



الصحة العقلية وحدة الإنسان

الحاجة الملحة
إلى سياسة جديدة



المجلس الوطني لحقوق الإنسان
ⵎⴰⵔⴰⵏ ⵏ ⵙⵉⵔ ⵏ ⵉⵏⵙⴰⵏ ⵏ ⵉⵎⵓⵔ
Conseil national des droits de l'Homme

www.cndh.ma

الصحة العقلية وحدقة الإنسان

الحاجة الملحة
إلى سياسة جديدة

تقرير بعثة التقصي والبحث حول المؤسسات
الاستشفائية المكلفة بالوقاية من الأمراض العقلية
ومعالجتها وحماية الأشخاص المصابين بها

منشورات المجلس الوطني لحقوق الإنسان

Place Ach-Chouhada

BP 1341, 10 040, Rabat - Maroc

tel : +212(0) 5 37 72 22 18/07

fax : +212(0) 5 37 72 68 56

ساحة الشهداء

ص.ب. 1341، 10040، الرباط - المغرب

الهاتف: +212(0) 5 37 72 22 18/07

الفاكس: +212(0) 5 37 72 68 56

يعرب المجلس الوطني لحقوق الإنسان عن خالص امتنانه وشكره لجميع السلطات والأفراد الذين ساعدوا الفريق المكلف بمهمة البحث والتقصي على القيام بأبحاثه داخل المؤسسات المعنية في أحسن الظروف وقدموا له كافة الوثائق اللازمة والمعلومات المطلوبة.

ويتوجه المجلس بشكر خاص إلى مسؤولي وزارة الصحة والطايم الطبي وشبه الطبي لقطاع الصحة والأشخاص مصادر المعلومات وأفراد المجتمع المدني الذين تم الاتصال بهم والذين لم يتوانوا عن تسهيل مهمة المجلس.

أشرف على صياغة هذا التقرير لجنة مكونة من البروفيسور عمر بطاس، طبيب مختص في الأمراض العقلية وعضو مجموعة العمل ومقرر خاص؛ والسيد عبد الحق مصدق، مكلف بمهمة لدى رئاسة المجلس الوطني لحقوق الإنسان؛ والأستاذ مصطفى الناوي، محام ومستشار لدى رئاسة المجلس.

وقد شارك في الزيارات فريق مشكل من السيدات والسادة أعضاء مجموعة العمل المكلفة برصد الانتهاكات وحماية حقوق الإنسان وأعضاء من اللجان الجهوية.

المحتويات

9	تمهيد
13	مقدمة
13	الغرض والأهداف
14	أهمية الصحة العقلية وخصوصيتها
15	الصحة العقلية وحقوق الإنسان
23	أولاً : الإحصاء القانوني والمؤسستي
23	1. الدستور
23	2. القانون الخاص
24	1.2. الغرض من القانون
25	2.2. الهيئات المكلفة بالوقاية والعلاج والحماية
26	3.2. كفاءات الإقامة في المستشفى ومساطرهما
26	4.2. الإقامة في المستشفى أو الوضع التلقائي تحت الملاحظة الطبية
27	5.2. الحراسة الطبية خارج مصالحي علاج الأمراض العقلية
28	6.2. تدابير المراقبة خلال الإقامة في المستشفى والوضع تحت الملاحظة والحراسة الطبية ...
29	7.2. طرق الطعن
29	8.2. الحماية القضائية للمصابين بالأمراض العقلية المقيمين في المستشفى
30	9.2. مقتضيات الجنائية
31	10.2. تدابير الأمن القضائي
32	3. التشريع الجنائي
32	1.3. القانون الجنائي
32	1.1.3. الإيداع القضائي

33	2.1.3. الإقامة داخل مؤسسة لعلاج الأمراض العقلية أثناء تنفيذ المسطرة
33	3.1.3. الإقامة داخل مؤسسة لعلاج الأمراض العقلية قبل تنفيذ العقوبة السالبة للحرية ...
34	4.1.3. الوضع القضائي في مؤسسة للعلاج
34	2.3. قانون المسطرة الجنائية
35	3.3. القانون المتعلق بزجر الإدمان على المخدرات السامة ووقاية المدمنين على هذه المخدرات
35	4.3. النصوص القانونية المنظمة للسجون
36	4. النصوص القانونية المتعلقة بتنظيم المستشفيات
36	1.4. المرسوم المتعلق بالتنظيم الاستشفائي
37	2.4. النظام الداخلي للمستشفيات
38	ثانيا : تشخيص الوضعية الراهنة
38	1. المرافق
41	1.1. نمط إدارة غير مناسب
41	2.1. توزيع جغرافي غير متكافئ
42	3.1. مرافق غير كافية
42	4.1. مرافق غير مشغلة
42	5.1. مرافق غير ملائمة
44	6.1. مرافق مهملة تماما
45	7.1. عدم مراعاة شروط المراقبة والسلامة
45	8.1. ضعف الصيانة
46	9.1. مرافق ملائمة
46	10.1. ضعف الطاقة الإيوائية
48	2. التجهيزات
48	1.2. معدات مكتبية مهترئة وغير كافية
48	2.2. وسائل جد محدودة للأمن والمراقبة

49	.....	3.2. غياب سيارات الإسعاف
49	.....	4.2. أفرشة في حالة جد متآكلة
49	.....	5.2. غرف عازلة تنعدم فيها شروط الإنسانية
50	.....	6.2. قاعات متعددة الوظائف ناقصة التجهيز
50	.....	7.2. شبه غياب التكييف والتدفئة
50	.....	8.2. وجبات الطعام ومعدات المطبخ
51	.....	9.2. حمامات ومراحيز في حالة جد متدهورة
51	.....	10.2. نقص في خدمة غسل الملابس
51	.....	3. الموظفون والخدمات المقدمة
51	.....	1.3. الموظفون
55	.....	1.1.3. الطاقم الطبي
56	.....	2.1.3. الطاقم شبه الطبي
57	.....	3.1.3. المساعدون الضروريون في الأمراض العقلية
58	.....	2.3. الخدمات المقدمة
58	.....	1.2.3. الإدارة والمراقبة من طرف السلطات القضائية
58	.....	2.2.3. الاستقبال والقبول
59	.....	3.2.3. الإقامة في المستشفى
59	.....	4.2.3. العلاجات
60	.....	5.2.3. الأدوية
60	.....	6.2.3. الأرشيف
60	.....	7.2.3. الخيرة
60	.....	8.2.3. التغذية
61	.....	9.2.3. النظافة
61	.....	10.2.3. إعادة الإدماج

62	.....	4. حماية الفئات الهشة
62	.....	1.4. النساء
62	.....	2.4. الأطفال
63	.....	3.4. الأشخاص المسنون
64	.....	4.4. المدمنون
64	.....	5. المؤسسات الخصوصية للأمراض العقلية
65	.....	6. المجتمع المدني والطب النفسي
67	.....	ملاحظات عامة
69	.....	توصيات

تمهيد

يقوم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، في إطار ممارسة الاختصاصات التي يخولها له الظهير الشريف رقم 1.11.19 الصادر في 19 مارس 2011، بزيارات إلى «... المؤسسات الاستشفائية الخاصة بمعالجة الأمراض العقلية والنفسية...»¹ ويعد تقارير حول الزيارات التي يقوم بها تتضمن ملاحظاته وتوصياته بهدف تحسين أوضاع نزلاء المؤسسات المذكورة والمستفيدين من خدماتها².

ويتولى المجلس أيضا، طبقا للمادة الثالثة عشر من الظهير المذكور، بحث النصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل ودراسة ملاءمتها مع المعاهدات الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني التي صادقت عليها المملكة أو انضمت إليها، وفي ضوء الملاحظات الختامية والتوصيات الصادرة عن أجهزة المعاهدات الأمية الخاصة بالتقارير المقدمة لها من لدن الحكومة.

وتدرج هذه الاختصاصات في إطار المهمة الشاملة المخولة للمجلس الوطني لحقوق الإنسان باعتباره مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان، والتي تتمثل، من بين أمور أخرى، في رصد أوضاع حقوق الإنسان وإحترامها ومراقبتها وتبعتها وإبداء رأيه وملاحظاته وتوصياته بشأن جميع القضايا المتعلقة بحماية واحترام حقوق الإنسان والحريات الفردية والجماعية للمواطنين والنهوض بها، والمساهمة بكل الوسائل الملائمة في النهوض بثقافة حقوق الإنسان وإشاعتها، وترسيخ قيم المواطنة المسؤولة، وتنمية قدرات مختلف المصالح العمومية، وإثراء الفكر والحوار حول حقوق الإنسان والديمقراطية.

فمن هذا المنظور وفي هذا السياق، أوفد المجلس الوطني لحقوق الإنسان بعثة للتقصي والبحث إلى المؤسسات والمصالح المكلفة بالوقاية من الأمراض العقلية ومعالجتها وحماية المصابين بها، وقام بدراسة النصوص القانونية المتعلقة بالمرض العقلي والمصابين به. كما عقدت البعثة خلال ذلك اجتماعات عمل ولقاءات مع المسؤولين عن هذا القطاع على جميع المستويات.

وتتجلى أهمية هذه المهمة وضرورتها إليها في العلاقة الوثيقة التي تربط بين الصحة العقلية وحقوق الإنسان من جهة، في كون علاج المصابين بالأمراض العقلية، الذين هم في الغالب ضعفاء وعديمو الإرادة، مرتبطا في كثير من الأحيان بالحبس والحرمان من الحرية بل والعزلة أحيانا من جهة أخرى.

1. المادة 11 من الظهير الشريف، الفقرة الأولى.

2. المادة 11، الفقرة الثانية.

ويمكن تلخيص منهجية العمل التي اعتمدها الفريق على النحو التالي:

1. تم اتخاذ قرار القيام بزيارات إلى المؤسسات الاستشفائية الخاصة برعاية المرضى العقليين من قبل مجموعة العمل المكلفة بحماية حقوق الإنسان في الاجتماع الذي عقده بتاريخ 18 يناير 2012. وقد أفضى القرار إلى مناقشة التصور والخطوات الواجب اتخاذها ومنهجية العمل ارتباطا بالأهداف المتوخاة.

2. تم عقد جلسة عمل تمهيدية مع المسؤولين في وزارة الصحة بغرض الإخبار والتنسيق فيما يتعلق بالزيارات والوثائق.

3. قامت البعثة بإعداد استبيانات ودلائل خاصة بالزيارات بإجراء المقابلات انطلاقاً من المعايير الدولية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية والممارسات الفضلى في مجال الصحة العقلية ومن دليل المقابلة الذي اعتمده مؤخرًا منظمة الصحة العالمية في بشأن تقييم الجودة وتحسينها وتعزيز حقوق الإنسان في مرافق الصحة العقلية والرعاية الاجتماعية³ على وجه الخصوص.

وتخص هذه الاستبيانات ودلائل المقابلة مسؤولي مرافق الطب العقلي وموظفيها ومرتفقي مصالح الطب العقلي وأسر المرضى والجمعيات العلمية العاملة في مجال الطب العقلي. وقد تم دعمها بدليل المراقبة ومعاينة الأماكن.

3. دليل «الحق في الجودة» (QualityRights Tool Kit) الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، تقييم وتحسين الجودة وحقوق الإنسان في مرافق الصحة العقلية و الرعاية الاجتماعية؛ تقرير تقييمي مبني على المرافق، منظمة الصحة العالمية، 2012.

4. تمت زيارة المؤسسات حسب الجدول التالي:

تاريخ الزيارة	المؤسسات التي تمت زيارتها
27 مارس 2012	برشيد
28 مارس 2012	تيط مليل
6 أبريل 2012	بوافي
6 أبريل 2012	مصلحة الطب النفسي للأطفال - الدار البيضاء
3 أبريل 2012	آسفي
4 أبريل 2012	سلا
12 أبريل 2012	مراكش ابن النفيس
12 أبريل 2012	مراكش السعادة
17 أبريل 2012	بني ملال
18 أبريل 2012	خريبكة
24 أبريل 2012	مكناس
24 أبريل 2012	فاس
26 أبريل 2012	طنجة
2 مايو 2012	الدار البيضاء
2 مايو 2012	مركز المراهقين - أكادال الرباط
22 ماي 2012	تطوان
29 مايو 2012	إنزكان
29 مايو 2012	تارودانت
6 يونيو 2012	العيون
13 يونيو 2012	الحسيمة
6 يوليوز 2012	ورزازات

5. شارك في هذه الزيارات أعضاء الفريق المكلف بالمهمة وأعضاء مجموعة العمل المكلفة بحماية حقوق الإنسان وأعضاء اللجان الجهوية للمجلس الوطني لحقوق الإنسان.

وقد مكنت الزيارات أعضاء الفريق الزائر من الاطلاع على أرض الواقع على مرافق المؤسسات التي تمت زيارتها وتجهيزاتها، فضلاً عن وضعية الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات. كما كانت فرصة للتوعية بمقاربة حقوق الإنسان وبالعلاقة الوثيقة بينها وبين الصحة العقلية ومناسبة لإجراء حوار إيجابي وشفاف ولقاءات مثمرة مع المسؤولين المركزيين والجهويين والمحليين. وبفضل هذا الحوار والمقترحات التي طرحها أعضاء البعثة في عين المكان والاستعداد والتفهم اللذين أبداهما المسؤولون على جميع المستويات، تم حل بعض المشاكل على الفور فيما التزمت السلطات بتسوية المشاكل الأخرى في المستقبل.

6. تم عقد اجتماعات عمل مثمرة مع كبار مسؤولي وزارة الصحة، ويتعلق الأمر بالسيد الوزير الحسين الوردي والسيد المفتش العام والسادة المديرين المركزيين. وقد أكد هؤلاء المسؤولون على الأهمية التي يتعين إيلاؤها للصحة العقلية وعلى أوجه القصور والخلل الحاد التي يعاني منها هذا القطاع في الوقت الحاضر. كما أعربوا عن استعدادهم لاتخاذ جميع التدابير اللازمة لتصحيح هذا الوضع.

مقدمة

الغرض والأهداف

يعتبر هذا التقرير ثمرة عمل قام به المجلس الوطني لحقوق الإنسان لمدة ستة أشهر تقريبا، متوخيا في ذلك الدقة قدر الإمكان. ويتضمن التقرير المعاینات التي تم تسجيلها خلال زيارة مختلف المؤسسات والمصالح الاستشفائية المتخصصة في علاج الأمراض العقلية والنفسية بمختلف جهات المملكة وبناء على المقابلات التي تم إجرائها مع مختلف المسؤولين والفاعلين في قطاع الصحة العقلية. ويقدم تحليلا للتشريعات المتعلقة بالصحة العقلية في إطار أهداف البعثة، ويخلص إلى توصيات تهدف إلى ضمان احترام الحقوق الأساسية لمرتفقي طب الأمراض العقلية وممارسيه وتحسين ظروف رعاية المرضى العقلين والوقاية من الأمراض العقلية وتطوير المقتضيات القانونية ذات الصلة.

ويهدف التقرير إلى ما يلي:

13

- إثارة الانتباه إلى العلاقة القائمة بين صحة العقل وصحة البدن وإلى أهمية الصحة العقلية باعتبارها عنصرا أساسيا من الصحة العامة للأفراد ودعامة وشرط رفاهية لا غنى عنه وعامل نمو لا محيد عنه؛
- تحسيس المجتمع بارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض العقلية وبحدة تأثيرها على الأفراد والاقتصاد والمجتمع وبمتطلبات الوقاية منها ومعالجتها وبحقوق المرضى العقلين في الحصول على رعاية صحية تحترم كرامتهم ومواطنتهم؛
- تسليط الضوء على العلاقة الوثيقة بين الصحة العقلية وحقوق الإنسان في شموليتها وكونيتها وعدم قابليتها للتجزئ؛
- تسليط الضوء على وضعية مؤسسات علاج الأمراض العقلية ومصالحها كما تمت معاينتها خلال الزيارات وتحديد مكامن الضعف والنقص التي تعاني منها هذه المرافق والمصالح؛
- التأكيد على تقادم النصوص التشريعية المرتبطة بالأمراض العقلية وتحديد النواقص والتجاوزات الناتجة عن تطبيق مقتضياتها و/أو عدم إعمال أحكامها؛

- التأكيد على العناية الخاصة التي ينبغي إيلاؤها للأطفال والمراهقين والنساء والأشخاص المسنين على مستوى التخطيط والوقاية والرعاية؛
- تقديم مقترحات وتوصيات واقعية وقابلة للتحقيق، للجهات المعنية، سواء على مستوى القوانين أو على مستوى الممارسة من أجل تحسين ظروف عيش الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية والنهوض بالصحة العقلية للسكان ومنحها الاهتمام الذي تستحقه وجعلها من بين الأولويات الأساسية للسياسات العمومية؛
- تسليط الضوء على ضرورة انخراط العديد من الفاعلين والمهن المختلفة في التفكير والعمل من أجل النهوض بالصحة العقلية وحماية المرضى العقليين ووضع سياسة مندمجة ومتناسقة خاصة بالصحة العقلية.

يعد هذا التقرير الأول من نوعه في المغرب من حيث التحليل الدقيق للنصوص القانونية ذات الصلة والتشخيص المقلق لمواطني النقص والخلل في مجال علاج الاضطرابات العقلية والاكتمال والتوصيات القابلة للتنفيذ التي يقدمها.

أهمية الصحة العقلية وخصوصيتها

تقر منظمة الصحة العالمية رسمياً بأهمية الصحة العقلية، كما يتضح، على سبيل المثال، من خلال تعريف الصحة الوارد في دستورها⁴، حيث تعتبر المنظمة أن «الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز»⁵. وللإشارة، فقد خصص في سنة 2001 مؤتمر الصحة الدولي، الذي نظمته منظمة الصحة العالمية، لدراسة الصحة العقلية في جميع أبعادها والجهود العلمية والعملية المبذولة من قبل العديد من الباحثين والممارسين والفاعلين في جميع أنحاء العالم لتجديد المفاهيم وتطوير المعرفة وتحسين الحماية والوقاية من الأمراض العقلية ورعاية المصابين بها.

إن الصحة العقلية والصحة الجسدية أساسيتان بقدر ما هما متلازمتان، كما أنهما جانبان أساسيان من جوانب الحياة و مترابطان بشكل وثيق، وآثارهما المتبادلة واضحة ومعقدة وعميقة. وحسب منظمة الصحة العالمية، فإن للصحة العقلية أهمية بالغة في تحقيق رفاه الأفراد والمجتمعات.

4. أقره مؤتمر الصحة الدولي الذي عقد في نيويورك من 19 إلى 22 يونيو 1946. ورغم أنه تم إدخال العديد من التعديلات على هذا الدستور، إلا أن لم يتم قط تعديل تعريفه الملائم للصحة منذ 1946.

5. الفقرة الثانية من ديباجة دستور المنظمة.

وينبع الاهتمام الذي يجب إيلاؤه للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية في كون هؤلاء المرضى، مثلهم في ذلك مثل باقي المرضى، يحتاجون إلى العناية والعلاج، لكنهم بالإضافة إلى ذلك يعانون في صمت أو وحدة، ويتعرضون في كثير من الأحيان، بسبب المرض ذاته، إلى الوصم والخزي والإقصاء والتمييز.

الصحة العقلية وحقوق الإنسان

إن حق كل شخص في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة الجسدية والعقلية مستمد من الكرامة المتأصلة في الإنسان بما هو إنسان، وهو كذلك مضمون بموجب مختلف الصكوك الدولية ذات الصلة، ومنها:

- المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان⁶، التي تنص على أن «لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في ما يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترمل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته»، كما تنص على أن «للأمومة والطفولة حق في رعاية ومساعدة خاصتين. ولجميع الأطفال حق التمتع بذات الحماية الاجتماعية»؛
- المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية⁷، التي تنص على أن الدول الأطراف في العهد تقر «بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة الجسدية والعقلية يمكن بلوغه»، وعلى أنه يتعين على الدول أن تتخذ التدابير اللازمة لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، بما في ذلك «تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض»؛
- المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل⁸، التي تنص على «حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي» وتلزم الدول الأطراف ببذل «قصارى جهودها لتضمن ألا يحرم أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية» وأن يتم أعمال هذا الحق كاملاً؛

6. اعتمده الجمعية العامة للأمم المتحدة في 10 دجنبر 1948.

7. اعتمده الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب قرار رقم 2200 ألف (د-21) المؤرخ في دجنبر 1966.

8. اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب قرار رقم 25/44 المؤرخ في 20 نونبر 1989.

- المادة 12 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة⁹، التي تنص على اتخاذ «جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية من أجل أن تضمن لها، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، الحصول على خدمات الرعاية الصحية»؛
- المادة 5 من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري¹⁰، التي تنص على أن الدول الأطراف تتعهد بضمان حق كل إنسان «في الصحة الطبية والضمان الاجتماعي والخدمات الاجتماعية»، من دون تمييز بسبب اللون أو العرق أو الأصل القومي أو الإثني؛
- دستور منظمة الصحة العالمية الذي تنص ديباجته على أن «التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية».

أما في ما يتعلق تحديدا بالأشخاص المصابين باضطرابات عقلية، فما أكثر هي الصكوك والاتفاقيات الدولية التي تكرس حقوقهم، أخذنا في الاعتبار طبيعة المرض العقلي، ونذكر منها على وجه الخصوص:

الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة¹¹ التي تدرج ضمن مفهوم «الإعاقة» العاهات البدنية والذهنية والعقلية والحسية المستمرة. وتُشير هذه الاتفاقية إلى أن الأشخاص المصابين بعاهة قد يصطدمون بحواجز في المواقف والبيئات المحيطة تحول دون مشاركتهم مشاركة كاملة وفعالة في مجتمعهم على قدم المساواة مع الآخرين¹².

كما تشير الاتفاقية إلى أن هذا المفهوم ما زال قيد التطور وأن التمييز ضد أي شخص على أساس الإعاقة يمثل انتهاكا للكرامة والقيمة الأصلية للفرد. وعلى صعيد آخر، تقرر الاتفاقية أن النساء والفتيات ذوات الإعاقة غالبا ما يواجهن خطرا أكبر في التعرض، سواء داخل المنزل أو خارجه، للعنف والاعتداء والإهمال أو غياب العناية وسوء المعاملة أو الاستغلال. كما ينبغي أن يتمتع الأطفال ذوو الإعاقة تمتعا كاملا بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية.

9. اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 180/34 المؤرخ في 18 دجنبر 1979.

10. اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب قرار رقم 2106 ألف (د-20) المؤرخ في 21 دجنبر 1965.

11. اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في 13 دجنبر 2006 وصادق عليها المغرب بمناسبة الذكرى الستون للإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

12. راجع الديباجة (الفقرة 5) والمادة الأولى.

وتلخص المادة 3 الأهداف العامة للاتفاقية في ما يلي:

- احترام كرامة الأشخاص المتأصلة واستقلالهم الذاتي، بما في ذلك حرية تقرير خياراتهم بأنفسهم واستقلاليتهم؛
- عدم التمييز؛
- كفالة مشاركة وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع؛
- احترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية؛
- تكافؤ الفرص؛
- تسهيل الولوج؛
- المساواة بين الرجل والمرأة؛
- احترام تطور قدرات الأطفال ذوي الإعاقة؛
- احترام حق الأطفال ذوي الإعاقة في الحفاظ على هويتهم.

17

وبعد التذكير بهذه المبادئ، تعرض الاتفاقية الالتزامات التي يجب الوفاء بها تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة بصفتهم أشخاصا وفئات (النساء والأطفال) لاسيما في ما يتعلق بحقوقهم كالحق في الحياة والشخصية القانونية والعدالة والأمن وسلامة الفرد والاستقلالية والاندماج في المجتمع والتنقل وحرية التعبير والرأي والوصول إلى المعلومات واحترام الحياة الشخصية والعائلية. كما ركزت الاتفاقية على حق الأشخاص ذوي الإعاقة في التربية والتأهيل وإعادة التأهيل والشغل والعمل والحماية الاجتماعية والحق في مستوى عيش مناسب وفي المشاركة في الحياة الثقافية والحق في الرياضة والترفيه والمشاركة في الحياة السياسية والعامة وعدم التعرض للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة وعدم التعرض للاستغلال والعنف وسوء المعاملة وغيرها.

أما في مجال الصحة، فتقضي المادة 25 من الاتفاقية بأن للأشخاص ذوي الإعاقة الحق في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز على أساس الإعاقة كما أن لهم الحق في الحصول على خدمات صحية تراعي الفروق بين الجنسين.

وعلاوة على ذلك، تلتزم الدول الأطراف في الاتفاقية بتوفير رعاية وبرامج صحية مجانية أو معقولة التكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة تعادل في نطاقها ونوعيتها ومعاييرها تلك التي توفرها للآخرين كما تلتزم بتقديم هذه الخدمات الصحية في أقرب مكان ممكن من مجتمعاتهم المحلية.

وبموجب هذه المادة من الاتفاقية، يتعين على مزاوي المهن الصحية تقديم الرعاية إلى الأشخاص ذوي الإعاقة بنفس جودة الرعاية التي يقدمونها إلى الآخرين، بما في ذلك تقديم هذه الرعاية على أساس الموافقة الحرة والمستنيرة. ولهذا الغرض، تقوم الدولة بتوفير التدريب لهم ونشر معايير أخلاقية تتعلق بالرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص من أجل الرفع من درجة الوعي بحقوق الإنسان المكفولة للأشخاص ذوي الإعاقة وبكرامتهم واستقلالهم الذاتي واحتياجاتهم الخاصة.

كما تحظر هذه المادة من الاتفاقية التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في مجال التأمين وتوجب على الدولة منع الحرمان، على أساس التمييز، من الرعاية الصحية أو الخدمات الصحية أو الغذاء والسوائل بسبب الإعاقة.

■ مبادئ الأمم المتحدة لحماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية¹³ التي تحدد المعايير الدنيا لحقوق الإنسان في مجال الصحة العقلية. وتعنى هذه المعايير بالعلاج وبظروف العيش داخل مؤسسات الصحة العقلية كما تعتبر إطاراً مرجعياً للتشريع في مجال الصحة العقلية.

■ القواعد المعيارية لتكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة¹⁴ التي تُذكر بأهداف الوقاية وإعادة التأهيل وتكافؤ الفرص وتبرز ضرورة اعتماد قانون وطني يحمي الأشخاص المصابين باضطراب ذهني من خلال إدماج حقوق الإنسان بمفهومها الكوني. وتعد هذه القواعد أداة توجيهية تعتبر المشاركة المواطنة للأشخاص المصابين حقاً من حقوق الإنسان المعترف بها. وإضافة إلى ذلك، تحث هذه القواعد المعيارية الحكومات على إتاحة الفرص أمام الأشخاص المصابين بإعاقة وهيئاتهم وعائلاتهم للإسهام في صياغة القوانين المتعلقة بالقضايا التي تهمهم. كما تدعو إلى إطلاق مسلسل تخطيط وطني لملاءمة التشريعات والسياسات والبرامج مع المعايير الدولية المعتمدة في مجال حقوق الإنسان.

13. مبادئ أ.ع (MI Principles) ، 1991 .

14. وضعت هذه القواعد في المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان المعقد في فيينا سنة 1993 واعتمدت في قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 96/48. وقد توجت هذه القواعد نهاية عقد الأشخاص ذوي الإعاقة (1982-1993).

■ إعلان كراكاس¹⁵ الذي يهتم هيكله الخدمات الخاصة بالصحة العقلية ويقيم علاقة وطيدة بين خدمات الصحة العقلية وحقوق الإنسان كما يقر بأن الاكتفاء بالمعالجة الدوائية فقط داخل المستشفيات العقلية من شأنه أن يعزل المرضى عن محيطهم الطبيعي، وقد يؤدي من ثم إلى الزيادة من حدة عاهاتهم. كما يقر هذا الإعلان أن الموارد والرعاية المتاحة للأشخاص المصابين باضطراب عقلي يجب أن تصون كرامتهم وتراعي حقوق الإنسان وتوفر لهم علاجاً معقولاً ومناسباً.

■ إعلان مدريد¹⁶ الذي يتضمن التوجيهات التي جاءت بها جمعيات مهنيي الصحة العقلية حول المعايير المتعلقة بالسلوك المهني والعملية والقواعد الواجب احترامها في مجال الطب النفسي.

الوثيقة المقدمة تحت عنوان «التشريع في مجال العناية بالصحة العقلية: عشرة مبادئ أساسية» التي اعتمدت من قبل منظمة الصحة العالمية عام 1996، وهي بمثابة دليل حول سن التشريعات المتعلقة بالصحة العقلية. وتتلخص المبادئ العشرة التي جاءت في الوثيقة في ما يلي:

- تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية؛
- إتاحة الرعاية الصحية النفسية الأساسية؛
- تقييم الصحة النفسية تبعاً للمبادئ المقبولة دولياً؛
- توفير الرعاية الصحية النفسية حسب النمط الأقل تقييداً للحرية؛
- حق الشخص المصاب في اتخاذ قراراته بنفسه؛
- حق الشخص المصاب في الحصول على المساعدة لممارسة حقه في اتخاذ القرار؛
- توافر إجراءات الفحص؛
- آليات للفحص الدوري التلقائي؛
- اتخاذ القرار من قبل الخبراء والمؤهلين؛
- احترام سلطة القانون.

15. 1990.

16. اعتمده الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) في جمعها العام سنة 1996.

- إعلان سالمنكا وإطار العمل بخصوص التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة¹⁷ الذي يدعو إلى احترام حق الأطفال المصابين باضطرابات عقلية في «التربية والتعليم الجامعيين».
- تقرير منظمة الصحة العالمية الخاص بالصحة في العالم في سنة 2001 الذي خصص للصحة النفسية¹⁸، ويمكن اعتباره تنويجاً للجهود التي تبذلها هذه المنظمة من أجل التكفل بالأمراض النفسية على نحو أفضل. وتكمن أهمية هذا التقرير في كونه يقدم مفهوماً جديداً للاضطرابات النفسية، كما يستعرض بشكل شامل الانعكاسات الراهنة والمستقبلية لهذه الاضطرابات والعوامل التي تساهم فيها. وعلاوة على ذلك، يتناول التقرير سبل الوقاية والعلاج، وتقديم الخدمات والتخطيط في هذا المجال. ويقدم التقرير في خاتمه جملة من التوصيات التي يمكن أن تعتبر منهاجاً يمكن اتباعه وأهدافاً ينبغي تحقيقها ومعايير يتعين مراعاتها. ويمكن تلخيص هذه التوصيات العشرة على النحو التالي:
- يعد التكفل بالاضطرابات النفسية وعلاجها على مستوى الرعاية الأولية إجراءً أساسياً يتيح لأكثر عدد من الأشخاص الاستفادة على نحو أيسر وأسرع من الخدمات المقدمة في هذا المجال. وفي هذا الصدد، يتعين تكوين العاملين في مجال الصحة العامة على القواعد والمعارف الأساسية ذات الصلة بالصحة النفسية؛
- ينبغي توفير الأدوية الضرورية الخاصة بالصحة النفسية بشكل دائم على جميع مستويات الرعاية الصحية. ويتعين إدراج هذه الأدوية في قائمة الأدوية الأساسية وتقديمها كلما أمكن ذلك. ومن ميزات هذه العقاقير أنها تخفف من الأعراض وتقلل العجز لدى المرضى وتقلص مدة العديد من الاضطرابات وتحول دون الانتكاس؛
- يحقق العلاج داخل المجتمع عموماً نتائج أفضل من العلاج المقدم في المؤسسات على مستوى معالجة الاضطرابات النفسية المزمنة وجودة حياة المصابين بها. فهو أكثر اقتصاداً ومراعاة لحقوق الإنسان، كما يساعد على الوقاية المبكرة والحد من الصور النمطية المرتبطة بالعلاج؛
- يندرج القيام بحملات التثقيف والتوعية لفائدة عامة الناس حول الصحة النفسية ضمن المسؤوليات التي يتعين على الدولة ومختلف الفاعلين في المجتمع المدني النهوض بها. ويتمثل الهدف الرئيس من هذه الحملات في الحد من العقبات التي

17. اعتمده المؤتمر العالمي حول التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة.

18. صدر هذا التقرير تحت عنوان يحمل أكثر من دلالة: «الصحة النفسية: مفهوم جديد وآمال جديدة».

تحول دون تلقي العلاج والرعاية وإطلاع الجمهور عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية، وإمكانية علاجها، ومختلف خيارات العلاج وميزاتها، وفرص الشفاء وحقوق المرضى. وستمكن هذه الحملات التحسيسية السكان والعاملين في قطاع الصحة وأسر المرضى وأصحاب القرار ومختلف الفاعلين المعنيين من تبني سلوكيات واعية؛

■ ينبغي إشراك الأسر ومختلف الفاعلين المعنيين في وضع السياسات والبرامج والخدمات حتى تتلاءم بشكل أفضل مع احتياجاتهم وحتى يتمكنوا من الاستفادة منها على نحو أفضل؛

■ يتعين أن يستند اعتماد السياسات والبرامج والتشريعات المناسبة على المعارف الحالية والاعتبارات الخاصة بحقوق الإنسان. ويجب أن تندرج هذه الخطوات ضمن استراتيجية شاملة تجعل من الصحة النفسية أولوية وتقوم، من بين أمور أخرى، على زيادة الميزانية والموارد المالية والبشرية المخصصة لبرامج الصحة النفسية؛

■ ينبغي النهوض بالموارد البشرية وتكثيف وتحسين برامج تكوين العاملين في مجال الصحة النفسية الذين يقدمون خدمات صحية متخصصة إلى جانب دعم برامج الرعاية الصحية الأولية. ويجب أن يواكب هذا التركيز على التطور الكمي والنوعي تحفيز معنوي ومادي لهؤلاء المهنيين وتشجيع لهم على البقاء في أماكن عملهم وفي مناصبهم؛

■ يتعين على أصحاب القرار والمسؤولين والفاعلين في مجال الصحة النفسية، بناء علاقات متينة ودائمة مع القطاعات الأخرى، مثل التعليم والشغل والعدل، والوقاية المدنية ومع المنظمات غير الحكومية والحرس على إشراكها؛

■ تكتسي مراقبة الصحة النفسية للسكان أهمية بالغة، حيث يتعين إدراج مؤشرات عن عدد الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية ومدى جودة الرعاية التي يتلقونها في نظم المعلومات والإخبار الصحية. وتساعد هذه المراقبة على تحديد الاتجاهات السائدة ورصد التغيرات التي تطرأ في الحالة النفسية جراء أحداث خارجية. كما يتم استخدامها لتقييم مدى فعالية برامج الوقاية والعلاج وتوفر الحجج للحصول على موارد إضافية؛

■ ينبغي إجراء بحوث بشأن الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية للصحة النفسية من أجل فهم أفضل للاضطرابات النفسية ومن ثم جعل التدخلات أكثر فعالية في هذا المجال. كما يتعين المساهمة في جهود البحث العلمي التي تبذل على الصعيد الدولي في هذا الميدان.

استند هذا التقرير على هذه المعايير والمقاييس العالمية من أجل اعتماد مخطط يكفل في البداية استعراض التشريعات المتعلقة بالمرض العقلي والتكفل بالمرضى المصابين به وتحليلها. ثم يقدم عرضاً للوضع الحالية كما تم الوقوف عليها في المؤسسات التي تمت زيارتها ومن خلال المقابلات التي أجريت مع مختلف الفاعلين والمتدخلين في هذا المجال. ويرصد التقرير بعد ذلك الاختلالات وأوجه القصور التي تمت معاينتها والعقبات التشريعية التي تعيق حماية الحق في الصحة العقلية وتقوض جهود رعاية الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية، ليخلص في النهاية إلى النتائج والتوصيات اللازمة.

أولاً: الإحصار القانوني والمؤسساتي

1. الدستور

لقد كرس الدستور الجديد لفتاح يوليوز 2011¹⁹ التزام الدولة بالانضمام إلى المبادئ والحقوق والالتزامات المنصوص عليها في المواثيق والاتفاقيات الصادرة عن المنظمات الدولية و باحترام حقوق الإنسان والنهوض بها في كونيتها وتكاملها وعدم قابليتها للتجزئ.

ففي هذا الإطار، جرى التأسيس الدستوري لعدد من الحقوق والحريات وتعزيز الضمانات اللازمة لممارستها. وهكذا، فإن الحق في الصحة الجسدية والعقلية من بين هذه الحقوق، إذ ينص الفصل 31 من الدستور على ما يلي: «تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في: العلاج والعناية الصحية؛ والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية والتضامن التضامني أو المنظم من لدن الدولة (...)».

وإذا كانت أحكام الدستور ذات الصلة بهذا المجال تشكل مكتسبا لا يمكن إنكاره، فإن تفعيلها وإعمالها على مستوى القوانين والممارسة يتطلب الكثير من الجهد.

2. القانون الخاص

تعود بداية التشريع المغربي المتعلق بالصحة العقلية إلى السنوات الأولى من الاستقلال. يتعلق الأمر بالظهير الشريف رقم 1.58.295 الصادر بتاريخ 30 أبريل 1959 بشأن «الوقاية من الأمراض العقلية ومعالجتها وحماية المرضى المصابين بها»²⁰.

وقد شكل هذا القانون آنذاك، وطيلة عدة سنوات، قفزة نوعية ومكتسبا معياريا هاما، لاسيما أن عدد البلدان التي كانت تتوفر وقتئذ على مثل هذا القانون كان محدودا للغاية. فإذا كان حوالي خمسة وسبعين في المائة من بلدان العالم تتوفر حاليا على تشريعات متعلقة بالصحة العقلية، فقد كان المغرب من بين الخمسة عشر في المائة من الدول التي اعتمدت مثل هذا التشريع قبل سنوات الستينات من القرن الماضي²¹.

19. الجريدة الرسمية عدد 5964 مكرر الصادرة بتاريخ 30 يوليوز 2011.

20. الجريدة الرسمية عدد 2429 الصادرة بتاريخ 15 ماي 1959، ص. 804-807.

21. الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية في الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع: كفوا عن استبعادهم وبادروا إلى رعايتهم.

غير أن هذا القانون، وبخلاف غالبية التشريعات المغربية، لم يشهد أي تغيير منذ صدوره وأصبح متجاوزا حاليا بالنظر إلى التقدم المحرز على الصعيد الدولي في مجال حقوق الإنسان عموما والصحة النفسية بشكل خاص، واعتبارا للتقدم الهائل الذي حققه المغرب على المستويين القانوني والمؤسساتي، خلال العقدين الأخيرين خاصة، والتطور العلمي في مجال الطب النفسي وعلاج الأشخاص المصابين بالأمراض العقلية.

وبصرف النظر عن التقدّم الجلي لهذا القانون وعدم مسابرة للمعايير الدولية لحقوق الإنسان بصفة عامة وخاصة منها ما تعلق بالصحة العقلية، فإن بنيتة ومحاورة تظل مثيرة للاهتمام.

1.2. الغرض من القانون

على عكس الكثير من التشريعات المغربية، لا يحدد قانون 30 أبريل 1959 الغرض منه ولا الفئة المستهدفة بما ورد فيه من مقتضيات. كما أنه لا يقدم أي تعريف للصحة النفسية و/أو المرض العقلي وبالأحرى أن يشير إلى الحق في الصحة.

ومع ذلك، يبدو من خلال تسميته أنه يرتكز على ثلاث مجالات عمل أو أهداف رئيسة هي:

■ الوقاية؛

■ معالجة الأمراض العقلية؛

■ حماية المرضى عقليا.

وتتعلق الموضوعات الرئيسية التي يتطرق إليها هذا القانون بما يلي:

■ الهيئات المكلفة بالوقاية من الأمراض العقلية ومعالجتها وحماية المرضى المصابين بها؛

■ كفاءات الإقامة في المستشفى ومساطره؛

■ الحراسة الطبية خارج مصالِح علاج الأمراض العقلية؛

■ تدابير المراقبة خلال الإقامة في المستشفى؛

■ الوضع تحت الملاحظة والحراسة الطبية؛

■ طرق الطعن؛

- الحماية القضائية للمصابين بالأمراض العقلية المقيمين في المستشفى؛
- المقتضيات الجنائية؛
- المقتضيات الخاصة بتدابير الأمن القضائي.

2.2. الهيئات المكلفة بالوقاية والعلاج والحماية

يوكل القانون مسؤولية الوقاية من الأمراض العقلية ومعالجتها وحماية المرضى المصابين بها إلى ثلاث هيئات هي: المصلحة المركزية للصحة العقلية والمؤسسات العمومية والخصوصية المعدة لاستشفاء المرضى وإعادةتهم إلى حالتهم العادية وإسعافهم ولجنة الصحة العقلية.

يتمثل دور المصلحة المركزية للصحة العقلية في إعداد المخططات والمشاريع المتعلقة بمجالات العمل الثلاثة ومراقبة المؤسسات العلاجية العمومية والخصوصية وتنسيق وسائل الوقاية من الأمراض العقلية ومعالجتها وحماية المرضى المصابين بها.

ووفقا للمادة 3 من الظهير الشريف السالف الذكر، يتم إحداث مصلحة استشفائية عمومية مخصصة فقط لمعالجة الأمراض العقلية على مستوى كل إقليم ويديرها طبيب مختص في الأمراض العقلية. غير أنه في حالة ما إذا لم يستلزم عدد سكان الإقليم إحداث مصلحة خاصة، يتم إلحاق هذا الإقليم بإقليم مجاور له بمقرر يصدره وزير الصحة العمومية. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تحدث في المستشفيات العامة التي لا تتوفر على طبيب مختص في الأمراض العقلية مصالح تدعى مصالح «القبول المؤقت» التي يجوز أن يوضع فيها المرضى تحت «الملاحظة الطبية» لمدة لا تتجاوز خمسة عشر يوما.

ويجوز فتح مؤسسات خصوصية لمعالجة الأمراض العقلية بإذن من الأمين العام للحكومة يسلم بعد استشارة وزير الصحة. غير أنه لا يمكن لهذه المؤسسات أن تقبل المرضى الموضوعين تلقائيا تحت الملاحظة الطبية أو المقبولين تلقائيا في المستشفى.

وتحدث لجنة الصحة العقلية بوزارة الصحة ويرأسها وزير الصحة. وتضم في عضويتها هذا الأخير أو من ينوب عنه وقاض يعينه وزير العدل ورئيس المصلحة المركزية للصحة العقلية أو من ينوب عنه ورئيس مصلحة الإعانة الاجتماعية بوزارة الصحة أو من ينوب عنه وممثل عن وزارة الداخلية وطبيب اختصاصي يزاول مهنته في إحدى المصالح العمومية لطب الأمراض العقلية يعينه وزير الصحة. وتتولى اللجنة دراسة جميع المسائل العامة المتعلقة بالوقاية من الأمراض

العقلية ومعالجتها وبحماية المرضى المصابين بها، وإبداء الرأي بخصوص ترشيح أطباء الأمراض العقلية الذين يلمسون تقييدهم في اللائحة السنوية للخبراء المحلفين، والبت في مطالب الطعن ضد المقررات الطبية الخاصة بالإبقاء أو التحويل والوضع تحت الحراسة الطبية والخروج.

3.2. كفاءات الإقامة في المستشفى ومسارها

يميز ظهير 1959 بين الإقامة في المستشفى والوضع تحت الملاحظة:

تم الإقامة في المستشفى إما بطلب من المريض أو من كل شخصية عمومية أو خصوصية عاملة لفائدة المريض أو لفائدة أقاربه أو لفائدة النظام العمومي، حيث يتم توجيه طلب الإقامة في المستشفى إلى الطبيب الرئيس للإقليم أو العمالة. ولا تتم الإقامة إلا بعد الاطلاع على شهادة يسلمها طبيب مؤهل للأمراض العقلية تتضمن بصورة مفصلة وواضحة أحوال المريض الشاذة وتقضي بضرورة إقامته في المستشفى بعد فحص المريض أو بناء على نتائج بحث يجري بطلب من الطبيب.

لا يمكن أن تتجاوز مدة وضع المريض تحت الملاحظة الطبية خمسة عشر يوماً ويتم ذلك إما بطلب من المريض أو من كل شخصية عمومية أو خصوصية تعمل لفائدته أو لفائدة أقاربه، وإما تلقائياً. في الحالتين الأوليين، يتم وضع الشخص تحت الملاحظة بناء على شهادة طبية مسلمة من طبيب، وفي الحالة الثالثة بناء على قرار من العامل. وإذا كانت الحالتان الأولىان لا تطرحان أية مشكلة، فإن الثالثة تشكل إحدى ثغرات هذا القانون لأنها تفتح الباب أمام الشطط من طرف السلطات المحلية في استعمال هذا الإجراء لسبب أو لآخر، لاسيما من أجل إيداع أشخاص لا يعانون من أي اضطراب عقلي أو غيره، ولا تستدعي حالتهم وضعهم في مستشفى للأمراض العقلية.

4.2. الإقامة بالمستشفى أو الوضع التلقائي تحت الملاحظة الطبية

ينص ظهير 1959 على أن الوضع تحت الملاحظة الطبية قد يياشر بموجب قرار من العامل إذا كان المريض يشكل «خطراً على أقاربه أو على النظام العمومي أو أصبح في حالة خلل عقلي تجعل حياته في خطر»²². كما يتخذ الباشا أو القائد في حالة «خطر قريب الوقوع يشبهه طبيب في شهادة أو يفشيه العموم»²³ التدابير اللازمة بشرط أن يخبر بذلك العامل في ظرف أربع وعشرين ساعة، ويأمر العامل في ظرف ثمان وأربعين ساعة بوضع المريض تلقائياً تحت الملاحظة الطبية أو ينهى التدابير المؤقتة التي أمرت باتخاذها السلطة المحلية.

22. الفصل الثاني عشر من الظهير.

23. الفصل الثامن عشر من الظهير.

يمكن أن يحول وضع المريض تحت الملاحظة الطبية أو إقامته بالمستشفى إلى إقامة تلقائية بمؤسسة عمومية للأمراض العقلية. بموجب مقرر يصدره العامل بعد موافقة الطبيب المعالج وهذا «إذا كان خروج المريض من المستشفى يكون خطراً على حياته وعلى أقاربه أو على النظام العام»²⁴.

وإذا كان يمكن للطبيب المعالج أن يتخذ قرار إنهاء إقامة المريض التلقائية بالمستشفى ووضعه تلقائياً تحت الملاحظة الطبية إذا تحسنت حالته وكانت ملائمة لخروجه، فإن المريض يبقى مقيماً بالمستشفى أو موضوعاً تلقائياً تحت الملاحظة إلى حين صدور قرار لجنة الصحة إذا قدم وزير الداخلية طلب الطعن ضد القرار المذكور. وعلى أية حال، يتم إشعار السلطة العمومية بخروج أي مريض سبق لها أن طلبت أو أمرت بوضعه تحت الملاحظة الطبية أو بإقامته في المستشفى.

بالإضافة إلى الاختصاصات الممنوحة للسلطة العمومية، في شخص العامل، يشعر طبيب الأمراض العقلية السلطة العمومية بكل مريض وُضع تحت الحراسة الطبية خارج مصالح علاج الأمراض العقلية. وفي حالة ما إذا تعذرت الحراسة الطبية الخارجية بسبب المريض، فإن الطبيب المعالج يخبر بذلك طبيب الأمراض العقلية بغرض إصدار قرار بوضع المعني بالأمر تحت الملاحظة الطبية التلقائية.

5.2. الحراسة الطبية خارج مصالح علاج الأمراض العقلية

إذا كان من الممكن تجنب إقامة مصاب بمرض عقلي في المستشفى أو التقليل من مدتها بفضل حراسة نفسانية خارجية والمداوة المنتظمة بطريق التنقل، يمكن أن يتقرر وجوب هذه المعالجات بموجب قرار معلل يصدره طبيب كفاء تابع للصحة العمومية اختصاصي في الأمراض العقلية. ويصدر قرار وضع المريض تحت الحراسة الطبية لمدة لا يجوز أن تفوق ستة أشهر قابلة للتجديد، ويتم تبليغه إلى المريض وإلى السلطة الإدارية، وعند الاقتضاء إلى زوج المريض أو إلى أقرب أقاربه.

ويتعين على الشخص المستفيد من هذا الإجراء، الذي يشبه إجراء الوضع تحت المراقبة القضائية الذي تنص عليه المواد 159 إلى 174 من قانون المسطرة الجنائية أكثر من أن يكون إجراء لمصلحة حماية المريض العقلي، أن يخبر طبيب الأمراض العقلية الذي أصدر القرار باسم طبيب الأمراض العقلية المكلف، من قبل المريض أو أقرب أقربائه، بالقيام بالحراسة المذكورة.

عندما يباشر الحراسة الطبية طبيب تابع للصحة العمومية، فإن الدولة تضمن مجانية العلاجات والأدوية الضرورية لمعالجة المريض.

6.2. تدابير المراقبة خلال الإقامة في المستشفى والوضع تحت الملاحظة والحراسة الطبية

يتعلق الأمر بتدابير إعداد ملف طبي شامل يسمح لمن يهمله الأمر بتتبع تطور المرض ومسار العلاج. وتبقى مسؤولية الملف وما يتصل به ذلك على عاتق طبيب الأمراض العقلية المعالج. وتشمل التدابير الرئيسة الشواهد ودفتر الإقامة في المستشفى والملف الشخصي.

يحرر طبيب الأمراض العقلية المعالج، وفق أحكام الفصل 22 من ظهير 1959، شهادة معللة ومفصلة تبين الحالة المدنية للمريض وسلوكه والتشخيص الذي تم القيام به ورقم دخوله إلى مؤسسة العلاج وتطور المرض منذ الشهادة الأخيرة، وذلك عند قبول المريض وخلال مدة الإقامة في المستشفى (في اليوم الخامس عشر ثم في اليوم الثلاثين وعند نهاية الستة أشهر الأولى، وبعد ذلك سنويا)، وعند طلب تحويل الإقامة الاختيارية في المستشفى إلى الإقامة التلقائية، وعند الخروج والنقل والوفاة وعند الوضع تحت الحراسة الطبية. ويجب على الطبيب أن يحرر كذلك شهادة مماثلة إذا طلبت السلطات القضائية أو الإدارية ذلك منه. وإذا كانت جنسية المريض مغربية، يتم توجيه نسخة من الشهادة المحررة عند قبوله بالمستشفى أو خروجه منه، بشكل تلقائي، مع بياناته الشخصية، إلى وكيل الملك، قصد تمكين المحكمة المختصة من إصدار الأمر بوضعه تحت الحجر، خاصة أن المرض العقلي يذهب أو يمكن أن يذهب القدرة على الإدراك والتمييز²⁵.

ويكون دفتر الإقامة في المستشفى مرقوما ويتعين تحيينه بانتظام داخل كل مصلحة عمومية أو خصوصية تقبل المصابين بالأمراض العقلية. ويتضمن هذا الدفتر بالنسبة لكل مريض مقيم صورته ومعلوماته الشخصية ومحاضر الشهادات الصادرة من قبل الطبيب المعالج وتواريخ وأماكن المستشفيات العقلية التي سبق له الإقامة بها قصد العلاج وتدابير الوضع تحت الحراسة الطبية.

يتعين إعداد ملف شخصي محين لكل مريض موضوع تحت الملاحظة الطبية أو مقيم في المستشفى أو موضوع تحت الحراسة الطبية. ويحتوي هذا الملف، بالإضافة إلى صورة المريض، على بيان العلاجات والفحوص التي خضع لها وأوراق الملاحظات الطبية ومختلف الشهادات والوثائق التي تهمة.

25. الأهلية، حسب مدونة الأسرة، نوعان: أهلية وجوب وأهلية أداء. تلازم الأولى للشخص طول حياته ولا يمكن حرمانه منها، أما الثانية فتتعلق بصلاحية الشخص لممارسة حقوقه الشخصية والمالية ونفاذ تصرفاته. المعتوه، حسب المادة 216 من مدونة الأسرة، هو الشخص المصاب بإعاقة ذهنية لا يستطيع معها التحكم في تفكيره وتصرفاته. وبالتالي فإن المرض العقلي سبب يسمح بالحد من أهلية الأداء. ويعتبر المجنون وفاقد العقل، حسب المادة 217، من عديمي الأهلية ويعتبر الشخص المصاب بحالة فقدان العقل بكيفية متقطعة كامل الأهلية خلال الفترات التي يؤوب إليه عقله فيها.

في إطار مراقبة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في علاج الأمراض العقلية، يقوم رؤساء النيابة العامة لدى محاكم الاستئناف أو قضاة النيابة العامة بزيارة هذه المؤسسات مرة واحدة على الأقل كل ثلاثة أشهر ويعدون تقارير حول زياراتهم. ويمكن لهم خلال هذه الزيارات الاطلاع على دفاتر الإقامة في المستشفى وملفات المرضى الشخصية.

7.2. طرق الطعن

يمكن، حسب أحكام ظهير 1959، مباشرة الطعن من قبل المريض والوصي والزوج والأصول والفروع ورئيس النيابة العامة لدى محكمة الاستئناف ووزير الداخلية ضد قرارات تحويل الوضع تحت الملاحظة الطبية أو الإقامة الاختيارية إلى الإقامة التلقائية وقرارات الإبقاء المقررة بعد تقديم طلب الخروج وقرارات الوضع تحت الحراسة الطبية وقرارات الخروج.

ويوجه الطعن إلى وزير الصحة الذي يبلغه بدوره إلى صاحب القرار المتنازع بشأنه. هذا الأخير مطالب داخل أجل محدد في 10 أيام، ابتداء من تاريخ التوصل بالطعن، بتوجيه الرد إلى وزير الصحة. وإذا لم يصدر منه أي جواب بعد انقضاء أجل العشرة الأيام، تحال القضية على لجنة الصحة العقلية، التي تأخذ قراراً بأغلبية الأصوات وتبلغه حالاً بواسطة رسالة مضمونة مع وصل التسليم إلى صاحب الطعن وإلى الطبيب المعالج وإلى السلطات المعنية إن اقتضى الحال. وتجدر الإشارة إلى أن القانون لا يُخضع الحق في الطعن إلى إجراءات قانونية ولا يوفر ضمانات لتنفيذ القرار الجديد الناتج عن الطعن.

8.2. الحماية القضائية للمصابين بالأمراض العقلية المقيمين في المستشفى

من خلال الاطلاع على الجزء السادس (الفصول من 29 إلى 32)، يتبين أن ظهير سنة 1959 يحصر الحماية القضائية للمصابين بالأمراض العقلية في حماية أموالهم وممتلكاتهم. ويعهد بالتصرف في أموال المرضى غير المحجورين إلى متصرف مؤقت عادي أو إلى متصرف مؤقت قضائي.

المتصرف المؤقت العادي موظف مزاوول لنشاطه أو متقاعد يعين بموجب قرار مشترك من وزير الصحة العمومية ووزير المالية²⁶ فيما يرجع لكل مؤسسة عمومية تقبل المصابين بالأمراض العقلية. ويكلف هذا الموظف بمهام متصرف مؤقت في الأموال فيما يخص الأشخاص غير

26. في النص العربي استعمل مصطلح «وزير المالية» بيد أننا نجد في النص الفرنسي تسمية أخرى وهي: «نائب رئيس المجلس، وزير الاقتصاد الوطني والمالية» وهي الصفة التي كانت لوزير المالية آنذاك.

المحجورين والموضوعين في هذه المؤسسات ولا يجوز له في أي حال من الأحوال أن يكون متصرفاً في شؤون المستشفى. ويجب على المتصرف المؤقت في الأموال أن يقدم ضماناً يحدد مبلغه في قرار التعيين ويتولى المتصرف استخلاص المبالغ الواجبة وتسديد الديون وإبرام عقود الأكرية التي لا يمكن أن تتجاوز مدتها ثلاث سنوات، ويجوز له بإذن من المحكمة المختصة أن يباشر بيع المنقولات. وتدفع المبالغ المحصلة وتستعمل لفائدة المعنى بالأمر.

ويتم تعيين المتصرف القضائي المؤقت في غرفة المشورة بموجب حكم لا يقبل الاستئناف، وذلك بطلب من الزوج أو الأقرب من الأقارب أو مدير المؤسسة العمومية الموضوع فيها المريض أو وكيل الملك مندوب الحكومة. ويكون تعيين المتصرف القضائي المؤقت صالحاً لمدة ثلاث سنوات ميلادية ولا يمكن أن يختار إلا من بين الأشخاص ذوي الكفاءة والسيرة الحسنة والمروءة والذين لا تتعارض مصالحهم مع مصالح المريض. ويحدد الحكم المعين بموجبه المتصرف القضائي المؤقت السلطة المخولة لهذا الأخير ويجوز أن يأمره بدفع ضمان أو بجعل أملاكه موضوع رهن عام إلى غاية مبلغ معين.

وعلاوة على ذلك، يصوغ للمحكمة المختصة بطلب من المتصرف المؤقت أو بمسعى من وكيل الملك، أن تعين وكيلاً خصوصياً يمثل أمام القضاء كل شخص غير محجور وضع أو احتفظ به في مؤسسة تقبل المصابين بالأمراض العقلية.

وتنتهي بحكم القانون السلطات المخولة للمتصرفين المؤقتين أو لوكلائهم بمجرد ما يغادر الشخص الموضوع في إحدى المؤسسات التي تقبل المصابين بالأمراض العقلية المؤسسة بصفة منتظمة.

9.2. المقتضيات الجنائية

خُصص الجزء السابع من ظهير 1959 للمقتضيات الجنائية. وفي هذا الإطار، يُعاقب:

- كل شخص يكون قد أعطى عمداً لأحد الموظفين العموميين معلومات خاطئة عن سلوك شخص وعن حالته العقلية وقصد بذلك التحريض على إقامة غير مبررة في مصلحة لمعالجة الأمراض العقلية؛
- كل شخص قد يكون عرقل عمداً بوسيلة ما أو حاول أن يعرقل ممارسة طرق الطعن المقررة في قانون 1959؛
- كل طبيب للأمراض العقلية معالج للمريض لا يحرر الشهادات المقررة بموجب القانون وكل شخص مسؤول عن مسك دفتر الإقامة في المستشفيات يكون قد تغافل عن تضمين الشهادات الواجب إثباتها في هذا الدفتر؛

- كل شخص يكون قد فتح وأحدث من غير إذن مؤسسة خاصة لمعالجة الأمراض العقلية؛
- كل مدير أو مأمور مؤسسة أو مصلحة لمعالجة الأمراض العقلية وكل طبيب معالج يمسك أي شخص في مؤسسة أو مصلحة لمعالجة الأمراض العقلية خلافا لمقتضيات قانون 1959 والقانون الجنائي.

10.2. تدابير الأمن القضائي

تتخذ هذه التدابير إزاء المتهمين الذين تظهر فيهم علامات الاختلال العقلي أو الجانحين المصرح بعدم مسؤوليتهم كليا أو جزئيا عما قاموا به من أعمال إجرامية. وفي هذا الإطار، يكتفي قانون 1959 بالتذكير بالمقتضيات المعمول بها كما يحيل على مقتضيات القانون الجنائي ذات الصلة.

ولتدارك النواقص الموجودة في ظهير 1959، تم إحداث لجنة متخصصة بمبادرة من وزارة الصحة من أجل بلورة مسودة للقانون المتعلق بالأمراض العقلية.

ومن خلال الصياغة الأولية للمشروع والتي أعقبت أشغال اللجنة، يتبين جليا أن فريق الصياغة ألح على إدماج مبادئ حقوق الإنسان في عنوانه العام. ذلك أن الديباجة التي تصدر نص المسودة تشير إلى أهمية الحماية وتعزيز حقوق الأشخاص المصابين باختلالات عقلية، كما تبرز أهمية مبدأ الوقاية والمساواة بين الرجل والمرأة. وعلاوة على ذلك، يركز هذا المشروع في صياغته الأولية على أن النص القانوني يجب أن يعكس نظرة متقدمة للصحة العقلية وأن يركز على قيم المساواة وجودة الرعاية واحترام حقوق الإنسان وأن يحدد الأهداف ويدقق المصطلحات المستعملة.

وتضع الصيغة الأولية للمشروع مقتضياته في سياق الوقاية من الأمراض العقلية، وتتوزع هذه المقتضيات على ستة وعشرين فصلا تعنى أساسا بالمواضيع التالية: الوقاية، المؤسسات المكلفة بحماية الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية، النظام العام للبنيات التي تستقبل المرضى، تمويل خدمات الصحة العقلية، حقوق مرتفقي مؤسسات الصحة العقلية وحقوق العائلات، حماية حقوق وأموال الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية والفئات الهشة، أنواع العلاجات في المستشفى، مسألة الاختصاص، الأهلية والوصاية وطرق الطعن، البحث السريري والتجريبي، الخ.

ورغم الجهود المحمودة المبذولة من أجل وضع المسودة، تعتبر بعثة المجلس للتقصي والبحث أن صياغتها يجب أن تكون موضوع مشاور مسبق ونقاش عام على أوسع نطاق ممكن، كما يجب أن يندرج هذا المشروع في إطار سياسة إستراتيجية مستنيرة للصحة العقلية وأن تدمج فيه مبادئ حقوق الإنسان سواء على مستوى الشكل أو المضمون.

3. التشريع الجنائي

يعالج التشريع الجنائي الضمانات المتاحة للأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي والإجراء المتبع في هذا الإطار.

1.3. القانون الجنائي

يربط القانون الجنائي²⁷ المسؤولية الجنائية للأشخاص بصحتهم العقلية وقدرتهم على التمييز. ففي الفصول من 134 إلى 137، يعتبر القانون الجنائي العاهة العقلية عاملاً تنتفي معه المسؤولية كلياً أو جزئياً وعليه، فالقانون الجنائي يقضي بأن «كل شخص سليم العقل قادر على التمييز يكون مسؤولاً شخصياً عن الجرائم التي يرتكبها وعن الجنائيات أو الجنح التي يكون مشاركا في ارتكابها»²⁸. وطبقاً للفصل 61 من القانون الجنائي، يندرج الإيداع القضائي داخل مؤسسة لعلاج الأمراض العقلية ضمن التدابير الوقائية الشخصية، إلا أنه يفرق بين الإيداع القضائي داخل مؤسسة لعلاج الأمراض العقلية والاستشفاء في مستشفى الأمراض العقلية أثناء الإجراء أو قبل تنفيذ العقوبة والإيداع القضائي داخل مؤسسة للعلاج.

1.1.3. الإيداع القضائي

بموجب الفصل 75 من القانون الجنائي، يتم الإيداع القضائي بمقتضى قرار من محكمة الموضوع إذا كان المعني متهماً بارتكاب جنائية أو جنحة أو بالمساهمة أو المشاركة فيها، ولكنه كان وقت ارتكاب الفعل، في حالة خلل عقلي ثبت بناء على خبرة طبية، واستوجب التصريح بانعدام مسؤوليته مطلقاً وإعفاءه من العقوبة التي قد يستحقها وفق القانون. وفي هذه الحالة، يبقى الأمر بالاعتقال سارياً على المتهم إلى أن يودع فعلاً في تلك المؤسسة. و«الإيداع القضائي يستمر طالما استوجب ذلك الأمن العام وعلاج الشخص المأمور بإيداعه»²⁹.

27. ظهر رقم 1.59.413 بتاريخ 26 نونبر 1962 كما تم تعديله وتميمه؛ الجريدة الرسمية عدد 2460 الصادرة بتاريخ 5 يونيو 1963.

28. الفصل 132.

29. الفصل 76 من القانون الجنائي.

ويبقى الشخص المودع تحت الملاحظة، ويجب فحصه كلما رأى الطبيب المعالج ضرورة ذلك، وعلى أي حال كل ستة أشهر.

وإذا استقر رأي الطبيب المعالج على إنهاء الإيداع فإنه يجب أن يخطر بذلك رئيس النيابة العامة بمحكمة الاستئناف الذي له أن يطعن في قرار الإخراج في ظرف عشرة أيام ابتداء من تسلمه ذلك الإخطار، وذلك وفق الشروط المقررة في قانون 1959 الخاص بالوقاية والعلاج من الأمراض العقلية وحماية المرضى المصابين بها، ويوقف هذا الطعن مفعول الأمر بالإخراج.

2.1.3. الإقامة داخل مؤسسة لعلاج الأمراض العقلية أثناء تنفيذ المسطرة

يتم تنفيذ هذا الإجراء وفقاً للفصلين 79 و136 من القانون الجنائي إذا ارتأى قضاء الموضوع أو التحقيق، بعد الخبرة الطبية، أن الشخص المتابع لديها بجناية أو جنحة كامل المسؤولية أو ناقص المسؤولية بالنسبة للوقائع المنسوبة إليه، ولكن بسبب خلل في قواه العقلية طرأ عليه أو اشتد أثره بعد ارتكاب الفعل أصبح غير قادر على الدفاع عن نفسه في الدعوى. وتقرر المحكمة في هذه الحالة وقف النظر في الدعوى وتأمر بإدخاله في مؤسسة لعلاج الأمراض العقلية ويبقى الأمر بالاعتقال سارياً بالنسبة للمتهم حتى يتم إيداعه فعلاً.

33

ويجب على الطبيب المعالج أن يخطر رئيس النيابة العامة بقرار إخراجه في ظرف عشرة أيام على الأقل قبل تنفيذ الأمر بالخروج، ويبقى الأمر بالاعتقال الذي كان نافذاً وقت إدخاله بالمؤسسة ساري المفعول وتستأنف المتابعة، بناءً على طلب النيابة العامة. وفي حالة صدور حكم بعقوبة سالبة للحرية فإن محكمة الموضوع يمكن لها أن تخصص المدة التي قضاها في المؤسسة من مدة تلك العقوبة.

3.1.3. الإقامة داخل مؤسسة لعلاج الأمراض العقلية قبل تنفيذ العقوبة السالبة للحرية

يتخذ هذا الإجراء بناءً على الفصل 78 من القانون الجنائي حين تقرر محكمة الموضوع، بعد الخبرة الطبية، أن مرتكب جناية أو جنحة، رغم كونه قادراً على الدفاع عن نفسه في الدعوى، إلا أنه كان مصاباً وقت الأفعال المنسوبة إليه بضعف في قواه العقلية يترتب عليه نقص مسؤولية. وفي هذه الحالة، فإنه يجب عليها أن تصدر الحكم بالعقوبة وأن تأمر، إذا اقتضى الأمر ذلك، بإدخال المحكوم عليه في مؤسسة لعلاج الأمراض العقلية، قبل تنفيذ العقوبة السالبة للحرية. وتخصص مدة بقاءه في هذه المؤسسة من مدة العقوبة.

4.1.3. الوضع القضائي في مؤسسة للعلاج

يقتضي طبقاً للفصل 80 من القانون الجنائي أن يجعل تحت المراقبة بمؤسسة ملائمة - وبمقتضى حكم صادر عن قضاء الحكم - شخص ارتكب أو ساهم أو شارك في جريمة أو جنحة تأديبية أو ضبطية، وكان مصاباً بتسمم مزمن ترتب عن تعاطي للكحول أو المخدرات إذا ظهر أن لإجرامه صلة بذلك التسمم. وفي هذه الحالة، يصدر قضاء الحكم حكمه ويأمر، علاوة على ذلك، بالوضع القضائي داخل مؤسسة للعلاج، لمدة لا تزيد عن سنتين. ويطبق على المحكوم عليه تدبير الوضع القضائي قبل تنفيذ العقوبة، ما لم تقرر المحكمة خلاف ذلك.

2.3. قانون المسطرة الجنائية

في إطار معالجة المقررات القضائية الصادرة في الدعاوى الجنائية، ينص قانون المسطرة الجنائية³⁰ على أنه إذا تبين للمحكمة أن المتهم «كان وقت ارتكابه الأفعال مصاباً بخلل في قواه العقلية أو أن الخلل حصل له أثناء المحاكمة»³¹، فإنها تطبق، حسب الأحوال، مقتضيات الفصول 76 و78 و79 من القانون الجنائي.

ويمكن لقاضي التحقيق، طبقاً للمادة 88 من قانون المسطرة الجنائية، أن يأمر في أي وقت باتخاذ جميع التدابير المفيدة وأن يقرر إجراء فحص طبي أو يكلف طبيباً بالقيام بفحص طبي نفسي. ويجوز له بعد تلقي رأي النيابة العامة أن يأمر بإخضاع المتهم لعلاج ضد التسمم، إذا ظهر أن هذا الأخير مصاب بتسمم مزمن ناتج عن تعاطي الكحول أو المخدرات أو المواد ذات المؤثرات العقلية. ويباشر هذا العلاج إما في المؤسسة التي يوجد فيها المتهم رهن الاعتقال وإما في مؤسسة متخصصة حسب الشروط المنصوص عليها قانوناً، وتتوقف مسطرة التحقيق أثناء مدة العلاج ويحتفظ سند الاعتقال بمفعوله. وإذا طلب المتهم أو محاميه إجراء فحوص عليه أو إخضاعه للعلاج، فلا يمكن رفض الطلب إلا بأمر معلل.

30. ظهير شريف رقم 1.02.255 صادر في أكتوبر 2002 كما تم تعديله بالقوانين 10.36 و 10.37 و 11.35؛ الجريدة الرسمية عدد 5078 الصادرة بتاريخ 30 يناير 2003 - النسخة العربية.

31. المادتان 389 و435 من قانون المسطرة الجنائية.

3.3. القانون المتعلق بزجر الإدمان على المخدرات السامة ووقاية المدمنين على هذه المخدرات

يعاقب هذا القانون³² على إمساك أو استعمال المواد أو النباتات المعتبرة مخدرات. كما يعاقب كل من سهل على الغير استعمال المواد أو النباتات المذكورة باستعمال أية وسيلة من الوسائل، بما في ذلك بواسطة وصفات طبية صورية.

غير أن المادة 8 من هذا القانون تنص على «أن المتابعات الجنائية لا تجري إذا وافق مرتكب الجريمة (استعمال المواد أو النباتات)، بعد فحص طبي يطلب من وكيل جلالة الملك، على الخضوع خلال المدة اللازمة لشفاؤه إلى علاجات القضاء على التسمم التي تقدم إما في مؤسسة علاجية (...)» وإما في مصحة خاصة تقبلها وزارة الصحة العمومية». ويجوز لقاضي التحقيق بعد استشارة وكيل الملك الأمر بإجراء علاج للمعنى بالأمر. ويصدر وزير العدل بعد استشارة وزير الصحة العمومية قراراً تحدد فيه الشروط التي قد تمكن في بعض الحالات الاستثنائية المتعلقة بالناصرين على الخصوص من معالجتهم في وسط عائلي.

وفي الواقع، فإن هذا الإجراء نادراً ما يتم اللجوء إليه، حتى ولو كإجراء بديل، لما فيه مصلحة مدمني المخدرات انطلاقاً من منظور يعطي بوضوح أهمية أكبر للوقاية والعلاج والتخفيف من المخاطر بدل العقاب والإكراه.

4.3. النصوص القانونية المنظمة للسجون

يهدف القانون المتعلق بتنظيم وتسيير المؤسسات السجنية³³ بالأساس إلى تحديد حقوق المعتقلين وواجباتهم والوسائل التي تضمن حقهم في التمتع بظروف عيش ملائمة ومعاملة إنسانية تحترم كرامة الإنسان. وفي هذا السياق، خصص هذا القانون بابه الثامن للخدمات الصحية، حيث يتناول بعد الباب المخصص للمقتضيات العامة مهام أطباء المؤسسات السجنية والاستشفاء. وينص القانون في إطار توجيه المعتقلين وتوزيعهم داخل المؤسسات السجنية على العزلة التي قد يخضع لها بعضهم بسبب إجراء صحي. وفي كلتا الحالتين لا يتم التفريق بين الصحة البدنية والعقلية، اعتباراً لما لهذه الأخيرة من خصوصيات، كما لا يفرد القانون أي تعامل خاص مع المعتقلين المصابين أثناء فترة اعتقالهم باضطرابات عقلية.

32. ظهر شريف بمنابة قانون رقم 1.73.282 بتاريخ 21 مايو 1974؛ الجريدة الرسمية عدد 3214 الصادرة بتاريخ 5 يونيو 1974.

33. ظهر شريف رقم 1.99.200 صادر في 25 غشت 1999 بتنفيذ القانون رقم 23.98 المتعلق بتنظيم وتسيير المؤسسات السجنية؛ الجريدة الرسمية عدد 4726 بتاريخ 16 شتنبر 1999.

ولا بد من الإشارة إلى أن المرسوم³⁴ الذي يحدد كيفية تطبيق القانون رقم 23.98 ينص على أنه يمكن للمعتقلين، بناء على طلب كتابي وبعد موافقة الطبيب الخضوع، قبل الإفراج عنهم، للعلاج من أجل إزالة تسمم كحولي أو تسمم ناتج عن الإدمان على المخدرات³⁵. كما يمكن اقتراح ترحيل المدان إذا تبين أنه مصاب بخلل عقلي أو انهيار عصبي إلى مؤسسة تتوفر على طبيب للأمراض العقلية والنفسية³⁶. وإذا تعلق الأمر بمعتقل احتياطي فإنه يقدم للفحص لأقرب مستشفى للأمراض العقلية بعد إشعار السلطة القضائية المختصة وموافقتها³⁷.

4. النصوص القانونية المتعلقة بتنظيم المستشفيات

يتعلق الأمر بالمرسوم المتعلق بالتنظيم الاستشفائي وقرار وزيرة الصحة بمثابة نظام داخلي للمستشفيات.

1.4. المرسوم المتعلق بالتنظيم الاستشفائي

يعرف المرسوم الصادر بتاريخ 13 أبريل 2007³⁸ المستشفيات بكونها مؤسسات صحية، تتولى مهمة تقديم أعمال التشخيص والعلاجات والخدمات إلى المرضى والجرحى والنساء الحوامل بالإيواء أو بدونه. وتضمن المؤسسات الاستشفائية استمرارية تقديم الخدمات العلاجية والإسعاف الطبي الاستعجالي. وتنقسم المستشفيات، حسب تشكيلة الخدمات التي تقدمها وطبيعة تجهيزاتها إلى مستشفيات ومستشفيات متخصصة. وتنظم هذه المستشفيات، حسب مجال عملها ومستوى الخدمات التي تقدمها وتضم المستشفيات المحلية والمراكز الاستشفائية الإقليمية والمراكز الاستشفائية الجهوية.

وتنص المواد 11 و12 و13 من المرسوم على أنه يسير كل مستشفى وكل مركز استشفائي مدير يتولى التسيير التقني والإداري والمالي للمؤسسة. ويستعين مدير المستشفى في أداء مهامه بهيئات للتنسيق والدعم. وتنظم إدارة المركز الاستشفائي وكل مستشفى في ثلاثة أقطاب هي: قطب الشؤون الطبية وقطب العلاجات التمريضية وقطب الشؤون الإدارية.

34. المرسوم رقم 2.00.485 الصادر بتاريخ 3 نونبر 2000، الجريدة الرسمية عدد 4848 بتاريخ 16 نونبر 2000.

35. المادة 98.

36. المادة 101.

37. المادة 101.

38. المرسوم رقم 2.06.656 الصادر بتاريخ 13 أبريل 2007؛ الجريدة الرسمية عدد 5526 بتاريخ 17 ماي 2007.

2.4. النظام الداخلي للمستشفيات

يتناول القرار بمثابة النظام الداخلي للمستشفيات³⁹ بتفصيل أكبر التنظيم الإداري الاستشفائي وتنظيم العلاجات، والقبول بالمستشفى، وتنظيم وتنسيق العلاجات، وشروط الإقامة، والخروج من المستشفى، والسلامة، والمحافظة على الصحة وتدير الأخطار، وواجبات العاملين بالمستشفى وحمايتهم.

وباستثناء المسطرة وشروط القبول التي يتحدث القرار في إطارها بشكل خاص عن بعض الفئات من المرضى كالقاصرين والمرضى المصابين بالأمراض العقلية والمعتقلين... فإن هذا القرار لم يتحدث بشكل خاص عن المصابين بالأمراض العقلية على نحو يراعي خصوصيتهم وحقوقهم. وحتى عندما يتحدث عن هذه الفئة فإن القرار يكتفي بسرد مقتضيات ظهير 1959 المتعلقة بأشكال القبول في المستشفيات.

39. قرار لوزارة الصحة رقم 11.456 الصادر بتاريخ 16 يوليوز 2010؛ الجريدة الرسمية عدد 5926 بتاريخ 17 مارس 2011.

ثانياً: تشخيص الوضعية الراهنة

1. المرافق

يتوفر المغرب حالياً على 27 مؤسسة عمومية متخصصة في علاج الأمراض العقلية⁴⁰ موزعة على النحو التالي:

- ستة عشر مستشفى عاماً يتوفر على مصلحة لطب الأمراض العقلية في كل من خريبكة والجديدة وآسفي وسيدي قاسم والدار البيضاء-الفداء والمحمدية والعيون والراشيدية وإفران ومكناس وإنزكان وورزازات وتارودانت وبني ملال والحسيمة؛
- ستة مستشفيات متخصصة في علاج الأمراض العقلية في كل من برشيد وتيط مليل ومراكش-المدينة ووجدة وطنجة وتطوان؛
- ثلاثة مستشفيات للأمراض العقلية تابعة لمراكز استشفائية جامعية في سلا وفاس ومراكش؛
- مصلحة للأمراض العقلية تابعة للمركز الاستشفائي الجامعي للدار البيضاء؛
- مصلحة الطب النفسي للأطفال تابعة للمركز الاستشفائي الجامعي للدار البيضاء.

وتبلغ الطاقة الإيوائية لمجموع هذه المرافق، وفق البيانات المقدمة من وزارة الصحة، 1725 سريراً.

40. بعض هذه المستشفيات مغلق حالياً لأسباب مختلفة (التوسعة أو إعادة البناء أو إعادة الهيكلة)، كما هو الحال بالنسبة لمستشفى وجدة وتازة الذين يقعان، للمفارقة، في نفس المنطقة.

الجدول رقم 1: نوعية المستشفيات العامة المتوفرة على مصلحة للأمراض العقلية وطاقتها الإيوائية⁴¹

اسم المستشفى	الإقليم أو العمالة	صنفه	نوعه	القدرة الإيوائية الإجمالية	الطاقة الإيوائية لمصلحة الطب العقلي
الحسن الثاني	خريكة	عام	مستشفى إقليمي	265	15
محمد الخامس	الجديدة	عام	مستشفى إقليمي	352	15
محمد الخامس	آسفي	عام	مستشفى جهوي	466	48
سيدي قاسم	سيدي قاسم	عام	مستشفى إقليمي	206	8
محمد بوافي	عمالة مقاطعات الفداء درب السلطان	عام	مستشفى إقليمي	213	18
مولاي عبد الله	المحمدية	عام	مستشفى إقليمي	141	20
مولاي الحسن بن المهدي	العيون	عام	مستشفى جهوي	180	10
20 غشت بأزرو ⁴²	إفران	عام	مستشفى إقليمي	87	30
إنزكان	إنزكان	عام	مستشفى إقليمي	310	70
سيدي حسن بناصر	ورزازات	عام	مستشفى إقليمي	225	30
المختار السوسي	تارودانت	عام	مستشفى إقليمي	230	40
بني ملال	بني ملال	عام	مستشفى جهوي	457	45
محمد الخامس	الحسيمة	عام	مستشفى جهوي	300	56
بن باجة	تازة	عام	مستشفى إقليمي	317	32
حمان الفطواكي	الراشيدية	متخصص	مستشفى إقليمي	77	35
مولاي اسماعيل	مكناس	متخصص	مستشفى إقليمي	180	58
المجموع				4006	530

41. المصدر: وزارة الصحة.

42. يتعلق الأمر بمسشفى شبح لا يوجد إلا على الورق.

الجدول رقم 2: مستشفيات الأمراض العقلية ومقرها وطاقاتها الإيوائية⁴³

الطاقة الإيوائية	المدينة	اسم المستشفى
240	برشيد	الرازي
86	تيط مليل	تيط مليل
160	مراكش	مراكش المدينة
17	وجدة	وجدة
55	طنجة	طنجة
110	تطوان	
668		المجموع

الجدول رقم 3: مستشفيات ومصالح طب الأمراض العقلية التابعة للمراكز الاستشفائية الجامعية ومقرها وطاقاتها الإيوائية⁴⁴

الطاقة الإيوائية	المدينة	نوعها	اسم المؤسسة
170	سلا	مستشفى	الرازي
68	فاس	مستشفى	ابن الحسن
185	مراكش	مستشفى	ابن النفيس
104	الدار البيضاء	مصلحة	مصلحة طب الأمراض العقلية
423			المجموع

43. المصدر: وزارة الصحة.

44. المصدر: وزارة الصحة.

وفي ما يتعلق بالمرافق، ينبغي التأكيد على المسائل التالية:

1.1.1. نخط إدارة غير مناسب

تتمتع جميع المستشفيات العمومية بصفة مرافق الدولة المسيرة بصورة مستقلة. وقد تم منحها هذا الوضع بغرض تقريب العلاجات من المرضى وضمان جودتها والاستخدام المشترك للموارد وخفض تكلفة التزويد والتسيير والإدارة.

وعلى الرغم من فائدته وفعالته وطابعه التحفيزي نوعا ما، قد يشكل التسيير المستقل عائقا أمام تطور طب الأمراض العقلية، الذي يكفل القانون مجانية علاجاته، من حيث المبدأ. كما يعتبر المسؤولون عن المرافق الاستشفائية طب الأمراض العقلية أكثر التخصصات كلفة وأقلها ربحا، إذ يتميز بارتفاع تكاليفه ونفقاته وبالمتطلبات الخاصة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية من حيث الغذاء والكساء والنظافة والفرش وغيرها.

وقد تم منح المراكز الاستشفائية الجامعية صفة مؤسسات عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي بموجب القانون رقم 37.80 الصادر في 15 يناير 1983 كما تم تغييره وتتميمه، وتخضع للوصاية الإدارية لوزارة الصحة. وبمقتضى هذا الاستقلال المالي، تفرض المستشفيات التابعة للمراكز الاستشفائية الجامعية أسعارا على جميع الخدمات الطبية التي تقدمها، بما في ذلك طب الأمراض العقلية. وهكذا، نجد أن الفحص لدى مصالح طب الأمراض العقلية بهذه المراكز مؤدى عنه، خلافا لأحكام القانون والمعايير الدولية.

2.1. توزيع جغرافي غير متكافئ

يكشف التوزيع الجغرافي لمستشفيات الأمراض العقلية عبر التراب الوطني التفاوت الصارخ بين الجهات على مستوى التغطية، إذ تتمركز أهم المؤسسات من حيث الموارد البشرية ووسائل العلاج والطاقة الإيوائية وجودة الخدمات في محور الدار البيضاء-الرباط-مراكش. وعلى العكس من ذلك، تفتقر مثلا المناطق الشرقية والجنوبية كثيرا إلى بنيات تحتية خاصة بمعالجة الأمراض العقلية، بحيث لا تتوفران إلا على مستشفى واحد في كل من الحسيمة والعيون على التوالي.

ويعزى التوزيع غير المتكافئ، من بين أسباب أخرى، إلى غياب خريطة استشفائية تعتمد على دراسات وبائية وتأخذ في الاعتبار احتياجات السكان ومبادئ حقوق الإنسان والمساواة في المواطنة بين المرضى.

3.1. مرافق غير كافية

من الواضح أن المرافق الحالية، لا تستجيب من حيث الكم، لحاجيات السكان، كما أنها ليست متيسرة ولا سهلة الولوج.

ومن أجل الاستجابة للطلب المتزايد في مجال الصحة العقلية والتغلب على العديد من الصعوبات التي تعترض المرافق القائمة، سبق لوزارة الصحة أن خططت لبناء سبعة مستشفيات جهوية للأمراض العقلية بطاقة إيوائية إجمالية تبلغ 840 سريرا، أي بمعدل 120 سريرا لكل مستشفى. ووفقا للمعلومات التي تم جمعها من مصادر مختلفة، فقد ارتأت الوزارة بناء هذه المستشفيات خارج المدن وشرعت في البحث عن القطع الأرضية اللازمة وأطلقت دراسات أولية في هذا الصدد. غير أن إقامة مستشفيات جهوية للأمراض العقلية خارج المدن يدفع المرضى إلى الإحساس بالإقصاء والخزي، ويتعارض مع الاتجاهات الحالية في مجال الطب العقلي والتي تخلص بشكل قطعي إلى أن المريض العقلي شخص ضعيف يتعين دمج في محيطه وعدم إبعاده عن مجتمعه. واقتناعا منها بالفشل المنتظر لهذا المشروع، قررت الوزارة التخلي قدر المستطاع عن إنشاء هذه المستشفيات.

4.1. مرافق غير مشغلة

بالنظر إلى النقص الحاد في المرافق الاستشفائية والطلب المتزايد من لدن المواطنين، تم مؤخرا بناء ثلاثة مرافق وتجهيزها إلى حد ما، لكنها لم تفتح في وجه العموم ودون تقديم أي تبرير مقنع. ويتعلق الأمر ببنائات تزنييت والناطور والحي المحمدي في الدار البيضاء. وتتعرض هذه المنشآت لخطر التلف وتآكل معداتها دون أن تكون قد استخدمت. غير أن الخطر الأكبر الذي يتهدهدها يكمن في تحويلها عن غرضها الأصلي.

5.1. مرافق غير ملائمة

إن بنية المؤسسات التي تمت زيارتها، مع استثناءات قليلة، لا تتلاءم مع احتياجات مرتفقي الطب العقلي. ويرجع ذلك، من جهة، إلى أن عددا من هذه المرافق لم يكن موجها في الأصل لرعاية المصابين بأمراض عقلية (مثل مستشفى خريبكة)، ومن جهة أخرى إلى أن تصاميم بنائها لم تأخذ في الاعتبار خصوصيات طب الأمراض العقلية والمعايير والممارسات المعمول بها دوليا ورأي المرتفقين والموظفين.

والنتيجة هي أن معظم هذه المرافق عبارة عن أماكن لعزل المرضى أكثر من كونها مستشفيات، كما أنها لا تستجيب للحد الأدنى من المعايير ذات الصلة بأخلاقيات المهنة وطب الأمراض العقلية. وأبرز نموذج لهذه المرافق الحاطة من الكرامة الإنسانية مصالح طب الأمراض العقلية بمستشفى محمد الخامس بآسفي ومستشفى مولاي اسماعيل بمكناس وجناح النساء بمستشفى الأمراض العقلية في تطوان.

فمصلحة طب الأمراض العقلية بمستشفى محمد الخامس بآسفي، التي تقع في طابقين، تتوفر على هندسة معمارية رديئة. والجدران الفاصلة بين غرفها متهالكة وقذرة، بينما تم تحصين الأبواب بقضبان حديدية. ويوجد الدرج المؤدي إلى الطابق الأول حيث تقع غرف المرضى في وضعية متآكلة كما أنه ضيق للغاية بشكل لا يسمح بإجلاء المرضى والموظفين في حالات الطوارئ (بالنسبة للمرضى أو في حالة الحريق وغيرها)، مما يجعل شروط السلامة منعدمة. كما أن الأرضية المكسوة بالموزاييك متسخة ببقع سوداء. إن هذه الوضعية تدفع إلى استنتاج التهميش الواضح الذي تعانيه هذه المصلحة مقارنة مع المصالح الأخرى للمستشفى والتي تتوفر على ظروف اشتغال أفضل نسبياً.

وإذا كانت مصلحة طب الأمراض العقلية بمستشفى مولاي اسماعيل بمكناس حديثة البناء وموجهة في الأصل لتحل محل معزل سابق للأمراض العقلية، فإنها لا تستجيب للمعايير المعمارية والجمالية الواجب توفرها في مصالح طب الأمراض العقلية ولا للاحتياجات الخاصة لمرتفقي هذه المصالح. وبالإضافة إلى ذلك، فالبنية معرضة لخطر الانهيار على المرتفقين والموظفين بسبب التشققات الواضحة على الجدران.

وبالنسبة للنموذج الثالث، والتمثل في جناح النساء بمستشفى الأمراض العقلية في تطوان، فالولوج إليه شبه مستحيل، بحيث تم بناؤه في مكان منعزل داخل المستشفى، ولبلوغه يتعين صعود درج خارجي يعادل ثلاثة طوابق (بما أن المدينة تقع في منطقة جبلية وتم تشييدها فوق منحدر حاد نوعاً ما). ويقع هذا الجناح في طابق واحد ويحتل زاوية من جدار المستشفى. ويضم بداخله فناء مكشوفاً تتوزع حوله الغرف. ويقع أحد جدران الجناح بجوار مبان للخواص مكونة من ثلاثة إلى أربعة طوابق تطل نوافذها على الفناء وبعض الغرف، مما يشكل باستمرار انتهاكاً فاضحاً لحميمية المريضات المقيمات في هذا الجناح.

وبالإضافة إلى ما سبق، فإن الحدائق المخصصة للنزهة إما غير موجودة أو صغيرة جداً وتفتقر إلى الخضرة بينما تقل فيها الصيانة أو تنعدم تماماً. كما تفتقر أغلب المؤسسات إلى قاعات للاستراحة والترفيه جذيرة بهذا الاسم.

عموما، ومع بعض الاستثناءات، لا تتطابق المرافق مع المعايير الدولية ولا تتلاءم مع متطلبات العلاج من الاضطرابات العقلية. وفي بعض الحالات، يقوم المسؤولون وأعضاء الطاقم الإداري ببذل قصارى جهدهم لسد الثغرات، إما بالاعتماد على مواردهم ومجهوداتهم الخاصة أو من خلال إشراك المجتمع المدني والسلطات. غير أن جهودهم لا يمكن بتاتا أن تكفي للتغلب على المشاكل التي تعترى هذه المرافق.

6.1. مرافق مهملة تماما

من المؤسف أن يتواجد مرفق صحي تاريخي كمستشفى الأمراض العقلية ببرشيد في حالة إهمال تام. فبسبب عدم الاهتمام والعناية وغياب الصيانة، تحول هذا المرفق تدريجيا إلى خراب وأصبح شبيها بمكب للنفايات. وثمة العديد من المؤثرات التي تثبت هذا التدهور، تتمثل في ما يلي:

- انهيار جزء كبير من الجدار المحيط بالمستشفى، الشيء الذي يشكل تهديدا حقيقيا لسلامة العاملين به، الذين تعرض بعضهم بالفعل لاعتداءات داخل المستشفى من قبل مجرمين؛
- تمت مصادرة جزء من الأرض التي يقع عليها المستشفى، بحيث قلت مساحته بشكل كبير فيما كانت تشكل في السابق جزءا من شموخه وقيمه؛
- اختفاء بعض المرافق الهامة مثل المكتبة التي كانت أقدم وأكبر وأغنى مكتبة من نوعها. كما أن مرافق أخرى، مثل الأرشيف، معرضة لخطر الاندثار؛
- تم إغلاق جميع الورشات التي كانت تشغل المرضى وتساهم في إدماجهم وتعزز إنتاجيتهم؛
- تم إغلاق أماكن الترفيه والعلاج عن طريق الفن، من خلال المسرح والسينما مثلا؛
- تملأ القمامة الممرات والمساحات بين الأجنحة، بالإضافة إلى انتشار الروائح الكريهة، بحيث أصبح المستشفى يشبه مكبا للنفايات. كما تجد الزواحف والكلاب الضالة ملجأ لها في هذا الفضاء، الذي تشكل بناياته المتهاكلة والمهجورة خطرا يوميا على المؤسسة بأكملها وكذلك على محيطها؛
- يمكن رؤية مياه الصرف الصحي حتى في المطبخ، بسبب خلل نظام الصرف الصحي المعتمد بالمستشفى، مما يؤدي إلى انتشار جميع أنواع الحشرات (الصراصير والذباب والبعوض وغيرها) وانبعاث الروائح السامة. ويمثل هذا الوضع تهديدا خطيرا للبيئة ولصحة أي شخص يتردد على المرفق؛
- تم هدم بعض البنايات بحجة أنها كانت مأوى للمتسكعين والمجرمين والمنحرفين، دون إزالة الأنقاض التي خلفها الهدم.

تجدر الإشارة إلى أن العديد من المشاكل التي تعاني منها هذه المؤسسة تعود، إلى حد ما، إلى كون هذا المستشفى الإقليمي الكبير (الذي تصل طاقته الإيوائية إلى 240 سريرا) يتبع، من وجهة نظر قانونية وإدارية، علمستشفى محلي صغير (تصل طاقته الإيوائية إلى 45 سريرا)، وهذه وصمة عار إدارية جلية يجب وضع حد لها بشكل مستعجل.

7.1. عدم مراعاة شروط المراقبة والسلامة

لا يستجيب التوضع غير اللائق لمرافق بعض المستشفيات لشروط المراقبة ومتطلبات السلامة، مما يصعب على العاملين في المجال الطبي وشبه الطبي أداء مهامهم ويعرضهم لاعتداءات خطيرة، حيث أصبحت هذه الاعتداءات شائعة وأضحت تعتبر أمرا لا مفر منه. وفي هذا الإطار، تجدر الإشارة إلى أن هذا الأمر تسبب بوفاة ممرض في مستشفى الرازي بسلا وإصابة طبيبة متخصصة في الأمراض العقلية بجروح خطيرة بواسطة السلاح الأبيض في بني ملال، بالإضافة إلى تعرض ممرضين بعدة مؤسسات إلى الاعتداء، على وجه التحديد، بسبب غياب شروط ومتطلبات المراقبة والسلامة، خاصة عندما يضطرون للاضطلاع بمهام الحراسة في ظروف غير مواتية.

من الواضح أن نوع البناء وطريقة توزيعها يلعبان دورا هاما في السلامة بعمامة وفي السلامة البدنية للموظفين والمرفقين بخاصة.

8.1. ضعف الصيانة

تم الوقوف في بعض المرافق على ضعف كبير في خدمات العناية والصيانة. فقلة اليقظة والمثابرة والمتابعة وعدم وجود يد عاملة مؤهلة يؤدي لا محالة إلى تدهور كبير في مرافق ومعدات المؤسسات الاستشفائية، خاصة مرافق المياه والكهرباء والنوافذ والأبواب والأقفال والمراحيض والحمامات...

وقد لاحظت البعثة أن مرفقا تم بناؤه أو إعادة تهيئته حديثا، مثل بناية تطوان، يوجد في حالة إهمال وعطب مفرط، وإن لم تكد تمر سنة على الشروع في استخدامه.

ومن الواضح أن هذه الاختلالات، وإن كانت ثانوية، تشكل تبذيرا كبيرا للطاقة وهذرا للموارد المالية المحدودة وتؤدي إلى إحباط العديد من الفاعلين والمتدخلين واستيائهم. وتجدر الإشارة إلى أن ما يتم القيام به من أجل تصحيحها لا يتجاوز منطق التدابير الترقيعية التي غالبا ما تتم بدوافع ولا اعتبارات أمنية.

9.1. مرافق ملائمة

يمكن اعتبار بعض المرافق من وجهة نظر معمارية مثالا يحتذى، مثل مصلحة النساء بمسشفى الرازي بسلا ومصلحة صحة الأطفال العقلية التي تم إنشاؤها حديثا بالمسشفى الجامعي بالدار البيضاء ومصلحة الإدمان بمسشفى ابن الحسن بفاس، وهي مصالح مهيأة بشكل يبعث على الارتياح، بحيث إن معايير البناء وباقي المرافق (المقاصف والقاعات المتعددة الأغراض والحدايق)، وتدابير السلامة والنظافة تستجيب إلى المعايير الدولية المعتمدة في هذا المجال، كما أن بناياتها، التي تتوفر فيها التهوية، تستجيب تماما لاحتياجات المرتفقين.

ويمكن في هذا الإطار كذلك الحديث عن مستشفى سعادة بمراكش، خاصة أن بنايته وتصميمه يستجيبان لاحتياجات الأشخاص المصابين بأمراض عقلية ولتطلبات السلامة والمراقبة، رغم أنه لم يكن مخصصا في الأصل إلى تقديم خدمات صحية لهذه الفئة من المرضى.

10.1. ضعف الطاقة الإيوائية

تعتبر الطاقة الإيوائية للمرافق القائمة ضعيفة جدا بالمقارنة مع عدد السكان والحالة الوبائية، وهي بعيدة عن احتياجات ومطالب الساكنة والمعايير الدولية المعتمدة في المجال، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 4: الطاقة الإيوائية الوظيفية للمؤسسات التي تمت زيارتها

عدد الأسرة المخصصة للنساء	عدد الأسرة المخصصة للرجال	مجموع الطاقة الإيوائية	تاريخ الزيارة	المؤسسة
		240	27 مارس 2012	برشيد
		86	28 مارس 2012	تيط مليل
10	14	24	6 أبريل 2012	بوافي
		16	6 أبريل 2012	مصلحة الصحة العقلية للأطفال - الدار البيضاء
		30	3 أبريل 2012	آسفي
			4 أبريل 2012	سلا
		185	12 أبريل 2012	ابن النفيس - مراكش
		160	12 أبريل 2012	السعادة - مراكش
		45	17 أبريل 2012	بني ملال
		15	18 أبريل 2012	خريكة
29	29	58	24 أبريل 2012	مكناس
24	44	68	24 أبريل 2012	فاس
		55	26 أبريل 2012	طنجة
		100	2 ماي 2012	المركز الاستشفائي الجامعي - الدار البيضاء
			2 ماي 2012	مركز المراهقين - أكداال الرباط
20	70	90	22 ماي 2012	تطوان
		70	29 ماي 2012	إنزكان
		40	29 ماي 2012	تارودانت
12	13	25	6 يونيو 2012	العيون
		56	13 يونيو 2012	الحسيمة
6	30	36	6 يوليوز 2012	ورزازات

وبدلاً من زيادة الطاقة الإيوائية لهذه المرافق، خاصة مع انتشار الأمراض العقلية والحاجة إلى مزيد من خدمات الرعاية الصحية في هذا المجال، نلاحظ أن هذه الطاقة تسجل، في مختلف الجهات وعلى مدى سنوات، انخفاضاً مطرداً.

ففي الوقت الذي كان لمستشفى مدينة برشيد لوحده، منتصف السبعينات، طاقة إيوائية تصل إلى ألف سرير، فإنه لا يكاد يتجاوز حالياً 240 سريراً. نفس الأمر ينطبق على مستشفى تيط مليل، الذي انخفضت طاقته الإيوائية من 400 إلى 140 ثم 120 سريراً لتصل في الأخير إلى 86 سريراً، وهو ما يشكل، في نهاية المطاف، معدل انخفاض بنسبة 80%. وفي مدينة مكناس، انتقل عدد الأسرة المخصصة للمرضى المصابين بأمراض عقلية من 120 إلى 58 سريراً.

يمكن بالتأكيد تفسير انخفاض الطاقة الإيوائية، خاصة بالنسبة لمؤسسات بعينها، بأئسنة ظروف استقبال المرضى وإقامتهم. ولكن على الصعيد الوطني، وفي غياب البدائل والسياسات المتبصرة في مجال الصحة العقلية، لا يمكن أن يؤدي ذلك إلا إلى انتهاك حقوق المرضى العقلين وتقييد إمكانيات الإقامة بالمستشفيات قصد العلاج أو الحد منها بالنسبة للأشخاص الذين يحتاجون إليها أو الذين قد يشكلون خطراً على أنفسهم أو على غيرهم.

2. التجهيزات

1.1. معدات مكتبية مهترئة وغير كافية

غالباً ما تفتقر مكاتب المؤسسات التي تمت زيارتها إلى التجهيزات وأدوات العمل الضرورية، فالطاولات والكراسي قديمة ومهترئة والخزانات متهالكة وعددها غير كاف. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الحالة المزرية للتجهيزات التي لوحظت في جل المؤسسات تحول دون قيام هذه المؤسسات بوظيفتها بشكل سليم ومنتظم. وينعكس هذا الوضع على الأطر العاملة داخل هذه المؤسسات وعلى المرضى وعائلاتهم على حد سواء كما يؤثر سلباً على جودة الخدمات وعلى مناخ الثقة والأمان الذي يجب أن يسود في المؤسسات الطبية.

2.2. وسائل جد محدودة للأمن والمراقبة

إن وسائل الأمن من قبيل أدوات إطفاء الحرائق غير كافية إن لم تكن منعدمة، إنها في جميع الأحوال لا تستجيب لمتطلبات هذا النوع من المؤسسات. بل إن بعضاً من هذه المؤسسات لا تتوفر حتى على خط هاتف داخلي يمكن العاملين من التواصل فيما بينهم في الحالات الاستعجالية.

وعلى صعيد آخر، تنعدم وسائل المراقبة في أغلب المؤسسات التي تمت زيارتها. فبالإضافة إلى سوء تصميم هذه المؤسسات ورداءة جودة النوافذ الزجاجية والقضبان، فإن غياب التجهيزات الخاصة بالمراقبة يتسبب في وقوع حالات انتحار يمكن تفاديها، كما يتسبب في هروب المرضى بسهولة وفي شجارات بين المرضى المقيمين وتهجمهم على الطاقم الطبي. فعلى سبيل المثال، لوحظ في مستشفى إنزكان للأمراض العقلية أن تصميم عنبر المرضى على شكل دهليز نصف دائري مغلق يحول دون ضمان مراقبة فعالة، وبالتالي فإنه لا يتلاءم تماما مع خصوصية هذا النوع من المؤسسات الاستشفائية.

3.2. غياب سيارات الإسعاف

لا تتوفر أغلب المؤسسات على سيارة إسعاف لنقل المرضى أو إجلائهم في حالات الطوارئ أو في حالة تعرضهم لأمراض عضوية. وبشكل عام، إذا كان هذا الوضع لا يطرح مشكلا بالنسبة للمؤسسات الموجودة داخل مستشفى متعدد الاختصاصات، فإن الأمر يختلف تماما متى كان مستشفى الأمراض العقلية مستقلا أو معزولا كما هو الحال بالنسبة لمستشفى الأمراض العقلية في تطوان أو مستشفى تيط مليل الذي يوجد داخل المجال القروي مما يجعل الوصول إليه أمرا في غاية الصعوبة خاصة وأن الطريق التي تؤدي إليه غير معبدة.

4.2. أفرشة في حالة جد متآكلة

إن أغلب المؤسسات التي تمت زيارتها، لاسيما خارج محور الرباط-الدار البيضاء-مراكش-تستعمل أرائك يعلوها الصدا وأفرشة إسفنجية منحورة مرتخية متسخة وأغطية بالية قدرة غالبا ما تكون بها ثقبوب. وهذا النقص في العناية بالأفرشة، الذي يمتد أيضا إلى خدمات أساسية أخرى، يعكس في عمقه عدم اهتمام المؤسسة بمرتقي طب الأمراض العقلية. كما أن المجهودات التي تبذل في جل المؤسسات من أجل ضمان النظافة والصيانة لم تنفع أبدا في حل هذا المشكل الذي أصبح بنيويا.

5.2. غرف عازلة تنعدم فيها شروط الإنسانية

تعتبر الغرف العازلة من بين المرافق الأساسية في مؤسسات الأمراض العقلية حيث يودع فيها المريض الذي قد تشكل حالته الصحية المضطربة خطرا على نفسه أو على الآخرين. ونظرا لخطورتها وللوضع الاستثنائي الذي تمثله، فإن حالة العزل لا ينبغي أن تتم إلا بقرار من الطبيب النفسي لمدة زمنية محدودة في غرفة تتوفر فيها كل شروط الأمان وتسهل مراقبتها.

ويمكن القول إن الغرف العازلة الموجودة في المؤسسات التي تمت معاينتها لا تستجيب للمعايير الدولية المعمول بها في هذا المجال، بل يمكن وصفها باللاإنسانية. فبعض المعازل لا تتوفر فيها أدنى شروط الأمان وتصبح مراقبتها نظراً لتصميمها غير الملائم. وهذه المعازل أبعد ما تكون عن مكان للاستشفاء حيث لا تتوفر سوى على فراش و صنبور مكسر في أغلب الأحيان ومرحاض تقليدي. كما أنها لا تحترم حميمية المريض. وفي هذا السياق، نذكر على سبيل المثال نموذج الغرفة العازلة في مستشفى الأمراض العقلية بالعيون التي لا يوجد فيها ما يعزل الفراش عن المرحاض. وهناك نماذج أخرى كما هو الشأن في المركز الاستشفائي الجامعي في الدار البيضاء حيث نجد غرفاً عازلة مظلمة بأبواب حديدية مدعمة.

كما تجدر الإشارة في هذا الباب أن هناك مؤسسات تنعدم فيها الغرف العازلة حيث تحول فيها الغرف العادية عند الضرورة إلى غرف عازلة والعكس صحيح.

6.2. قاعات متعددة الوظائف ناقصة التجهيز

القاعات المتعددة الوظائف في جل المؤسسات التي تمت زيارتها لا تتوفر على التجهيزات اللازمة وتعدم فيها وسائل الترفيه كالتلفاز والمذياع والألعاب الجماعية كالورق والشطرنج وغيرها.

7.2. شبه غياب التكييف والتدفئة

تفتقر جل المؤسسات التي تمت زيارتها إلى وسائل التبريد والتدفئة مما يؤثر سلباً على العاملين في هذه المؤسسات وكذلك على المرضى ويجعل ظروف العيش والعمل فيها أكثر صعوبة خلال فصلي الصيف والشتاء خاصة في المناطق الداخلية للبلاد. ويطلق انعدام وسائل التكييف في بعض الحالات حتى صيدلية المستشفى علماً أن بعض الأدوية تفقد صلاحيتها بسبب الحرارة المرتفعة.

8.2. وجبات الطعام ومعدات المطبخ

لإطعام المرضى المقيمين، تلتجئ جل المؤسسات التي تمت زيارتها إلى خدمات متعهدين خارجيين الذين قلما يهتمون بالمستلزمات الغذائية الأساسية. ففي العديد من المؤسسات، تقدم الوجبات في أطباق بلاستيكية رديئة الجودة. ومن جهة أخرى، لوحظ أن الأواني المستعملة في المطابخ في حالة يرثى لها. ففي مستشفى برشيد مثلاً تستعمل أفران غازية قديمة وطناجر يطهى فيها الطعام منذ عشرات السنين.

9.2. حمامات ومراحيض في حالة جد متدهورة

في معظم المؤسسات التي تمت معاينتها، توجد الحمامات ودورات المياه في حالة جد متدهورة ويرجع ذلك أساساً إلى التجهيزات غير الملائمة وعدم صيانة الصنابير وأنابيب المياه وسوء استعمال هذه المرافق. فالروائح الكريهة التي تنبعث من المراحيض والحمامات (التي غالباً ما تكون مخنوقة بأشياء مختلفة) تمس بالكرامة الإنسانية ويصعب معها تحمل ظروف العيش والعمل داخل هذه المؤسسات، سواء بالنسبة للمرضى أو العاملين بها.

10.2. نقص في خدمة غسل الملابس

لا تتوفر أغلب المؤسسات على خدمة داخلية لغسل ملابس المرضى. فعلى مدى سنوات عديدة، لم تتوفر بعض هذه المؤسسات على آلات غسيل. ونذكر على سبيل المثال مؤسسة برشيد التي كانت تقوم بغسل ملابس مرضاها باليد ولا تتوفر إلى حد الآن إلا على أربع آلات غسيل. وقد لاحظت البعثة أن ملابس المرضى في أغلب المؤسسات متسخة وبالية لعدم توفرهم على ملابس كافية للتغيير وعدم غسل ملابسهم بصفة منتظمة.

3. الموظفون والخدمات المقدمة

1.3. الموظفون

يقدم الجدول التالي لمحة عن الأطر الطبية وشبه الطبية العاملة في مؤسسات الأمراض العقلية التابعة للقطاع العام وتوزيعها الجغرافي.

الجدول 5: الأطر الطبية وشبه الطبية العاملة في المؤسسات العمومية لعلاج الأمراض العقلية وتوزيعها الجغرافي

الأطر الطبية	الأطر الطبية	الإقليم والعمالة	الجهة
1	0	أوسرد واد الذهب	واد الذهب-لكوية
11 1	1	بوجدور العيون طرفاية	العيون-بوجدور- الساقية الحمراء
1 4 1	1 1	أسا الزراك السمارة كلميم طانطان طاطا	كلميم-السمارة
1 19 13 11 8	1 3 1 1	أكادير إيداوتنان شتوكة أيت باها إنزكان أيت ملول ورززات سيدي إفني تارودانت تينغير تيزنيت زاكورة	سوس-ماسا-درعة
2 11	3 2	القنيطرة سيدي قاسم سيدي سليمان	الغرب-الشراردة-بني حسن
1 44 11 4	2 4 1	بن سليمان برشيد خريكة سطات	الشاوية-ورديفة
1 1 5 14 21 40 1	1 2 4 9	الحوز شيشاوة قلعة السراغنة الصويرة مراكش م.إ.ج مراكش الرحامنة	مراكش-تانسيفت-الحوز

4	1	بركان الدريوش فيكيك جرادة الناظور	الجهة الشرقية
4			
2			
22	2		
30	3	وجدة-أنكاد توريرت	
1			
2	1	عين الشق	جهة الدار البيضاء الكبرى
6	2	عين السبع- الحمي المحمدي	
13	2	الفداء مرس السلطان	
2	1	بن مسيك	
9	2	الدار البيضاء أنفا	
44	35	م.إ.ج الدار البيضاء	
2	2	الحمي الحسني المشوار	
14	3	مديونة	
9	2	المحمدية	
3	2	مولاي رشيد النواصر	
1	1	سيدي البرنوصي	
7	2	الخميسات	الرباط-سلا-زمور-زعير
3	5	الرباط	
81	26	م.إ.ج الرباط-سلا	
1	1	المصالح المركزية سلا	
4	3	الصخيرات-تمارة	
3	3		
8	3	الجديدة	دكالة-عبدة
11	1	آسفي سيدي بنور اليوسفية	
6	1	أزيلال	تادلة-أزيلال
17	1	بني ملال الفقيه بن صالح	

1 20 4 9 36 3	1 1 3	الحاجب الراشيدية إفران خنيفرة مكناس ميدلت	مكناس-تافيلالت
3 2 25 1	1 3 8	بولمان فاس م.إ.ج فاس مولاي يعقوب صفرو	فاس-بولمان
17 1 12	2 2	الحسيمة جرسيف تاونات تازة	تازة-الحسيمة-تاونات
6 4 1 31 26	1 2 5 1	شفشاون فحص انجرة العرائش المضيق-الفنيدق وزان طنجة-أصيلة تطوان	طنجة-تطوان
740	172		المجموع

وهكذا، يتبين من خلال الجدول أعلاه أن عدد الأطر الطبية وشبه الطبية العاملة في مؤسسات العمومية للأمراض العقلية أبعد ما يكون عن المعايير المعمول بها والمعترف بها على المستوى العالمي.

وحتى نُكوّن فكرة عن شساعة الهوة التي تفصل هذا الواقع عن المعايير التي يجب اعتمادها، يكفي التذكير بأنه يجب توفير طبيب نفسي على الأقل لما بين عشرة آلاف إلى أربعين ألف نسمة وممرض واحد على الأقل لكل أربعة مرضى.

وبالإضافة إلى الخصاص المهول في الموارد البشرية، الطبية منها وشبه الطبية، العاملة في مستشفيات الأمراض العقلية، علينا التذكير بالملاحظات التالية:

1.1.3. الطاقم الطبي

يبلغ عدد الأطباء المختصين في الأمراض العقلية العاملين في القطاع العام 172 طبيباً، موزعين بشكل غير متوازن على مؤسسات الأمراض العقلية في البلاد. ويعمل 35,5% من هؤلاء الأطباء في المركزين الاستشفائيين الجامعيين في الدار البيضاء والرباط لوحدهما، حيث يشتغل 35 طبيباً مختصاً في الأمراض العقلية في الدار البيضاء و 26 في الرباط، أي ما مجموعه 61 طبيباً. ويعمل ثمانية أطباء في المركز الاستشفائي الجامعي بفاس وتسعة في المركز الاستشفائي الجامعي في مراكش، بينما لا يتعدى أعلى رقم في المؤسسات الأخرى خمسة أطباء (وهو ما يمثل تقريباً بالنسبة لمدينة مثل أكادير طبيباً واحداً مختصاً في الأمراض العقلية لكل 70.000 نسمة).

ويمكن تفسير ارتفاع عدد أطباء الأمراض العقلية في المراكز الاستشفائية الجامعية جزئياً منه بطبيعة هذه المراكز باعتبارها مؤسسات للتكوين والبحث العلمي، لكن ذلك يخلق في واقع الأمر عدم توازن كبير بين المؤسسات التي تعنى بالأمراض العقلية، لا سيما إذا أخذنا في الاعتبار معايير مثل عدد الأسرة المتوفرة، وقضايا الجودة والقرب، ومبدأ المساواة في الرعاية الصحية، وبوجه عام حق جميع المواطنين في الصحة. ويؤثر هذا الاختلال بالضرورة على ظروف العمل وعلى جودة الخدمات المقدمة.

يتمركز غالبية الأطباء المختصين في الأمراض العقلية، أي 54%، في الدار البيضاء ونواحيها (53 طبيبة) والرباط (40 طبيبة).

ولا تتوفر العديد من المؤسسات الاستشفائية إلا على طبيب واحد للأمراض العقلية بالرغم من أن هذه المؤسسات تضم عدداً كبيراً من الأسرة. وهذا ينطبق على الأقسام الخاصة بالأمراض العقلية في كل من آسفي (300.000 نسمة)، والعيون (185.000 نسمة)، وتارودانت وبني ملال (170.000 نسمة)، وخريكة وورزازات (60.000 نسمة) ومستشفى تطوان.

وعلاوة على أن تتوفر على طبيب نفساني واحد فقط يعد في حد ذاته عائقاً كبيراً بالنسبة لمؤسسة استشفائية للأمراض العقلية، فإن هذا الأمر يخلق الكثير من المشاكل، لا سيما فيما يتصل بتدبير الحراسة والمداومة وضرورة التشاور مع أطباء آخرين في بعض الحالات.

وقد يتم تعيين بعض أطباء الأمراض العقلية في مناطق محرومة ضدّاً على إرادتهم أو في إطار تدابير تأديبية رسمية أو ضمنية، وهو ما يؤثر على مردودهم وعلى علاقتهم بمحيطهم داخل أماكن العمل.

2.1.3. الطاقم شبه الطبي

يتمثل الاختلال الرئيسي المسجل على مستوى الطاقم شبه الطبي في غياب نظام أساسي للممرضات والممرضين المختصين في الأمراض العقلية. ومن المؤكد أن هذا النظام الأساسي هو الوسيلة الوحيدة لتحديد حقوق هؤلاء الممرضين وواجباتهم، نظراً لخصوصية العمل الذي يقومون به وحجم المخاطر التي تواجههم وضرورة تخصيص مكافآت لهم.

وأمام نقص أعداد العاملين المختصين في الأمراض العقلية يضطر الممرضون والممرضات الاختصاصيون للقيام بمهام ليست من اختصاصهم (غسل الأواني والملابس وتنظيف أماكن العمل وغير ذلك) والعمل فوق ما تحمله طاقتهم. ويشعر معظم هؤلاء بالغبن وبأنهم متضررون من هذا القصور المسجل على مستوى أداء الخدمات الاستشفائية العمومية. ويرى هؤلاء أن لهذه المشكلة حلان متكاملان، وهما التحديد الواضح للأدوار المنوطة بكل طرف وتوظيف عاملين مؤهلين للقيام بالمهام التي لا تدخل ضمن اختصاصات الطاقم شبه الطبي.

ولا يستفيد الطاقم شبه الطبي تقريباً من أي برنامج خاص للتكوين المستمر. ويكتسي التكوين الذي يتلقاه بعضهم طابعاً عاماً، ويكون موجهاً في الغالب إلى كل الممرضين والممرضات باختلاف تخصصاتهم.

وغالباً ما يكون التكوين المستمر غير ملائم ولا يراعي طبيعة المهام الموكولة للطاقم شبه الطبي وحساسيتها الشديدة. كما أن هذا التكوين غير كاف مقارنة بالعدد الكبير ممن يرغبون في الاستفادة منه وبحجم انتظاراتهم. وفي الواقع، فإن الوزارة لا تولي موضوع تكوين الممرضات والممرضين ما يستحقه من اهتمام بالنظر إلى خصوصية طب الأمراض العقلية باعتباره كياناً قائماً بذاته، واعتباراً للتقدم المسجل على مستوى علاج الأمراض العقلية وما تشهده العلاقة بين الصحة النفسية وحقوق الإنسان من توطيد تدريجي.

يعاني الطاقم شبه الطبي من نقص في الأمن والحماية. ويشعر الممرضون بأنهم مهددون من قبل المرضى المصابين بالأمراض العقلية، وحتى من قبل أسر هؤلاء المرضى في بعض الأحيان. وتعرض العاملون في المستشفيات باستمرار للعديد من الاعتداءات. وتطرح مشكلة الأمن بشكل أكثر حدة بالنسبة للممرضات وللممرضين الذين يضطرون للقيام بالحراسة الليلية أو في عطلة نهاية الأسبوع بأعداد محدودة. ويؤدي هؤلاء عملهم في ظل غياب شبه تام للأمن (عدد قليل من حراس الأمن، وانعدام نظام للإنذار أو كاميرات للمراقبة).

كما تعاني بعض الممرضات من ظروف سيئة على مستوى معيشتهم وعملهن. ويعد مستشفى الأمراض العقلية بتيط مليل نموذجاً لهذه الاختلالات البنيوية ولعدم ملاءمة ظروف العمل. ويعاني الممرضون والممرضات على وجه الخصوص العاملون في هذا المستشفى من العديد من المشاكل نورد منها ثلاث مشاكل رئيسة:

- مشكلة النقل: لا توجد أية وسيلة من وسائل النقل العمومي بين مدينة الدار البيضاء والمستشفى الذي يبعد عنها بنحو ثلاثين كيلومتراً؛
- مشكلة السكن قرب المستشفى بالنظر إلى أن هذا الأخير يقع في منطقة معزولة عن المنازل، مما يضطر الممرضات إما للإقامة في الأحياء الفقيرة المجاورة للمستشفى أو العودة إلى الدار البيضاء بوسائلهن الخاصة وهو أمر مكلف ومرهق في الآن نفسه؛
- مشكلة تزويد المستشفى ومرافقه بالماء الصالح للشرب: لا يوجد أي ربط بالشبكة العمومية لتوزيع المياه مما يضطر المستشفى والعاملين به وغيرهم ممن يرتادون المستشفى إلى استخدام مياه أحد الآبار.

وفي الأخير، كثيراً ما يتعرض الممرضون والممرضات للإساءة عندما يضطرون لنقل مصاب بمرض عقلي يعاني في ذات الوقت من اعتلال آخر إلى القسم الذي يفترض أن يستقبله. وينظر إلى هذا المريض من قبل العاملين بالأقسام الأخرى على أنه مجنون وعدواني وقذر ومثير للشغب. وغالبا ما يجد الممرضون والممرضات العاملون في مجال الأمراض العقلية أنفسهم، في مثل هذه الحالة، غير مرحب بهم ويتعرضون للإساءة ويضطرون إلى تحمل تصرفات غير مقبولة وغير مبررة من أقرانهم.

3.1.3. المساعدون الضروريون في الأمراض العقلية

يتعلق الأمر بالعاملين من ذوي الخبرة التي تقتضيها طبيعة الطب النفسي والأمراض العقلية، وتغير المقاربات والأفكار والمعايير وانتشار أفضل الممارسات في هذا المجال. ويشمل هؤلاء:

- الطبيب العام: هناك عدد قليل جداً من المؤسسات التي تتوفر على طبيب عام. بيد أن هذا الأخير يضطلع بدور في غاية الأهمية في حالات الطوارئ وفي حالة الاعتلال المشترك على سبيل المثال؛
- المختص النفسي أو البسيكولوج: لا تتوفر أي مؤسسة على مختص نفسي أو بسيكولوج. ويرى المهنيون العاملون في مجال الصحة العقلية أنه إذا كان عدد المختصين في علم النفس المتخرجين من كلية الآداب عدداً كبيراً فإن قلة قليلة جداً منهم تلقت تكويناً في مجال علم النفس الإكلينيكي، وأن هذه هي العقبة الرئيسة التي تحول دون توظيفهم؛

- المتخصصون في العلاج عن طريق الفن و/أو العلاج الوظيفي أو الانشغالي (ergothérapie): وحدها المستشفيات أو الأقسام التابعة للمراكز الاستشفائية الجامعية هي من توفر العلاج عن طريق الفن أو العلاج الوظيفي أو الانشغالي. ولا تقدم المؤسسات الأخرى هذه الخدمات، غالباً بسبب الافتقار إلى الموارد البشرية و/أو غياب الوعي بالأهمية البالغة التي يكتسبها العلاج عن طريق الفن والعلاج الوظيفي؛
- المساعدون الاجتماعيون: لا تتوفر المؤسسات الاستشفائية الخاصة بالأمراض العقلية إلا نادراً جداً على مساعدة اجتماعية. وإن وجدت، فإنها تعمل في كثير من الأحيان مع جميع أقسام المستشفى.

2.3. الخدمات المقدمة

1.2.3. الإدارة والمراقبة من طرف السلطات القضائية

تم إدارة الأغلبية الساحقة للمرافق بطريقة تقليدية، فيما يتوفر النذر القليل منها على نظام معلوماتي. كما أن قاعدة البيانات بسيطة للغاية ولا تستجيب للمعايير الدولية ومتطلبات البحث والتحقيق. ولا تعرض معظم المؤسسات إجراءات القبول والإقامة في المستشفى ولا حقوق والتزامات المرتفقين والموظفين، ولا تحتفظ بالملفات الطبية للمرضى وفق الكيفيات الواجب اتباعها. بالإضافة إلى ذلك، لا تقوم السلطات القضائية، التي تتمتع بحق مراقبة السير القانوني لهذه المؤسسات وتقع على عاتقها مراقبة مدى مطابقتها للقانون، بالزيارات المقررة بموجب القانون إلا نادراً. وفي الغالب ما تكون التقارير التي تنجزها رسمية وسطحية، مما يجعلها حبيسة الرفوف سواء لدى القضاء أو لدى مصالح وزارة الصحة.

2.2.3. الاستقبال والقبول

يتم الاستقبال عموماً في ظروف عادية حسب مدى توفر الموظفين والحيز المكاني. وقد حرصت بعض المؤسسات على تسهيل الاستقبال والولوج من خلال تهيئة فضاء وظيفي مخصص لذلك وإحداث وحدة خاصة، غير أن معظمها يشتغل بالحد الأدنى من الوسائل.

في المقابل، يطرح القبول بعض المشاكل، لاسيما في المؤسسات التي ترفض تجاوز قدرتها الاستيعابية، مما لا يجعله في متناول الجميع. وتشتكي كافة المرافق دون استثناء من مشاكل الاكتظاظ، الشيء الذي يدفعها إلى رفض قبول مريض يحتاج فعلاً للعلاج. وأمام إلحاح الأسر،

تحاول بعض المؤسسات إيجاد الحلول المناسبة لهذه المشكلة العويصة، إما عبر إجبار الأسرة التي دخل مريضها إلى المستشفى على العودة لاسترداده في أقرب وقت ممكن، أو عن طريق إجبار الأسرة التي تصر على إبقاء مريضها في المستشفى على إرجاعه إلى البيت عند تحسن حالته نسبياً، وإما من خلال مطالبة العائلة بمنح الإدارة مصاريف النقل اللازمة لعودة المريض المتعافى إلى ذويه، وغيرها من الحلول.

3.2.3. الإقامة في المستشفى

تعتمد الإقامة في المستشفى بشكل عام على طبيعة المرفق وتجهيزاته وطاقمه الطبي وموارده البشرية والمالية. وتوجد الأماكن المخصصة للاستشفاء في معظم المؤسسات في حالة يرثى لها وبمعدلات قليلة، علاوة على الاكتظاظ.

وفي ظل هذه الظروف غير المواتية، تعتبر الأسر، لاسيما الفقيرة منها، الإقامة في المستشفى مجرد إجراء «الحراسة» المريض أو بتعبير أدق لاحتجازه⁴⁵ حتى إشعار آخر، وليس كفعل علاجي.

4.2.3. العلاجات

لاحظ الفريق الزائر أن العلاجات المقدمة للمرضى في أغلب المرافق، سواء أثناء الإقامة في المستشفى أو خارجه، بسيطة وكلاسيكية تقريبا، ولا يتم بذل أي جهد لتطوير طرق أكثر حداثة ووسائل علاج مرنة.

وبالتالي، لا يكون بمقدور مؤسسة طب الأمراض العقلية تحيين المعارف العلمية التي اكتسبتها فرقتها في بداية مشوارها وتكييف بروتوكولات العلاج مع المتطلبات المتغيرة لعلاج المرض العقلي. ففي كثير من الأحيان، يتم إعطاء بعض الأدوية رغم معرفة الطبيب بمحدودية فعاليتها، وذلك تحت ذريعة قلة الوسائل المتاحة.

45. طلع الفريق الزائر، في تارودانت مثلا، على بعض المراسلات التي تلمس فيها الأسر من السلطات المحلية التدخل لدى إدارة المستشفى من أجل «احتجاز مريضهم لأطول مدة ممكنة».

5.2.3. الأدوية

وفي ما يخص الأدوية، تجدر الإشارة إلى ملاحظتين أساسيتين:

تنتمي جميع الأدوية الموزعة في مؤسسات علاج الأمراض العقلية تقريبا إلى الأجيال القديمة، إذ لا تتوفر هذه المؤسسات على الأجيال الجديدة من العقاقير التي تسبب آثار جانبية أقل وتمتد فعالية أكثر لكن بكلفة أكبر. إن هذه المشاكل المالية وأحيانا غياب إرادة التحديث يضع الأطر الطبية في موقف حرج ويولد لديهم أزمة ضمير ويدفعهم إلى فقدان الثقة في مصداقية عملهم والأدوية التي يصفون.

لا يتم عموما حفظ الأدوية المتوفرة تبعا للشروط اللازمة، بسبب غياب الثلاجات والمجمدات ومكيفات الهواء، بل وحتى في المرافق المتواجدة في المناطق التي يمكن أن تصل فيها الحرارة إلى 45 درجة في فصل الصيف أو تنخفض إلى أقل من الصفر خلال فصل الشتاء.

6.2.3. الأرشيف

ما أقل المؤسسات التي تحفظ أرشيفها بعناية لاستخدامه في الأغراض العلمية وغيرها. ومع ذلك، ينبغي الإشارة إلى أن الأشخاص الذين يعهد إليهم بحفظ السجلات غالبا ما يكونون على بينة من القواعد المهنية المتعلقة بالسرية ويمنعون بالتالي أي شخص غير مؤهل قانونا من الولوج إليها.

7.2.3. الخبرة

لاحظت البعثة أنه في المناطق التي لا تتوفر إلا على طبيب واحد فقط مختص في الأمراض العقلية، غالبا ما تعهد المحاكم بالخبرة الطبية، لاسيما في القضايا الجنائية، إلى نفس هذا الطبيب الذي يكون قد تابع حالة المعني بالأمر من قبل. ويتعلق الأمر هنا بنوع من التنافي أو تعارض المصالح الذي يمكن أن يؤدي إلى ممارسات غير سليمة ومخالفة للأخلاقيات المهنية.

8.2.3. التغذية

باستثناء عدد قليل من المؤسسات، خصوصا التابعة منها إلى مراكز استشفائية جامعية، تعتبر الوجبات المقدمة للمرضى غير كافية وغير متوازنة. وغالبا ما تلجأ المستشفيات إلى شركات خاصة تزودها بالغذاء، بيد أن هذه الأخيرة لا تأخذ في الاعتبار المعايير الغذائية ولا الاحتياجات الخاصة للمرضى وعلاجهم.

9.2.3. النظافة

مما لا شك فيه أن النظافة عامل أساسي من عوامل علاج الأمراض العقلية، على غرار الأمراض الأخرى، كما تعد في الوقت نفسه مؤشرا على مدى احترام كرامة الإنسان.

لكن ما أكثر أوجه القصور التي تمت معابنتها في هذا الإطار والتي تضر بشكل واضح بحق المرضى في ظروف إقامة لائقة تحفظ كرامتهم. وتتجلى هذه الاختلالات على عدة مستويات، نذكر منها على الخصوص:

- ندرة مواد التطهير والتنظيف اللازمة لضمان نظافة المرتفقين؛
- ضعف تواتر استحمام المرضى؛
- سوء حالة الملابس التي يرتديها المرضى؛
- ندرة المواد المنظفة والمعدات اللازمة لنظافة المكان؛
- الحالة المزرية للمراحيض والحمامات؛
- انتشار الأوساخ والروائح النتنة.

10.2.3. إعادة الإدماج

بالرغم من أهمية مرحلة إعادة الإدماج بعد الاستشفاء ومن كونها جزءا من مراحل رعاية وعلاج المرضى المصابين باضطرابات عقلية، فإنها لا تحظى بأي اهتمام. وهذا من بين أسباب الفشل شبه الحتمي للعلاج في العيادات الخارجية. فإعادة الإدماج تسمح لمرتفق الطب العقلي باستعادة ثقته في نفسه تدريجيا والشعور بجذواه وبأنه مواطن معترف بمواطنته.

وفي هذا الإطار، تجدر الإشارة إلى أنه بفضل جهود طبية أمراض عقلية تم تأسيس جمعية لتأهيل المرضى العقليين بمدينة فاس، تتوفر على ورشات فنية وحرفية وقاعات للألعاب بمقرها، مما يسمح بالاشتغال بشكل جيد ومنتظم لمساعدة المرضى وإعادة تأهيلهم اجتماعيا.

4. حماية الفئات الهشة

تشمل هذه الفئات الأشخاص الذين يحتاجون إلى اهتمام خاص وعناية طبية تستجيب لظروفهم وحالتهم، مثل النساء والأطفال والمسنين والمدمنين على المخدرات.

1.4. النساء

لاحظت بعثة المجلس الوطني لحقوق الإنسان، عند زيارتها لمستشفيات وأقسام معالجة المرضى العقلين، أن هذه المرافق، في غالبيتها، لا تدمج مقاربة النوع في خططها ومقارباتها ولا تعطي النساء الاهتمام الذي يجب أن يعطى لهن باعتبار خصوصيتهن.

إن المسؤوليات والأدوار المتعددة التي باتت تضطلع بها المرأة اليوم، أكثر فأكثر، والضغوط التي تتحملها بشكل دائم تقريبا في الحياة اليومية، تضعها أمام خطر الإصابة باضطرابات عقلية أو باضطرابات في السلوك. وترتبط هذه الضغوط عموما بالتمييز وأشكال العنف المختلفة الممارسة ضدها والقائمة على أساس الجنس.

ولهذا السبب تحديدا يجب أن يتم التعامل مع المرأة التي تعاني من مرض عقلي بطريقة خاصة تراعي هشاشتها، سواء على مستوى التحسيس أو الإعلام أو الاستقبال أو القبول أو الإقامة بالمستشفى، إذ يجب توفير حماية ملائمة لها ضد جميع أنواع التمييز والاعتداء، بما في ذلك الاعتداء الجنسي والاستغلال الجسدي. كما يجب أن تتوفر المرأة المصابة على حياة خاصة مناسبة وأن تستفيد خلال فترة الإقامة في المستشفى من بيئة جيدة وظروف عيش تحترم كرامتها وخصوصيتها كأمراة، دون الحديث عن ضرورة حماية سرية ملفها الطبي، إذ لا يجب بنانا الكشف عن المعلومات المرتبطة بصحتها العقلية من دون موافقتها الصريحة والحصرية. وإن هذا الحق الذي ينطبق على جميع المرضى يجب أن يُكفل بشكل خاص للنساء، بسبب ضغوط الأسر والأزواج.

2.4. الأطفال

غالبا ما يتم إهمال وتجاهل الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تحدث خلال مرحلة الطفولة والمراهقة، رغم أنها قد تعيق نمو الفرد، حيث يمكن أن يكون لغياب العناية والرعاية الصحية في هذه السن عواقب مرضية واجتماعية واقتصادية خطيرة.

ويعد طب الأطفال النفسي في حد ذاته تخصصا حديثا في بلدنا كما أن الأطباء المختصين والمؤسسات المتخصصة في هذا المجال لا تزال تعتبر عملة نادرة جدا.

وجدير بالذكر، في هذا السياق، أنه تم مؤخرا إحداث مصلحة خاصة بالأمراض العقلية للأطفال بالمركز الاستشفائي الجامعي بالدار البيضاء، وهي مصلحة يمكن اعتبارها بمثابة مثال يحتدى، إن على مستوى تصميمها في حد ذاته أو معداتها أو الجهود التي تبذلها الأطقم العاملة فيها.

ويتوفر مستشفى الرازي بسلا كذلك على مصلحة خاصة بالأمراض العقلية للأطفال كما أن هناك مصلحة للاستشارات الطبية للمراهقين بحي أكدا بالرباط.

هذا كل ما يتوفر عليه المغرب من مصالح خاصة بطب الأمراض العقلية للأطفال والمراهقين، مما يشكل نقصا خطيرا في بلد تمثل فيه الفئة العمرية التي يقل سنها عن 18 سنة نصف الساكنة تقريبا.

ونظرا لانتشار الاضطرابات العقلية الخاصة بالطفولة والمراهقة⁴⁶، وباعتبار أن العديد من الاضطرابات التي تمس المراهقين هي اضطرابات كامنة أو بادية في مرحلة الطفولة، فإنه من الضروري إيلاء اهتمام خاص للطب النفسي للأطفال والمراهقين.

3.4. الأشخاص المسنون

يعتبر الأشخاص المسنون من بين الفئات الأكثر هشاشة في المجتمع. وإذا كانت بعض الأمراض المعروفة، كمرض «الألزهايمر»، سهلة التشخيص فإن بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى كحالات الاكتئاب قلما يتم كشفها ومعالجتها، إذ غالبا ما يعتقد أنها مرتبطة ضمنا بكبر السن. وفي غياب سياسة تعنى بالصحة العقلية وتهتم بهذه الفئة الاجتماعية وبخصوصياتها وهشاشتها ووضعها وفي سياق التحولات العميقة التي يشهدها المجتمع وقيمه (إذ تعد شيخوخة الساكنة معطى أساسيا في هذا الصدد) يواجه المغرب وسيظل مشكلة انعدام الرعاية الضرورية لهذه الفئة المجتمعية التي تعاني من أمراض الشيخوخة وارتفاع نسبة المسنين المودعين في المستشفى بصفة اعتباطية، مما يساهم في اكتظاظ المستشفيات⁴⁷.

46. تنقسم هذه الاضطرابات إلى فئتين رئيسيتين هما: اضطرابات النمو النفسي والاضطرابات العاطفية والسلوكية. وتميز الأولى بصعوبة أو تأخر في اكتساب بعض الوظائف مثل النطق واللغة أو باضطرابات قوية في النمو مثل التوحد، بينما تتعلق الثانية باضطرابات الحركة وفقدان التركيز واضطرابات السلوك والاضطرابات العاطفية في مرحلة الطفولة.

47. لاحظ الفريق الزائر عند معاينته لمستشفى برشيد أن مائة شخص مُسن يقيمون بهذا المستشفى رغم أنهم لا يشكون من أي مرض. لكن الأجدر هو وضعهم في مركز اجتماعي عوض مؤسسة للأمراض العقلية.

4.4. المدمنون

إن الإدمان على المخدرات اضطراب سلوكي يهيم شريحة عريضة من السكان، خاصة الشباب. ويتسبب الإدمان في عدة آفات كحوادث السير والصدمات النفسية وحالات الانتحار وانتشار العنف وغيرها من المشاكل الصحية والاجتماعية الخطيرة. وبناء عليه، من الضروري وضع سياسة قوامها محاربة الإدمان والتخفيف من آثاره.

وتبقى المصالح الطبية التي تعنى بمعالجة الإدمان غير كافية مقارنة مع تفشي مشكل الإدمان على الكحول والمخدرات. كما تظل هذه المصالح بعيدة المنال بالنسبة للمدمنين المعوزين، فكثيرون هم المدمنون الذين لا يجدون الوسائل ولا المؤسسات التي من شأنها أن تضع حدا لمعاناتهم.

5. المؤسسات الخصوصية للأمراض العقلية

إلى غاية تاريخ كتابة هذا التقرير (غشت 2012)، يتوفر المغرب على 131 طبيا للأمراض العقلية في القطاع الخاص ومصحة واحدة متخصصة في معالجة الاضطرابات العقلية.

وتبين هذه الأرقام المخيفة أن القطاع الخاص لا يمكن بتاتا أن يغطي القصور الذي يعاني منه القطاع العام كما لن يستطيع الاستجابة للمتطلبات المستعجلة والمتزايدة في هذا المجال، إذ ليس بإمكان مصحة واحدة أن تملأ الفراغ الذي يعيشه قطاع الصحة العقلية في المغرب.

وبالإضافة إلى قلة الأطباء النفسيين ومؤسسات الأمراض العقلية في القطاع الخاص، يعاني هذا القطاع من عدة مشاكل أخرى نذكر منها ما يلي:

- ارتفاع كلفة الاستشارة الطبية والاستشفاء والعلاجات وطول مدة العلاج وضرورة إشراك عدة متدخلين واستعمال وسائل علاجية مختلفة، وغيرها. والملاحظ أن السلطات العمومية لا تأخذ هذه الإكراهات بعين الاعتبار ولا تُخضع الطب النفسي الخاص لتشريع يقننه ويحدد تعريفه العلاجية؛
- هزلة أو انعدام التعويض عن تكاليف علاج الأمراض العقلية من طرف صناديق الضمان الاجتماعي أو شركات التأمين؛

- إلزام المصحات الخاصة بموجب القانون بالتوفر على غرفة عمليات قبل منح الترخيص لها، رغم أن مصحات طب الأمراض العقلية ليست في حاجة إلى جناح للعمليات. والمصحة الوحيدة في المغرب المختصة في الأمراض العقلية فتحت أبوابها بصفة استثنائية؛
- كل المرضى والمرضى المختصين في الأمراض العقلية (متدربون أو مزاولون) يشتغلون بموجب عقد مبرم مع وزارة الصحة. وعليه، يصعب على المصحات الخاصة أن توظف ممرضة أو ممرضا مختصا؛
- وجود فراغ قانوني فيما يتعلق بطب الأمراض العقلية وبالضمانات المرتبطة بهذا الاختصاص وبمصحات الأمراض العقلية والأطباء النفسيين المزاولين في القطاع الخاص.

6. المجتمع المدني والطب النفسي

يستطيع المجتمع المدني أن يلعب دورا مهما في الوقاية والتوعية بقضايا الأمراض العقلية وفي حماية حقوق المصابين بها. وفي هذا الإطار، يجب تشجيع الجمعيات التي تعمل في هذا المجال ومساعدتها على تحقيق أهدافها وإشراكها في بلورة وتنفيذ التشريعات والاستراتيجيات والسياسات والبرامج المتعلقة بالصحة العقلية. وتنقسم هذه الجمعيات إلى ثلاث فئات:

- جمعيات عائلات المصابين بالأمراض العقلية التي تلعب دورا هاما في توعية المجتمع بالأمراض العقلية وتعزيز الرعاية الطبية ومتابعة العلاج وفعاليته خارج المستشفى. غير أن هذه العائلات تصطدم بالمشاكل المباشرة واليومية المرتبطة بالاضطرابات العقلية وآثارها المتعددة.
- جمعيات مرتفقي خدمات طب الأمراض العقلية: تم إنشاء أول جمعية من هذا النوع في مدينة الدار البيضاء، وتكتسي مثل هذه الجمعيات أهمية كبرى سواء بالنسبة لمرتفقي خدمات طب الأمراض العقلية حيث تدافع عن حقوقهم أو بالنسبة للمجتمع حيث تساهم في توعية هذا الأخير بالمشاكل المرتبطة بالطب النفسي.

جمعيات أطباء الأمراض العقلية، وهي خمسة:

- الجمعية المغربية للطب النفسي: وهي جمعية علمية تعنى أساسا بالبحث العلمي ومواكبة المعلومات والنظريات المستجدة في مجال الطب النفسي والصحة العقلية؛

- جمعية الأطباء النفسيين المزاولين في القطاع الخاص: وتجمع الأطباء النفسيين الذين يمارسون مهنتهم في القطاع الخاص؛
- جمعية الأطباء النفسيين المزاولين في القطاع العام: وتجمع الأطباء النفسيين الذين يمارسون في القطاع العام كيفما كان نوع المؤسسة التي يزاولون فيها؛
- الجمعية المغربية للطب النفسي المختص في الأطفال والمراهقين، وتهدف أساسا إلى تطوير الطب النفسي الموجه للأطفال والمراهقين وإيلاء العناية اللازمة إلى هذه الفئة العمرية؛
- جمعية الممرضين في قطاع الطب النفسي: وتهدف إلى النهوض بالصحة العقلية وإقامة الروابط بين أعضائها وجميع الأشخاص الطبيعيين أو المعنويين المهتمين بمجال الصحة العقلية.

ملاحظات عامة

إن الصحة العقلية لا تحظى، باعتبارها ضرورة وشرطا لرفاه المواطنين بالمكانة اللائقة بها في السياسات العمومية. وتمثل الملامح الرئيسة للوضعية المؤسفة المترتبة عن ذلك فيما يلي:

- تقادم نص القانون المتعلق بالمرض العقلي والقوانين المتصلة به وعدم ملاءمتها؛
- نقص البنيات الموجودة وعدم ملاءمتها من حيث التوزيع الجغرافي وهندسة المعمار والتجهيزات...؛
- عدم تلاؤم هذه البنيات مع معايير السلامة والمراقبة ومستلزماتهما؛
- الخصاص الحاد في عدد الأطباء وفي عدد الممرضات والممرضين وعدم كفاية برامج التكوين والتكوين المستمر؛
- غياب التخصصات الضرورية في مجال الطب النفسي مثل المربين النفسانيين وعلماء النفس الإكلينيكي والاختصاصيين في العلاج بواسطة الترفيه والعلاج بواسطة الفنون، والمساعدات الاجتماعية أو المساعدين الاجتماعيين...؛
- سوء نوعية الخدمات الطبية وغير الطبية المقدمة لمستعملي الطب النفسي وشروط الحياة التي يخضعون لها أثناء الاستشفاء؛
- عدم توفر الأجيال الجديدة من الأدوية التي تعد أكثر فعالية وأقل تسببا في الآثار الجانبية؛
- الوصم العام للمرضى العقليين بل ولمعالجهم أيضا؛
- عدم كفاية الاهتمام الذي يخص به الأطفال واليافعون والأشخاص المسنون؛
- عدم إدماج مقارنة النوع إدماجا عرضانيا في جميع القضايا الواقعية والقانونية المتعلقة بالصحة العقلية.

إن هذه الوضعية المقلقة تقتضي على المدينين القريب والمتوسط تدخلا قويا ويقظا ودقيقا وسديدا وتدابير عاجلة يتم تفعيلها في أسرع وقت ممكن.

توصيات

إن فريق الاستطلاع والتحري للمجلس الوطني لحقوق الإنسان، باستكمال مهمته، وتقديرا منه لجسامة المهمة التي تقع على عاتق وزارة الصحة، وللالتزام والمجهود الذي تبذله يوميا الفرق المهنية العاملة في مجال الصحة العقلية، يقدم التوصيات التالية:

تدابير ينبغي اتخاذها باستعجال:

- التخلي رسميا وإداريا عن إحداث المستشفيات الجهوية السبعة التي كانت مبرجة، مع تخصيص الميزانية، التي كانت مرصودة لبنائها وتجهيزها والموارد البشرية التي كان من المتوقع أن تؤطرها، للمؤسسات العمومية للطب النفسي الموجودة حسب حاجياتها؛
- حل مشكل جناح النساء بمستشفى تطوان، والذي يمس بكرامة نزيلاتة وحرمتهن، ووقف مسلسل تدهور هذه البنية؛
- تشكيل لجنة مختلطة خاصة لدراسة حالة مستشفى برشيد في كافة أبعادها وتفعيل عملية ترميم هذه المعلمة التاريخية ورد الاعتبار إليها؛
- ترميم البنيات الموجودة التي تعرف حالة من التدهور الجلي أو الانهيار الوشيك (مكناس، آسفي، خريبكة)؛
- وفي انتظار تبني سياسة للصحة العقلية، وضع معايير دنيا لعمليات البناء والترميم تأخذ بعين الاعتبار خصوصية هذا النوع من البنيات؛

إطار قانوني لا بد من مراجعته

- القيام، في إطار مسلسل تشاركي واسع، بتغيير قانون 30 أبريل 1959 المتعلق بالوقاية من الأمراض العقلية وبحمية المرضى المصابين بها ومعالجتهم، بما ينسجم مع المعايير الدولية ويتكيف مع الأوضاع الجديدة للصحة العقلية في المغرب. ولا يكمن الهدف من وراء ذلك في سد ثغرات النص الجاري به العمل وحسب، وإنما في إغناء النص القادم أيضا بالتجربة الميدانية لجميع الفاعلين وبالممارسات الجيدة والمعارف المكتسبة؛
- مراجعة القوانين المتعلقة بالضمان الاجتماعي والتأمين على المرض بقصد تكييفها مع المتطلبات الخاصة للتكفل الطبي النفسي؛

- مراجعة القانون المتعلق بفتح العيادات الخاصة مع مراعاة خصوصية الطب النفسي؛
- إقرار النظام الأساسي للممرضة والممرض المختصين في الطب النفسي، مع تحديد مهامهما ومقابل ما يتعرضان له من أخطار وهما يقومان بمهامهما، وحقوقهما والتزاماتهما.

وضع سياسة للصحة العقلية وتفعيلها

- اتخاذ جودة الخدمة والحياة، والكرامة المتأصلة في الشخص البشري، والحق المتساوي للجميع في الصحة العقلية والبدنية، أهدافا جوهرية وعرضانية لجميع سياسات الصحة العقلية وبرامجها؛
 - التبنى العاجل لسياسة عمومية للصحة العقلية متميزة ومتكاملة، واضحة في أهدافها، دقيقة في وسائلها وتطورية في أدواتها، تنطلق من نقاش عمومي وتشاور مع جميع الأطراف المهتمة أو المعنية بقضايا الصحة العقلية، وتستفيد من الخبرة الوطنية والدولية؛
- لا بد لهذه السياسة أن تشتمل على المكونات الدنيا التالية:
- وضع ميزانية خاصة بالصحة العقلية تبعا لمتطلباتها الخاصة وتخصيص فصل محدد من الميزانية للصحة العقلية؛
 - إحداث مصالح للطب النفسي في المستشفيات العمومية التي لا تتوفر عليها؛
 - إحداث بنية دائمة خاصة بصيانة التجهيزات وإصلاحها في كل مستشفى أو مصلحة؛
 - إعادة انتشار البنيات والموارد البشرية بغية سد النقص المترتب عن التوزيع الجغرافي غير العادل وغير المتوازن وضمان احترام أدنى للحق المتساوي للجميع في الصحة وفي معايير تتعلق بعدد الأطباء والممرضين بارتباط مع عدد السكان وعدد الأسرة؛
 - تعزيز مؤسسات الطب النفسي بعلماء نفس سريريين ومساعدات اجتماعيات واختصاصيين في العلاج بواسطة الترفيه أو الفنون؛
 - تأمين توفر الأجيال الجديدة من الأدوية؛
 - تشجيع تخصصات ومسالك الطب النفسي والطب النفسي للأطفال في كليات الطب ومدرسة تكوين الممرضات والممرضين؛
 - تنمية الموارد البشرية بكافة وسائل التشجيع والتحفيز الممكنة؛

- تمكين الأطباء العامين الراغبين في ذلك من الاستفادة من تكوين خاص في الطب النفسي حتى يتأتى لهم المساهمة في حل مشكل الخصاص في عدد الأطباء النفسيين؛
- إيلاء مزيد من الاهتمام للطب النفسي للأطفال والمراهقين؛
- إدماج مقاربة النوع بكيفية عرضانية في القانون وفي السياسات المتعلقة بالصحة العقلية؛
- التربية والإعلام وتوعية الجمهور العريض في إطار محاربة وصم الأشخاص المصابين بأمراض عقلية وإقصائهم، ونشر ثقافة حقوق الإنسان وقيمها ذات الصلة بالصحة العقلية؛
- وضع بنيات كفيلة بمراقبة الصحة العقلية للسكان وبلورة مؤشرات من شأنها أن تفيد حول عدد الأشخاص المصابين بأمراض عقلية ونوعية العلاجات التي يتلقونها وفعاليتها؛
- تشجيع البحث في شتى جوانب الأمراض العقلية وآثارها ودعمه، وتكوين قاعدة معطيات وطنية في مجال الصحة العقلية وتقييمها باستمرار؛
- إحياء اليوم العالمي للصحة العقلية يوم 10 أكتوبر من كل سنة، بدءاً من السنة الجارية، واتخاذ مناسبة وطنية للتوعية والنقاش والإعلام بخصوص الصحة العقلية؛
- اقتراح يوم وطني للصحة العقلية ولتعزيز العلاقة الوثيقة بين الصحة العقلية والحقوق الإنسانية.

منشورات المجلس الوطني لحقوق الإنسان

الإيداع القانوني: 2013MO1373

ردمك: 4-09-606-9954-978

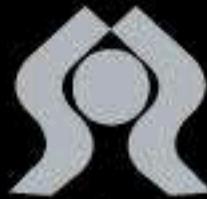
2013

مطبعة المعارف الجديدة - الرباط

يقوم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، في إطار ممارسة الاختصاصات التي يخولها له الظهير الشريف رقم 1.11.19 الصادر في 19 مارس 2011، بزيارات إلى "... المؤسسات الاستشفائية الخاصة بمعالجة الأمراض العقلية والنفسية..." ويعد تقارير حول الزيارات التي يقوم بها تتضمن ملاحظاته وتوصياته بهدف تحسين أوضاع نزلاء المؤسسات المذكورة والمستفيدين من خدماتها.

وتندرج هذه الاختصاصات في إطار المهمة الشاملة المخولة للمجلس الوطني لحقوق الإنسان باعتباره مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان، والتي تتمثل، من بين أمور أخرى، في رصد أوضاع حقوق الإنسان واحترامها ومراقبتها وتتبعها وإبداء رأيه وملاحظاته وتوصياته بشأن جميع القضايا المتعلقة بحماية حقوق الإنسان والحريات الفردية والجماعية للمواطنين واحترامها والنهوض بها...

فمن هذا المنظور وفي هذا السياق، أوفد المجلس الوطني لحقوق الإنسان بعثة للتقصي والبحث إلى المؤسسات والمصالح المكلفة بالوقاية من الأمراض العقلية ومعالجتها وحماية المصابين بها، وقام بدراسة النصوص القانونية المتعلقة بالمرض العقلي والمصابين به، في ضوء المعايير الدولية، مما أثمر التقرير المنشور بين دفتي هذا الكتاب.



المجلس الوطني لحقوق الإنسان
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵏⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ
Conseil national des droits de l'Homme

Place Ach-Chouhada

BP 1341, 10 040, Rabat - Maroc

tel : +212(0) 5 37 72 22 18/07

fax : +212(0) 5 37 72 68 56

ساحة الشهداء

ص.ب. 1341, 10040, الرباط - المغرب

الطاب: +212(0) 5 37 72 22 18/07

الفاكس: +212(0) 5 37 72 68 56