

Femmes en prison : Maroc

Analyse du mécanisme national de prévention

| Décembre 2024



Maroc



Ratification de l'UNCAT
21 juin 1993

Adhésion à l'OPCAT
24 novembre 2014

Mécanisme national de prévention (MNP)

Mécanisme National de Prévention de la torture du Royaume du Maroc au sein du Conseil national des droits de l'Homme (CNDH/MNP)

Cadre juridique du MNP

Loi n° 76-15 relative à la réorganisation du Conseil national des droits de l'Homme (Bulletin officiel n° 6652 du 1er mars 2018 (version arabe) et Bulletin officiel n° 6662 du 5 avril 2018 (version française).

Opérationnalisation du MNP

Depuis le 21 septembre 2019

Structure du MNP

Une structure spécialisée au sein du CNDH

Composition du MNP

20 membres dans son équipe (8 femmes)

I. Chiffres

Population carcérale	Etablissements pénitentiaires	Personnel pénitentiaire
Population carcérale totale 102,653	Nombre d'établissements pour les femmes 43	Personnel pénitentiaire (total) ¹ 13,605
Femmes en prison 2,535 (2.47%)	Nombre d'établissements exclusivement pour les femmes 0	Personnel pénitentiaire féminin ² 1,574 (11.57%)
	Nombre d'établissements mixtes avec des unités pour les femmes 43	
<i>Source : Rapport d'activité de la Délégation générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion, 31 décembre 2023</i>	<i>Source : Rapport d'activité de la Délégation générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion, 31 décembre 2023</i>	<i>Source : Rapport d'activité de la Délégation générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion, 31 décembre 2023</i>

II. Recommandations

Fouilles corporelles

- + Privilégier les méthodes et outils de détection alternatifs comme des examens par ultrasons, des scanners, des portiques de sécurité, les détecteurs de métaux, etc.

¹ Le nombre total de personnel pénitentiaire au Maroc est de 13'605 dont 12'548 au sein des établissements pénitentiaires.

² 1'816 femmes. Parmi celles-ci, 1 574 au sein des établissements pénitentiaires.

- + Assurer la consignation des opérations de fouille, notamment les fouilles intégrales, et de leurs résultats à travers la tenue systématique d'un registre de fouilles mentionnant notamment l'identité de la personne qui les a effectuées, l'identité de la personne ayant fait l'objet de la fouille, les motifs les justifiant et les résultats éventuellement obtenus.

Accès aux soins de santé

- + Veiller à l'utilisation de la Fiche Médicale à l'Entrée dans tous les établissements pénitentiaires.
- + Mettre en œuvre des mesures plus strictes pour garantir que toutes les informations nécessaires soient correctement saisies dans les dossiers médicaux lors de l'admission des personnes détenues, en particulier par le biais de formations régulières pour le personnel médical et de sensibilisation à l'importance de la traçabilité.
- + Créer des mécanismes de suivi pour garantir que chaque dossier médical est examiné, vérifié et évalué par le médecin de l'établissement.
- + Allouer des ressources supplémentaires pour remédier aux lacunes dans la saisie correcte des informations sur les formulaires médicaux.

Santé mentale

- + Renforcer les programmes de promotion et d'amélioration de la santé mentale des détenues ou encore des programmes de prévention de suicide et d'automutilation.

III. Questions relatives à la détention

Au moment de la rédaction du présent document³, le Mécanisme National de Prévention de la torture du Royaume du Maroc (CNDH/MNP) est en train de finaliser son rapport thématique sur la situation et le traitement des femmes et filles privées de liberté dans les établissements pénitentiaires. Le choix de la thématique sur les femmes en milieu carcéral par le CNDH/ MNP était notamment motivé par les particularités de cette population et la nécessité de mener une analyse approfondie pour identifier toute éventuelle réforme ou mesure à même de garantir une meilleure protection de leurs droits. Le rapport thématique porte sur l'ensemble des 43 établissements pénitentiaires abritant les femmes et mineures détenues, réparties sur les 12 régions du Maroc. Les entretiens ont été réalisés par le CNDH/MNP avec chacune des femmes et filles détenues. Les informations suivantes constituent certaines conclusions préliminaires de ce travail.

Le rapport qui sera finalisé vise notamment à documenter de manière exhaustive les conditions de détention des femmes et à développer une évaluation rigoureuse et systématique qui servirait de base à des recommandations réalisables et actionnables.

Fouilles corporelles

a. Cadre juridique et réglementaire

Au Maroc, les fouilles corporelles sont régies par les dispositions des articles 68 et 78 de la loi n° 23-98. Cette loi ne permet la fouille des détenues et des visiteurs que par une personne de leur sexe et dans des conditions préservant leur dignité, tout en garantissant l'efficacité du contrôle.

³ Septembre 2024.

b. Dans la pratique

Les visites effectuées par le MNP dans les établissements pénitentiaires abritant les femmes détenues ont révélé que celles-ci sont systématiquement fouillées dans les situations suivantes, conformément aux articles 68 et 78 de la loi n° 23-98⁴ : à leur entrée dans l'établissement ; avant et après tout parloir et visites familiales ; avant et après toute extraction ; avant tout transfèrement ; et au terme de toute activité quotidienne. Il a été également précisé par les personnels interrogés que les mises à nu durant les fouilles corporelles des détenues se déroulent en deux étapes (dénudation du haut du corps puis remise des habits avant la dénudation du bas du corps).

Mises à part les fouilles des cellules qui sont tracées au moyen de registres dédiés, les fouilles corporelles ne sont pas consignées dans des registres. Ce défaut de procédure et de traçabilité des fouilles corporelles ne permet pas de contrôler et d'uniformiser le bon déroulement des fouilles qui constituent des opérations certes nécessaires pour la sécurité mais comportent un risque potentiel de conduire à de mauvais traitements et/ou à des expériences traumatisantes pour les femmes détenues.

D'après les témoignages recueillis, les fouilles des femmes détenues sont effectuées exclusivement par du personnel féminin et hors de la présence et de la vue du personnel de sexe opposé, conformément aux dispositions de l'article 68 de la loi 23-98 et des normes des Règles Nelson Mandela (52) et Bangkok (19).

La Délégation générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion (DGAPR) a indiqué que pour la fouille corporelle des personnes détenues, en cas de transfèrement et en cas d'extraction devant les tribunaux et vers les hôpitaux, les établissements pénitentiaires disposent d'un registre traçant cette opération et ce conformément à la note du Délégué Général n°48/2015. La DGAPR indique également que pour la fouille corporelle suite à une activité quotidienne des personnes détenues, un tel registre engendrera un retard considérable dans le déroulement de ces activités quotidiennes.

La DGAPR a indiqué que l'ensemble des établissements pénitentiaires disposent des portiques détecteurs de métaux et des détecteurs manuels de métaux par des quantités suffisantes. Les détecteurs manuels des métaux sont distribués dans l'ensemble des quartiers y compris le quartier des femmes. Cependant, la DGAPR estime que ces alternatives dont elle dispose permettent seulement la détection des métaux et non pas les substances illicites tels que les drogues et les comprimés hallucinogènes. Par conséquent, les équipements de détection ne peuvent pas remplacer la fouille corporelle prévue par la loi.

Isolement

a. Cadre juridique et réglementaire

L'isolement cellulaire est appliqué soit par mesure de sécurité, soit pour des raisons de santé, telles que des maladies contagieuses (articles 31-32 Loi 23-98), soit par précaution (isolement préventif) pendant 48h avant la tenue de la commission disciplinaire (art.58 Loi 23-98), soit sur décision du juge d'instruction (art.75 Loi 23-98) ou encore à la demande des détenues elles-mêmes lorsque les motifs qu'elles

⁴ Loi n° 23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, Bulletin officiel n° 4726 du 11/09/1999, pp.715-728 : http://www.sgg.gov.ma/BO/bo_fr/1999/bo_4726_fr.pdf. Cette loi a fait récemment l'objet d'une modification par le Dahir n° 1-24-33 portant promulgation de la loi n° 10-23 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires. Cette nouvelle loi a été publiée au BORM n° 7328 du 17 safar 1446 (22 août 2024). Les dispositions relatives aux fouilles sont régies par les articles 72, 73, 165, 172 et 173 de la nouvelle loi 10-23. Selon l'article 173 de la loi 10-23, la fouille du détenu se fait par palpation ou au moyen d'un détecteur de métaux et en cas de nécessité avec mise à nu. Cet article ajoute que l'examen des cavités corporelles ne peut être effectué que par un professionnel de la santé travaillant au sein de l'établissement pénitentiaire ou par un personnel formé à cet effet. Il conclut que la fouille doit être effectuée dans un lieu préservant l'intimité et la dignité du détenu.

invoquent sont justifiés (art. 31 Loi 23-98).

b. Dans la pratique

La DGAPR a indiqué que la mesure d'isolement cellulaire comporte 2 volets distincts : isolement pour raison médicale et isolement pour d'autres raisons (notamment sécuritaire, placement en cellule disciplinaire...). Il revient au médecin de décider de l'opportunité du placement en isolement pour raison de santé (maladies contagieuses, détenu·e atteint de trouble mental et présentant un danger pour autrui). Le suivi médical (et son rythme) est assuré par le médecin selon chaque cas. La fin de cette mesure est également définie par le médecin en fonction de l'état de santé.

En ce qui concerne les isolements cellulaires pour autres raisons, le médecin donne son avis sur la nécessité d'y mettre fin pour raison de santé (incompatibilité de l'état de santé avec cette mesure). Le médecin est notamment tenu de visiter les détenus 3 fois par semaine pour les isolements sécuritaires et au moins 2 fois par semaine pour les isolements disciplinaires. Il peut, toutefois, donner son avis pour y mettre fin chaque fois qu'il juge que l'état de santé devient incompatible avec cette mesure.

Le médecin n'est sollicité de donner un avis de prolongation que pour l'isolement pour raison de sécurité, selon l'alinéa 5 de l'article 32 car la durée de l'isolement disciplinaire est bien définie.

En ce qui concerne les conditions de santé mentale, la mesure d'isolement cellulaire est applicable au cas par cas selon l'avis du psychiatre traitant de l'hôpital consigné dans le dossier médical du patient. Dans ce cadre, certains psychiatres préconisent la mise en isolement pour une période déterminée et sous surveillance rapprochée médicale et sécuritaire (surtout si la personne détenue présente un danger pour autrui). Les mises à l'isolement des détenues sont consignées dans un registre de contrôle de l'isolement.

Selon les personnels interrogés dans les établissements visités, les femmes enceintes, allaitantes ou accompagnées de bébés/jeunes enfants et/ou ayant récemment accouché, les personnes âgées, les malades chroniques, les personnes souffrant de conditions de santé mentales et les mineures ne sont pas soumises au régime d'isolement.

Toute personne détenue se considérant comme menacée peut demander à être placée en isolement préventif pour sa propre protection. Les personnes placées en isolement pour leur protection gardent toutefois la possibilité de faire appel aux décisions relatives à leur placement. Elles peuvent adresser des plaintes ou doléances en ce sens au directeur, au directeur régional, à la DGAPR ou aux autorités judiciaires ou au CNDH. En outre, leur situation peut être réévaluée après avis du psychologue et du médecin.

Utilisation de moyens de contrainte

a. Cadre juridique et réglementaire

Les seules bases légales fixant les conditions et modalités de recours à des moyens de contrainte ou de coercition sont celles de l'article 62 de la loi n° 23-98. Cet article cite parmi les moyens de coercition qui peuvent être utilisés les menottes, les entraves et la camisole de force.

b. Dans la pratique

Les entretiens avec le personnel féminin de détention n'ont pas fait état de l'existence d'une procédure interne concernant l'utilisation des moyens de contrainte. Malgré l'étendue des moyens de coercition dont l'usage est autorisé par la loi, la pratique suivie par les établissements pénitentiaires visités se limite au recours au menottage (les bras devant).

Dans ce cadre, la DGAPR a indiqué qu'elle dispose d'une quantité très limitée des entraves-menottes main et pied, et ils sont utilisés seulement pour la catégorie des détenus très dangereux du sexe masculin et dans des situations très limitées, et en aucun cas ces entraves sont utilisées pour les femmes détenues.

D'après les témoignages du personnel interrogé, les moyens de contrainte ne sont pas appliqués à toutes les catégories de détenues. En effet, en sont épargnées les femmes enceintes, les femmes pendant le travail d'accouchement et/ou immédiatement après l'accouchement.

Accès aux soins de santé

L'intimité et la confidentialité de l'examen médical des détenues sont garanties⁵ dans 82% des établissements pénitentiaires visités par le MNP. A cet égard, la DGAPR a indiqué que la gestion de la santé dans les établissements pénitentiaires exige l'intervention de plusieurs acteurs ce qui rend difficile cette confidentialité.

Le MNP a constaté une insuffisance en médecins et personnel infirmier dans plusieurs établissements visités. La DGAPR a indiqué que les établissements pénitentiaires ne disposant pas de médecins permanents sont couverts par des conventions avec des médecins du secteur public ou privé, par les missions de mobilité des médecins de la DGAPR pour effectuer les consultations et par la télémédecine. La DGAPR a aussi indiqué qu'elle continue les recrutements des infirmiers pour relever les défis et améliorer la qualité des prestations et services de soin au profit des détenu·e·s.

Les consultations médicales au profit des femmes se font dans les cabinets médicaux et dentaires dédiés et sont réalisées par un médecin femme ou dentiste femme chaque fois que celles-ci sont disponibles. Pour les établissements pénitentiaires ne disposant que d'un personnel médical ou dentaire masculin, les consultations sont réalisées systématiquement en présence d'infirmières ou de fonctionnaires femmes. Toutes les détenues malades bénéficient, conformément à la règle Mandela n° 24.1, de la gratuité des consultations médicales aussi bien au sein des établissements pénitentiaires qu'au niveau des hôpitaux publics, et de la gratuité des médicaments prescrits. Les détenues qui requièrent des traitements spécialisés ou soins chirurgicaux sont transférées, conformément à la règle Mandela n°27.1, vers des hôpitaux publics. Hormis les cas urgents qui passent par un circuit flexible et rapide, les détenues qui nécessitent un transfert vers un hôpital obéissent à la procédure ordinaire qui oblige de passer par la plateforme de prise de RDV, mais des retards ont été signalés. Ceci affecte la prise en charge des détenues atteintes de maladies chroniques.

Le suivi de la grossesse chez les détenues, qui se fait au niveau des structures du Ministère de la Santé et Protection Sociale, est réalisé selon les recommandations établies par le Ministère, dans 76% des cas⁶. Quel que soit l'âge de la grossesse, chaque nouvelle détenue est sollicitée pour fournir ses bilans précédents, et dans le cas contraire, tout est fait au niveau de l'établissement pénitentiaire. Toutes les femmes enceintes qui ont accouché pendant leur incarcération ont bénéficié de l'ensemble des prestations de suivi de grossesse.

Bonne pratique : Renforcement de l'offre de soins

En conformité avec une convention de renforcement de l'offre de soins, signée entre la Délégation générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion, le Ministère de la Santé et Protection Sociale et la Fondation

⁵ Dahir n° 1-15-26 du 29 Rabii 11 1436 (19 février 2015) portant promulgation de la loi n° 131-13.

⁶ Arrêté du ministre de la santé n° 2519-05 du 30 chaabane 1426 (5 Septembre 2005) fixant les conditions et les épisodes de suivi médical de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites ; Surveillance de la grossesse et du post partum, manuel à l'usage des professionnels de santé, Edition décembre 2011

Mohammed VI pour la Réinsertion des Détenus, les détenu·e·s bénéficient d'une priorisation et d'un accès fluide et rapide aux consultations et prestations spécialisées dans les hôpitaux, dans la mesure du possible en raison des diverses et nombreuses contraintes existantes dans ces structures. A côté de la plateforme de prise de RDV, chaque établissement pénitentiaire dispose de personnels chargés de prendre les RDV dans les hôpitaux ou de les rapprocher chaque fois que le médecin de l'établissement le juge favorable au patient. Les prestations réalisées à l'hôpital sont prises en charge dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO Solidaire)⁷. Les médicaments et dispositifs médicaux sont acquis en totalité par l'administration pénitentiaire. Le recours au secteur privé est réalisé à la charge de l'administration pénitentiaire pour tous les bilans biologiques ou radiologiques ou explorations fonctionnelles non disponibles dans les hôpitaux.

Conformément à la règle de Bangkok n°14, 67, certains établissements visités disposent d'un programme de prévention contre le VIH qui tient compte de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Par contre, les détenues ne bénéficient pas systématiquement des mesures de santé préventives, particulièrement importantes pour les femmes, comme le dépistage des cancers gynécologiques. En l'absence d'un programme permanent, ce dépistage se fait durant des campagnes organisées dans seulement 25% des établissements pénitentiaires en 2023.

Le dépistage des IST/VIH/HVC est proposé systématiquement à l'examen médical à l'entrée pour tous et toutes les détenu·e·s, en cours des consultations de routine et lors des campagnes de sensibilisation et dépistage. Les services des IST/VIH sont intégrés dans l'activité régulière des Unités de Santé Pénitentiaires. Le dépistage volontaire du VIH répond aux règles des 5 « C » de l'OMS et se fait conformément à la Note d'Orientation sur le Dépistage du VIH en milieu carcéral, objet d'une convention signée en février 2017 entre la DGAPR, le CNDH et le MSPS. Les détenus(es) mineurs(es) bénéficient de la sensibilisation sur le VIH et sur la Santé Sexuelle et Reproductive (le dépistage volontaire du VIH étant tributaire du consentement du tuteur). Les tests des IST (VIH, Hépatites virales B et C, et syphilis) sont systématiquement proposés aux femmes enceintes et réalisés dès les premiers jours d'incarcération. En cas d'indisponibilité des tests au sein des unités de santé pénitentiaires ou au niveau des structures du MSPS, le recours se fait aux laboratoires privés.

Le MNP a été informé que la DGAPR a initié au courant de 2024 une étude CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) pour identifier et déterminer au mieux les services nécessaires pour la population des femmes avec ses différentes catégories, notamment les femmes enceintes et accompagnées d'enfants ainsi que les femmes âgées. La DGAPR a aussi indiqué qu'elle organise annuellement des concours de recrutement aussi bien pour le personnel infirmier que médical et dentaire avec un nombre de postes budgétaires conséquent. La faible attractivité du travail en milieu carcéral et la lourdeur de la tâche médicale impactent le nombre des médecins.

Examen médical initial

Cet examen qui représente le premier contact des détenus avec le système de santé carcéral doit recueillir selon la fiche conçue et mise en place par la DGAPR, des informations sur le niveau socio-économique, les antécédents et données cliniques, le constat physique à l'admission, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les habitudes toxiques, le traitement psychiatrique avec ordonnance, le dépistage sérologique (HIV, HVB, HVC), la recherche de signes de tuberculose et l'état général à l'entrée.

⁷ L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est instituée par la loi 65.00 portant code de la couverture médicale de base. Elle vient offrir une couverture médicale obligatoire de base et garantie l'accès universel aux soins de santé.

S'il s'agit d'une détenue, des informations supplémentaires sont recueillies sur la notion de retard de règles, une grossesse en cours et si celle-ci a été suivie avant l'incarcération avec le bilan réalisé le cas échéant ainsi que le nombre d'enfants l'accompagnant, leur âge et leur sexe.

L'examen médical initial chez la détenue a pour objectif d'assurer la continuité des soins en cas de traitement antérieur, de déceler toute affection contagieuse ou évolutive nécessitant des mesures d'isolement ou des soins au sein.

Santé mentale

Le MNP a constaté que 67% des services de santé des établissements pénitentiaires visités disposent de psychologues mais ne disposent ni de psychiatre ni d'infirmiers qualifiés en psychiatrie. Il a aussi été relevé les problématiques liées aux programmes de formation dédiés au personnel de santé en matière de prise en charge de la santé mentale, de détection des situations difficiles pour les femmes et d'évaluation des besoins des détenues en matière de santé mentale.

La fiche de l'examen médical initial donne des instructions pour que le questionnaire de l'identification du risque de suicide/tentative de suicide/atteinte à l'intégrité physique soit systématiquement renseigné en cas de: présentation corporelle ou vestimentaire négligée ; agitation ; antécédent de suivi psychiatrique ; antécédent de tentative de suicide ; antécédent ou cicatrice d'automutilation ; réponse par non à la question si la vie vaut la peine d'être vécue; habitudes toxiques chroniques pour le tabac, l'alcool, le cannabis, la colle ou diluants ; consommation de cocaïne, héroïne ; prise de psychotropes avec ordonnance.

L'équipe du CNDH/ MNP a constaté que ce questionnaire n'est pas systématiquement renseigné chez les détenues ayant présenté des antécédents d'habitudes toxiques chroniques au tabac ou à l'alcool, en cas de prise de psychotropes, en cas d'antécédents de tentative de suicide ou d'automutilation, ou en cas de cicatrice, en raison parfois de l'utilisation d'un ancien modèle ne donnant pas d'instructions sur les situations qui nécessitent une évaluation de risque de suicide ou d'atteinte à l'intégrité physique.

La DGAPR a indiqué que la nouvelle Fiche Médicale à l'Entrée et un questionnaire d'identification du risque de suicide ou automutilation ont été élaborés ainsi qu'un manuel de prévention. Une matrice de collecte des données a également été développée complétant ainsi les supports et outils mis en place dont l'exploitation servira à la genèse de recommandations et d'actions multi participatives avec les autres directions de la DGAPR (socioculturelle, sécuritaire, ...) afin de réduire au maximum les risques. Ceci s'effectue parallèlement à la prise en charge médicale et les autres mesures adjuvantes (socioculturelles, sécuritaires et de création d'un environnement protecteur). La mise en œuvre de ce paquet de services de prévention connaît encore quelques difficultés à être correctement appliqué dans tous les établissements pénitentiaires, vu les contraintes en ressources humaines et moyens existants.

Toutes les détenues souffrant de problèmes de santé mentale sont prises en charge par les psychiatres du MSPS et bénéficient gratuitement de tous les médicaments dont elles ont besoin (psychotropes). Les services de santé n'offrent pas, dans 84% des établissements pénitentiaires visités, de programme de traitement spécialisé pour les femmes toxicomanes, comme le préconise la règle Mandela n° 24. Dans tous les établissements pénitentiaires et conformément à la règle de Bangkok n°41, les détenues nécessitant des soins de santé mentale sont hébergées dans des quartiers non restrictifs et reçoivent un traitement approprié de même que le recours aux moyens de contrainte ou à la sédation médicamenteuse n'est pas un procédé utilisé systématiquement, conformément à la règle Mandela n°49.

La DGAPR a indiqué qu'au vu de l'insuffisance en psychiatres au niveau national et la faible attractivité du travail en milieu carcéral, le conventionnement avec les

psychiatres s'avère difficile. Toutefois, toutes les détenues nécessitant une prise en charge psychiatrique sont envoyées aux hôpitaux et bénéficient des services de soutien par les psychologues de la DGAPR. Dans le cadre de la Convention de Renforcement de l'Offre de Soins au profit des Détenus, le MSPS est sollicité d'intégrer régulièrement les médecins et infirmiers des établissements pénitentiaires dans les sessions de formation continue en santé mentale qu'il organise au profit de son personnel, et plusieurs médecins et infirmiers ont bénéficié de modules de renforcement de compétences en matière de prise en charge en santé mentale.

Concernant la prise en charge des troubles addictifs, la DGAPR a indiqué qu'elle a mis en place, en partenariat avec le MSPS, 10 unités d'addictologie dans les établissements pénitentiaires, dont 6 assurent la continuité du traitement de substitution aux opiacés par la méthadone pour les détenu·e·s déjà inscrit·e·s dans ce programme avant incarcération et suivis aux centres d'addictologie du MSPS. Les unités d'addictologie des établissements pénitentiaires assurent également un paquet de services comprenant entre autres des prestations RdR (Réduction des Risques) et de soutien psychologique. Les formations spécialisées en addictologie théoriques et pratiques, notamment sur la substitution sur les drogues dures avaient concerné le personnel médical et infirmier des établissements pénitentiaires disposant des unités d'addictologie délivrant la méthadone. Au même titre, plus de 20 médecins des établissements pénitentiaires ont bénéficié d'un diplôme universitaire en addictologie.

Les femmes détenues dans l'ensemble des établissements pénitentiaires qui sont mises sous psychotropes le sont soit pour trouble psychiatrique avéré soit pour des troubles addictifs et sont suivies dans tous les cas par les psychiatres des hôpitaux du MSPS. La DGAPR a ajouté que les femmes nécessitant la continuité du traitement par la méthadone et inscrites dans le programme de substitution aux opiacés du MSPS avant incarcération reçoivent ce traitement dans les unités d'addictologie des établissements pénitentiaires avec possibilité de transfert d'un établissement pénitentiaire vers un autre disposant de la prestation. Elles bénéficient également d'un suivi régulier au niveau des centres d'addictologie du MSPS et des prestations RdR (Réduction des Risques) en plus du soutien psychologique dans les établissements pénitentiaires. Les détenues addictes aux substances autres que les opioïdes sont suivies régulièrement au niveau des structures du MSPS par des psychiatres et le traitement par les psychotropes leur est dispensé régulièrement par dose horaire par le personnel infirmier féminin.

Vie en prison : régime et activités

Le CNDH/ MNP a été informé lors des entretiens avec les détenues que les femmes ont moins d'opportunités de travail rémunéré que les hommes. Bien que les travaux confiés aux femmes détenues ne soient pas affligeants, ils ne contribuent pas suffisamment à leur formation professionnelle. De plus, elles manquent de possibilités pour acquérir des compétences dans des unités de production, ce qui faciliterait leur réinsertion après leur libération.

Les activités de formations professionnelles proposées aux femmes détenues sont moins nombreuses et variées que celles destinées aux hommes détenus. Elles se limitent en général à la coiffure, la coupe et la couture. La DGAPR indique à cet égard que l'accès à la formation Professionnelle obéit d'abord à la volonté des intéressées et ensuite à la satisfaction des conditions et des prérequis fixés par les départements concernés.

IV. Femmes en situation particulière de vulnérabilité

Femmes avec leurs enfants en prison

Bonne pratique : Crèches à l'extérieur et soutien aux femmes accompagnées de leurs enfants

Une des bonnes pratiques constatées par le CNDH/ MNP en faveur des femmes accompagnées de leurs enfants consiste à inscrire les enfants âgés entre 3 et 5 ans par le service social à des crèches à l'extérieur de l'établissement. Par ailleurs, une somme équivalant à 250 DH d'achats est offerte par l'association de solidarité sociale des fonctionnaires de la Délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion à chaque femme accompagnée à titre d'aide. Ces aides sociales sont inscrites dans un registre spécial et prennent la forme de produits alimentaires, d'entretien, d'hygiène pour enfants, voire des habits.

V. Mesures alternatives à la détention

Le Maroc a adopté un projet⁸ de loi n°43.22 relatif aux peines alternatives qui vise à améliorer le système judiciaire marocain et à surmonter la problématique de la surpopulation carcérale. La nouvelle loi n° 43.22 relative aux peines alternatives prévoit quatre peines alternatives dans les délits dont la peine n'excède pas cinq ans d'emprisonnement, à savoir les travaux d'intérêt général, la surveillance électronique et les restrictions de certains droits ou l'imposition de certaines mesures de contrôle, thérapeutiques ou de réhabilitation et l'amende journalière.

Des mesures de contrôles sont également prévues comme l'hospitalisation ou la rééducation. Les peines alternatives ne sont cependant pas applicables en matière de terrorisme, de blanchiment d'argent, de trafic d'organes, de psychotropes et de trafic d'organes. Elles ne sont pas non plus applicables concernant l'exploitation sexuelle des enfants ou des personnes en situation de handicap, la corruption, la concussion, le détournement de fonds et en cas d'abus de confiance et de dilapidation des deniers publics.

Ce rapport fait partie du Rapport mondial sur les femmes en prison.

Le rapport complet est accessible ici : www.apt.ch/global-report/

⁸ Le Dahir n° 1.24.32 du 24/07/2024 portant promulgation de la loi n° 43.22 relative aux peines alternatives a été publié au BORM n° 7328 du 22/08/2024, pp. 5327-5333. Selon l'article 4 de cette nouvelle loi, celle-ci entrera en vigueur dès la publication des textes réglementaires nécessaires à sa mise en œuvre dans le Bulletin Officiel du Royaume du Maroc dans un délai maximum d'un an.