers le pathologique occidental, ils se retrouvèrent avec des embrouillements mêlant préjugé et science et aboutissant à la psychiatrisation de la culture, ce que le Docteur **Jalil Bennani** nous explique encore une fois dans son livre :

⁶⁰ : Bennani, J., 1996. *Psychanalyse en terre d'islam*. Le Fenec.

“Le normal dans la société maghrébine n’avait de valeur que pour autant qu’il permettait d’interpréter le pathologique. Or le pathologique n’avait de signification que dans des catégories de la pathologie en usage en Occident. Ainsi le normal maghrébin perdait-il tout sens intrinsèque et devenait une simple forme privée de tout contenu. Cette réduction du normal existant dans une société non-occidentale à une simple référence extérieure prenant seulement son sens dans son rapport au pathologique tel qu’il était pensé en Occident ne pouvait pas ne pas conduire à des glissements et des amalgames. En jouant de par leur profession sur le registre du normal et du pathologique, et de par leur situation géographique sur celui de l’occidental et du non-occidental, les psychiatres occultaient subrepticement le normal non occidental : c’est ainsi que l’idéologie réussissait à investir le domaine de la science”.⁶¹

Des réflexions ont également été émises pour dénoncer les amalgames précédemment cités, en déterminant les principaux manquements dans les démarches entreprises par ces médecins et ethnologues coloniaux, qui, critiquant les supposés agressivité, impulsivité et fatalisme des indigènes, et étalant des théories sur leur primitivisme, leur spiritualité et l’infériorité de leur race, démontrèrent les principaux paramètres omis dans leurs études, comme en témoigne le **Docteur Antoine Porot** dans son article “Psychiatrie musulmane” :

⁶¹ : Bennani, J., 1996. *Psychoanalyse en terre d’islam*. Le Fenec page 58.

‘...Ces troubles de la mimique, l’étonnement et la gaucherie en milieu européen... Il n’en faut pas plus pour que les confrères non familiarisés avec leurs mœurs aient pu se méprendre sur la signification exacte de cet état psychique, de ces troubles mimiques et les rapporter à des psychoses réelles... On fait volontiers d’un indigène répondant au type que nous venons de décrire un dément précoce; pour peu que son inertie ou un refus alimentaire de cause rituelle (jeune religieux du Ramadan, graisse de porc) s’ajoute à cette attitude, on complète le diagnostic par la mention de ‘négativisme’, ‘refus d’alimentation...’⁶²

D’autres auteurs français citèrent également les facteurs négligés lors de l’étude de la pathologie mentale maghrébine. On donnera comme exemple la révolte pouvant être justifiée par la barrière de la langue entraînant de la frustration, l’atteinte à la dignité non comprise par le praticien car perçue différemment dans sa civilisation. Les modèles d’études jouèrent également un rôle dans ces confusions; prenant comme échantillon des patients hospitalisés alors que la raison même de leur hospitalisation était leur danger, aussi les conséquences de cet internement au niveau d’hôpitaux et d’asiles d’aliénés français en disharmonie avec les mœurs de l’indigène, subissant des changements de la nourriture et de l’habillement et loin du contexte religieux et de la famille. Tous ces facteurs concouraient à la genèse d’un soubassement idéologique, consciemment ou inconsciemment chargé d’aberration et d’inexactitude.

⁶² : A.Porot dans ‘‘Psychiatrie musulmane’’ publié dans ‘‘Annales médico-psychologiques’’ 1918/74 rapporté par Bennani, J., 1996. *Psychanalyse en terre d’islam*. Le Fennec. Page 85.

b- La spécificité de l'évolution du domaine psychiatrique pendant le protectorat au Maroc.

La santé au Maroc était sous la charge de la santé militaire durant les quinze premières années de la colonisation (1912-1926). Les médecins étaient appelés soit de l'Algérie, soit de la France, et avaient comme tâches d'organiser les services de santé pour assurer les services médicaux des troupes, puis d'installer et de développer l'assistance médicale aux populations.

Ils suivirent la trace de l'armée de l'occupation constituée d'éléments français puis de légionnaires auxquels ils introduisirent plus tard des recrues marocaines.

Bien que l'action fût soumise à l'autorité militaire, ces accomplissements furent de plus en plus en faveur de la société civile avec comme bénéfice principal la gratuité des soins.

Ainsi, l'administration coloniale a mis sur pied, le 21 mai 1913, un premier plan officiel de la défense sanitaire et de la protection de la santé publique prévoyant la création d'un service central et l'établissement du premier programme de construction d'hôpitaux et d'infirmiers, la fixation du mode de recrutement des médecins et l'établissement du statut des infirmiers français et marocains ainsi que la réglementation de la vie administrative et technique des formations et des groupes sanitaires mobiles.

Une sous direction civile de la santé fut ouverte en 1921 avant l'installation définitive de la direction de la santé en 1926 comportant deux pôles : un service de santé et d'hygiène publique et un service médicosocial et d'assistance.

Les médecins allaient d'abord au devant des malades au niveau des souks, des villages et dans les quartiers des villes en créant sur place de petites unités d'accueil et de soins, qu'ils augmentaient en fonction des besoins de la population et du développement des techniques.

Toutefois, aux côtés des médecins militaires et civils français, l'administration coloniale impliqua les œuvres de l'assistance privée, les institutions des œuvres sociales et les charités musulmanes et chrétiennes afin de lutter contre l'anarchie régnante.

L'introduction de la psychiatrie fut plus clairvoyante et plus perspicace par rapport aux autres colonies; elle fut imbriquée au début de l'assistance médicale par l'établissement des premières lois de prévoyance sociale à partir de considérations sociologiques, ethnologiques et religieuses ayant comme principal souci de ne point heurter les mentalités ni aller à l'encontre des coutumes.

Avec l'installation d'une administration des Habous et en leur donnant davantage de moyens, ils débutèrent par la réorganisation et la réforme des fondations préexistantes, tout en veillant à respecter leurs caractères religieux et à préserver les traditions et les mentalités. Ainsi, aucun changement ne fut réalisé sans l'approbation des représentants religieux, qui intervenaient également, et avec eux les membres de la famille, dans tout processus thérapeutique.

Malgré toutes ces considérations, le Maroc ne fut pas épargné des critiques et des rejets des croyances, et ce travail de modernisation se heurtait tout de même à la tradition marocaine suscitant une méfiance à l'égard de l'autorité médicale étrangère, et plus spécifiquement une résistance des malades à la discipline psychiatrique et aux traitements des occidentaux.

Le respect des croyances et des coutumes ne pouvait cependant plus perdurer.

Avec le temps, les Habous commencèrent à être déchargés de l'administration de certains mâristâns, qui furent confiés à un comité spécial composé des principales autorités musulmanes de la ville et de quelques descendants du saint, avec comme principale gouvernance l'administration de l'assistance de la santé mentale qui fut créée.

Commença alors le début de la modernisation des lieux de soins, par le réaménagement des mâristâns à travers la rénovation des chambres, la suppression des chaines pour certains malades et le renforcement du personnel. Un certificat médical devait être dès lors délivré pour l'admission et la sortie des malades. Il n'avait qu'une valeur administrative, car les médecins ne traitaient pas encore leurs patients à ce niveau, mais représentait tout de même un premier jalon dans la voie de la médicalisation des mâristâns.

Ils reconstruisirent également certains d'entre eux, ce qui suscita le mécontentement d'une partie de la population, surtout quand il fut question de détruire et reconstruire le mâristân de Fès Sidi Frej à un emplacement différent, craignant la perte de la Baraka du Saint; l'avis de la population fut tout de même pris en considération par la consultation des autorités religieuses qui finit par donner son accord par rapport aux changements.

Progressivement, la pratique médicale scientifique prit place avec le processus de modernisation auquel on imposa toujours un regard médical, autant pour les soins qui étaient dès lors dévolus à des médecins spécialisés que pour les décisions architecturales qui étaient prises communément avec eux.

L'œuvre française se greffa cependant à cette science qui permit une rupture progressive avec le champ des croyances magico-sorcellaire, mais de ce fait, transposa les soins qui devenaient attenants d'une deuxième culture.

Ainsi, l'humanisation qui fut prônée au début allait aboutir plus tard à la disparition pure et simple des mâristâns et à leur remplacement par des asiles psychiatriques bâtis sur un modèle purement occidental.

Plusieurs psychiatres et psychanalystes français s'installèrent au Maroc soit pour visiter le pays, comme Gaétan de Clérambault, soit pour exercer pendant quelques années tels, que R. Laforgue, M. Igert ou J. Bergeret. Ils assuraient leurs fonctions soit à titre privé, soit avec l'administration publique en tant que médecins coloniaux, en remplaçant les médecins militaires dont la fonction se limita dès 1930 au niveau des hôpitaux militaires ou à la compagnie des troupes.

L'afflux des immigrants, suite à la deuxième guerre mondiale, augmenta encore plus le nombre de ces médecins, qui se partagèrent le secteur public et privé, mais on ne compta jusqu'à lors aucun médecin psychiatre de nationalité marocaine. C'est pourquoi la psychiatrie française représente le socle de l'organisation de l'assistance psychiatrique au Maroc.

En outre, un Journal fut créé en 1919, ‘‘Le Maroc médical’’, initié par les Docteurs E. Speder et E. Lepiney, où les médecins de toutes spécialités confondues publiaient les comptes rendus officiels de la société médicale et scientifique de Casablanca, de l’union médicale de Fès, de Meknès et d’Oujda, et de la fédération des unions médicales du Maroc. Le journal constituait un organe d’information pour les médecins éloignés et une liaison scientifique et professionnelle. Y figuraient des articles traitant de l’expertise psychiatrique, de psychologie, de psychanalyse et de spiritualité mais sans spécificité au contexte marocain.

La seule plume marocaine qui participa, à cette période, à la rédaction de ce journal fut le **Docteur Omar Boucetta**, alors chef du centre de santé de Bab El Hadid à Fès. Dans le domaine psychiatrique, il rédigea un article intitulé ‘‘Essai sur la psychologie du malade marocain’’⁶³, où il tenta de sensibiliser ses confrères au respect de la particularité du patient indigène, en donnant des recommandations spécialement pour les nouveaux jeunes médecins français arrivant au Maroc, pour mieux aborder les malades autochtones. Il insista tout particulièrement sur la connaissance même minime de la langue arabe qui permet de dissiper les barrières, ainsi que sur le respect des coutumes et des traditions qui ne représentent aucun caractère nocif pour le patient, pouvant même être considérées comme adjuvant thérapeutique permettant une meilleure mise en confiance ne gênant aucunement la thérapeutique médicamenteuse.

⁶³ : Docteur Omar Boucetta. Essai sur la psychologie du malade marocain. Publié dans ‘‘Maroc médical’’ en 1955.

Il y eut également l'organisation de réunions scientifiques marocaines et de journées médicales à partir de 1924. Et plus tard, du 7 au 13 Avril 1933, se tint à Rabat la XXVIIème session du congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, s'ouvrant sous la présidence du Dr Colombani, alors directeur de l'assistance et de l'hygiène publique du Protectorat.

Le Maroc bénéficiait alors depuis les années vingt, d'une évolution de son secteur médical qui allait de pair avec son homologue français et le développement de la psychiatrie s'inscrivait dans le cadre d'un développement mondial de cette discipline, tenant compte dans la progression de sa prise en charge du développement de la science, de l'introduction des nouvelles doctrines et des nouveaux aspects architecturaux, et surtout des besoins qui s'accroissaient.

Le premier hôpital psychiatrique fut construit à Berrechid. Il servit d'abord d'hôpital de campagne composé de quelques pavillons désaffectés auquel on adjoignit un premier quartier psychiatrique pour l'accueil des malades français. Il fut par la suite rénové en 1926 dès le départ des patients militaires selon le modèle des asiles européens.

Le choix de l'emplacement d'une structure neuropsychiatrique à ce niveau repose sur la conviction, durant cette période, que les maladies nerveuses et mentales sont favorisées par le climat marin.

Le climat de la Chaouia, située à une quarantaine de kilomètre de la mer, sec et tempéré, en léger retrait sur la zone littorale de l'océan est alors particulièrement favorable à la cure de ces patients.

Ce n'est qu'en 1931 que l'hôpital fut érigé, par le Dahir du 8mars, en hôpital neuropsychiatrique public où furent traités marocains et étrangers au même titre. Les malades mentaux indigènes de tout le pays, nécessitant une hospitalisation, étaient alors transférés dans un premier temps à ce niveau, car les autres services psychiatriques, notamment celui de l'hôpital Colombani de Casablanca, n'hospitalisaient que les européens au début.

L'hôpital de Berrechid était sous le contrôle technique et administratif de la direction de la santé publique, avec une capacité litière de 170 au départ, et qui fut portée à 600 plus tard, pour atteindre plus de 1000 places à la veille de l'indépendance.

D'autres unités spécifiques furent créées pour les malades mentaux, suite à l'augmentation des demandes et la croissance du nombre de consultations externes ainsi que l'émergence de pathologies nouvelles telles que les psychoses réactionnelles et les phénomènes de somatisation. L'assistance psychiatrique comporta alors en 1949 à :

- Casablanca:
 - un grand service de 50 lits à l'hôpital Jules Colombani, avec isolement et consultation externe.
 - un petit service d'isolement temporaire à l'hôpital Jules Moran, pour malades marocains.
- Berrechid :
 - Un vaste hôpital neuropsychiatrique, doté à l'époque d'équipements modernes et se trouvant en liaison avec tous les services de première urgence.

- Rabat :
 - Un petit service d'accueil temporaire à l'hôpital militaire Marie-Feuillet.
- Marrakech :
 - Un pavillon d'hospitalisation créé en 1935, et recevant en observation des malades musulmans.
- Fès :
 - Un hôpital psychiatrique construit en 1947.
- Ben Ahmed :
 - Un centre de convalescence pour vieillards musulmans.

L'appareil psychiatrique comportait alors des services dits de première ligne situés le plus souvent dans les hôpitaux généraux des régions, répondant aux urgences psychiatriques, et des services de deuxième ligne destinés aux malades chroniques avec une ségrégation entre nationalités par l'instauration de services pour musulmans et d'autres pour européens.

Outre la psychiatrie générale, l'administration de la santé a mis en place quelques consultations externes de pédopsychiatrie, une classe pour enfants présentant des retards scolaires à Rabat et un centre de rééducation pour jeunes délinquants à Sidi Ayachi à Kenitra et à Azemmour. La gérontopsychiatrie se limitait, quant à elle, à des projets de pensionnat pour vieillards, une perspective qui ne s'accommodait pas avec les valeurs musulmanes.

La psychanalyse fut également introduite, durant l'année 1949 par le **Docteur René Laforgue**⁶⁴ et s'inscrivit dans les courants de pensée psychiatrique et idéologique de cette période, entamant des démarches individuelles permettant une subjectivité dans la prise en charge des patients.

C'est ainsi, qu'à la veille de l'indépendance, on vit se développer le domaine psychiatrique à une cadence colossale n'échappant pas au développement mondial de cette discipline.

N'ayant pas eu d'école psychiatrique structurée limitant l'ouverture des discours, le Maroc bénéficia d'une diversité de courants de pensée juxtaposant des aspirations organicistes avec des considérations anatomiques rattachant toutes les pathologies à des lésions organiques, héréditaristes et eugéniques prônant l'hérédité de l'intelligence et l'origine génétique des différences entre races, psychologiques, évaluant et expliquant les processus mentaux dans leur ensemble, en prenant en compte les manifestations de la subjectivité, dont fait partie la psychanalyse, et ethnologiques connexes au sociologiques ayant comme pratique l'étude comparative et explicative de l'ensemble des caractères sociaux et culturels des groupes humains d'ethnie. Ces différents courants permirent alors par leurs complémentarités un épanouissement dans la pratique médicale attribuant à cette discipline la meilleure voie pour sa progression.

⁶⁴ : Docteur René Laforgue : (1894-1962) est un psychiatre et psychanalyste faisant figure de référence en France jusqu'en 1945, date à laquelle il devient un personnage controversé suite aux rapports entretenus et poursuivis durant la guerre avec un psychiatre allemand militant contre la psychanalyse juive. Il habita Casablanca durant les années 50, où il fonde *l'Institut de psychanalyse de Casablanca*.

On retrouvait cependant au niveau de la thérapeutique toutes sortes de pratiques développées à l'échelle internationale se basant sur la chimiothérapie, la psychothérapie ou la convulsivothérapie électrique, auprès desquelles n'ont cessé de subsister les pratiques traditionnelles.

Concernant l'apport de la colonisation espagnole dans le domaine psychiatrique, ce n'est qu'en 1950 que les autorités menèrent des actions similaires mais de moindre importance avec l'action volontariste du seul médecin psychiatre qui exerçait au nord du pays, le Docteur Alfonso Turegano.

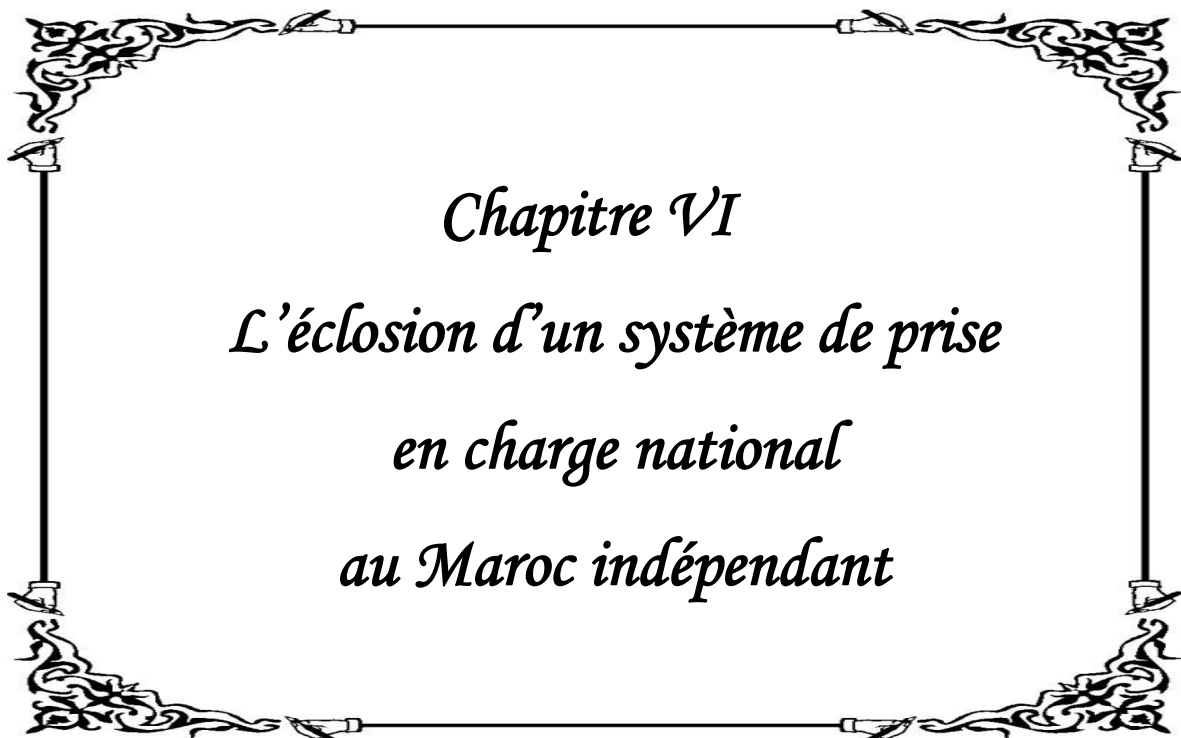
Le Maroc ne comptait en 1955 que 35 médecins nationaux installés majoritairement dans le secteur privé, dont aucun psychiatre. Mais à cette époque, 450 jeunes étudiaient la médecine en France et allaient pouvoir grossir les rangs de la population médicale.

Ainsi, l'ère post coloniale fut marquée par la transition entre une psychiatrie de type occidental et une psychiatrie à la recherche des spécificités culturelles, telle qu'elle fut pratiquée après l'arrivée des psychiatres maghrébins.

Le changement de mentalités des praticiens fut marquant, et la recherche de la différence en théorie, commençait à viser davantage les spécificités de l'individu que les différences raciales, prenant alors le malade dans un ensemble incluant outre cette individualité sa situation familiale, professionnelle et sociale, conduisant les praticiens à une plus grande prudence dans leurs tentatives de classification.

La nécessité d'aborder les symptômes à travers la langue et la culture des patients se posait également par les praticiens français eux-mêmes avec une ouverture sur la voie d'une psychopathologie authentiquement maghrébine.

La demande psychiatrique ne cessait désormais d'augmenter et le champ de la médecine traditionnelle se déplaçait au fur et à mesure vers la psychiatrie et la psychanalyse en dépossédant les guérisseurs d'une part de leurs pouvoirs, et ce en tentant de trouver des traductions et des interprétations médicales convaincantes remplaçant les discours des différents acteurs sociaux de cette médecine populaire.



Chapitre VI
L'écllosion d'un système de prise
en charge national
au Maroc indépendant

1- LA LEGISLATION ET L'EMPREINTE MAROCAINE DANS LA STRUCTURATION DE LA PSYCHIATRIE DURANT LA PERIODE POSTCOLONIALE.

En dépit de l'ampleur du développement produit dans le domaine psychiatrique suite à son introduction au niveau de notre royaume par le système de protectorat français et sa progression suivant son cheminement au niveau mondial, il résidait des carences excessives auxquels devait faire face le Maroc indépendant, notamment au niveau de la réglementation des prises en charge.

Durant la période du protectorat, étaient appliqués l'esprit des lois françaises, en particulier, celle de 1838, ainsi que quelques législations traditionnelles locales, représentant alors des chartes de débrouillage.

Les principales lois promulguées, durant cette période, sous forme de Dahirs, d'arrêtés viziriels, ou d'arrêtés résidentiels intéressaient surtout la prévention dans le domaine de l'hygiène et de la salubrité publique, de la prophylaxie, de la répression de la falsification des denrées alimentaires et du régime des eaux potables.

En revanche, pour la psychiatrie, seule la réglementation pour le placement d'office était régie par l'esprit de la 2ème section du 2ème titre de la loi Française du 30 juin 1838, comportant trois articles concernant les placements ordonnés par l'autorité publique⁶⁵.

⁶⁵ : Germain, G.A., 2001. *L'évolution juridique des soins psychiatriques sans consentement en France de l'ancien régime à la loi du 05 juillet 2011*. (Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine. Université Joseph Fourier faculté de médecine de Grenoble).

Ces articles déterminaient d'abord la responsabilité de l'état dans la détention d'un aliéné dangereux ou potentiellement dangereux, en lui donnant le pouvoir d'interner un malade sans avoir recours à un certificat médical si l'état d'aliénation compromettait l'ordre public, faisant alors le lien entre dangerosité sociale et aliénation mentale. Ils soulignaient ensuite la délégation provisoire au médecin du pouvoir de placer un aliéné présentant un danger éminent par émission d'un certificat médical attestant de ce danger, et à la notoriété publique, mettant ainsi leurs responsabilités sur le même plan. Puis ils prévoyaient, par souci de sécurité, la nécessité d'adresser au préfet tous les six mois un certificat médical précisant l'état de chaque personne retenue, lui incombant ainsi la responsabilité de la décision de son maintien dans l'établissement ou de sa sortie.

Cette loi ne présentait néanmoins qu'une simple inspiration pour l'assistante psychiatrique Marocaine. En réalité notre pays offrait un modèle d'hospitalisation bien plus souple, donnant également à l'autorité locale le pouvoir d'hospitaliser une personne présentant des signes d'aliénation mentale, mais sur simple établissement d'un rapport de police et d'un certificat médical rédigé par un médecin demandant la mise en observation du patient dans un milieu hospitalier.

La décision de sortie ou du maintien du patient était alors prise, 48 heures après l'hospitalisation, par le médecin. Une procédure flexible par rapport au placement d'office alors en vigueur en France (et même en Algérie à cette période).

En cas d'internement maintenu, le médecin avait l'obligation de transmettre régulièrement des bulletins de santé au service de l'assistance.

En ce qui concerne les mâristâns, tout en sachant que Sidi Frej à Fès fonctionnait comme un service de première ligne, étant donné le nombre des malades mentaux et le manque des institutions spécifiques, si le patient n'avait commis aucun meurtre, il y'avait possibilité d'un placement à la demande de la famille ; une réglementation alors inexistante au niveau des hôpitaux, les pièces réglementaires à fournir pour une hospitalisation à ce niveau n'étaient cependant pas nécessaires.

On soulignera, alors, que malgré l'appropriation des bases de la psychiatrie française, l'assistance psychiatrique au Maroc n'était pas toujours conforme à ce modèle.

Ainsi la création d'une législation purement marocaine amenait le domaine psychiatrique à se décharger du sceau français et de se détacher de l'empreinte traditionnelle et magico-sorcellaire. Le progrès législatif permettrait alors une revalorisation de la culture marocaine, un maintien de sa tradition et le déploiement d'un apport propre au médecin marocain permettant une progression en accord avec les normes internationales.

Les premiers textes législatifs promulgués en matière de prévention, traitement, protection et responsabilité civile des malades mentaux sont le Dahir N1-58-295 du 30 Avril 1959 relatif à la prévention des maladies mentales et la protection des malades mentaux (Bulletin officiel du 15 mai 1959)⁶⁶, le Code du

⁶⁶: Bulletin Officiel du 15 mai 1959 Page 804.

Statut Personnel (Moudawana), et le Code Civil, représentant alors la charte fondamentale de l'assistance psychiatrique, permettant un cadre juridique pour régir un système sanitaire moderne capable de répondre d'une manière appropriée aux besoins de la population en cette matière.

Ce Dahir comporte 8 titres et 38 articles permettant de :

- Désigner les organismes chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales ainsi que de la protection des malades mentaux.
- Fixer les modalités d'hospitalisation, de mise en observation et de surveillance médicale hors des services psychiatriques.
- Instaurer les mesures de contrôle pendant l'hospitalisation, la mise en observation et la surveillance médicale ainsi que les voies de recours.
- Réglementer la protection des biens des malades mentaux et les dispositions particulières aux placements juridiques.
- Prévoir la création dans chaque province d'au moins un service hospitalier public affecté au seul traitement des malades mentaux, ou à défaut la création dans les hôpitaux généraux de services d'accueil provisoire où les malades mentaux pourront être admis aux fins de mise en observation pour une durée maximale de quinze jours.
- Charger l'état de la procuration aux malades placés sous surveillance de soins, traitements et médicaments nécessaires à leur rétablissement.

Seulement, le Maroc durant l'ère postcoloniale faisait face à des manques de moyens humains, financiers et infrastructureux non pris en considération lors de l'établissement de ce Dahir s'avérant alors être présomptueux pour cette période particulière. Certains articles en conséquence n'ont pas pu être entièrement appliqués.

On notera alors l'absence de la mise en place de manière adéquate du service central et de la commission de la santé mentale bien que comportant des responsabilités importantes dans la promotion de la psychiatrie ainsi que l'inaboutissement de la création, au niveau de chaque province, de services hospitaliers publics affectés au seul traitement des malades mentaux, ni des services d'accueil provisoire au niveau des hôpitaux généraux.

Associant à cela l'absence d'une politique de santé mentale préétablie et prévoyant des projets structurés et déterminés au court, moyen et long terme, ils aboutirent inéluctablement à une stagnation de la situation de l'assistance psychiatrique emboitant alors le pas au développement.

On assista néanmoins, en 1963, à la création d'un hôpital psychiatrique, Ar-Razi, en plein centre de la ville de Salé facilitant son accès aux usagers ; Il disposa d'une capacité de 200 lits à ses débuts et devint en 1970 la première institution psychiatrique universitaire du Maroc, ayant une bonne réputation à l'échelon national et accueillant des patients provenant de plusieurs régions.

C'est ainsi, qu'en 1972, le professeur Chkili, premier responsable de ce centre hospitalier universitaire, élaborait un rapport sur la situation de l'assistance psychiatrique au Maroc en y faisant un état des lieux et une analyse de la situation, dans le but de l'établissement d'un plan d'action pour la promotion de la santé mentale.

Il rapporta alors l'existence à cette période de : ⁶⁷

- 19 psychiatres dont trois seulement de nationalité marocaine, le reste de nationalité française mais aussi d'autres nationalités, et en particulier de ressortissants de l'Europe de l'Est (Pologne, Bulgarie, Roumanie...).
- 176 infirmiers travaillant dans le secteur psychiatrique au total, dont 54 diplômés d'état, le reste représentant des aides sanitaires.
- 10 hôpitaux et services psychiatriques, totalisant environ 3620 lits dont 2000 dans le seul hôpital de Berrechid.

A cette période, l'hôpital de Berrechid qui fut construit sur plus de 36 hectares, jouait un double rôle. Il comportait un pavillon qui assurait, tel un hôpital psychiatrique, les consultations et hospitalisations des patients atteints de pathologies aiguës, et un autre qui fonctionnait comme une structure asilaire où étaient transférés, par ordre du gouverneur, les patients chroniques dépassant un mois d'hospitalisation au niveau des autres structures psychiatriques, ainsi que les placement judiciaires ; oubliés ou rejetés par leur famille ils pouvaient alors dépasser plus d'une dizaine d'années d'hospitalisation.

Suite à son analyse, le Professeur Chkili proposa un programme et un plan d'action précis, tenant compte des orientations de la psychiatrie mondiale, des besoins du pays et des moyens disponibles.

⁶⁷ : .Paes, M., Toufiq,J., Ouanass,A., El Omari, F., 2005. La psychiatrie au Maroc. *Psychiatrie au Maghreb, L'information psychiatrique*. 81 (N5) pp : 471. Page 474.

Il se focalisa principalement sur la mise en place de différentes catégories de services permettant une meilleure accessibilité des soins pour les malades mentaux et touchant une large majorité de la population, en commençant d'abord par la décentralisation de l'assistance psychiatrique en répartissant les services au niveau des différentes provinces visant à la fois la prévention des troubles mentaux, les soins ambulatoires, le traitement hospitalier et la réhabilitation des malades.

Les principaux objectifs de ce programme étaient : ⁶⁸

- la promotion d'une psychiatrie qui tient compte des données socioculturelles et évitant toute action pouvant susciter, encourager ou perpétuer la mystification dont était entachée la maladie mentale.
- la promotion d'une psychiatrie axée en priorité sur les activités ambulatoires, et la participation de l'entourage à la prise en charge des patients, ce qui impliquait un investissement prioritaire au niveau de la formation des cadres médicaux et paramédicaux spécialisés et l'intégration de la psychiatrie dans le système général de la santé et en particulier dans les structures relevant des soins de santé de base aux dépens des structures hospitalières.
- la construction d'unités psychiatriques légères, intégrées de préférence aux hôpitaux généraux ou de spécialités, et disponibles dans l'ensemble des provinces du pays.

⁶⁸: Paes, M., Toufiq, J., Ouanass, A., & El Omari, F., 2005. La psychiatrie au Maroc. *Psychiatrie au Maghreb, L'information psychiatrique*. 81 (N5) pp : 471. Page 475.

- l'interdiction de l'extension des hôpitaux psychiatriques existants et le démantèlement du pavillon asilaire de Berrechid.
- la mise en place d'un système de collectes de données, la création de structures intermédiaires pour permettre la réinsertion et la prévention de la chronicité, ainsi que la formation en santé mentale de certains généralistes.

Ce programme mis en application par le ministère de la santé en 1974 essentiellement à travers une circulaire (la circulaire N 38 du 23 Avril 1974), eut une incidence importante dans le choix de la politique de santé mentale retenue et le mérite de promouvoir une pratique fondée sur la promotion de la santé mentale plutôt que sur le développement d'une psychiatrie asilaire, Il ne fut malheureusement pas développé dans sa totalité, mais il représenta un premier pas vers la progression de la discipline psychiatrique.

D'autres lois furent promulguées concernant les psychotropes interdits, élargissant ainsi la législation psychiatrique :

Le Dahir portant loi n°1-73-282 du 28 rebia II 1394 (21 mai 1974) (Bulletin Officiel du 5 juin 1974)⁶⁹ , relatif à la répression de la toxicomanie et la prévention des toxicomanes et modifiant le Dahir du 12 rabia II 1341 (2 décembre 1922) portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses ainsi que le Dahir du 20 chaabane 1373(24 avril 1954) portant prohibition du chanvre.

⁶⁹ : Bulletin Officiel du 5 juin 1974. Page 928.

Ce Dahir permet d'abord de faire la distinction entre les trafiquants et les usagers toxicomanes et représente un précurseur de la lutte et la prévention de l'usage des drogues. Il promulgue une loi donnant le choix aux usagers soit de subir une sanction pénale, ou de se soumettre à une cure de désintoxication pendant la durée nécessaire à leur traitement dans un établissement thérapeutique.

Il fut complété trois années plus tard par le Dahir portant loi n°2-77-626 du 19 chaoual 1397 (3 octobre 1977), (Bulletin Officiel du 19 octobre 1977)⁷⁰, portant création d'une commission nationale des stupéfiants. Ce Dahir comporte 8 articles, précisant les différents représentants ministériels, de la sûreté nationale, de l'administration des douanes, de la régie des tabacs et de la gendarmerie royale, impliqués dans cette commission et dont la présidence est assurée par le ministre de la santé publique. Ils déterminent aussi les différentes missions qui devraient être assurées par ces représentants et qui sont le contrôle des substances psycho-actives licites, la répression des cultures, du commerce et du trafic des drogues illicites et aussi la mise en place d'une politique de prévention de l'usage des drogues.

L'intérêt porté à l'évolution du domaine de la santé mentale, ne fut malheureusement pas continu, car les actions devaient être réalisées parallèlement à la reconstitution de l'état et de l'administration nécessitant alors des efforts et un développement visant tous les secteurs.

⁷⁰ : Bulletin Officiel du 19 Octobre 1979, page 1286.

Cette progression ne fut alors marquée, depuis les dates précitées, d'aucun grand changement jusqu'à la réorganisation et l'implantation, en 1988, au siège central du ministère de la santé, du service central de la santé mentale prévu par le Dahir de 1959, mais jusque là assuré, de manière informelle, par la direction de l'hôpital Ar-Razi.

Ce service fut placé sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, chargé notamment de l'élaboration des plans de projets relatifs à la prévention et au traitement des maladies mentales et de protection des malades mentaux, de la surveillance technique des établissements publics et privés de soins de cure ou d'assistance, ainsi que de la coordination en liaison avec les départements ministériels intéressés.⁷¹

Une autre faille du Dahir de 1959, fut également rétablie deux années plus tard, et qui est la mise en place de la commission de la santé mentale, qui fut alors présidée par le ministre de la santé (ou son représentant). Cette commission fut chargée essentiellement d'étudier toutes les questions d'ordre général concernant la prévention et le traitement des malades mentaux et de statuer sur les litiges et recours concernant les hospitalisations d'office. Les cas de litige en rapport avec les admissions par voie judiciaire, furent pris en charge par un magistrat ayant rang de président de chambre de cour d'appel ou de procureur général, désigné par le ministre de la justice.

⁷¹:Paes, M., Toufiq,J., Ouanass,A., & El Omari, F., 2005. La psychiatrie au Maroc. *Psychiatrie au Maghreb, L'information psychiatrique*. 81 (N5) pp : 471. Page 475.

Deux autres comités furent créés en 1991, afin de faciliter la tâche des deux institutions précitées en faisant des états des lieux et en proposant des plans d'action intégrés selon les moyens disponibles. Ce sont, le comité technique pour la santé mentale composé de spécialistes de différents secteurs, et le comité technique de prévention des toxicomanes. Aussi, en collaboration avec le comité technique de la santé mentale et un comité créé ad hoc, le ministère de la santé élaborera en 1992, un programme national pour la santé mentale, soutenu par l'Organisation Mondiale de la Santé et adopté officiellement en janvier 1993.

Plusieurs autres initiatives furent menées pour pallier aux insuffisances, principalement au niveau de l'hôpital universitaire psychiatrique Ar-Razi, où on tenta une certaine ouverture de la psychiatrie sur la ville et une promotion des soins ambulatoires par l'instauration de plusieurs unités complémentaires dont le budget est prélevé sur celui de l'hôpital Ar-Razi et où les patients bénéficiaient de prises en charge gratuites :

- En 1992, Un centre médico-psychologique (CMPA) en plein centre du quartier de l'Agdal à Rabat, afin d'être à proximité de nombreux établissements scolaires et des jeunes. Le centre avait comme objectif initial l'accueil et le soin des jeunes toxicomanes, avec élargissement progressif de son champ d'action aux adolescents et adultes jeunes en situation de crise psychologique, n'ayant pas nécessairement une pathologie psychiatrique, avec en outre l'accueil des parents et autres intervenants auprès des jeunes.

Ce centre bénéficiait d'un médecin psychiatre à plein temps et 3 à temps partiels, ainsi que deux infirmiers à pleins temps, ces personnels médicaux assuraient à la fois des prises en charge individuelles d'écoute, de soutien psychothérapeutique, d'accompagnement et de prescriptions médicamenteuses si nécessaires, ainsi que des prises en charge de groupe par l'instauration des réunions de jeunes et des ateliers d'expression (vidéo, informatique, peinture) fonctionnant une fois par semaine et animés par les membres de l'équipe et des intervenants artistes bénévoles.

-En 2000, un centre national de prévention et recherche en toxicomanie (CNPRT), qui est un des rares centres de l'Afrique du nord où les patients pouvaient bénéficier des soins tout en gardant l'anonymat et sans être placés sous mesures judiciaires et où en même temps furent menées des actions de prévention et de recherche.

Joint à ces efforts fournis pour la restructuration de la psychiatrie au Maroc, il y eut la formation de professionnels en santé mentale. Ainsi en 2005, ils atteignirent la formation de 300 psychiatres dont 14 militaires et 83 privés, 650 infirmiers spécialisés et environ 80 psychologues, dont 13 au public.⁷²

L'hospitalisation se faisait à cette époque soit au niveau des centres psychiatriques publics ou au privé dans des cliniques médico-chirurgicales. (Il n'y avait encore aucun établissement spécialisé privé).

⁷² :Paes, M., Toufiq,J., Ouanass,A., & El Omari, F., 2005. La psychiatrie au Maroc. *Psychiatrie au Maghreb, L'information psychiatrique*. 81 (N5) pp : 471. Page 476.

On recensa en 2007⁷³, 4 centres psychiatriques universitaires d'une capacité de 636 lits auxquels s'ajoutent 665 places au niveau de 5 hôpitaux spécialisés en santé mentale, et 609 places supplémentaire au niveau de 16 services de psychiatrie intégrés dans des hôpitaux généraux répartis dans l'ensemble du pays, 3 hôpitaux militaires dont un universitaire assuraient également des hospitalisations avec au total 70 lits.

Les hospitalisations partielles s'effectuaient dans ces mêmes établissements réservés à l'hospitalisation à plein temps.

Les consultations étaient en plus assurées au niveau de 73 centres de santé, sans compter plus de 80 cabinets de psychiatrie d'exercice privé, concentrés dans les grandes villes du pays.

Les indicateurs montrent alors à ce stade :

- **380 psychiatres dans l'ensemble du Royaume : 1 psychiatre / 100 000 habitants**
- **1910 lits psychiatriques pour 31 millions d'habitants : 1 lit / 16 000 habitants**

La pédopsychiatrie était par contre peu développée, avant l'installation d'une unité de consultation au niveau de l'hôpital Ibn Rochd à Casablanca en 2009 ; il n'existait que quelques consultations publiques relevant notamment des centres psychiatriques universitaires de ce même hôpital et de celui de Rabat-Salé ainsi que par quelques médecins au privé. Néanmoins pour les enfants autistes et handicapés mentaux, il y avait 7 institutions destinées à leur prise en charge gérées directement par des ONG, des fondations et des privés.

⁷³: Sekkat, F.Z., Belbachir, S., 2009. La psychiatrie au Maroc : Histoire, difficultés et défis. *L'information psychiatrique*. 85 (N7).

Les centres pour gérontopsychiatrie étaient cependant inexistants.

Pour la toxicomanie, durant l'année 2009, furent créés un centre médico-psychologique ambulatoire de prévention et prise en charge des toxicomanes avec dispositif de réduction des risques VIH à Tanger, et un centre médico-psychologique résidentiel de prévention et traitement des toxicomanes au sein de l'hôpital Ar-Razi.

Malgré les exploits réalisés dans ce domaine, persistaient toujours des insuffisances difficiles à dépasser à cause des moyens alloués par le gouvernement, insuffisants pour un rendement optimisé. On assista alors à la négligence des hôpitaux psychiatriques qui devenaient peu aptes à la prestation des soins, et la persistance de l'insuffisance des centres assurant les consultations externes et les structures intermédiaires (comme les hôpitaux du jour, les centres d'accueil et de réhabilitation pour les malades chroniques), ce qui ne favorisait pas la réinsertion des malades d'où une charge supplémentaire pour les familles et les institutions de soins.

La concentration du secteur privé au niveau des grandes villes du royaume, axée essentiellement sur les soins curatifs, ne facilitait pas non plus la prise en charge d'une plus large partie de la population. Beaucoup de patients bénéficiant alors de prise en charge aléatoire, la majorité n'ayant pas de couvertures sociales avait du mal à se procurer leurs médicaments d'autant plus avec les prix onéreux des nouvelles molécules antipsychotiques.

Le Maroc avec tous ces facteurs réunis représentait encore une fois un terrain propice pour l'accroissement des pratiques traditionnelles.

La demande de soins en santé mentale était pourtant en constant accroissement. Une enquête Nationale sur les Prévalences des Troubles Mentaux en Population Générale de 15 ans et plus réalisée entre 2003 et 2005⁷⁴, a montré que 48,9% des personnes enquêtées présente ou a présenté au moins un trouble mental au cours de sa vie, allant d'une insomnie, un stress jusqu'à un trouble dépressif grave ou une schizophrénie.

- Les troubles dépressifs représentent 26,5%, soit un total de 5.533.000 malades.
- Les troubles psychotiques 5,6%, soit 1.261.000 personnes dont 1% pour la schizophrénie, soit environ 200.000 personnes.
- Les troubles d'anxiété généralisée 9%

Par rapport aux troubles de l'addiction estimés à :

- 2 % d'abus d'alcool.
- 1,4 % de dépendance à l'alcool.
- 3 % d'abus de substances.
- 2,8 % de dépendance aux substances.

⁷⁴: - Sekkat, F.Z., Belbachir, S., 2009. La psychiatrie au Maroc : Histoire, difficultés et défis. *L'information psychiatrique*. 85 (N7).

- Hillali, M., 2010. *Rôle des médecins généralistes des établissements de soins de santé de base, dans la prise en charge des troubles mentaux, cas de la préfecture d'Oujda*. (Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Master en Administration Sanitaire et Santé Publique Filière Management des services de santé). Disponible sur : [<http://www.sante.gov.ma/inas/mem/mem-2010/Hilali.pdf>]

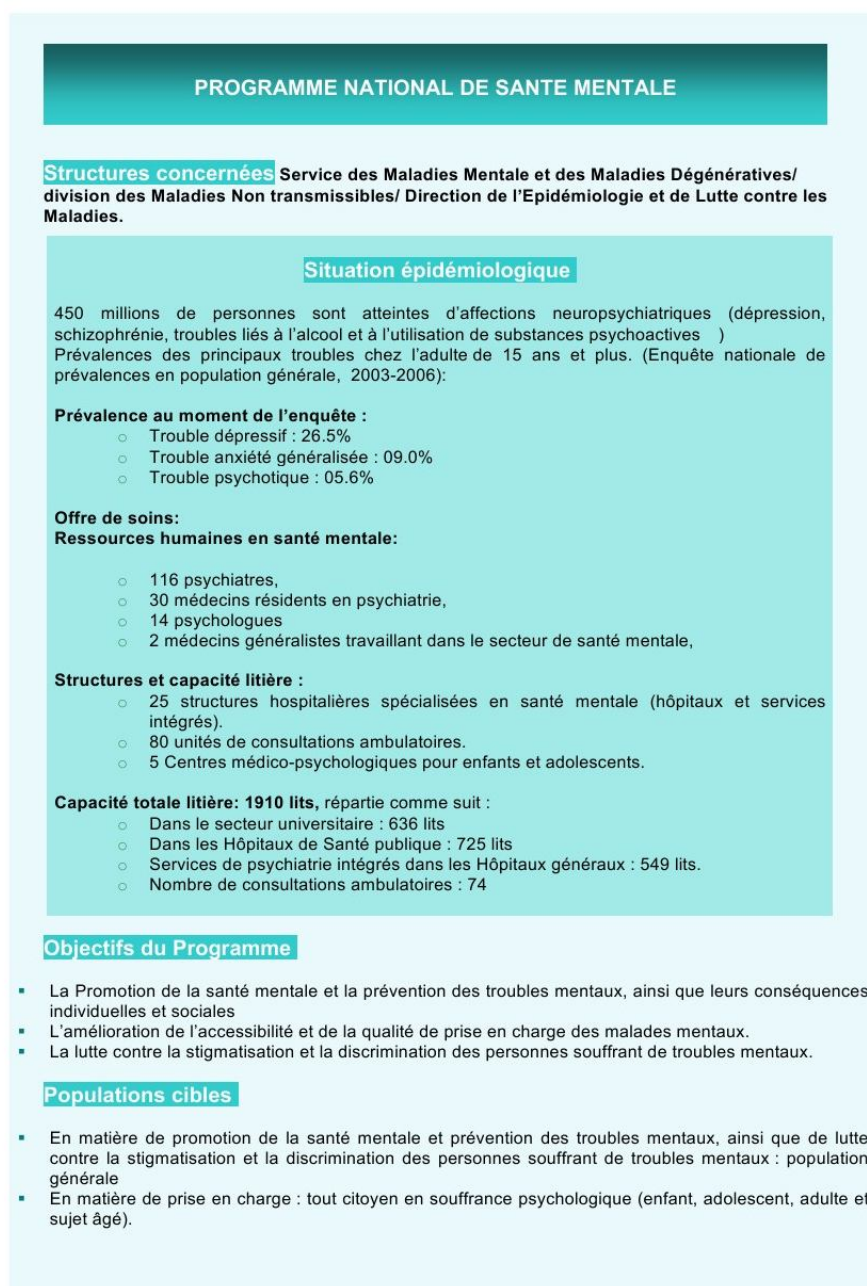


Fig.25 : Situation épidémiologique des affections neuropsychiatriques.
Enquête nationale de prévalence en population générale 2003-2006

[www.sante.gov.ma]

Ces résultats poussèrent le ministère de la Santé à établir un énième plan d'action pour la promotion de la psychiatrie, en adoptant une politique différente et en déterminant deux chantiers d'actions. D'abord la réforme hospitalière visant à améliorer le fonctionnement, la gestion, le rendement et la qualité des soins des établissements préexistants qui sont sous sa tutelle et de créer dans un deuxième temps des sous-spécialités qui s'avéraient être une nécessité incontestable, puis de mettre en place un régime de couverture médicale généralisée échelonnée dans le temps et visant à long terme la couverture sanitaire de toute la population.

La psychiatrie légale se limitant à cette période à une unité au sein de l'hôpital Ar-Razi et une autre au sein de l'hôpital de Berrechid contribuant à réduire les lits d'hospitalisation, poussa le ministère de la Santé à proposer la création d'unités psychiatriques en milieu carcéral représentant probablement une alternative non négligeable pour une économie de place.

Ainsi, l'objectif du ministère de la Santé fut de corriger progressivement les insuffisances, avec aboutissement du plan d'action pour l'année 2012 en faisant en sorte d'éliminer les inégalités évitables et les injustices. Son programme visait à :⁷⁵

⁷⁵ : Sekkat, F.Z., Belbachir, S., 2009. La psychiatrie au Maroc : Histoire, difficultés et défis. *L'information psychiatrique*. 85 (N7).Page 609.

Réorganiser l'offre de soins de psychiatrie par le développement en urgence de structures spécialisées, et doter chaque province d'un hôpital spécialisé ou d'un service intégré.

- Assurer un minimum essentiel en matière de structures de prise en charge pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.
- Renforcer la formation continue et de base des professionnels de santé mentale, par la création de cursus de formation pour les différents intervenants en santé mentale.
- Prémunir les jeunes contre l'usage des substances psycho-actives et réduire les risques VIH chez les usagers de drogues injectables.
- Améliorer la capacité des acteurs dans le traitement et la prise en charge spécifique des personnes souffrant de troubles addictifs.
- Réviser les textes régissant le domaine de la santé mentale.
- Sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale et lutter contre la stigmatisation en partenariat avec les ONG.
- Assurer l'accès aux médicaments spécifiques (psychotropes) en assurant la gratuité de ceux-ci selon l'article 21 du dahir de 1959.
- Humaniser et moderniser les hôpitaux et services existants par leur rénovation et leur mise à niveau selon les standards internationaux.

- Promouvoir les principes d'une bonne santé mentale et prévenir les troubles mentaux par la mise en place d'une campagne sociale de communication ;
- Augmenter le nombre de professionnels de la santé mentale ;
- Développer la gérontopsychiatrie : orientations et réflexions à inscrire dans la stratégie nationale de gériatrie initiée par la direction de la population.

2- LA PLACE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES MENTALES AU MAROC.

a – Introduction.

On ne peut traiter l’histoire de la psychiatrie marocaine sans relater la place qu’occupe la médecine traditionnelle dans ce qu’on peut appeler la psychiatrie culturelle.

Ce chapitre vient compléter le bref aperçu, donné au niveau du troisième chapitre de notre travail, rapportant les pratiques découvertes par les médecins missionnaires français au niveau du Maroc et qui ne sont autres que les prises en charge relevant de la médecine traditionnelle.

L’organisation mondiale de la santé entame une approche holistique et globale de cet art de guérir en donnant d’abord des définitions académiques de la médecine traditionnelle :

“La médecine traditionnelle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales.”⁷⁶

⁷⁶ : Définition extraite des *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l’évaluation de la médecine traditionnelle* publiés en 2000 par l’OMS.

Les praticiens de cette médecine sont également définis par:

*''Une personne reconnue par la collectivité où elle vit, comme compétente pour dispenser les soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales ou minérales, et d'autres méthodes basées sur un fondement socioculturel et religieux, aussi bien que sur les connaissances, compétences, croyances liées au bien être physique, mental et social ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité.''*⁷⁷

En effet, dans chaque culture, quelle que soit son appartenance religieuse ou géographique, existe un système thérapeutique traditionnel complexe trouvant une place auprès d'une population convaincue de son efficacité thérapeutique.

Au Maroc, en dépit de la modernisation et de la structuration du secteur psychiatrique selon un modèle occidental qui consacra une part de son travail à la rupture radicale avec les pratiques traditionnelles, et de l'extension des infrastructures psychiatriques publiques et privées, la place de ces pratiques ne fut pas complètement écartée et les demandes auprès des praticiens populaires ne cessa de s'accroître jusqu'à nos jours.

La coexistence ininterrompue de la médecine traditionnelle aux côtés de la médecine moderne au niveau du système sanitaire peut être expliquée par le retard que prend celui-ci à s'étendre afin d'intéresser toute la population, prenant alors le titre de médecine populaire laissant croire que ces pratiques trouvent singulièrement leurs places au niveau des zones rurales.

⁷⁷ : Définition extraite des *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle* publiés en 2000 par l'OMS.

Il est toutefois évident qu'elle trouve surtout son soutien dans la croyance populaire, intéressant tous les niveaux socio-économiques, surtout pour sa prise en charge des atteintes mentales ; certains ne se livrant aux pratiques scientifiques, quoique accessible, qu'après avoir épuisé les différents recours thérapeutiques dispensés par le champ de ces pratiques curatives.

Le choix de la sollicitation du domaine scientifique ou traditionnel repose alors principalement sur la conception que le patient et son entourage ont de la maladie mentale et dont l'influence est avant tout culturelle.

b - L'organisation de la psychiatrie culturelle marocaine.

La médecine traditionnelle se révèle être dotée d'une structuration organisée, classifiant les maladies psychiques selon des théories étiologiques d'origine culturelle, atteignant une personne appartenant à cette culture et non pas considérée comme une généralité humaine.

Les courants traditionnels dans notre pays proposent plusieurs modèles culturels dans leurs conceptions des désordres psychiques, privilégiant deux composantes souvent juxtaposées revêtant ainsi la pathologie mentale marocaine d'une teinte spécifique : la possession due à l'œuvre d'un esprit ou d'un "djinn" et l'ensorcellement du aux agissements néfastes de personnes nourries de mauvaises intentions.

Deux manifestations démontrant l'origine exogène du pathogène en cause des troubles mentaux et la place du mal par ces actions persécutrices dans les désordres psychiques.

Les symptômes quant à eux se manifestent différemment selon l'étiologie de l'atteinte, avec comme principale expression "le délire" qui s'extériorise selon les modalités de l'atteinte.

Cette médecine propose aussi des circuits thérapeutiques différents et assurés par plusieurs types de praticiens selon leur savoir, leur compétence mais aussi le diagnostic posé.

La recherche du diagnostic représente une étape très importante, précédant toujours le rituel thérapeutique, reposant sur des procédures pouvant emprunter plusieurs chemins tels que "la divination", "le rêve", "la transe", "les opérations magiques", par des voyants-guérisseurs, afin d'aboutir au dépistage et à l'identification de l'agent pathogène, responsable du mal.

Une fois le diagnostic établi, le patient est alors dirigé vers une pratique thérapeutique pouvant osciller au cours de son traitement entre différentes pratiques traditionnelles voir même avoir recours à la médecine moderne.

Parmi les procédés thérapeutiques existants, trois principaux rites de guérison s'offrent au patient, avec comme action principale "l'exorcisme" vu le caractère persécuteur prédominant dans l'explication des désordres mentaux.

-L'arsenal thérapeutiques du Fquih:

Pour les atteintes psychiques, le principal procédé thérapeutique utilisé par le Fquih est l'exorcisme. Cette pratique représente la thérapeutique visant à expulser l'agent pathogène, en dehors du corps par le biais de différents supports : lecture du Coran, menaces, négociations, amulettes, interventions sur le corps, fumigations... etc.

On reconnaît au Coran des vertus thérapeutiques et prophylactiques, mais celles-ci ne sont ni codifiées ni règlementées en rituels immuables. Ainsi dans le champ exorcistique, les praticiens instrumentalisent la religion en y associant des manèges et des manipulations magiques diverses, qu'ils doivent alors maîtriser.

La possession du savoir coranique constitue donc une condition nécessaire pour ces pratiques ; c'est pourquoi le Fquih, personnage religieux, représente le meilleur acteur de cette tendance thérapeutique de par sa maîtrise de la totalité des sourates coraniques et de ses connaissances ésotériques.

Cependant, la seule possession du savoir coranique reste insuffisante pour cette pratique thérapeutique non exempte de danger pouvant déclencher des réactions imprévisibles de la part des esprits en cause. Il faut alors maîtriser des techniques et discerner parfaitement les choses invisibles.

Pour l'apprentissage des praticiens existent des livres tels que le "kitab arrahma" d'Assoyouti et les manuels populaires de magie connus par l'appellation vernaculaire de "livres jaunes" au Maroc. Ils fournissent un véritable arsenal d'exorcisme et donnent une idée complète sur les procédures à suivre dans un processus exorcistique. Ils contiennent également des instructions pour leur exécution et un grand nombre de formules rituelles très utilisées.

Après des fquihis se trouvent les "chouwaffas" ou "voyantes" et les "sehharras" ou "ensorceleuses" ; les légendes rapportent que leur pouvoir thérapeutique est contracté après leurs rétablissements des affres d'une maladie mentale, ce qui leur a permis d'approcher les esprits de près ainsi que de pactiser et de s'allier avec eux.

On s'adresse normalement à ces guérisseuses pour se décharger des difficultés sociales, psychoaffectives, matérielles ou relationnelles et dont on voudrait savoir la cause et le devenir.

Bien que la religion ait été très claire sur ce point, il n'en demeure pas moins que ce métier reste florissant. Il fait vivre quelques 30.000 voyantes à travers le Maroc et produit un chiffre d'affaires estimé à 20 millions de dirhams, rien que pour les voyantes et les ensorceleuses⁷⁸.

Ces acteurs sociaux ont alors à la fois le pouvoir de guérison mais aussi celui de l'ensorcellement, sauf le fqih qui participe dans le circuit thérapeutique de la sorcellerie plutôt autant que "dé-ensorceleur" au côté d'autres manipulateurs du sacré, qui agissent sur des atteintes psychosomatiques résultant d'un travail magique délibérément malintentionné, sous forme de mauvaises écritures, mauvais œil, empoisonnement et nouement. Pour cette procédure thérapeutique, il s'agit de défaire, d'annuler ou d'anéantir "la magie" par un travail magique encore plus fort.

L'arsenal thérapeutique dont dispose le Fqih est donc riche et varié, selon les cas, il pratique les thérapies suivantes :

- Herz ou talisman : Formule écrite avec des signes cabalistiques soit sur une amulette ou dissoute pour être bue.
- Formules magico-religieuses : paroles magiques ou versets coraniques destinés à lutter contre les puissances occultes.

⁷⁸ : Rouda, C., 1994. *Pathologies organiques et thérapeutiques traditionnelles*. (Thèse présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine et pharmacie de Casablanca.) Page 20.

- Prescriptions à base d'herbe que la famille va généralement ramasser elle-même.
- Il peut aussi conseiller au malade la visite d'un marabout.
- Il peut orienter le malade vers le médecin, quand il juge que le problème ne relève pas de modalités thérapeutiques traditionnelles.

Le maraboutisme :

Le culte des saints pratiqué par les marocains constitue l'une des caractéristiques culturelles les plus importantes dans notre pays, le maraboutisme ne peut représenter alors que le plus important procédé de guérison en médecine traditionnelle.

Du point de vue étymologique "marabout" est un néologisme dérivé de "murabit", qui désigne en Arabe classique, l'habitant d'un ribat (forteresse), qui se distinguait par sa vie pieuse et contemplative, ce qui lui valut d'être assimilé à un saint que Dieu choisit et auquel Il attribua Sa baraka (bénédiction, sainteté, pouvoir surnaturel).

Le terme marabout évolua au cours de l'histoire et signifia à la fois l'homme pieux, le guide spirituel, le saint d'une confrérie ainsi que l'ensemble des comportements religieux se rapportant à lui, le tombeau ou le sanctuaire qui abrite sa dépouille mais aussi tous les objets (grotte, arbre, pierre, source) qui lui étaient intimement liés et qui sont également détenteurs de sa baraka. Ce terme peut également désigner les tombeaux votifs où souvent un culte ou une ancienne croyance animiste s'abrita sous un nom musulman.

La nomenclature des saints par contre, est toute autre, faisant appel à des qualificatifs ou des formules très variées qui mettent plutôt l'accent sur son aspect sacré tels que "wali", "sayyid", "moulay", "sidi" pour les saints masculins et "lalla" et "sayyida" pour les saintes.

Actuellement, le maraboutisme désigne une pratique magico-religieuse, reposant sur la croyance que les souffrances ou les désirs de l'homme, selon la vocation de la visite du patient, puissent être apaisés ou satisfaits par des moyens surnaturels reposant principalement sur la baraka du saint défunt, suite à la visite de son tombeau.

Cette Baraka est attribuée à ces personnages religieux grâce à leur supposée proximité avec Dieu. Jouant alors le rôle d'intermédiaire entre le monde divin et les hommes, elle trouve son appui dans la croyance de l'intense contiguïté entre la médecine et le sacré, grâce au rapport étroit entre la religion et la thérapie.

Dans le domaine de la pathologie mentale, il existe une dizaine de marabouts à travers le pays vers lesquels convergent nécessairement, à un moment donné du processus thérapeutiques, les malades mentaux. Ils ont pratiquement tous les mêmes perspectives thérapeutiques.

Leurs rites sont surtout dédiés à la thérapeutique de la possession et la spécificité de leurs approches repose sur leur instauration d'un tribunal mythique permettant une communication avec les esprits mais surtout le jugement de ces derniers. Cette approche diffère ainsi des approches classiques de la possession et du culte des saints dans les autres lieux de guérison marocains.

Nous prendrons comme exemple le Marabout Bouya Omar, sans doute, le plus important sanctuaire dans la prise en charge traditionnelle des désordres psychiques, rassemblant toutes les valeurs de l'univers thérapeutique maraboutique.

Le sanctuaire de Bouya Omar, se trouve dans la région du Tassaout aux environs de Marrakech, à 12 Km de la ville Al Attaouia soit 30km de ‘‘Kalaat Sraghna’’.

Il se trouve plus précisément sur le territoire de la confrérie Rhalliyyine où se trouve les tombeaux d'autres saints également descendant en ligne directe de Sidi Rahhal son fondateur ; les marabouts et mausolées s'y trouvant sont tous dirigés économiquement et dans leurs activités par les héritiers de ce dernier.

Dans cette région la maladie mentale représente le principal moteur économique. Ainsi le village est entièrement peuplé de malades mentaux ainsi que de drogués, soit déposés et délaissés par leur famille ou installés définitivement et de leur plein gré, pour bénéficier continuellement de l'apaisement procuré par la baraka du saint.

On rencontre ainsi tout au long du village des malades errants ou mendiant dans les rues, en plus de ceux hospitalisés, entassés par dizaine, certains enchainés dans leur chambre au sanctuaire ou même au niveau des appartements des villageois ; notons que ceux qui sont enfermés et cachés des yeux des visiteurs représentent un nombre bien plus important que ceux errants entre le marabout et le village.

La figure principale de ce marabout est Bouya Omar. Inconnu il y'a une trentaine d'année, il connaît actuellement un véritable engouement de la part de visiteurs venant de tout le Maroc.

De son nom complet Omar Ben Abdel Aziz Rahhal Al Kouch, il est né durant les deux dernières décennies du XVIème siècle, son histoire hagiographique est très peu connue, alimentée uniquement par la tradition orale.

Les légendes rapportent qu'il est resté illettré jusqu'à sa 40ème année, grâce à sa rencontre avec son maître "Sidi Mohamed Ben Ibrahim Naciri" de la confrérie Naciri. Il acquit auprès de ce saint au niveau du mausolée de "Tamarkoute" au bord de la rivière de Daraa, une initiation lui permettant d'apprendre le coran aux humains et aux esprits, par la délivrance d'une "Idjaza".

Les légendes rapportent également que le don miraculeux de ce saint "dompteur du démon et de la démons" découle de celui de "Sidna Soulayman" ou "Salomon" dans sa puissance sur les forces invisibles et les esprits, ultime raison sur sa renommée.

Les patients présents dans ce marabout sont soit des "possédés" enchainés dans leurs chambres, ou circulant librement, selon la gravité de leur atteinte. mais on retrouve également des visiteurs du saint accomplissant des rituels surtout au cours de la période du "moussem" durant une semaine, clôturée lors de "l'aid al mawlid anabawi", visiteurs venus au marabout soit pour remercier le saint pour une guérison, pour demander sa Baraka, ou suite à la demande d'un esprit les habitants.

Selon le “chrif” Abdelaziz alias “lmkhenter” praticien au niveau de ce marabout, les drogués ne sont plus pris en charge au niveau du marabout, car il a été admis que leur thérapie est du recours exclusive de la médecine. Il affirme toutefois, que des familles continuent à déposer leurs proches aux villageois qui s’occupent de leur enfermement, sous réserve d’une dotation mensuel. La somme est alors déterminée selon les moyens de la famille.

Ce sanctuaire possède plusieurs éléments matériels destinés à la réalisation du rite thérapeutique et dispersés sur plusieurs kilomètres.

Ainsi, en plus du tombeau du saint on retrouve les “Koubbas” de ses enfants, les grottes où habitent les djinns serviteurs qui l’épaulent dans sa tâche exorcistique, et d’autres mausolées Rhhaliyien, où les pèlerins doivent s’arrêter selon la direction de leur voyage, moins importants mais tout aussi utiles dans les rituels.

La nécessité de la visite du saint dans le circuit thérapeutique d’un patient atteint de désordres psychiques, dans le cadre de la médecine traditionnelle est objectivée soit par un rêve dans lequel le saint apparaît pour signifier que l’expulsion de l’esprit, pathogène de la maladie, ne dépend que de celui-ci et de son tribunal ou par ce que l’on nomme dans les usages du marabout Bouya Omar, le “Ntiq” ou la formulation, représentant un appel réitéré du possédé à se rendre sur place s’exprimant durant les crises inopinées de son délire.

Cette manifestation représente également un soulagement pour le patient et son entourage, car elle éclaire non seulement sur la cause de la maladie qui est alors la possession mais également sur la thérapeutique nécessaire pour sa guérison.

Ces malades sont alors ramenés par leurs familles et confiés soit aux gardiens du marabout ou aux habitants du village. Ils nécessitent des périodes de séjour d'une moyenne de plusieurs semaines pouvant même s'étaler sur plusieurs années. Lors de notre visite, nous rencontrâmes des malades séjournant aux marabouts ou chez les villageois pendant une période dépassant les 30 années, et en rupture totale avec leurs anciennes vies ; certains d'entre eux n'ayant plus aucun souvenir de la raison et la durée de leur présence au niveau du sanctuaire et n'ont plus aucun souvenir de leur vie réelle.

Le rituel relatif au traitement de la possession dans tous les marabouts est alors l'exorcisme, qui est par contre pratiqué différemment au niveau des autres lieux de soins.

Cet exorcisme vise à confronter le djinn au saint, grâce à l'aide du "Fquih" descendant de ce saint et praticien dans ce marabout depuis sa maîtrise des connaissances ésotériques relatives à ces pratiques.

Le possédé commence par implorer le saint sur son tombeau, afin d'actionner son pouvoir et sa baraka pour expulser le djinn de son corps. Le saint commence par entrer en communication avec le Djinn qui explicite les raisons de l'agression infligée au possédé ainsi que ses exigences.

Tout cela se manifestant dans une frénésie mystique, pouvant se limiter à des discussions ou avoir recours à la maltraitance du djinn à travers le corps du patient par des coups, crachats d'eau bouillante ou avoir recours aux sacrifices d'animaux ainsi que d'autres pratiques ésotériques.

Le possédé est alors engagé dans une loi mythique entamant une sorte de procès imaginaire entre lui et son djinn devant le tribunal du sanctuaire selon des procédures bien connues par les patients avec soumission et repentir.

Le caractère essentiel de ce culte est de n'être orchestré par aucune cérémonie, musique, couleurs, danses ou théâtralisme pour accompagner l'exorcisme ni aucune technique généralisée pour provoquer la transe des patients comme il est de coutume dans les autres lieux de guérison. Les rituels se poursuivent selon le caractère de la possession du patient et du djinn le possédant se produisant le plus souvent dans une agitation et une violence extrême.



Fig .26 : Photos du Marabout Bouya Omar ; prises en Avril 2013.
1- Pancarte indiquant le chemin de Bouya Omar sur la route périphérique menant de Marrakech à Fès.
2- L'entrée du Marabout Bouya Omar.
3- Villageois et résidents du sanctuaire devant la porte du marabout.
4- Dépôt des médicaments du village.
5- Portes et fenêtres des maisons sécurisées



Fig 27 : Photos du Marabout Bouya Omar ; prises en Avril 2013.
1-Tombeau du Saint Bouya Omar.
2-3-4 Rituels du chrif résident du marabout : récitation des versets coraniques ; crachat d'eau bouillante et sacrifice de mouton.
5- Couloirs au niveau du marabout abritant certains résidents du sanctuaire
6- Hall du sanctuaire Bouya Omar.

-Les initiations confrériques

Il s'agit ici de la prise en charge de la possession par des confréries dont le procédé thérapeutique vise la conciliation entre le malade et le génie responsable de ces troubles et à une initiation à la confrérie en question.

Le développement de ces confréries au Maroc s'est fait dans la foulée de son islamisation, représentant une prolongation et un achèvement sur le plan organisationnel des phénomènes mystiques apparus aux premiers temps de l'Islam.

L'épanouissement de ces confréries s'est fait de manière semblable au maraboutisme. Il s'agissait toujours d'un savant mystique réputé pour sa baraka, sa puissance et sa droiture, et se rattachant selon une hiérarchie aux grands maîtres et par eux au prophète.

Ce savant regroupe autour de lui quelques disciples auxquels il dispense son enseignement, qui s'organise par la suite en rituel, puis en doctrine créant ainsi une voie ou "tarika" se pratiquant de manière fixe dans un lieu sanctifié ou (zawiya).

Ces pratiques confrériques sont hétérogènes mais recourent toutes à la transe provoquée dans un but thérapeutiques et traduisant l'incursion d'entités surnaturelles invisibles que sont les djinns.

Le Maroc, par sa richesse culturelle, comporte une grande variété de confréries que nous pourrions classer en deux groupes principaux. Les plus connues, celles du mysticisme de l'Islam, "les soufis", ne sont pas toutes impliquées dans ces tendances thérapeutiques :

-Le premier groupe étant le plus impliqué dans le traitement des maladies causées par les forces occultes, est représenté par les aissaouas, les hmadchas et les gnaouas.

Ce groupe de confréries connaît une grande ferveur auprès des classes populaires. Leurs pratiques se basent sur des techniques de danses extatiques, de musiques frénétiques, de mutilations et d'endurances de maux pouvant aboutir des fois à des scènes d'un mysticisme douteux, leurs relations avec l'islam orthodoxe devenant alors conflictuelles.

La transe ou "possession rituelle" au niveau de ces groupes est une pratique qui s'est nourrie, dans la réalité marocaine, d'apports culturels divers notamment musulmans, africains, et animistes locaux.

-Le deuxième groupe recrutant ses adeptes essentiellement dans les classes aisées et lettrées des villes et des campagnes, comporte la kadiriya, la tijaniya, la nassiriya et la derqawiya dont les pratiques se réfèrent au courant religieux mystique et se limitent à des méthodes facilement conciliables avec l'orthodoxie.

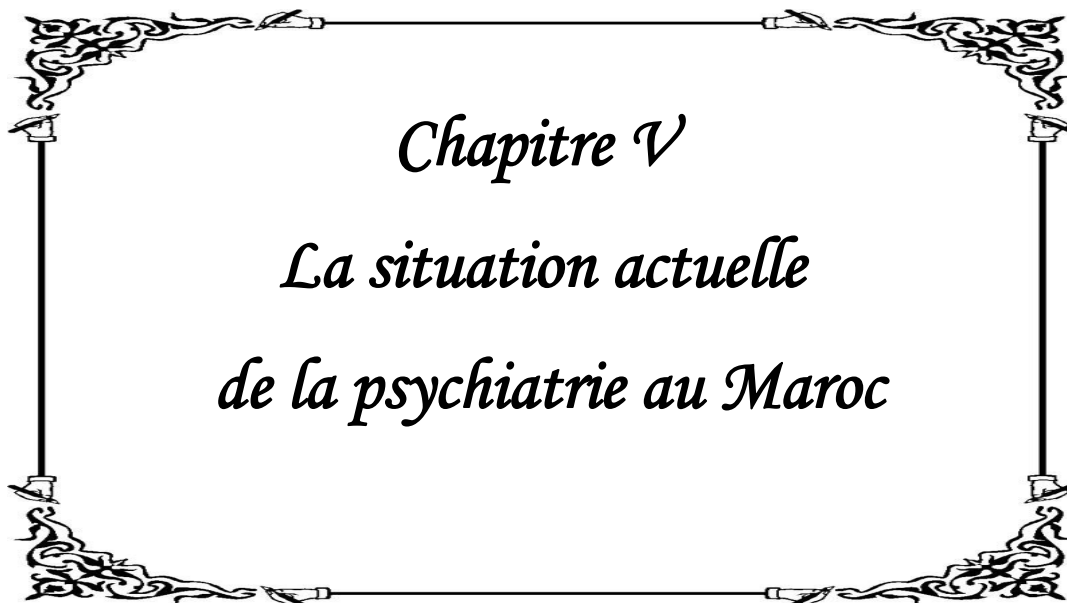
c – Conclusion.

Les premières lois régissant l'organisation de notre société furent basées sur la religion musulmane, une religion décrivant l'existence des djinns dans son livre sacré. C'est ainsi qu'ils furent ancrés dans notre culture alimentée en plus de cela par des mythes et des légendes telles des vérités irrévocables.

Il existe donc dans les esprits de la population marocaine des facteurs interprétant les désordres mentaux autres que ceux proposés par les tenants de la classification et du traitement scientifique, déterminant ainsi des altérations spécifiques à notre société ainsi que des méthodes pour y remédier, apportant même, à certaines atteintes, du sens là où la science ne peut donner d'explication convaincante à une société bornée.

Il est toutefois important de souligner que la prise en charge des atteintes psychiques dans la médecine traditionnelle, comme nous venons de le décrire, repose exclusivement sur la thérapeutique dite spirituelle à travers des techniques marquées par l'instrumentalisation de la religion et à laquelle les praticiens mêlent magie et sorcellerie. Ils profitent ainsi de la conviction ultime de la population du lien étroit entre la religion et la thérapie et l'incorporation de la signification culturelle du mal atteignant le malade, attirant alors dans leurs rangs une grande partie de la population.

Ces pratiques, ne répondant à aucun cadre juridique, se font dans l'anarchie la plus totale profitant de la crédulité et de la faiblesse psychique d'une population non éclairée, aboutissant ainsi à l'expansion du charlatanisme et de l'imposture.



Chapitre V
La situation actuelle
de la psychiatrie au Maroc

1 – LES RESULTATS DES DEMARCHES ENTREPRISES POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE AU MAROC.

Cinquante-sept ans s'écoulèrent depuis l'indépendance, le Maroc acquit suite à ces longues années de développement une situation économique et politique relativement stable dans son ensemble, lui permettant de se focaliser sur les principales faiblesses de ses secteurs, la psychiatrie en étant partie imposante.

Plusieurs actions ont été menées pour le développement du secteur psychiatrique, mais cette discipline ne bénéficia jamais de l'intérêt nécessaire à ses problèmes, au contraire, elle a toujours représenté le parent pauvre de la médecine, vu les efforts qui devaient être fournis face à des problèmes de santé publique jugés plus urgents par le ministère et les organismes internationaux.

A ce stade du développement, on note l'expansion des structures psychiatriques : désormais, le circuit de prise en charge des malades mentaux repose sur trois échelons ; le premier représente des centres de santé déterminés par préfecture ou province où des consultations ambulatoires sont assurées, par un médecin psychiatre quand il y en a. Le deuxième échelon, destiné à recevoir les malades chroniques, assure les hospitalisations, qui se font au niveau des services des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques. Un troisième échelon est également représenté par deux centres psychiatriques universitaires : ce sont alors des institutions qui assurent la formation et la recherche en plus de leur mission qui est le diagnostic et le traitement. Pour accéder à l'hospitalisation, les malades sont référés soit par le premier échelon ou le plus souvent par un médecin privé ou à partir des urgences d'un l'hôpital.

Pour les modalités d'hospitalisation, elles reposent sur la procédure légale de recrutement des malades mentaux qui est régie par le dahir 1.58.295 de 1959 et qui assure la protection des droits du malade à être soigné, à être protégé contre lui-même et contre le milieu environnant qui peut lui être hostile. Ce dahir prévoit :

-Le placement libre où le patient accepte librement de se faire hospitaliser. Il est alors soumis au même régime d'hospitalisation que celui des autres disciplines.

-La mise en observation d'office qui est la formule la plus utilisée quand un patient refuse une hospitalisation nécessaire à sa sécurité, celle de ses proches ou celle de l'ordre public. Cette mise en Observation peut être demandée soit par ses proches, une personne publique ou privée agissant dans l'intérêt du malade et de ses proches ou par décision du gouverneur.

-L'hospitalisation d'office par décision du gouverneur ou du procureur général du Roi. Elle ne peut se faire que dans un établissement public de psychiatrie. C'est une décision prise pour 6 mois, renouvelable au vu d'un certificat établi par un psychiatre relevant de la santé publique.

Dans le cadre de la démystification de la maladie mentale et du rapprochement de la psychiatrie de la population, des consultations psychiatriques gratuites sont organisées, deux fois par semaine, au niveau des universités, basées sur une prise en charge psychothérapeutique avec écoute des problèmes, préventions et sensibilisations, ainsi que des prises en charge médicamenteuses si nécessaires. Ceci permet alors d'aller à la rencontre et servir une population particulière des étudiants au sein des cités universitaires ainsi que d'y rapprocher les soins.

Des services de consultations externes sont également ouverts pour la prise en charge des patients en dehors des murs des hôpitaux psychiatriques, accueillant l'ensemble de la population de la région concernée, ainsi que des patients d'autres régions avec une correspondance de liaison. Ils sont par ailleurs en lien permanent avec les différents services d'hospitalisation, les centres de consultations ambulatoires publiques et les cabinets de psychiatrie privés.

Dans cette même perspective on promut la psychiatrie de liaison et ce par le déplacement pour avis des psychiatres au niveau des hôpitaux généraux ne bénéficiant pas de services de psychiatrie et la collaboration étroite avec les centres de consultation ambulatoires et les cabinets psychiatriques privés.

Quant au secteur privé, il reste concentré en milieu urbain, principalement sur l'axe Kenitra-Rabat-Casablanca, avec des activités axées sur les soins curatifs réalisés dans les cabinets de consultations ou bien dans des cliniques privées non spécialisées. Le Maroc dispose d'une seule clinique psychiatrique qui a vu le jour, à Casablanca, le 12 février 2011, avec une capacité litière de 25 places, répartis en trois unités d'hospitalisations psychiatriques qui sont des services dits «ouverts» et une unité de soins psychiatriques intensifs, qui est un service «fermé» réservé au traitement de troubles mentaux graves.

Cependant les principales lacunes n'ont jusque là pas été comblées. Le manque de ressources humaines et de moyens financiers représentent toujours un vrai obstacle au développement, aboutissant inéluctablement à une dégradation des lieux existant, à la renonciation de certaines activités prévues pour un meilleur encadrement des patients ainsi qu'à la possibilité de prise en charge d'une partie de la population uniquement, sachant que la demande de soins est en constante progression.

a- Les derniers chiffres recensés par le centre épidémiologique du ministère de la santé.

Un deuxième recensement concernant les infrastructures et le personnel du secteur psychiatrique réalisé par le service des maladies mentales et dégénératives du centre d'épidémiologie du Ministère de la Santé au cours de l'année 2011, nous rapporte l'existence à cette date d'une capacité litière totale nationale de 2304 lits (soit plus de 420 places en 4 ans) se répartissant sur 4 centres psychiatriques universitaires d'un total de 636 places, 6 hôpitaux spécialisés rajoutant 825 places, 20 services au niveau des hôpitaux généraux avec 773 places supplémentaires et 3 hôpitaux militaires dont 1 universitaire rajoutant un total de 70 places.

Deux services de pédopsychiatrie dépendant des centres hospitaliers universitaire Ibn Rochd (2009) et Ar-Razi (2010) ont également été créés au sein même de ces deux hôpitaux mais fonctionnant de manière isolée de la psychiatrie générale, assurant la prise en charge des troubles mentaux des mineurs jusqu'à l'âge de 18 ans et s'articulant autour de deux structures de base, un service de consultation et un hôpital de jour.

Le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Ar-Razi, inauguré le 7 juillet 2010 est le fruit d'une collaboration néerlandaise grâce aux travaux des associations «Pace Maker » et « de Bascule » et de l'hôpital Ar-Razi. Il vient combler un manque important en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent élargissant son action par un travail de collaboration étroite avec l'Hôpital d'enfants de Rabat (consultation de pédopsychiatrie une fois par

semaine), une liaison avec les centres publics de consultation ambulatoire pour enfants et adolescents et les cabinets privés de pédopsychiatrie ainsi qu'une intervention dans les écoles pour la sensibilisation aussi bien des écoliers que des enseignants.

Toujours dans le cadre de la prise en charge des enfants et adolescents, 5 centres médico-psychologiques ont ouvert leur porte au Maroc, assurant un travail de soutien et d'accompagnement, mais sont moins spécialisés que celui de Rabat Agdal qui dispose toujours d'un psychiatre à plein temps.

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, tels que le cas du centre pour personnes autistes et psychotiques qui a été inauguré le 2 août 2011, à Temara, par Sa Majesté le Roi Mohamed VI que Dieu l'assiste ; réalisé grâce à la collaboration entre la Fondation Mohamed V pour la Solidarité et l'Association des Parents et Amis des enfants psychotiques, La Maison a pour objectif de prendre en charge les personnes autistes et psychotiques, notamment d'un point de vue éducatif, pour les préparer au mieux à leur vie d'adulte. Ainsi que le Centre du jour de gériatrie psychiatrique et intermédiaire pour adultes de l'hôpital Ar-Razi à Salé, dont la première pierre a été posée samedi 11 Mai 2013 par S.M. le Roi Mohammed VI ; Un premier du genre au niveau national, il permettra de dispenser des soins de qualité aux personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques, par le biais d'une nouvelle méthode fondée essentiellement sur la mise à profit de la psychopédagogie, l'écoute et la prise en charge des patients et de leurs familles. Le centre, disposera de 40 lits et constituera un espace approprié pour la

formation théorique et pratique dans le domaine de la gériatrie psychiatrique et des programmes alternatifs à l'hospitalisation. Ce projet s'inscrit dans le cadre du programme d'action mené par la Fondation Mohammed V pour la solidarité en matière de soutien du secteur de la santé, notamment à travers des chantiers d'appoint à caractère social.

Une première unité d'art-thérapie a également vu le jour au sein du Centre Psychiatrique Universitaire Ibn Rochd de Casablanca. Cette nouvelle technique encore méconnue dans notre pays permet d'alléger la souffrance des patients par l'écriture et l'activité artistique et aide ainsi le patient à solliciter son imaginaire, son intuition, ses émotions, pour améliorer la qualité de la compréhension de soi.

Concernant les consultations psychiatriques, elles sont assurées en plus au niveau des 83 centres de santé, ainsi que chez les 124 psychiatres disponibles au privé, majoritairement installés dans les grandes villes du Royaume.

Pour le personnel médical, on dénombra durant cette année 138 psychiatres et 78 résidents en formation psychiatrique, s'entraînant par 10 médecins généralistes assurant des consultations au niveau des centres de santé. Auprès de ces derniers, exercent 18 psychologues, 738 infirmiers spécialisés ainsi que 6 orthophonistes, 2 psychomotriciens et 11 assistantes sociales dans le secteur public.

On remarque une diminution notable du nombre de médecins psychiatres qui est due principalement à l'opération du départ volontaire entraînant une carence dans l'effectif encore plus importante.

Nous rappelons que ce sont les derniers chiffres recensés par le centre d'épidémiologie du Ministère de la Santé. L'année 2012 a permis d'augmenter un peu les chiffres notamment par la nouvelle promotion de médecins résidants en psychiatrie et l'ouverture d'une nouvelle faculté de médecine à Oujda.

b- L'influence du conseil national des droits de l'homme sur la promotion de la psychiatrie au Maroc.

Un évènement crucial permit néanmoins une prise de conscience permettant finalement à la santé mentale d'avoir une place prioritaire au niveau du Ministère de la Santé.

Il s'agit d'une action s'inscrivant dans le cadre des prérogatives en matière de protection des droits de l'homme lancé par le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) se penchant sur le cas des malades mentaux en rappelant l'incidence recrudescence de ces atteintes, et reposant sur une visite effectuée par leurs responsables, du 27 mars au 6 juillet 2012, au niveau de 20 établissements psychiatriques.

Le but principal de cette visite était d'établir un rapport mettant en évidence les liens existants entre la prise en charge de la maladie mentale et les droits de l'homme et de sensibiliser la société au droit des malades mentaux à une prise en charge respectable à l'égard de leur dignité et leur citoyenneté tout en mettant le point sur la corrélation entre la santé mentale et le bien être.

Le bilan de ces visites notant plusieurs déficiences et un état de dégradation notable au niveau des structures, amena le Conseil National des Droits de l'Homme à préconiser un certain nombre d'actions afin d'y remédier, tels que:

- L'encouragement de la formation en psychiatrie et en spécialité relevant de cette discipline afin de combler l'insuffisance notoire de l'effectif médical loin de répondre aux normes universellement établies et reconnues en la matière.
- L'apport davantage d'intérêt à la psychiatrie infanto juvénile.
- L'adoption d'un statut adéquat régissant l'exercice du métier d'infirmier spécialisé en psychiatrie.
- La commémoration annuelle d'une journée nationale de la santé mentale afin de mieux assurer sa promotion.
- La réaffectation en urgence du budget alloué et du personnel mobilisé pour le renforcement des moyens des établissements existants afin de restaurer les édifices en état de délabrement (tel que celui de Meknès, Safi et Khouribga), ainsi que la constitution d'une commission mixte pour diagnostiquer le cas de l'hôpital de Berrechid.
- La mise en place de critères régissant la construction et la restauration des établissements.

Le Conseil National des Droits de l'Homme se pencha également sur le cadre législatif régissant la maladie mentale en analysant l'harmonisation des textes législatifs avec les conventions internationales auxquelles le Royaume avait adhéré, ce qui mit en évidence la désuétude et la non conformité de l'arsenal juridique ainsi que le manque des infrastructures et leur inadéquation au vu des standards de la répartition géographique, de l'architecture, des équipements ainsi que des normes de sécurité et de surveillance.

Les responsables du CNDH notèrent alors la capitulation de la justice dans son rôle de veille au respect des droits des malades mentaux et prônèrent la refonte de la loi du 30 avril 1959 relative à la prévention des maladies mentales, à la protection et au traitement des malades mentaux, permettant également une harmonisation avec les normes internationales et de manière adaptée aux nouvelles réalités de ce type de maladies au Maroc.

Ils préconisèrent aussi la révision du cadre légal relatif à la sécurité sociale, aux assurances-maladies et à l'ouverture des cliniques privées.

Il a été ainsi souligné l'impérieuse nécessité d'initier, à court et à moyen terme, une intervention forte, vigilante et minutieuse ainsi que de mettre en place des mesures urgentes afin d'instaurer une nouvelle politique intégrée et claire dans ses objectifs et dans les moyens octroyés pour le développement du secteur psychiatrique.

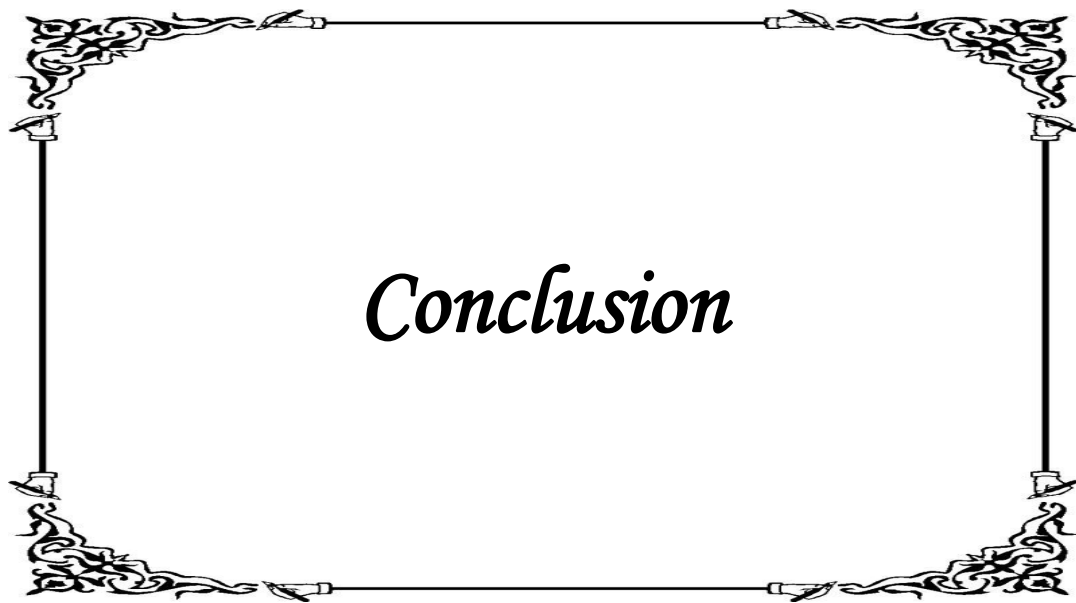
2- LES PERSPECTIVES D'AVENIR DU MINISTERE DE LA SANTE POUR LA PSYCHIATRIE.

La réponse du Ministère de la Santé à l'appel du Conseil National des Droits de l'Homme ne se fit pas attendre.

Le Ministre de la Santé Lhoussaine Louardi, souligna ainsi, lors de la session parlementaire du mardi 13 novembre 2012, le déploiement par son département d'une vision stratégique s'étalant sur la période 2012-2016 visant à :

- Restructurer le secteur psychiatrique tout en respectant les dispositifs relayés par les multiples conventions internationales inscrites dans le cadre du respect des droits de l'Homme, notamment la lutte contre la discrimination et la stigmatisation de la maladie mentale et de ceux qui en souffrent, allouant alors un budget de 35 millions MAD pour l'année 2012, sans compter le budget alloué aux médicaments, assurant gratuité à 150.000 patients par an.
- Elargir le programme de lutte contre l'usage de drogues pour atteindre 8.000 bénéficiaires à l'horizon 2016, dont 2.000 bénéficiaires du traitement substitutif par la méthadone.
- Accroître la capacité litière de 800 lits supplémentaires pour renforcer la capacité d'accueil, passant ainsi de 2.234 lits pour atteindre 3.000 à l'horizon 2016.

- Enrichir les ressources humaines en formant 30 psychiatres annuellement ainsi que 185 auxiliaires médicaux.
- Œuvrer, en partenariat avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur, pour la création de 4 départements universitaires pour la formation de 10 pédopsychiatres annuellement. Notons que le ministère de tutelle mettra en place, au cours de cette année, trois unités d'addictologie à Tétouan, Marrakech, et Nador. Trois autres centres seront achevés à Agadir, Fès et Al Hoceima en 2013.
- Elargir, à l'horizon 2016, les services de 4 centres, notamment, ceux de Tanger, Larache, Ksar El Kebir et Chefchaouen.



L'introduction de la psychiatrie dans le domaine médical représente une continuité dans l'histoire de la folie. Elle s'est faite de manière progressive, à travers l'évolution de la compréhension des atteintes psychiques et l'élaboration de traitements se révélant être de l'apanage de la médecine.

Le cheminement des réflexions sur le concept des désordres mentaux a fait alors passer les personnes atteintes de "fous" à "aliénés" pour aboutir finalement au titre de "malades", bénéficiant alors de lois assurant leur protection, leur traitement ainsi que leur surveillance.

L'intégration, dans cette étude, de l'analyse des travaux des principales civilisations qui marquèrent le développement de cette discipline au Maroc, nous a permis de mieux comprendre la perception de ces atteintes par la population marocaine, ainsi que de mieux cerner la diversification des courants la régissant.

Il a été démontré dans cette étude, que la civilisation islamique a permis un apport substantiel en cultivant ses bases scientifiques par l'étude des premières réflexions faites par les grands savants gréco-romains, et en ayant comme référence, pour le développement de ses prises en charge, l'école de Gundishapur. Cette civilisation imposa le respect et la protection des malades mentaux, tout en développant la compréhension des atteintes psychiques.

Elle joua, de surcroît, un rôle prépondérant dans l'élaboration de nouvelles méthodes thérapeutiques, prenant en considération la complexité physique et psychique de l'individu. On trouvait déjà dans le registre des traitements élaborés par les médecins musulmans, des pratiques s'inscrivant dans le cadre

d'une relation médecin-malade, basée sur le réconfort moral, tels que la psychothérapie, la sociothérapie, ainsi que la musicothérapie, et les thérapeutiques à visée hygiéno-diététique.

Les médecins musulmans furent également les précurseurs de l'activité hospitalière, amenant à la création de bîmâristâns assurant à cette époque une prise en charge dans une harmonie garantissant bien-être et respect des malades mentaux.

Tandis qu'à cette période, l'Europe sombrait dans un obscurantisme religieux, réduisant la maladie mentale à une punition divine, et ses manifestations à un éloignement des normes en vigueur et une hérésie, méritant les plus rudes des sanctions.

La psychiatrie ne prit réellement sa place, en tant que spécialité médicale, qu'aux environs de 1808, grâce au médecin psychiatre allemand, Johann Christian Reil. Pendant que la science périlait au niveau du territoire arabo-musulman, un long combat fut mené pour la réévaluation des maladies mentales en Europe. L'arsenal thérapeutique développé pour la prise en charge de ces atteintes, a permis d'affirmer son appartenance au domaine médical; étant fait de pratiques à la fois médicales et chirurgicales, on l'associa à la neurologie donnant naissance alors à la spécialité neuropsychiatrique. Elle ne se dissocia de cette discipline que vers les années 1960.

Cette phase de déclin au niveau du monde arabo-musulman, entraîna l'abandon des malades mentaux marocains aux pratiques traditionnelles, ainsi que la dégradation des exploits de la médecine de la civilisation islamique.

Le relais fut repris par les médecins Français durant la période coloniale. En incluant l'introduction de la psychiatrie dans leur programme de pacification et de civilisation, ils imposèrent une structuration et une modernisation totale de la santé mentale par l'extermination et le remplacement de la médecine traditionnelle par des approches purement scientifiques.

Le rôle du psychiatre à cette époque, en plus du traitement des patients, était d'assurer sa surveillance, son isolement et sa classification. Des tâches difficiles à réussir, quand il faut agir dans un pays de culture et de tradition complètement étrangères aux praticiens. L'œuvre française se greffait à cette science et entraînait la substitution progressive de la culture marocaine par la culture française. La négligence des normes indigènes dans leurs réflexions sur le normal et le pathologique était l'une des principales défaillances de leur action.

Cependant, la psychiatrie se développait au Maroc grâce aux médecins coloniaux, à l'instar de son développement mondial. Les mâristâns ont été, toutefois, progressivement remplacés, au niveau des principales villes du royaume, par des institutions asilaires bâties selon un modèle purement occidental, très enclin à la critique.

Ainsi, à l'aube de l'indépendance, la discipline était bel et bien introduite, mais la France ne laissa au Maroc qu'un personnel spécialisé, uniquement d'origine étrangère, appelé à disparaître, aucune structure pour la formation des médecins autochtones, et des institutions asilaires inadaptées.

La médecine traditionnelle a toutefois résisté à toute sorte de modernisation. Elle ne cessa de coexister auprès de la médecine moderne et ce grâce aux croyances et aux convictions de la population.

Les mythes fondateurs de toutes les civilisations s'intriquaient et formaient les bases de ces pratiques, qui reposent au Maroc, principalement sur le champ de la sorcellerie et de la spiritualité, considérant alors les atteintes mentales comme le résultat d'une possession ou d'un ensorcellement.

Les événements historiques du Maroc, ont toutefois permis la meilleure voie pour l'épanouissement et la progression des prises en charge psychiatriques. De multiples courants étaient admis ; principalement l'organiciste, le psychologique, l'ethnologique et avec l'expansion des thérapeutiques biologiques ces pratiques se juxtaposaient et complétaient ne limitant pas le praticien dans le choix de la meilleure prise en charge selon les caractéristiques de chaque individu.

Durant l'ère postcoloniale, les marocains ont pris la relève pour le développement de la psychiatrie dans leur pays. Ils devaient faire face à des carences excessives au niveau des moyens humains, financiers, infra structureaux, et législatifs et réaliser des projets parallèlement à la reconstitution de l'état et de l'administration.

Les projets commencèrent, dès 1959, par la promulgation de dahirs, et de textes au niveau du Code du Statut Personnel et du Code Civil, relatifs à la prévention, au traitement, à la protection et à la responsabilité civile des malades mentaux. Une législation purement marocaine qui établit la charte fondamentale de l'assistance psychiatrique, et un cadre juridique pour régir un système sanitaire s'adaptant aux normes socioculturelles du pays, bien que moderne.

Ce progrès législatif a permis la revalorisation de la culture marocaine, le maintien de sa tradition et le déploiement d'un apport propre à la culture marocaine. Ceci amena également le domaine psychiatrique à se décharger du sceaau français.

On assista durant les premières années d'indépendance à l'établissement du socle du système psychiatrique, notamment par la création des organismes chargés de la prévention, du traitement et de la protection des malades mentaux, de structures psychiatriques qui s'amplifièrent avec le temps, ainsi que par l'instauration des modalités d'hospitalisation, de surveillance et de mesures de contrôle.

On assista à cette période, comme partout dans le monde, à la dissociation de la psychiatrie de la neurologie, permettant une meilleure classification des atteintes mentales et des pratiques thérapeutiques plus spécifiques.

D'autres initiatives furent menées par la suite, visant à répondre au développement international de cette discipline. Le principal objectif était dès lors, la démystification de la maladie mentale par la promotion de la psychiatrie. Contrainte au pragmatisme, sa progression au Maroc est restée ouverte aux différents courants et influences de la psychiatrie moderne tout en respectant les données socioculturelles du pays.

Les travaux furent axés sur l'externalisation et la désinstitutionalisation, par la sectorisation de la psychiatrie, reposant sur des activités ambulatoires et sur l'implication de l'entourage dans la prise en charge des patients. On vit alors le démantèlement des structures asilaires, principalement l'hôpital de Berrechid, et la favorisation de la décentralisation et l'intégration de cette discipline aux hôpitaux généraux.

Cependant, la psychiatrie n'a jamais bénéficié d'un intérêt et d'un budget suffisants pour son épanouissement.

Bien que la question de la maladie mentale ne cessa d'être développée par l'élaboration d'innombrables projets pour sa promotion ; on assista à l'expansion des structures hospitalières et ambulatoires, à la création de centres intermédiaires pour la prise en charge des enfants et adolescents, et au développement de centres d'accueil et de prises en charge dédiés à la toxicomanie et l'addictologie. Mais l'inconstance de l'engagement de l'état entraîna une entrave à l'accomplissement d'un développement exhaustif du secteur psychiatrique.

Ainsi, Jusqu'en 2012, les principales lacunes de ce secteur étaient toujours les mêmes, une pénurie en ressources humaines et en moyens financiers, une insuffisance en matière de décentralisation et de gestion des structures hospitalières ainsi qu'en formation continue du personnel médical ; le manque de projet pour l'implication de la psychiatrie dans les soins de base représente également un obstacle à la de-stigmatisation de ce secteur.

Ces insuffisances ont entraîné un état de dégradation notable au niveau des structures, à l'abandon de certaines activités prévues pour un meilleur encadrement des patients ainsi qu'à la possibilité de prise en charge d'une partie de la population uniquement. Sachant que la demande de soins est en constante progression avec une incidence recrudescence des atteintes mentales⁷⁹.

⁷⁹: Enquête Nationale sur les Prévalences des Troubles Mentaux en Population Générale de 15 ans et plus (Asouab et al 2007), rapportée à la page 131 de notre travail.

Il a fallu le déploiement du Conseil National des Droits de l'Homme, pour faire agir de manière urgente le ministère et ce en mettant en avant les lacunes mises en exergue dans notre étude ainsi que la désuétude et la non conformité de l'arsenal juridique.

A l'heure actuelle, la psychiatrie est considérée comme prioritaire dans les plans d'actions du ministère de la santé. Elle bénéficie finalement de l'intérêt qu'elle mérite, mais on constate que le nouveau projet fixé ne présente pas une politique bien plus différente que les anciennes. Mis a part le budget non négligeable alloué à sa réalisation, le plan d'action vise à : restructurer le secteur psychiatrique tout en luttant contre la discrimination et la stigmatisation de la maladie mentale, élargir le programme de lutte contre l'usage des drogues, renforcer la capacité d'accueil hospitalière, enrichir les ressources humaines, mettre en place plus d'unités d'addictologie et étendre les services de 4 centres existants.



Les actions établies par le programme ont bel et bien leur importance. Nous supposons, toutefois, que pour augmenter leur pertinence et donner un nouveau souffle à l'expansion du secteur psychiatrique, nous devons nous focaliser de manière plus minutieuse sur 3 axes : la promotion, la formation, et l'encadrement social.

Nous rappelons que d'après l'Organisation Mondiale de la Santé, d'ici 2020 la dépression deviendra la deuxième cause d'invalidité à travers le monde, après les troubles cardio-vasculaires.

La promotion de la psychiatrie :

Bien qu'on constate qu'il y a une amélioration au niveau de la prise de conscience des Marocains et des décideurs par rapport à la santé mentale, une meilleure promotion de la psychiatrie visant à la fois la population générale et le personnel médical, reste nécessaire.

Face à la pénurie en ressources humaines, le ministère de la santé en a fait une spécialité prioritaire, avec l'ouverture de 30 postes annuellement ainsi que 185 pour les auxiliaires médicaux. Il a été toutefois constaté que les nouvelles recrues restent sceptiques quant au choix de cette voie. Une revalorisation de cette discipline auprès du personnel médical nous semble nécessaire pour la réalisation de ce projet.

La persistance de l'expansion de la médecine traditionnelle devrait nous inciter à développer des campagnes d'information et de de-stigmatisation de la maladie mentale afin de démystifier ces atteintes et mettre de la lumière sur les ressources disponibles pour leur prise en charge. L'intégration de la santé

mentale dans les activités d'éducation sanitaire dans le cadre du programme de santé scolaire et universitaire ainsi que la célébration de la journée mondiale de la santé mentale nous semblent être un bon début de programme pour la promotion de la psychiatrie.

Les établissements de soins de santé de base représentent les services de première ligne et de surcroît les plus proches de la population ; ils devraient jouer un rôle primordial pour cette de-stigmatisation.

Cependant une étude sur le rôle des médecins généralistes des établissements de soins de santé de base, dans la prise en charge des troubles mentaux, cas de la préfecture d'Oujda, menée par le Docteur Mohcine Hillali⁸⁰, nous rapporte que la réticence de ces médecins à prendre en charge des troubles mentaux au niveau des services de soins primaires est due essentiellement au manque de la formation continue et de la collaboration avec les professionnels de santé mentale, au caractère confus de l'organisation du système de référence et à l'image négative du médecin généraliste présente chez la population qui privilégie le recours aux psychiatres en cas de problème mental.

Ce qui nous amène au deuxième axe de nos recommandations.

⁸⁰ : Hillali, M., 2010. *Rôle des médecins généralistes des établissements de soins de santé de base, dans la prise en charge des troubles mentaux, cas de la préfecture d'Oujda.* (Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Master en Administration Sanitaire et Santé Publique Filière Management des services de santé). Disponible sur : [<http://www.sante.gov.ma/inas/mem/mem-2010/Hilali.pdf>]

La Formation :

La définition de la santé mentale proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé justifie son affiliation à la santé globale.

« Il s'agit d'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 ».

Il est ainsi essentiel d'adopter une approche globale de l'individu et de son environnement dans les soins de santé de base. Or, les soins de santé mentale sont le plus souvent directement orientés vers des structures spécialisées. Son appartenance aux soins primaires reste alors peu évidente.

Nous recommandons alors un renforcement de la formation des médecins généralistes en santé mentale, avec l'établissement d'un programme pour une mise à jour continue des éventuels changements de prise en charge. Ceci permettra d'alléger les consultations au niveau des structures hospitalières de deuxième ligne, d'approcher les soins à la population et de mieux encadrer la prise en charge des maladies mentales.

D'ailleurs l'Organisation Mondiale de la Santé a toujours recommandé l'intégration de la santé mentale au niveau des soins primaires. En 2009, la journée mondiale de la santé mentale, organisée par la Fédération Mondiale de la Santé Mentale avec l'appui de l'OMS sous le thème de la « Santé mentale en soins primaires » a relancé le débat sur l'amélioration des soins de santé primaires intégrés comme moyen pour répondre aux besoins des personnes

souffrant de troubles mentaux dans le but de rendre les systèmes de santé « plus équitables, plus ouverts à tous et plus justes »⁸¹.

Dans le cadre de la formation des médecins, nous aimerions également soulever la question sur la possibilité d'une formation plus spécifique des psychiatres marocains, selon les détresses sociales propres au pays et la formation des cellules de crises pour la prise en charge des situations d'urgence et de catastrophe.

L'encadrement social :

Une meilleure adhésion de l'assistance sociale et de l'entourage dans la prise en charge des patients permet d'assurer une meilleure rémission et un meilleur encadrement des malades en dehors des structures hospitalières.

Ainsi leur stabilisation aide à la diminution des hospitalisations permettant alors une rationalisation de ces coûts et la revalorisation de l'arsenal thérapeutique disponible ; Ceci permet également une de-stigmatisation et l'attirance d'une plus grande proportion de la population, les éloignant alors des griffes du charlatanisme de la médecine traditionnelle.

Ceci nous amène à nous poser des questions sur l'encadrement de ce domaine. La médecine traditionnelle n'étant régie par aucune structuration légale, elle évolue selon un mode anarchique entraînant l'expansion du charlatanisme au profit des faibles d'esprit.

⁸¹ : Hillali, M., 2010. *Rôle des médecins généralistes des établissements de soins de santé de base, dans la prise en charge des troubles mentaux, cas de la préfecture d'Oujda*. (Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Master en Administration Sanitaire et Santé Publique Filière Management des services de santé). Disponible sur : [<http://www.sante.gov.ma/inas/mem/mem-2010/Hilali.pdf>]

Que prévoit le gouvernement pour l'encadrement et la structuration de la médecine traditionnelle ? Alors même que l'Organisation mondiale de la santé se prononce radicalement en faveur de son intégration dans les dispositifs de santé, en développant une stratégie pour la médecine traditionnelle, visant à permettre à cette forme de soins de santé de mieux contribuer à la sécurité sanitaire.⁸²

Nous Rappelons que le Maroc est un pays membre de cette Organisation, et que celle-ci se concerte sur un travail avec ses États membres pour définir le rôle de la médecine traditionnelle dans les stratégies nationales relatives aux soins de santé, apportant son appui au développement de recherches cliniques sur l'innocuité et l'efficacité des médecines traditionnelles et en préconisant un usage rationnel de la médecine traditionnelle.

Comment recadrer cette médecine afin de la réintroduire dans le cadre des médecines traditionnelles savantes, tolérables et complémentaires de la médecine moderne ?

Nous supposons que les recommandations proposées peuvent amener à une amélioration des lacunes persistantes dans l'expansion du domaine psychiatrique ainsi qu'à une meilleure accessibilité et qualité de soins de santé mentale pour la population, dans le but de prospérer l'histoire de notre psychiatrie marocaine.

⁸² : Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005, Organisation Mondiale de la Santé, Genève. Disponible sur [<http://archives.who.int/tbs/trm/s2298f.pdf>]



Résumé

Titre : Histoire de la psychiatrie au Maroc.

Auteur : Safiyah BENMANSOUR.

Mots clés : Histoire, Médecine, Psychiatrie Maroc.

Nous dressons au long de ce travail l'histoire de la psychiatrie au Maroc à travers une étude rétrospective, afin de comprendre ses soubassements idéologiques, ses principaux courants ainsi que sa situation actuelle dans notre pays.

Les atteintes mentales existant depuis la nuit des temps, nous avons alors essayé de réunir, autant que faire se peut, les informations historiques relatant le cheminement du développement de cette discipline depuis la préhistoire jusqu'à sa constitution en tant que spécialité médicale. Nous rapportons les principales influences sur le Maroc durant ces ères, en décrivant ; les prémisses des réflexions sur le concept de la folie, le développement des premiers soins durant la période antique, ainsi que l'apport substantiel de la civilisation islamique dans la compréhension de ses atteintes et le développement des méthodes thérapeutiques.

Nous avons développé par la suite les étapes de l'introduction de la psychiatrie au Maroc, en tant que spécialité médicale, durant la période coloniale, ainsi que l'apport purement marocain dans sa structuration et l'édification de sa législation après son indépendance. Ceci nous a permis de conclure sur la situation actuelle et les performances de la politique entreprise pour l'évolution de la psychiatrie, en prenant en considération la place de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des atteintes psychiques.

Nous constatons au terme de ce travail, que malgré les innombrables efforts réalisés pour la promotion de la psychiatrie au Maroc, l'insuffisance de son ouverture envers la population et de son intrication dans les soins de base reste marquante, n'aidant pas à sa démystification. Nous démontrons aussi la nécessité d'une intervention plus minutieuse quant à l'application des projets jusque là établis mais jamais complètement adoptés.

Summary

Title: The History of Psychiatry in Morocco.

Author: Safiyah BENMANSOUR.

Key words: History, Medicine, Psychiatry, Morocco.

This research aims to draw up the history of psychiatry in Morocco through a retrospective analysis in order to understand its ideological foundations, its main mindsets, as well as, the actual situation in Morocco. Consequently, allowing us to demystify the various nuances that pertain to this discipline.

As mental disorders exist since time immemorial, we tried to gather as much historical data as we can that relates the development process of this field since the prehistory till it became a medical branch. We draw the main effects on Morocco during these eras by depicting the premises of madness concept thought, the development of first aid in classical times, along with the Islamic civilization substantial contribution to the understanding of its effects and the development of the therapeutic methods.

Subsequently, we elaborate upon the psychiatry introduction stages in Morocco as a medical branch during the colonial period, as well as, the Moroccan contribution to its structuring and the establishment of its framework legislation after the independence. With this in mind, we could draw a conclusion about the actual situation and the performance of the policies undertaken for the evolution of the psychiatry, taking into account the importance of traditional medicine in psychological diseases coverage.

At the end of this research, we noticed that despite all efforts made to promote the psychiatry in Morocco, its deficiency to spread on the whole population and to be considered as basic healthcare remains important and hinders its demystification process. We demonstrated the necessity for immediate and meticulous intervention. Indeed, this is specially the case in projects which base has been established yet never thoroughly adopted completely. This incomplete endeavor remains a priority in the agenda.

ملخص

العنوان : تاريخ طب الأمراض النفسية بالمغرب

تأليف : صفية بنمنصور

الكلمات المحورية : تاريخ - طب الأمراض النفسية - المغرب

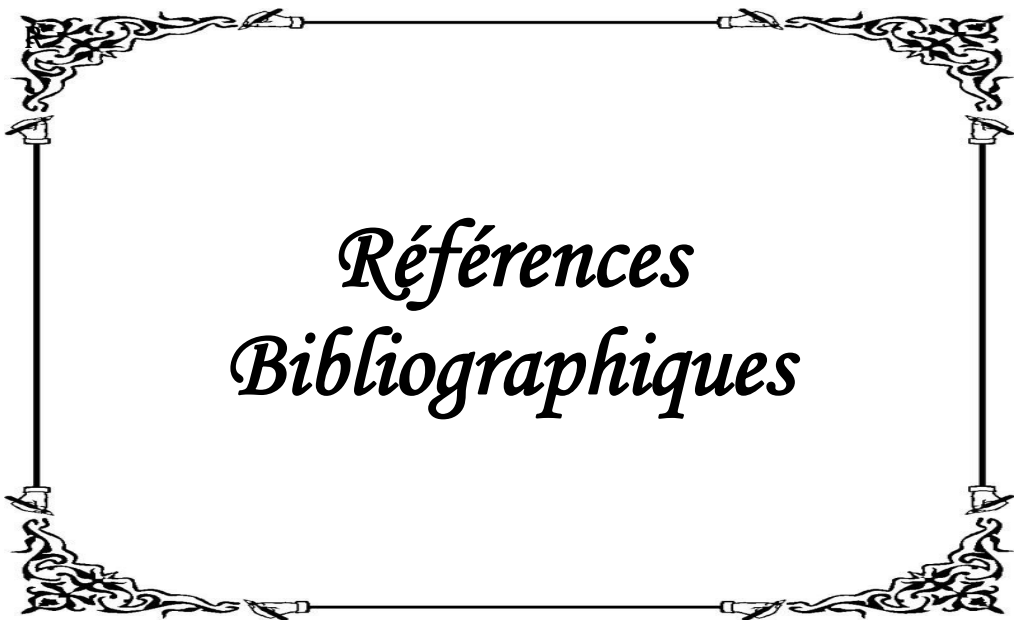
نقدم عبر هذا العمل تاريخ طب الأمراض النفسية بالمغرب من خلال دراسة مرتدة إلى الماضي، وذلك ليتأتى فهم أسسه المذهبية وتياراته الرئيسية وكذا مكانته الحالية ببلادنا، وبذلك سوف يتأتى نوعا ما تبديد الضلال على هذه المادة.

فباعتبار وجود الإصابات النفسية منذ غميس الزمن، حاولنا ما أمكن ذلك جمع المعلومات التاريخية التي تسرد تسلسل تطور هذه المادة منذ عصور ما قبل التاريخ إلى حين تأسيسها كمادة طبية. نلقي الضوء على التأثيرات الأساسية على المغرب خلال هذه العقود بوصفنا للتأملات الأولية حول ماهية " الحمق " وتنمية العلاجات الأولى خلال العهد العتيق وكذا إسهام الحضارة الإسلامية الجوهري في فهم إصاباته وتنمية طرق العلاج.

بعد ذلك بسطنا مراحل دخول طب الأمراض النفسية إلى المغرب كتخصص طبي، خلال عهد الاستعمار وكذا العطاء المغربي المحظ في بنائه وسن قوانينه بعد الاستقلال الشيء الذي مكننا من أن نختم بالوضعية الراهنة وتجليات السياسة المعتمدة لتطوير طب الأمراض النفسية مع الأخذ بعين الاعتبار مكانة الطب التقليدي في تحمل الإصابات النفسية.

وفي ختام هذا العمل نلاحظ أنه بالرغم من المجهودات العديدة التي قيم بها لإنعاش طب الأمراض النفسية بالمغرب فإن ضآلة انفتاحه نحو الساكنة وتشويشه في العلاجات الأساسية تبقى لافتة ولا تساعد بذلك على تبديد الضلال عليه.

نقيم الدليل كذلك على ضرورة تدخل أكثر تدقيق فيما يخص تطبيق المشاريع التي تم سنها ولكنها وإلى يومنا هذا لا تزال غير معتمدة بالكامل.



*Références
Bibliographiques*

- Livres :

- [1] **Akrour, A.**, 2011. *La psychiatrie : Histoire - courants – classification*. Option santé.
- [2] **Aouattah, A.**, 2008. *Interprétations et traitements traditionnels de la maladie mentale au Maroc*. Okad.
- [3] **Benabdellah, A.**, 2006. *Le millénaire de la médecine au Maroc et perspectives d'avenir*. Bouregreg.
- [4] **Bennani, J.**, 1996. *Psychanalyse en terre d'islam*. Le Fennec.
- [5] **El-Khayat, R.**, 2000. *La folie El-Hank- Casablanca*. Eddif.
- [6] **Halioua, B.** 2009. *Histoire de la médecine*. Masson.
- [7] **Leclerc, L.**, 1876. *Histoire de la médecine arabe*. Paris Leroux. Réédition par le ministère des Habous et des affaires islamiques du Royaume du Maroc, 1980.
- [8] **Lugan, B.** 2011. *Histoire du Maroc des origines à nos jours*. Ellipses.
- [9] **Micouleau-Sicault, M., C.**, 2000. *Les médecins français au Maroc combats en urgence (1912-1956)*. L'harmattan.
- [10] **Pichot, P.** 1996. *Un siècle de psychiatrie. Les empêcheurs de penser en rond*. Synthélabo.
- [11] **Quétel, C.**, 2009. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*. Tallandier.

[12] ابن الجزائر، زاد المسافر وقوت الحاضر، المقالات الثلاث الأولى، الدار العربية للكتاب. 1986

[13] عبد الله بن العباس الجراري ، تقدم العرب في العلوم والصناعات وأستاذيتهم لأوروبا. دار الفكر العربي 1971.

[14] محمد المنوني، حضارة الموحدين دار توبقال للنشر 1989

- Thèses :

- [15] **Asouab, F.**, 1999. *Etude de la prise en charge des malades mentaux dans une unité psychiatrique décentralisée : cas de l'hôpital de Beni Mellal.* (Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique). Disponible sur : [<http://www.sante.gov.ma/inas/mem/Mem99/Assouab.pdf>]
- [16] **Germain, G.A.**, 2001. *L'évolution juridique des soins psychiatriques sans consentement en France de l'ancien régime à la loi du 05 juillet 2011.* (Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine. Université Joseph Fourier faculté de médecine de Grenoble).
- [17] **Ghoti, B.**, 1995. *La santé et la médecine au Maroc le XXème siècle : L'aspect historique et juridique.* (Thèse présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca.).

-
- [18] **Hillali, M.**, 2010. *Rôle des médecins généralistes des établissements de soins de santé de base, dans la prise en charge des troubles mentaux, cas de la préfecture d'Oujda.* (Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Master en Administration Sanitaire et Santé Publique Filière Management des services de santé). Disponible sur : [<http://www.sante.gov.ma/inas/mem/mem-2010/Hilali.pdf>]
- [19] **Khiyati, A., A.**, 2008. *L'architecture des hôpitaux psychiatriques entre normalisation et humanisation.* (Travail de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'architecture.)
- [20] **Milard-Pagniez, I.**, 2008. *Aristote et Galien : Moteurs ou freins dans l'élaboration de la pensée médicale arabo-musulmane?* (Thèse pour le Doctorat en médecine). Université Paris XI Faculté de médecine Paris-Sud.
- [21] **Naimi, M.**, 1997. *Humanisation de la médecine à travers l'enseignement de la psychiatrie.* (Thèse présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca.)
- [22] **Rouda, C.**, 1994. *Pathologies organiques et thérapeutiques traditionnelles.* (Thèse présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine et pharmacie de Casablanca.)

Articles :

- [23] **Akhmisse, M.**, 1992. Histoire de la médecine au Maroc, des origines à l'avènement du Protectorat. *Histoire des sciences médicales* – 26(N4).
- [24] **Amad, A., & Thomas, P.**, 2011. Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Orient médiéval. *Annales médico-psychologiques*. 6 (169) pp : 373.
- [25] **Ammar, S.** *Histoire de la psychiatrie Maghrébine*. Université de Tunis. [<http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Ammar.PsyHistory..htm>]
- [26] **Belkamel, B., & Rouyane, B.**, 1994. Bîmâristâns au Maroc. *Histoire des sciences médicales*. 27 (N2).
- [27] **Belkamel, B.**, 1992. Histoire de la médecine au Maroc antique. *Histoire des sciences médicales*. 26(N4).
- [28] Bulletin Officiel Juin 1974.
- [29] Bulletin Officiel Mai 1959.
- [30] Bulletin Officiel octobre 1979.
- [31] **Chakib, A., Battas, O., & Moussaoui, D.**, 1994. Le mârîstân sidi-frej à Fès. *Histoire des sciences médicales*. 26(N2).
- [32] **Charbonneau, P.**, 1994. La politique hospitalière pendant le protectorat. *Histoire des sciences médicales*. 27(N2).
- [33] **Dols, M.** 1994. **Majnun** : The Madman in Medieval Islamic Society. *International Journal of Middle East Studies*. 26 (N3).
- [34] **Douki, S., Nacef, F., Ben Zineb, S.** La psychiatrie en Tunisie : une discipline en devenir. *Psychiatrie au Maghreb, L'information psychiatrique*. 81(N1) pp : 49.

-
- [35] **El Otmani, S., & Moussaoui, D.**, 1992. Système nerveux et neuropsychiatrie chez Ibn Rochd (Averroes) et Ibn zohr (Avenzoar). *Histoire des sciences médicales*. 26 (N4).
- [36] **El.Otmani, S., El Yamani, M., & Touhami, M.**, 1992. Histoire de la médecine au Maroc à l'époque Saâdienne. *Histoire des sciences médicales*. 26 (N4).
- [37] **Elayadi, M.**, 1994. Les Mâristâns dans le monde Arabo-musulman. *Histoire des sciences médicales*. 27 (N2).
- [38] **Gorini,R., Baggieri, G., & Di Giacomo, M.**, 2004. *Hospitalization and treatment of the mental disease during the islamic middle Age: the example of the bimaristans in Morocco and Syria*. *Antropo*. 7, pp : 99-104.
- [39] **Jaballah, A.** *Les notions de maladie et de soins en Islam*. IEHS. Paris
- [40] **Kacha, F.**2005. La psychiatrie en Algérie. *Psychiatrie au Maghreb, L'information psychiatrique*. 81(N2) pp : 145
- [41] La médecine au Maroc. Imprimerie Réunis Casablanca. Novembre 1939.
- [42] **Moussaoui, D., Battas, O., & Chakib, A.**, 1994. Histoire de la médecine au Maroc pendant le protectorat. *Histoire des sciences médicales*. 27(N2).
- [43] **Paes, M., Toufiq,J., Ouanass,A., & El Omari, F.**, 2005. La psychiatrie au Maroc. *Psychiatrie au Maghreb, L'information psychiatrique*. 81 (N5) pp : 471.

- [44] **Sekkat, F.Z., Belbachir, S.**, 2009. La psychiatrie au Maroc : Histoire, difficultés et défis. *L'information psychiatrique*. 85 (N7).
- [45] **Sqali, F., Acharki, M.** 2008. L'islam et les personnes en situation de handicap. *Elsevier Masson*. 28 (4).
- [46] **Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005**, Organisation mondiale de la santé Genève. Disponible sur [http://archives.who.int/tbs/trm/s2298f.pdf]

Revue :

[47] مجلة نيشان، رحلتا إلى الجحيم، 2007، رقم 103.

- [48] Les grands dossiers des sciences humaines. L'histoire des troubles mentaux. N28.

Sites :

- Secrétariat général du gouvernement. www.sgg.gov.ma/sgg.aspx.
- Site de l'organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/countries/mar/fr/>
- Site de Larousse : www.larousse.fr.
- Site du centre épidémiologique du ministère de la santé.
- Site du ministère de la santé publique : www.sante.gov.ma/

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- < وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

تاريخ طب الأمراض النفسية بالمغرب

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة: صفية بنمنصور

المزدادة في: 29 يناير 1986 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الأمراض النفسية - المغرب - الكلمات الأساسية: تاريخ - طب

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس	السيد: محمد زكرياء بشرا
مشرف	أستاذ في الطب النفسي السيد: جمال محسني
مساعد مشرف	أستاذ في الطب النفسي السيد: محمد بلعيزي
أعضاء	أستاذ في الطب النفسي السيد: عبد الرزاق وناس أستاذ في الطب النفسي السيد: حسن كسرا أستاذ في الطب النفسي