

Introduction

Le Maroc se situe aujourd'hui à l'aube d'une nouvelle ère, celle du vieillissement de sa population. Alors qu'en 1982, les plus de 60 ans représentaient 6,3 % de sa population (1,29 millions de personnes), ils en constituaient 9,4 % en 2014⁵⁷ soit 3,2 millions de personnes. Le vieillissement démographique est ainsi en marche et sera très marqué dans les toutes prochaines décennies : les plus de 60 ans devraient représenter 23,2 % de la population marocaine en 2050⁵⁸ et compter alors plus de 10 millions de personnes. Ainsi, en 35 ans, le Maroc devrait connaître un triplement de sa population âgée. Les transformations concernant le haut de la pyramide des âges seront encore plus prononcées et la population âgée elle-même vieillira de plus en plus : alors que les plus de 75 ans ne représentent aujourd'hui que 2,5 % de la population totale⁵⁹, soit 0,84 million de personnes, leur part relative devrait s'élever à 7 % en 2050 et leur nombre devrait avoir bien plus que triplé atteignant alors 3 millions⁶⁰. Sur le plan socio-économique, la population âgée marocaine est hétérogène mais les difficultés socio-économiques et parfois aussi l'exclusion sociale concernent un nombre important d'aînés. Dans le même temps, les déficits sociaux du pays sont nombreux et la jeunesse de sa population est encore très prononcée : les moins de 15 ans représentent 28,2 % de la population et les moins de 25 ans en représentent 46,2 %. De plus, parmi les jeunes actifs, beaucoup sont en situation de chômage ou de sous-emploi. Ainsi par exemple, début 2017, le taux de chômage s'élevait à 10,7 % pour

l'ensemble de la population mais était près de deux fois et demie plus élevé chez les 15-24 ans (25,5 %) et de moitié plus élevé chez les 25-34 ans (16,6 %)⁶¹. En milieu urbain, les chiffres du chômage sont encore plus élevés et la situation des jeunes d'autant plus préoccupante : alors que le taux de chômage était de 15,7 % pour l'ensemble de la population au premier trimestre 2017, celui des 15-24 ans était de 41,5 %) et celui des 25-34 ans de 23,2 %⁶². Dans ce contexte, les priorités des politiques sociales sont donc multiples et permettre à chacun(e) de vieillir dignement est un objectif s'inscrivant parmi d'autres. Toutefois, plusieurs indicateurs témoignent de l'intérêt croissant des pouvoirs publics marocains à l'égard de la question du vieillissement.

Un contexte économique et social marqué par de fortes inégalités

Au cours des dernières décennies, le Maroc a indéniablement réalisé de nombreuses avancées en matière de développement économique et social. Cela se reflète dans l'évolution de l'Indice de Développement Humain (IDH⁶³) ; ce dernier est passé de 0,399 en 1980 à 0,628 en 2014. Cette même année le Maroc se situe au 126^{ème} rang en matière d'IDH (sur un total de 188 pays classés) gagnant ainsi 5 places par rapport au classement de l'année 2009 (PNUD, 2016, p. 186). Toutefois, « [...] en dépit des avancées réalisées et des efforts déployés pour résorber les déficits sociaux, des faiblesses persistent encore et interpellent les pouvoirs publics à redoubler d'efforts et à optimiser leur action,

notamment en matière d'organisation, de modes de gouvernance et d'approches à adopter pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des actions dans la diversité des domaines du champ social. Ainsi, le défi pour le Maroc est, non seulement, de multiplier les opportunités de création de richesse et d'emplois mais aussi d'en garantir le bénéfice aux plus larges couches de la population, à toutes les régions, à toutes les générations et à tous les sexes » (DEPF, 2016, p. 1). La poursuite des efforts concernant la réduction des inégalités est d'une importance majeure, notamment en matière de développement humain. En effet, l'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI⁶⁴), qui peut être interprété comme le niveau du développement humain compte tenu des inégalités, s'établit pour sa part à 0,441 en 2014. Cela signifie qu'en raison des inégalités l'IDH du Maroc perd 29,7 % de sa valeur (PNUD, 2016, p. 187). S'agissant de la population âgée, on peut considérer qu'une large part des inégalités présentes entre les aînés reflète les déficits sociaux auxquels de nombreuses personnes, aujourd'hui âgées, ont dû faire face durant une grande partie, si ce n'est la totalité, de leur vie. Permettre aux futures personnes âgées, aujourd'hui adultes ou jeunes, de se construire un parcours de vie garantissant un accès correct à la formation, l'emploi et la santé, leur permettra d'aborder, dans plusieurs années ou décennies, leur période de vieillesse avec une résilience renforcée. Il n'en reste pas moins nécessaire de s'interroger sur la manière dont les politiques sociales participent aujourd'hui à la prise en charge des aînés vulnérables socialement et économiquement. Depuis plus d'une décennie, le Maroc est

entré dans une « période marquée par la construction politique d'une « question sociale » (Catusse, 2009, p. 59 et suiv.). Ceci s'est traduit par la mise en place de nombreuses réformes menées par des institutions différentes ; le « social » ne peut plus être considéré comme une question résiduelle jusque-là insuffisamment considérée comparativement à l'importance accordée aux performances économiques. Il devient ainsi une préoccupation politique majeure et « [...] alors que le Maroc n'a jamais été un État social au sens moderne de l'État providence et que l'on prône tous azimuts le recours au privé et à l'initiative privée, les politiques sociales sont devenues ces dernières années une « affaire d'État » dans les deux sens du terme, le lieu privilégié d'arrangements politiques, de transformation de l'action publique... et de conflits majeurs » (Catusse, 2011, p. 66). C'est dans ce contexte de profonds changements que nous nous interrogeons sur la place accordée, dans les politiques sociales, à la lutte contre la vulnérabilité des aînés.

Vieillesse et vulnérabilité : un défi important renforcé par les évolutions démographiques à venir

La vulnérabilité des personnes âgées au Maroc peut apparaître globalement assez forte selon les éléments publiés par l'ONG HelpAge International qui, à notre connaissance, est la seule ONG à s'investir explicitement et exclusivement dans la défense des droits des personnes âgées. Elle élabore depuis 2013 l'indice Global AgeWatch destiné à fournir une vue d'ensemble des mesures prises par les pays pour favoriser le bien-être de

57 Site du Haut-Commissariat au Plan, Indicateurs du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2014. www.hcp.ma.

58 http://www.hcp.ma/Structure-en-par-grands-groupes-d-ages-de-la-population-totale-urbaine-et-rurale-1960-2050_a680.html

59 www.hcp.ma. Indicateurs RGPH 2014.

60 D'après http://www.hcp.ma/Projections-de-la-population-totale-par-groupe-d-age-et-sexe-en-milliers-et-au-milieu-de-l-annee-1960-2050_a676.html

61 http://www.hcp.ma/Taux-de-chomage-au-niveau-national-selon-les-tranches-d-age_a262.html

62 http://www.hcp.ma/Taux-de-chomage-au-milieu-urbain-selon-les-tranches-d-age_a257.html

63 Développé par le PNUD, l'IDH permet de mesurer de manière globale les progrès réalisés dans trois dimensions essentielles de la vie humaine : santé et longévité, instruction et niveau de vie décent. Sa valeur est comprise entre 0 et 1. Pour une présentation détaillée du calcul de l'IDH, Cf. PNUD (2010), Note technique 1, 240-241.

64 L'IDHI a pour objectif de corriger l'IDH en tenant compte des inégalités existant dans ses dimensions en « réduisant » la valeur moyenne de chaque dimension en fonction du niveau d'inégalité qu'elle présente. Pour une présentation détaillée du calcul de l'IDHI, Cf. PNUD (2010), Note technique 2, 242-244.

I. Dispositifs de protection sociale et situation des aînés au Maroc : entre déficits et réformes

I.1 La vieillesse : un risque social⁶⁵ partiellement et inégalement couvert

La couverture du risque vieillesse⁶⁶ au Maroc peut être qualifiée de partielle pour deux raisons : d'une part, elle ne couvre qu'une faible part de la population âgée ; d'autre part, les montants des pensions sont dans bien des cas modestes et de ce fait ne permettent pas aux retraités de faire face aux différentes charges qui leur incombent.

Un système de retraites jusqu'à récemment centré sur les salariés du secteur formel

Pour le moment, il n'existe pas au Maroc de système de « pension sociale » non contributif du type « minimum vieillesse ». Seules perçoivent une pension de retraite, fondée sur un système contributif, les personnes ayant suffisamment cotisé durant leur vie active à un des régimes existants ou à plusieurs dans le cas de périodes d'affiliation successives à des régimes différents. Trois régimes obligatoires coexistent : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) dont relève le personnel des entreprises privées et les salariés agricoles dûment déclarés, la Caisse Marocaine des Retraites (CMR) couvrant la population des salariés des administrations publiques et enfin le Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR) assurant la protection du personnel contractuel des administrations publiques ainsi que celle du personnel de certains établissements publics⁶⁷. La Caisse

Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR) assure quant à elle la couverture du personnel du secteur privé sur une base volontaire et complémentaire. Une nouveauté importante a été récemment introduite : en novembre 2017, le projet de loi sur le régime de retraite des travailleurs indépendants a été adopté par la Chambre des représentants. Le texte a été publié au Bulletin Officiel du 21 décembre 2017. Près de 6 millions de personnes devraient être concernées. « Il s'agit de « personnes physiques, exerçant une profession libérale ou une activité commerciale, des exploitants agricoles, des travailleurs non-salariés, du secteur du transport, des auto-entrepreneurs... ». La mise en œuvre devra démarrer progressivement, en commençant par les métiers organisés, notamment les professions libérales, ainsi que d'autres catégories comme les chauffeurs professionnels ».⁶⁸ De par sa configuration actuelle, le système de retraite ne couvre donc que partiellement la population âgée. Les résultats de l'Enquête Nationale sur les Personnes Âgées (ENPA 2006) indiquent que seuls 16,1 % des plus de 60 ans perçoivent une pension de retraite (HCP, 2008). En outre, d'importantes disparités peuvent être observées : si 30,4 % des hommes de cette tranche d'âges sont pensionnés seulement 3 % des femmes le sont. En ne considérant que les personnes de 60 ans et plus déclarant avoir déjà travaillé, ces pourcentages s'établissent respectivement à 32 % et 10 %. La singularité du monde rural est également très marquée : 26,9 % des aînés urbains perçoivent une pension contre

leur population âgée (HelpAge International, 2013). La construction de cet indice intègre 13 indicateurs différents relevant de quatre domaines clés pour lesquels des données comparables au niveau international sont disponibles : sécurité des revenus, état de santé, éducation et emploi, environnement favorable. En 2015, sur 96 pays classés, le Maroc figure au 84^{ème} rang. Précisons qu'en raison du manque de données comparables, seuls 11 pays d'Afrique figurent en 2015 dans ce classement et qu'aucun pays d'Afrique du Nord autre que le Maroc n'y est intégré (HelpAge International, 2015). Par rapport aux autres pays africains classés, le Maroc figure en 4^{ème} position derrière l'île Maurice (42^{ème} rang), l'Afrique du Sud (78^{ème} rang) et le Ghana (81^{ème} rang). En observant les résultats par domaine, le Maroc est classé au 65^{ème} rang en ce qui concerne la sécurité des revenus, au 72^{ème} pour l'état de santé, au 88^{ème} pour l'éducation et l'emploi et au 89^{ème} pour la perception que les aînés ont de leur environnement (relations sociales, sentiment de sécurité physique, liberté civique, satisfaction en matière d'accès aux transports publics). Même si, comme tout indice, l'indice Global Age Watch peut faire l'objet de critiques quant à sa construction, le classement du Maroc ne peut qu'attirer l'attention sur la situation des aînés dans ce pays.

Étudier les sources de vulnérabilité des aînés et leurs origines, tout en questionnant les moyens d'y remédier, s'avère d'autant plus incontournable pour le devenir de la société marocaine qu'en raison du processus de vieillissement en cours, c'est à une véritable métamorphose démographique qu'elle doit se préparer. Les politiques sociales devraient ainsi s'adapter au plus vite pour être à même d'anticiper et d'accompagner

convenablement les profonds et rapides changements qui se dessinent. En nous appuyant sur des données issues d'enquêtes et études réalisées au niveau national, de rapports institutionnels, mais aussi sur des éléments issus de nos propres investigations de terrain, nous analysons différents axes de politiques sociales destinées aux personnes âgées et identifions un certain nombre d'enjeux. Pour ce faire, nous examinons tout d'abord les traits principaux des dispositifs de protection sociale existants et en cours de développement. Puis nous questionnons différents dispositifs et initiatives mis en œuvre pour soutenir les plus vulnérables des aînés, que ce soit par l'accueil en institution ou le recours à des actions relevant de la gestion de l'urgence sociale.

65 Le terme «risque social» désigne ici une situation susceptible de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille, en provoquant une baisse de ses ressources et/ou une hausse de ses dépenses : vieillesse, maladie, invalidité, etc. La protection sociale peut alors être définie comme l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective destinés à aider les individus à faire face aux conséquences financières des risques sociaux.

66 La vieillesse est considérée comme un risque social au sens où l'arrêt de l'activité professionnelle lié à l'avancée en âge se traduit, en l'absence de système de retraite, par la perte du revenu d'activité perçu jusque-là et donc par une dégradation substantielle du niveau de vie.

67 Depuis 2002, le RCAR a progressivement intégré les Caisses internes de retraite (CIR) de différents établissements publics tels que l'ONCF (Office National des Chemins de Fer), la Régie des Tabacs, l'ODEP (Office d'Exploitation des Ports), etc. En 2014, il a finalisé l'intégration des CIR de l'ensemble des Régies de distribution d'eau et d'électricité.

68 Article du 15 novembre 2017 du quotidien L'Economiste intitulé « Retraite des travailleurs indépendants : le défi de la mise en œuvre ».

4,1 % des aînés ruraux. Parmi les personnes âgées déclarant avoir déjà travaillé, seulement 6,5 % des ruraux perçoivent une retraite à l'issue de leur vie active contre 46,2 % des citadins.

Selon le rapport mondial sur la protection sociale 2014/2015 (ILO, 2014, p. 274), les pensionnés représentent 39,8 % de l'ensemble des personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite (soit 60 ans⁶⁹). L'écart important entre ce chiffre et celui issu des résultats de l'ENPA est probablement en partie explicable par la prise en considération dans le rapport du BIT des pensions versées au conjoint survivant (pensions de réversion) que les enquêtés n'ont peut-être pas forcément mentionné lors de l'ENPA.

Des pensions de montants variables

La seule opposition entre pensionnés et non pensionnés ne saurait rendre compte à elle seule des inégalités au sein de la population âgée. En effet, parmi les retraités, beaucoup sont en proie à des difficultés économiques importantes du fait du trop faible niveau de leur pension. Le système de retraite marocain étant fondé sur un principe contributif, le montant de la pension perçue dépend de la durée et du niveau des cotisations (fonction des salaires) versées durant la période de vie active.

Par ailleurs, les règles de calcul des pensions diffèrent d'un régime à l'autre : « chaque régime a été institué à un moment donné, pour une population déterminée, dans des circonstances particulières et avec un cadre juridique distinct. Les régimes de retraite en vigueur sont régis par des règles et des paramètres de fonctionnement non harmonisés » (Cour des comptes, 2013,

p. l). De ce fait, derrière le montant moyen de pension servie se profilent d'importantes variations. Selon Dupuis et al. (2011, p. 355), « Au Maroc, la pension moyenne versée en 2005 s'élevait à 2357 dirhams⁷⁰, soit 128 % du salaire minimum et 54 % du salaire moyen. En pourcentage du salaire moyen et minimum, les données sont comparables à celles de l'Algérie. Les différences entre salariés du privé et du public sont extrêmement marquées, les retraites des titulaires de la fonction publique étant en moyenne près de trois fois plus élevées que celles du privé ». Selon ces mêmes auteurs, en 2005, le montant de la pension moyenne était de l'ordre de 1400 dirhams (DH) pour la CNSS, d'un peu moins de 3000 DH pour le RCAR et de 4000 DH pour la CMR.

L'attention portée aux pensionnés les plus fragiles économiquement s'est traduite en 2011 par le relèvement à 1000 DH du montant de la pension minimale versée par la CNSS et la CMR contre 600 DH auparavant. La pension minimale servie par le RCAR a par la suite également été alignée sur ce montant de 1000 DH. Suite à la promulgation, en août 2016, de lois modifiant certains régimes, il est établi qu'à compter du 1er janvier 2018, le montant minimum de pension de retraite ne pourra être inférieur à 1500 DH par mois pour les fonctionnaires (relevant de la CMR) et agents affiliés au RCAR dès lors qu'ils auront validé au moins 10 ans de services. L'application de cette hausse s'échelonnait sur trois ans.

En ce qui concerne la pension de vieillesse⁷¹ moyenne versée par la CNSS en 2015, son montant s'élevait à 1817 DH pour les femmes et 1902 DH pour les hommes. Quant à la pension de survivant⁷², son

montant moyen était de 827 DH pour les femmes et de 878 DH pour les hommes. Du fait de l'amélioration des salaires déclarés et de l'allongement de la durée de carrière, la pension moyenne mensuelle des nouveaux retraités est plus élevée que celle de l'ensemble des retraités : elle s'élève à 2055 DH pour les hommes et 2047 DH pour les femmes (CNSS, 2016, p. 24).

En dépit du relèvement progressif du niveau minimal de pension de retraite servie par la CMR et le RCAR, et malgré l'élévation des pensions moyennes servies par l'ensemble des régimes, nombre de retraités sont en difficulté sur le plan financier. A titre indicatif, le loyer mensuel d'un modeste appartement de 2 pièces avec cuisine et salle de bain dans un quartier populaire d'une ville comme Meknès varie de 1000 à 1500 DH⁷³. Par ailleurs, la somme de 1000 DH correspond à environ 40 % du SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti⁷⁴).

I.2 La santé : un risque social accru chez les aînés et couvert de manière différenciée

Évolutions dans la couverture du risque santé

Les réformes introduites en matière de couverture du risque santé s'appuient sur les deux volets de la protection sociale avec, d'une part, le renforcement et l'extension de la couverture assurantielle légale et, d'autre part, l'intensification et l'amélioration des dispositifs relevant de la logique assistancielle. Ainsi, le principe de l'universalité de la

couverture médicale de base a été érigé en un droit constitutionnel depuis l'adoption de la nouvelle constitution de 2011. Cette dernière « consacre dans son article 31 le droit de tous les citoyens marocains à la couverture médicale. L'atteinte de cet objectif s'inscrit dans la progressivité conformément au préambule et aux dispositions de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base » (ANAM, 2016, p. 2). Dans le cadre de cette loi, promulguée en 2002, il a été institué un système de couverture médicale de base comprenant l'assurance maladie obligatoire de base (AMO) et le régime d'assistance médicale (RAMED).

En ce qui concerne le volet assurantiel de la couverture du risque santé, l'AMO est entrée en vigueur en 2005 pour les salariés et les titulaires de pensions, ainsi que pour leurs ayants droit (conjoint, enfant(s) à charge) ne disposant pas à titre personnel d'une couverture de même nature. L'impulsion donnée ces dernières années transparait à travers l'augmentation du nombre de personnes immatriculées à l'AMO qui est passé de 6,3 millions en 2009 (3,7 millions relevant du secteur public, 2,6 millions du secteur privé) à 8,7 millions en 2015 (5,7 millions relevant du secteur privé et 3 millions du secteur public) (ANAM, 2016, p. 8). La population immatriculée à l'AMO de base des salariés représentait 16 % de la population marocaine en 2006, 20 % en 2009 et 26 % en 2015. Cette proportion devrait continuer à augmenter dans les années à venir suite à l'entrée en vigueur en janvier 2016 du régime de l'AMO des étudiants et à l'adoption par la commission des secteurs sociaux à la chambre des représentants, en août 2016, du projet de loi relatif à l'AMO des travailleurs

69 Suite à la réforme du système de retraite adoptée en 2016, l'âge légal de départ à la retraite sera porté progressivement de 60 à 63 ans pour les fonctionnaires et personnels affiliés au régime des pensions civiles.

70 Cette somme équivaut à environ 214,50 euros en se basant sur le taux de change en vigueur en juin 2005.

71 Pension de retraite de droit direct versée en contrepartie de l'activité professionnelle antérieure et donc des cotisations versées (et de la durée d'activité) qui y sont liées.

72 Liée au droit à une pension de retraite transféré au conjoint survivant lors du décès du bénéficiaire. Il s'agit alors de pension de droit dérivé, souvent appelé pension de réversion.

73 1000 DH équivaut à 93,53 euros selon le taux de change en vigueur en février 2017.

74 Le salaire horaire minimum brut est 13,46 DH depuis le 1er juillet 2015, la durée légale de travail hebdomadaire étant de 44 heures pour les activités non agricoles, le SMIG mensuel s'élève à 2568,84 DH.

indépendants et des non-salariés exerçant une profession libérale. . Témoignant de la poursuite de l'objectif de généralisation de l'AMO, un projet de loi adopté en juillet 2016 vise à faire bénéficier de l'AMO les ascendants des salariés et retraités assurés. Il s'agit là d'un projet d'une importance majeure dans la recherche de l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées et de leurs familles. C'est en effet sur ces dernières que repose la prise en charge des frais médicaux des parents âgés ne disposant pas de couverture médicale, situation jusqu'ici fort courante (Sajoux et Amar, 2015).

Le RAMED est quant à lui un dispositif fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des personnes démunies non assujetties au régime de l'assurance maladie obligatoire. A la suite d'une expérience pilote lancée en 2008 dans la région Tadla-Azilal, sa généralisation a débuté en mars 2012. Fin novembre 2016, plus de 10 millions de personnes étaient immatriculées au RAMED dépassant ainsi la population cible estimée à 8,5 millions de personnes selon une étude réalisée en 2006 (ANAM, 2017). Deux catégories de bénéficiaires du RAMED sont distinguées. D'une part, les personnes éligibles et reconnues en situation de pauvreté ont droit, sans avoir de contribution à verser, aux prestations médicalement requises disponibles dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'État. D'autre part, les personnes éligibles reconnues en situation de vulnérabilité doivent acquitter une contribution annuelle s'élevant à 120 DH par personne et par an dans la limite d'un plafond de 600 DH par ménage. Fin 2016, les personnes en situation de pauvreté représentaient 88 %

des bénéficiaires du RAMED dépassant ainsi largement les prévisions initiales réalisées en 2006 selon lesquelles cette proportion devait être de 45 % (ANAM, 2017).

Si d'indéniables avancées ont été réalisées en matière de couverture du risque santé et si d'importants projets d'extension de cette couverture sont à l'œuvre, il n'en reste pas moins qu'une part importante de la population marocaine ne dispose en la matière d'aucune couverture relevant du système public. Dans ce contexte et alors même que les besoins en matière de santé augmentent avec l'âge⁷⁵, l'étude de la situation des aînés en termes de couverture face à ce risque révèle différents enjeux.

Population âgée et couverture du risque santé

En matière d'assurance maladie, le déficit de couverture de la population âgée est concomitant de fortes disparités liées au genre et au milieu de résidence. Ainsi, en 2006, seulement 13,3 % des personnes interrogées lors de l'ENPA ont déclaré avoir une telle couverture avec une très forte différence entre milieux de résidence, cette proportion s'élevant à 22,4 % en milieu urbain et à 3,2 % seulement en milieu rural. L'ENRNV⁷⁶ 2006-2007 fournit des résultats comparables : le pourcentage de personnes de 60 ans et plus disposant d'une couverture médico-sanitaire s'élève à 12,6 % pour l'ensemble du pays, à 21,5 % pour le milieu urbain et à 3,1 % pour le milieu rural. Mais, du fait qu'une partie des soins et médicaments n'est pas remboursée, disposer d'une telle couverture ne met pas nécessairement les aînés (comme le reste de la population d'ailleurs) à l'abri de difficultés

pour faire face au paiement des soins ou examens nécessaires ce qui peut s'avérer particulièrement problématique étant donné que l'avancée en âge expose à un risque de plus en plus grand de cumul de pathologies. Que ce soit en raison de l'absence de couverture assurantielle du risque santé (et faute d'éligibilité au dispositif assistanciel) ou en raison du montant des dépenses restant à la charge des assurés ou des difficultés à faire face à l'avance des frais médicaux, des situations de renoncement aux soins peuvent survenir entraînant une détérioration de l'état de santé des individus concernés.

En 2015, les plus de 60 ans représentaient 11,2 % de la population immatriculée à l'AMO (ANAM, 2016, p. 21) soit un peu moins de 980000 personnes. Ainsi, 30 % des personnes âgées de plus de 60 ans seraient couvertes par le système assurantiel en matière de risque santé.

Parmi les bénéficiaires du RAMED, 12 % avaient plus de 60 ans fin 2013 (ANAM, 2014, p. 14) soit plus de 723000 personnes âgées. Cela revient à dire que 23,5 % de l'ensemble de la population âgée marocaine remplissait les conditions pour être couvertes par ce système d'assistance en 2013 alors même que la montée en charge du nombre de bénéficiaires du RAMED n'était pas terminée⁷⁷. Ces éléments confirment la vulnérabilité de la population âgée face au risque santé. A titre de comparaison, les 30-40 ans représentaient quant à eux 13 % des bénéficiaires du RAMED soit un ensemble de près de 783800 personnes soit 15,5 % de la population totale de cette tranche d'âge dans le pays. Autrement dit, la part des 30-40 ans couverte par le RAMED en 2013 était de 8 points inférieure à celle des 60 ans et plus. Mais l'éligibilité au RAMED ne garantit pas pour autant un accès effectif aux soins.

Dans son rapport annuel de 2016 le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) indique : « [...] des efforts importants restent à accomplir pour améliorer la qualité des soins offerts aux bénéficiaires du régime et d'accès aux infrastructures de soins » (CESE, 2016, p. 42). La problématique de la soutenabilité financière de ce régime est par ailleurs mentionnée dans ce rapport considérant que cette dernière « interpelle plus largement sur la nécessité d'adopter une approche globale et intégrée en matière de protection sociale notamment en termes de seuils limites des prélèvements obligatoires et d'équilibre financiers des différents régimes de couverture médicale et sociale » (CESE, 2016, p. 42). Par ailleurs, les personnels de santé font face à de fortes difficultés du fait que l'avènement du RAMED n'a pas été accompagné de la dotation des hôpitaux en ressources humaines, équipements et budgets supplémentaires nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires. Des malades devant subir des opérations chirurgicales se trouvent de ce fait obligés d'attendre durant des délais parfois très longs. Compte tenu des différentes difficultés existantes, l'accès aux soins reste parfois difficile pour les plus fragiles. On peut supposer que les répercussions de cette situation touchent d'autant plus fortement les personnes âgées que celles-ci connaissent plus fréquemment des situations de polypathologie.

Même si d'importants déficits persistent en matière de protection sociale et même si l'accès aux soins reste encore difficile dans bien des cas, force est de constater que l'orientation, même progressive et non encore aboutie, vers l'universalisation de la couverture du risque santé est de nature à faciliter l'accès aux soins pour nombre de personnes âgées. Toutefois un autre défi est à relever, celui de

⁷⁵ En ce qui concerne la prévalence des maladies chroniques par exemple, les résultats de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF) de 2011 indiquent que si 18,2 % de la population marocaine (tous âges confondus) est atteinte d'une maladie chronique, cette prévalence augmente nettement avec l'âge : 40,4 % au sein des 50-59 ans et 57,5 % parmi les personnes de 60 ans et plus. Pour la population masculine de cette tranche d'âge, elle s'élève à 49,3 % et atteint 65,3 % au sein de la population féminine.

⁷⁶ Enquête Nationale sur les Revenus et les Niveaux de Vie des Ménages.

⁷⁷ Le taux de couverture du RAMED (c'est-à-dire le pourcentage de la population cible couverte) était estimé à 74,6 % à la fin 2013 (ANAM, 2014, p. 7).

II. L'accueil en institution, exclusivement destiné aux aînés en situation de grande précarité

l'extension de l'offre de soins adaptée aux besoins du « grand âge ». Dans son Axe 3 portant sur « Santé des populations à besoins spécifiques », la stratégie sectorielle 2012-2016 du Ministère de la Santé mentionnait différentes actions parmi lesquelles le « Renforcement des actions de prévention et de prise en charge des personnes âgées » qui devrait notamment passer par le développement de la gériatrie comme spécialité au niveau des facultés de médecine du pays (Ministère de la Santé, 2013, p. 55). Dans son rapport sur les personnes âgées au Maroc, le CESE met notamment en exergue la nécessité de « développer d'urgence la gérontologie et la gériatrie », d'« améliorer l'accès des personnes âgées, notamment en milieu rural, aux services de santé », d'« améliorer leur prise en charge médicale et paramédicale » de façon à faire progresser leur bien-être et leur état de santé (CESE, 2015, 23-24). Dans le cadre d'une stratégie nationale, sont également envisagés : « la création d'unités de gériatrie à Kenitra et à

Fès (en cours de réalisation) », un « projet de création d'une unité de santé psychique et mentale dédiée aux personnes âgées au sein du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de psychiatrie de Salé dans la perspective de la généralisation de ces unités au niveau des autres CHU et Centres Hospitaliers Régionaux », « l'enseignement des soins de base en gériatrie à l'Institut Supérieur des métiers de l'infirmier et des techniques sanitaires de Rabat » et « l'organisation de sessions de formation au niveau des régions sur la prévention et le traitement des maladies liées à la vieillesse au profit des médecins et des infirmiers » (Ministère de la Solidarité, 2015, p. 22-23).

A côté des dispositifs de protection sociale, le soutien aux personnes âgées, et plus précisément aux plus démunies d'entre elles, s'exprime à travers l'accueil en institution qui s'inscrit, depuis quelques années maintenant, dans un nouveau cadre réglementaire appelé à évoluer.



Centre pour personnes âgées de Meknès – Pavillon des hommes, Maroc, 2017. Mohammed Amar

Au Maroc, l'assistance aux personnes âgées démunies, comme à toute personne en situation de détresse et de dénuement, s'appuie sur un ancrage ancien. La prise en charge, dans les Centres pour Personnes Agées (CPA, appelés couramment en arabe Dar Al Moussinine⁷⁸), des personnes âgées en situation de grande exclusion connaît, depuis quelques années maintenant, des transformations sous l'influence d'évolutions liées aux contextes juridique et institutionnel mais aussi à la manière dont est abordée la question de l'action sociale et du développement social au Maroc⁷⁹.

II.1 Des « maisons de bienfaisance » aux « établissements de protection sociale »

Au Maroc, l'assistance apportée aux personnes en situation d'abandon ou de précarité sociale (orphelins, femmes veuves ou divorcées, personnes âgées démunies et sans famille,...) relevait jusqu'à il y a peu des maisons de bienfaisance. La première d'entre elles avait été ouverte à Tanger il y a plus d'un siècle. Plusieurs décennies plus tard, c'est à l'Entraide Nationale que les pouvoirs publics ont confié la responsabilité du contrôle des maisons de bienfaisance. L'Entraide Nationale a été créée en 1957 sous forme d'établissement privé à caractère social et constitue le premier pilier de l'action sociale au Maroc. En 1972, elle a été érigée en établissement public. Elle est actuellement placée sous la tutelle du

Ministère du Développement social, de la Famille et de la Solidarité.

Initialement, il n'existait pas de normes concernant la construction, la prise en charge des personnes accueillies et l'encadrement de ces structures ; en l'absence de cadre réglementaire, des malversations et abus de tous genres se sont parfois produits de l'aveu même du secteur associatif qui a reconnu la nécessité « d'instaurer une gestion transparente de ces institutions »⁸⁰. Jusqu'au milieu des années 2000, ces établissements fonctionnaient sous le régime de la bienfaisance et n'étaient régis par aucun cadre juridique. Le tournant qui a eu lieu en 2005 est notamment à mettre en relation avec la visite du Roi Mohammed VI dans les locaux de l'Association Musulmane de Bienfaisance d'Aïn Chok à Casablanca en avril 2005. L'état de délabrement de certaines installations et la précarité des conditions de vie des jeunes pensionnaires ont été relevés par le souverain. Suite à cette visite, dont la presse a largement fait écho⁸¹ et qui est restée dans les mémoires, des instructions ont été données pour réglementer ce secteur.

Fin 2006 a été promulguée la loi 14-05 relative aux conditions d'ouverture et de gestion des « établissements de protection sociale » (EPS). Dans son article premier, cette loi stipule que ses dispositions s'appliquent aux établissements dont l'objet est de prendre en charge toute personne, homme ou femme, se trouvant dans une situation de difficulté, de précarité ou d'indigence. Sont notamment concernés les enfants abandonnés⁸², les femmes en situation d'abandon familial ou d'exclusion, les personnes âgées sans

78 Ce qui signifie littéralement « la maison des personnes âgées ».

79 À titre d'exemple, l'Agence de Développement Social (ADS) a été créée en 1999. Il s'agit d'un établissement public dédié à la réduction de la pauvreté et à la promotion du développement social. Ses actions s'inscrivent en complémentarité avec les autres instruments étatiques contribuant à réduire le « déficit social ».

80 « L'action associative au Maroc : éléments de diagnostic ». Actes des tables rondes organisées par l'Espace Associatif, Rabat- Casablanca, 1999, p.86. L'Espace Associatif est une association fondée en 1996 visant à contribuer au renforcement et à la promotion du mouvement associatif pour le développement démocratique.

81 Cf. notamment l'article du 4 avril 2005 issu d'Aujourd'hui Le Maroc intitulé « Bienfaisance : Le coup de colère royal » ou bien l'article de l'édition N° 1994 du 6 avril 2005 de l'Economiste intitulé « Scandale de l'orphelinat de Aïn Chock. Trois personnes avaient pris le pouvoir ».

82 Au sens de l'article premier de la loi n° 15.01 relative à la prise en charge (kafala) des enfants abandonnés et publiée dans le Bulletin Officiel n°5036 du 5 septembre 2002.

soutien et les personnes handicapées. S'agissant des personnes âgées, cette prise en charge institutionnelle consiste donc en un ultime filet de sécurité reposant sur la solidarité nationale et qui n'a vocation à intervenir qu'en cas de défaillance absolue des solidarités familiales. Aucune contrepartie financière n'est demandée aux bénéficiaires. Dans l'article premier de la loi 14-05, il est précisé que l'on entend par prise en charge « l'accueil, l'hébergement, l'alimentation, les soins paramédicaux et le suivi socio-éducatif, dans le respect de l'intégrité physique des personnes prises en charge, de leur dignité, de leur âge, de leur sexe et de leur capacité physique, mentale et psychologique. Cette prise en charge peut, en fonction du type d'établissement de protection sociale, être permanente ou provisoire, totale ou partielle ». Les EPS peuvent comporter un ou plusieurs types de centres destinés à accueillir (en les hébergeant) des publics spécifiques : Centre pour Personnes Agées (Dar Al Moussinine), Maison d'Enfants et Maison des Filles (Dar Al Atfal et Dar Al Fatate, établissements assurant respectivement la prise en charge des garçons ou des filles en situation sociale et familiale difficile), Maison de l'Étudiant et Maison de l'Étudiante (Dar Talib et Dar Taliba, internats destinés à soutenir la scolarisation de garçons et de filles poursuivant leurs études secondaires ou supérieures). En 2013, on comptait 1186 EPS accueillant au total 136213 bénéficiaires tous publics confondus (Entraide Nationale, 2014, p. 62 et 68). Les articles 6 et 7 de cette loi indiquent quant à eux que la création de ces établissements est soumise au respect d'un cahier des charges type précisant les exigences à satisfaire en

matière de normes techniques de construction, d'équipements, de conditions d'hygiène et de sécurité, de qualifications du personnel, de gestion administrative et financière,... Les établissements existants ont obligation de demander des agréments et par conséquent de faire progressivement converger leur mode de gestion et de fonctionnement vers les exigences de la loi 14-05. Mais sept ans après son entrée en vigueur, de nombreux établissements de protection sociale⁸³ n'étaient toujours pas en conformité avec ses exigences. En 2011, sur les 46 établissements accueillant des personnes âgées, 22 s'étaient conformés à ses dispositions ; pour 8 d'entre eux, la procédure d'agrément était en cours et pour les 16 restants, le dossier de demande d'autorisation n'avait pas encore été déposé. En novembre 2013, 27 EPS accueillant des personnes âgées étaient conformes aux exigences de cette loi. Début 2015, 42 des 53 établissements proposant un accueil permanent étaient agréés et 4 en cours d'agrément. Parmi les 6 centres d'accueil de jour, 3 étaient agréés. Pour le respect des dispositions de cette loi, notamment en ce qui concerne les normes de construction, les pouvoirs publics s'appuient essentiellement sur les possibilités de financement qu'offrent l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH)⁸⁴ et la Fondation Mohammed V pour la Solidarité⁸⁵. Beaucoup d'efforts ayant été fournis quant aux projets d'infrastructures et d'équipements, de nouveaux enjeux sont apparus. Un responsable de l'Entraide Nationale a ainsi déclaré à un quotidien national que « après avoir consacré beaucoup d'efforts à la construction, l'enjeu actuel est

celui de la bonne gouvernance »⁸⁶. Un autre enjeu important à souligner concerne la formation des ressources humaines œuvrant auprès des personnes âgées. Présenté en janvier 2014, un rapport du ministère de la Solidarité, de la famille et du développement social a mis en exergue des dysfonctionnements concernant de nombreux EPS. Parmi les points relevés figurent la question de « l'encombrement » (avec un nombre de bénéficiaires accueillis supérieur aux capacités théoriques d'accueil) mais aussi celles de l'insuffisance d'encadrement et des manques de formation et de qualification du personnel⁸⁷. Ce rapport relève également, principalement pour les centres construits avant 2007, année d'entrée en vigueur de la loi 14-05, que dans certains EPS l'hygiène et la qualité de l'alimentation font encore défaut⁸⁸. Les recommandations contenues dans ce rapport ministériel ont permis d'identifier les grandes orientations d'une réforme en cours. Parmi celles-ci figurent un projet de loi complétant et modifiant la loi 14.05 et un projet de loi sur l'exercice du travail social. Concernant le premier point, le projet de loi vise notamment à contribuer à l'amélioration du panier de prestations offertes et à souligner l'importance de la mise en place de cahiers des charges par domaine, par type d'établissement et par groupe de bénéficiaires. Quant au second point, au regard des conclusions du rapport concernant la situation des employés en matière d'encadrement et de qualifications, ainsi que l'insuffisance des ressources humaines spécialisées et les disparités observées au niveau de leur couverture sociale et salariale, un projet de loi a été élaboré afin d'organiser l'exercice des métiers du travail social au sein des EPS⁸⁹.

II.2 Conditions d'accueil des personnes âgées en institution. Traits généraux.

Sont ici mises en relief quelques caractéristiques clés des centres pour personnes âgées (CPA) et des évolutions en cours.

Population accueillie en CPA, une hétérogénéité de publics appelée à s'estomper

En théorie, les personnes accueillies en CPA, appelées les bénéficiaires, doivent avoir plus de 60 ans et être dans une situation où aucun appui social ou familial ne peut leur être apporté. Ces critères-là sont respectés sauf pour certains bénéficiaires atteints de handicap mental sévère, qui ont été accueillis en institution de bienfaisance bien avant d'avoir 60 ans. La mise en conformité avec les exigences de la loi 14-05 devrait conduire à une moins grande hétérogénéité du public accueilli. Mais même en ne considérant que la population âgée de plus de 60 ans, non porteuse de handicap mental sévère, des profils différents existent notamment en matière de degré de perte d'autonomie. Cet élément est essentiel à prendre en considération dans le cadre de la réflexion sur un accompagnement professionnel adapté à l'état de santé des différents bénéficiaires.

Un hébergement en dortoirs devant désormais respecter des normes

L'hébergement est organisé en dortoirs spécifiquement dédiés aux hommes ou aux femmes. Le nombre de personnes dormant dans un même dortoir était jusqu'à il y a peu très variable suivant les CPA. Il en était de

83 Indépendamment du type de public accueilli.

84 L'INDH, lancée lors du discours royal du 18 mai 2005, vise la réduction de la pauvreté, de la précarité et de l'exclusion sociale. À partir d'un ciblage territorialisé, elle a pour objectif de lutter contre les déficits sociaux prévalant dans les quartiers urbains pauvres et les communes rurales les plus démunies. Elle vise également à soutenir les personnes en grande vulnérabilité ou à besoins spécifiques. Pour la phase I (2006-2010), un budget de 10 milliards de DH a été affecté au financement des projets INDH ; pour la phase II (2011-2015), le financement alloué était 17 milliards de DH (Coordination de l'INDH, 2013, p. 5).

85 La Fondation Mohammed V pour la Solidarité, créée en 1999 et reconnue d'utilité publique, contribue avec les autres acteurs sociaux à la lutte contre la pauvreté selon la devise : «Unis pour aider les démunis ».

86 Cf. l'article intitulé « La bienfaisance et l'histoire de la transformation des « boutiques de la charité » en institutions d'éducation et d'insertion » (titre traduit de l'arabe), journal Al Massae du 11/01/2012, p.6 (www.almassae.press.ma).

87 « Centres de protection sociale : Un rapport accablant », L'économiste, Édition N° 4196 du 22 janvier 2014.

88 « Protection sociale : Le naufrage des centres », L'économiste, Édition N° 4232 du 13 mars 2014.

89 <http://www.social.gov.ma/fr/etablissement-d%E2%80%99accueils-des-personnes-en-situation-difficiles/chantier-de-r%C3%A9forme-0>, consulté le 12 décembre 2016.

même pour l'agencement des dortoirs ainsi que pour la proximité et la qualité des blocs sanitaires.

La mise en conformité avec la loi 14-05 devrait amener à une convergence des conditions matérielles d'hébergement. La fiche technique relative aux établissements accueillant des personnes âgées prévoyait entre autre que le dortoir devait être réparti en « box » (de 6,30 m² chacun) pouvant héberger deux bénéficiaires au maximum, que sa superficie minimale doit être de 96 m² et que le nombre de bénéficiaires dans chaque dortoir ne doit pas excéder 32 personnes. Un plan type de dortoir pour 32 bénéficiaires, constitué de deux ailes accueillant chacune 16 personnes, a été pendant un temps disponible sur le site internet de l'Entraide Nationale dans une rubrique dédiée à la présentation de la loi 14-05. Dans la fiche technique accompagnant ce plan type, il était également mentionné, avec des repères relativement précis, que « le dortoir doit être suffisamment aéré et éclairé ». D'après le plan type, un couloir de circulation devait être prévu au sein du dortoir, couloir autour duquel se trouve, de part et d'autres, 4 box. Des caractéristiques précises relatives aux blocs sanitaires, qui doivent être attenants au dortoir selon le plan type, sont également mentionnées. L'ensemble de ces éléments a vocation à assurer aux bénéficiaires un environnement sain, collectif certes, mais qui préserve en même temps de relatifs espaces d'intimité. L'article 4 du cahier des charges type insistait sur le fait que chaque bénéficiaire devait pouvoir accéder dans des conditions correctes aux éléments et à l'espace qui lui sont nécessaires pour dormir, prendre ses repas et avoir la possibilité d'avoir des « temps de loisirs ».

Le niveau de « confort » correspondant au respect de ces différentes dispositions pourrait

être considéré comme relativement sommaire ; mais il ne faut pas oublier que ces dernières ont pour vocation d'éviter que l'accueil des bénéficiaires ne se fasse dans des conditions insatisfaisantes, voire dégradantes comme cela a pu parfois arriver dans certains cas⁹⁰. Des évolutions sont par ailleurs en cours en matière de normes relatives aux conditions d'hébergement. Ainsi, dans le cahier des charges relatif aux CPA publié en 2016⁹¹ (page 14), il est précisé qu'il est « préférable d'avoir, si possible, des chambres à deux lits » et de « réserver des chambres individuelles pour des cas d'urgence ou spécifiques (maladies contagieuses ou troubles psychiatriques) ».

Manque de personnel qualifié et enjeux liés à l'accès aux soins

Le personnel des CPA est la plupart du temps en nombre insuffisant ; il est d'ailleurs relativement fréquent que les personnes âgées en bonne santé prêtent assistance à celles qui sont malades. Mais au-delà de la question du nombre, c'est la question de la qualification du personnel qui doit être considérée. La plupart du temps, les personnes qui interviennent directement auprès des personnes âgées n'ont reçu aucune formation.

Au niveau de l'encadrement médical, la plupart du temps une infirmière, et beaucoup plus rarement un médecin, est en poste au sein des CPA. Mais le personnel médical n'a pas nécessairement reçu de formation spécifique pour l'intervention auprès des personnes âgées et/ou des personnes âgées dépendantes. Bien souvent, l'intervention de médecins bénévoles vient compléter le dispositif de soins. Des initiatives locales peuvent également venir étoffer l'offre de soins proposés sur place. Ainsi par exemple, un cabinet dentaire a été implanté au sein de l'EPS de Meknès, son équipement consistant en un

don du Lions Club de Meknès. Une convention de partenariat a été signée entre ce dernier, l'Association Musulmane de Bienfaisance de Meknès – gestionnaire de l'EPS- et le Ministère de la santé. Une telle initiative illustre l'imbrication fréquemment rencontrée dans le champ social entre secteur associatif, secteur public et actions de bienfaisance. Par ailleurs, si les personnes âgées prises en charge dans les CPA sont admises de droit au RAMED, la mise en œuvre concrète de cette disposition repose sur des procédures administratives parfois compliquées.

La très fréquente absence, au sein des CPA, de personnel spécialisé et notamment de médecins, aides-soignants, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes, assistantes sociales⁹² et animateurs socioculturels⁹³, est certainement un des aspects sur lesquels devront désormais porter les efforts en matière d'investissement dans l'action sociale autour de la vieillesse. De manière générale, la prise en charge médicale ou médico-sociale spécifiquement orientée en direction des personnes âgées, et a fortiori des personnes âgées dépendantes, est encore bien peu développée au Maroc.

Déficits d'activités adaptées au public accueilli

En ce qui concerne les activités proposées aux personnes âgées accueillies dans les CPA, force est de constater qu'à part la télévision, il y a généralement très peu d'animation et de loisirs dans ces centres. Il y a néanmoins des actions ponctuelles organisées par des personnes extérieures, bénévoles (étudiants, membres d'associations,...) ou « bienfaiteurs » selon le

terme couramment utilisé. Plus rarement, des sorties à l'extérieur de l'établissement peuvent être organisées. Certains moments importants de l'année, notamment les principales fêtes religieuses, font généralement l'objet d'une attention particulière de la part du personnel et des bienfaiteurs. Hormis quelques rares exceptions, la place accordée à l'animation et la connaissance de ce qu'elle peut potentiellement apporter aux bénéficiaires des CPA sont pour l'heure insuffisantes⁹⁴. Ce point est crucial car il en va de la possibilité d'éviter des situations de « non-traitance »⁹⁵ dans lesquelles seuls les besoins primaires (être nourri, hébergé, soigné) sont pris en compte alors que les autres besoins de la personne (se divertir, se cultiver, développer l'estime de soi,...) seraient largement délaissés. Bien entendu la recherche de la satisfaction des premiers dans des conditions correctes peut être légitimement perçue comme une priorité ; mais dans un contexte de réforme, prendre en compte l'intérêt qu'il y a à considérer les seconds semble important notamment en raison des impacts positifs sur la santé que la satisfaction de ces besoins peut générer.

Entre enjeux communs et diversité de situations

De manière générale, parmi les difficultés auxquelles sont confrontés les CPA⁹⁶, on peut noter les aspects suivants : absence de personnel spécialisé et insuffisance des effectifs actuels, difficulté de prise en charge des personnes très dépendantes (présentant par exemple une situation d'aliénation mentale, une quasi absence d'autonomie, une maladie neurodégénérative,...), insuffisance

90 Voir par exemple Rhissassi Fouzia, 2004, « La vieillesse des femmes pauvres : cas de la maison de bienfaisance de Kenitra » in Femmes et État de Droit, Dar Al Qalam, 71-90.

91 Accessible sur <http://www.social.gov.ma/fr/personnes-ages> (document en arabe), consulté le 15 mars 2017.

92 Il ressort de nos investigations de terrain que le terme « assistante sociale » peut revêtir plusieurs sens et désigner soit une personne titulaire d'un diplôme de niveau universitaire chargée de l'accompagnement social de personnes en difficultés économiques, sociales ou psychologiques soit une personne chargée des soins du corps directement prodigués aux personnes en perte d'autonomie.

93 Ceci s'inscrit dans un contexte global où, pour l'heure, le nombre de travailleurs sociaux qualifiés est très insuffisant et où l'approche professionnelle de l'animation socioculturelle est en construction.

94 Précisions que ceci s'inscrit dans un contexte global où l'animation sociale et socioculturelle est encore insuffisamment reconnue et développée.

95 Selon le sens donné par le Groupement des animateurs en gérontologie dans Livre blanc. L'animation avec les personnes âgées. Pour en finir avec la « non-traitance », réédition mai 2014. http://www.non-traitance.com/livre_blanc-edition-05-2014.pdf, consulté le 15 décembre 2016.

96 Voir notamment Smar A., 2011.

des programmes d'animation au sein des CPA. Mais les situations, notamment en matière de dotation en personnel, constitué le plus souvent de salariés de l'association gestionnaire du centre et de fonctionnaires de l'Entraide nationale mis à leur disposition, sont très variables d'un centre à l'autre. Début 2015, le personnel de l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées était constitué à 83 % de salariés de l'association gestionnaire et à 5 % de salariés de l'Entraide Nationale. Dans certains CPA, des salariés de collectivités locales ou d'autres partenaires peuvent également être présents (représentant 12 % de l'ensemble du personnel). Mais au-delà de ces chiffres globaux⁹⁷ se profilent des situations contrastées et l'hybridation entre acteur public et acteurs de la société civile se décline de manière très variable. Le nombre de personnes âgées accueillies varie également fortement selon les centres. En novembre 2013, en ne considérant que les établissements s'étant conformés aux exigences de la loi 14-05, ce nombre allait de 12 dans les CPA des provinces de Midelt (dans la région de Meknès Tafilalet) et Guercif (région de Taza Al Hoceima Taounate) à 116 dans le CPA de la province Tanger Assilah (dans la région Tanger-Tétouan)⁹⁸. Début 2015⁹⁹, en considérant l'ensemble des établissements, qu'ils soient agréés ou non, ce nombre allait de 6 dans le CPA de la province de Taroudant (dans la région Souss-Massa-Draâ) à 193 dans le CPA de la province de Marrakech et à 246 dans le CPA de la préfecture d'Oujda-Angad (région de l'Oriental)¹⁰⁰. Certains centres, parmi les plus récents, paraissent particulièrement bien dotés en

personnel. Il en est ainsi pour le centre d'accueil des personnes âgées Bouknadel, d'une capacité de 33 places, situé dans la province de Salé. Ce centre, dont Aide Fédération assure la gestion, a accueilli son premier bénéficiaire en juillet 2013. Selon le rapport publié en juillet 2014 par cette Organisation Non Gouvernementale¹⁰¹, le nombre de bénéficiaires accueillis n'avait pas dépassé 20 personnes depuis son ouverture. De ce fait, avec 14 salariés (dont un médecin), le taux d'encadrement de cet établissement apparaissait alors comme exceptionnellement élevé. En 2016, 31 bénéficiaires étaient accueillis, dont 20 hommes et 11 femmes. En outre, dans le rapport de 2014, l'importance de l'apport de l'animation dans la qualité de vie des bénéficiaires est mise en relief de même que dans le rapport d'activité 2016.

II.3 Évolution du nombre de personnes âgées accueillies en institution

Le nombre total de personnes âgées accueillies de manière permanente en institution¹⁰² avoisinait 3 500 personnes au plus en 2014¹⁰³. Il existe des incertitudes quant aux effectifs enregistrés, car les manières de comptabiliser les bénéficiaires peuvent varier. Certains CPA consistent en effet en des bâtiments intégrés dans d'autres types de centres accueillant par exemple, dans des bâtiments différents, des personnes handicapées ou des enfants en grandes difficultés sociales et familiales. Dans ce type

de configuration, l'effectif des bénéficiaires âgés n'est pas toujours distingué de l'effectif total des personnes accueillies. Par ailleurs, depuis quelques années, quelques établissements, encore rares (on en comptait 6 début 2015), proposent des accueils de jour pour personnes âgées et ces établissements sont parfois intégrés dans le nombre total

de CPA. Le nombre de personnes âgées accueillies semble toutefois avoir notablement augmenté depuis 1990. A cette date, un peu plus de 1300 personnes étaient hébergées en CPA ; près de 25 ans plus tard, ce chiffre a plus que doublé atteignant un peu plus de 3 000 (Tableau 1).

Tableau 1 : Évolution du nombre de structures accueillant des personnes âgées et du nombre de personnes accueillies, période 1990-2014

Années	Nombre d'établissements	Effectifs des bénéficiaires*
1990	30	1340
1995	30	1361
2000	30	1997
2005	32	2250
2009	44	3222
2011	46	3629
2013a	51	3940
2013b	27	2635
2014a	59	5203**

Source : Entraide Nationale.

* la majorité des bénéficiaires ici mentionnés sont des personnes âgées mais les données ne permettent pas toujours de distinguer les bénéficiaires âgés d'autres types de bénéficiaires lorsque les CPA consistent en des bâtiments intégrés dans d'autres types de centres.

** dont 3033 en accueil permanent et 2170 en accueil de jour.

^a Les chiffres mentionnés concernent l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées, qu'ils se soient conformés ou pas aux exigences de la loi 14-05. Six de ces établissements assurent un accueil de jour sans hébergement.

^b Les chiffres mentionnés ne concernent que les établissements s'étant conformés aux exigences de la loi 14-05 et assurant l'hébergement des bénéficiaires tout en ayant le statut d'EPS. Sept d'entre eux comportent des CPA mais aussi d'autres types d'unités.

Les données disponibles indiquent qu'il y a plus d'hommes (57 %) que de femmes (43 %) hébergés en CPA. Cette répartition diffère de celle que l'on peut observer dans l'ensemble de la population âgée, les femmes représentant 51 % des plus de 60 ans selon le recensement de 2014. Ce constat tend à montrer que les hommes âgés connaissent un risque de précarité extrême plus élevé que

les femmes âgées et sont donc davantage susceptibles de ne pouvoir s'appuyer que sur cet ultime filet de sécurité qu'est l'accueil permanent en institution. Ceci est à relier au fait que culturellement, il est plus facilement accepté de porter assistance à une femme, voire de l'héberger au sein de son foyer, même s'il s'agit d'une parente éloignée voire d'une personne étrangère à la famille, que s'il

⁹⁷ Calculs des auteurs à partir de données de l'Entraide Nationale.

⁹⁸ Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement social, 2013, Répertoire des établissements de protection sociale, novembre, Rabat, 168 p. (document en arabe).

⁹⁹ Selon les données de l'Entraide Nationale.

¹⁰⁰ Cf. carte en annexe.

¹⁰¹ <http://aide-federation.org/rapport/presentation.pdf>, consulté le 10 novembre 2016.

¹⁰² Ne sont pris en compte que les établissements référencés par l'Entraide Nationale.

¹⁰³ Estimation effectuée par les auteurs à partir des données du tableau 1 et en tenant compte du fait que certaines personnes âgées peuvent être hébergées dans des centres destinés majoritairement à d'autres types de publics.

III. Progression vers une approche intégrée et préventive de la question du vieillissement ?

s'agit d'un homme. Les solidarités privées, qu'elles soient familiales ou non, seraient ainsi plus opérantes en direction des femmes en situation de détresse qu'en direction des hommes dans ce même type de situation. Une étude menée au sein du CPA de Meknès (Amar, 2011) a par ailleurs mis en évidence le fait que 40 % des hommes, et 10 % des femmes, accueillis en CPA ne s'étaient jamais mariés. En outre, la proportion de personnes divorcées ou séparées était également relativement élevée (près de 37 % pour les hommes, 30 % pour les femmes). Ces proportions contrastent fortement avec la situation de la population âgée totale. Le mariage était en effet quasi universel dans ces générations (moins de 1 % de célibataires parmi les 60 ans et plus) et le statut de divorcé ne concerne que 1 % de l'ensemble des hommes et moins de 4 % des femmes de cet âge (Sajoux et al., 2015). L'impossibilité, ou le refus, de se marier, possiblement en raison de conditions matérielles ne permettant pas d'envisager de fonder un foyer, de même que les situations de rupture conjugale, semblent ainsi avoir émaillé le parcours de vie d'une large part des bénéficiaires de ce CPA. On peut émettre l'hypothèse que tout au long de leur vie, la précarité sociale et matérielle et une situation matrimoniale atypique (au regard des réalités constatées au niveau national) se sont en quelque sorte mutuellement entretenues de sorte que les conditions précaires dans lesquelles ces personnes ont abordé le « grand âge » reflètent pour nombre d'entre elles ce type de trajectoires. L'augmentation du nombre de personnes âgées accueillies en institution n'est pas attribuable aux seules évolutions démographiques¹⁰⁴. Le fort développement

qu'a connu le secteur associatif à partir de la décennie 1990 ainsi que les nouvelles composantes de la politique sociale au Maroc (dont l'INDH) ont certainement permis de prendre en considération un nombre de plus en plus important de personnes âgées en grande précarité.

Viellir en institution au Maroc consiste donc en une double exception. Au sens statistique du terme tout d'abord dans la mesure où le nombre de bénéficiaires ne représente qu'une très petite part (moins de 0,1 %) des 3,2 millions de personnes âgées de 60 ans et plus que compte le pays. Mais il s'agit aussi, et même surtout, d'une exception au sens culturel du terme : «habituellement», lorsque les personnes âgées se retrouvent en difficulté (problèmes de santé, perte d'autonomie, difficultés financières), les solidarités familiales interviennent pour soutenir ou prendre en charge l'aîné(e). La vieillesse en institution est donc une vieillesse atypique, exclusivement destinée aux personnes âgées démunies et sans soutien familial. Dans une étude de cas, M. Amar (2011) a mis en évidence le fait que pour la très grande majorité des bénéficiaires interrogés, se retrouver en institution est presque toujours vécu comme un échec, un abandon, un signe de déchéance sociale, même lorsque les conditions matérielles de vie y sont nettement meilleures que celles qu'ils avaient avant leur entrée en CPA.

Depuis quelques années, la question du soutien spécifique à apporter aux personnes âgées, et aux personnes âgées démunies en particulier, intègre de plus en plus le champ des politiques publiques.

Ainsi, l'accompagnement institutionnel des centres de prise en charge des personnes âgées constituait, dans son plan stratégique 2008-2012, l'un des axes d'intervention du Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité (organe gouvernemental chargé de la promotion des droits des personnes âgées) qui avait alors notamment pour objectif l'élaboration d'une stratégie nationale en faveur des personnes âgées. Suite aux résultats des élections législatives du 25 novembre 2011, un nouveau gouvernement a été constitué. La volonté d'apporter un soutien aux acteurs travaillant pour les personnes âgées est apparue au sein du volet politique sociale de la déclaration gouvernementale présentée en janvier 2012¹⁰⁵. Dans cette déclaration, il était entre autre prévu d'apporter un soutien aux familles qui prennent en charge des personnes handicapées ou âgées. Le gouvernement envisageait par ailleurs un soutien pour les personnes âgées démunies : « Le gouvernement œuvrera pour apporter appui aux personnes âgées, ne disposant pas de ressources suffisantes, par la mise à niveau des établissements sociaux d'accueil des personnes âgées ainsi que de leurs ressources humaines et veillera à inciter les associations locales à organiser des activités récréatives et de divertissement à leur profit, tout comme il veillera à renforcer les capacités des associations s'occupant des personnes âgées ». Il est à noter que dans

cette déclaration la question de la qualification des ressources humaines était explicitement abordée.

Outre le soutien accordé pour la mise à niveau des EPS accueillant des personnes âgées, d'autres initiatives récentes sont à considérer. C'est le cas de la campagne de sensibilisation à la situation des personnes âgées initiée par le ministère de la Solidarité, de la femme, de la famille et du développement social et menée pour la première fois du 1er au 10 octobre 2013 puis réitérée sur la même période¹⁰⁶ en 2014. Le slogan associé à ces campagnes était « Les personnes âgées, un trésor dans chaque foyer ». Elles visaient notamment à sensibiliser à l'importance de la promotion des droits des personnes âgées et promouvoir la diffusion de la culture de la solidarité entre les générations.

Une autre initiative, émanant du même ministère a consisté en la campagne « Hiver 2014 » d'assistance aux personnes âgées sans-abri menée du 13 janvier au 20 mars 2014 avec pour slogan «L'assistance aux personnes âgées sans-abri... Notre responsabilité à tous ». Son objectif était de venir en aide pendant l'hiver aux personnes âgées sans-abri et sans soutien familial en mettant à leur disposition des espaces d'accueil et d'hébergement provisoires. Les affiches relatives à cette campagne invitaient les citoyens à appeler des numéros d'urgence pour signaler les situations de personnes âgées vivant dans la rue. Cette première campagne a permis de porter assistance à plus de 1160 personnes, dont une majorité d'hommes, 76 %, et 24 % de femmes. Parmi ces personnes, un peu plus de 600 ont été admises dans des institutions d'assistance

¹⁰⁴ Selon le recensement de 1994, le pays comptait alors 1,84 millions de personnes âgées de 60 ans et plus. En 2014, date du dernier recensement, il en comptait 3,2 millions. La population âgée a ainsi été multipliée par 1,7 entre 20 ans.

¹⁰⁵ Royaume du Maroc. Le Chef du gouvernement, « Déclaration gouvernementale », janvier 2012, p.110-111. http://www.cg.gov.ma/fr/DOCs/programme_gouv_FR.pdf, consulté le 21 novembre 2016.

¹⁰⁶ Le 1er octobre ayant été proclamé Journée internationale des personnes âgées par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 45/106 du 14 décembre 1990.

sociale, plus de 220 ont bénéficié d'une assistance là où elles se trouvaient¹⁰⁷, et 73 ont été admises dans des centres hospitaliers. Une cinquantaine de personnes (dont deux tiers d'hommes) ont rejoint le noyau familial et quelques autres ont été pris en charge par des tiers. Parmi les difficultés auxquelles cette première campagne s'est heurtée figurent le manque de personnel et d'infrastructures mais aussi la difficulté de localiser toutes les situations d'aînés en détresse du fait de leur éparpillement géographique. Cette initiative a été reconduite en 2015 ; les affiches y faisant référence indiquaient : « Appel pour la protection des personnes âgées sans-abri : hiver 2015. Votre devoir est de nous informer. Le nôtre est de faire le nécessaire ».

Outre ces initiatives, un observatoire national des personnes âgées est en projet¹⁰⁸. Sa mission sera de collecter régulièrement des données sur les conditions sociodémographiques et socio-économiques des personnes âgées tout en se situant dans une optique prospective.

L'ensemble de ces éléments tend à montrer l'importance croissante accordée par les responsables politiques à la question de la place des personnes âgées dans la société marocaine ainsi qu'à la prise en compte de leurs besoins spécifiques lorsqu'elles se trouvent en difficulté. Néanmoins, on peut s'interroger sur le caractère parfois fragmenté des initiatives menées ainsi que sur les discours relatifs à la responsabilisation des familles vis-à-vis des aînés-e-s. Car force est de constater que face à la complexification des contraintes auxquelles doivent faire face les familles (notamment en raison des difficultés d'insertion des jeunes sur le marché du travail) et face à l'ampleur du vieillissement à venir, les

solidarités familiales ne pourront suffire à elles seules à assurer une prise en charge correcte des aînés le nécessitant (Sajoux et Amar, 2015 ; Sajoux et Lecestre-Rollier, 2015). Il devient incontournable d'interroger les moyens qui seraient à même de consolider les solidarités intergénérationnelles en instaurant des dispositifs de soutien relevant des politiques publiques. La création d'accueils de jour pour les personnes âgées en difficulté, et tout particulièrement pour les aînés souffrant de maladies lourdement handicapantes (telle que la maladie d'Alzheimer) s'inscrit dans ce cadre. De tels lieux d'accueil commencent à voir le jour mais sont encore extrêmement rares au regard de l'immensité des besoins actuels et à venir.

De manière plus globale, recourir à une approche intégrée de la question de la vieillesse permettrait aux politiques publiques de se saisir simultanément des différentes dimensions inhérentes aux conditions de vie des aînés. Celles-ci se réfèrent à la fois aux revenus (ce qui intègre la question des réformes des régimes de retraite existants), à la santé, au logement, aux soins et à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, au soutien aux aidants, à la lutte contre l'exclusion sociale liée à l'âge et à la valorisation du rôle des aînés dans la société. Pour toutes ces dimensions, une réflexion d'ensemble gagnerait à être menée quant aux rôles respectifs des pouvoirs publics, des familles et des acteurs de la société civile susceptibles d'intervenir dans les différents dispositifs et actions envisagés. Dans son rapport sur les personnes âgées au Maroc, le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE, 2015) a notamment recommandé que soit élaborée

une politique publique intégrée de protection des personnes âgées déclinée aux niveaux central et régional, basée sur le respect des droits des personnes âgées et le respect de leur dignité. Dans ce rapport est de nouveau soutenue l'idée que le maintien au sein de la famille des personnes âgées doit être privilégié chaque fois que cela est possible, la prise en charge totale en institution ne devant être que le dernier recours. Parallèlement, l'importance de soutenir les personnes âgées dépendantes et leur entourage est clairement reconnue. Le CESE prône ainsi la mise en place de structures d'aide et de programmes de formation destinés aux aidants-familiaux prenant en charge des personnes âgées dépendantes. Il souligne également que « Les centres d'accueil de jour peuvent constituer une alternative réelle aux centres d'accueil de prise en charge permanente pour un nombre non négligeable de personnes âgées. Ces centres d'accueil de jour permettent aux personnes âgées concernées de bénéficier d'un certain nombre de services (soins, activités,...) et procure, d'autre part, aux familles le temps libre nécessaire à leur propre bien-être » (CESE, 2015, p. 55).

Outre une réflexion d'ensemble sur la manière de répondre aux besoins de la population âgée actuelle, une approche préventive permettrait d'anticiper sur la manière dont les individus, actuellement jeunes ou adultes, aborderont la vieillesse dans les décennies à venir. Une telle approche passe notamment par le fait d'assurer à chaque individu, tout au long de sa vie, un accès à la protection sociale afin de lui permettre de ne pas arriver au grand âge en ayant accumulé un trop grand nombre de fragilités et sources de vulnérabilité. En particulier, l'état de santé que connaîtront ces individus lorsqu'ils seront âgés dépend en grande partie de l'accès

aux soins et aux actions de prévention dont ils pourront bénéficier durant leur jeunesse et leur vie adulte. Préparer l'accompagnement économique et social du vieillissement démographique à venir suppose ainsi d'œuvrer de manière simultanée dans deux directions. D'une part, en travaillant à la mise en place d'une véritable politique nationale de la vieillesse basée sur une approche intégrée et à même de répondre de manière appropriée aux besoins des aînés et de leur entourage et, d'autre part, en permettant aux jeunes et aux adultes de se construire un parcours de vie qui soit le moins possible entaché par la précarité de manière à leur permettre d'aborder ultérieurement leur propre période de vieillesse sans avoir accumulé différentes formes de vulnérabilité.

¹⁰⁷ Certaines personnes ayant refusé d'être dirigées vers des centres d'accueil.

¹⁰⁸ Selon le recensement de 1994, le pays comptait alors 1,84 millions de personnes âgées de 60 ans et plus. En 2014, date du dernier recensement, il en comptait 3,2 millions. La population âgée a ainsi été multipliée par 1,7 entre 20 ans.

Annexe

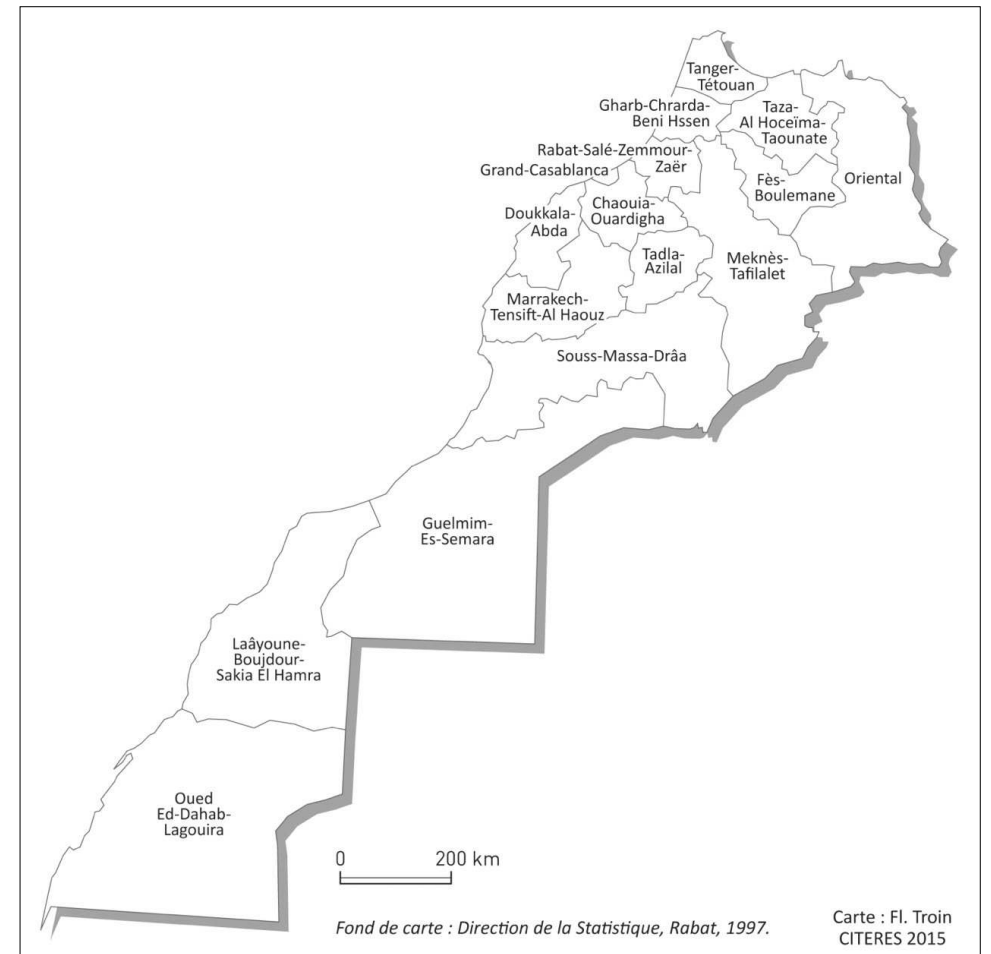


Façade extérieure du Centre pour personnes âgées de Meknès, Maroc, 2017. Mohammed Amar



Centre pour personnes âgées de Meknès – Pavillon des femmes, Maroc, 2017. Mohammed Amar

Carte 1. Maroc, découpage régional en 16 régions*



*Début 2015, le Conseil de gouvernement a officiellement approuvé le nouveau découpage régional : le Maroc compte désormais 12 régions au lieu de 16.

Amar M.

- 2011, « Les perceptions des personnes âgées sur leurs conditions de vie : cas de l'Association Musulmane de Bienfaisance de Meknès », in W. Molmy, M. Sajoux, L. Nowik (coord.), *Viellissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées*, Actes du Colloque international de Meknès, coll. Les Numériques du CEPED, Paris, Ceped, p. 741-758.

Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)-Royaume du Maroc

- 2014, *Rapport Global annuel 2013 et plan d'action 2014-2016 Relatif au Régime d'Assistance Médicale*, 51 p. <http://www.anam.ma/upload/document/RapportGlobalannuel2013.pdf>.

- 2016, *Rapport annuel global de l'Assurance Maladie Obligatoire au titre de l'année 2015*, 78 p.

- 2017, *Rapport d'activités de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie 2016*, 76 p.

Catusse M.

- 2009, « Maroc : un État fragile dans la réforme néolibérale », *Alternative Sud*, «Retour de l'État. Pour quelles politiques sociales ? », Centre Tricontinental, Louvain-la-Neuve, édition Syllepses, 16(2), p. 59-83.

- 2011, « Le « social » : une affaire d'État dans le Maroc de Mohammed VI », *Confluences Méditerranée*, Le Maroc : changements et faux-semblants, Été, 78, p. 63-76.

Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)

- 2016, *Rapport annuel 2015*, 46 p.

Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE)

- 2013, *Les soins de santé de base. Vers un accès équitable et généralisé*, Saisine n°4, Rabat, 111 p.

- 2015, *Les personnes âgées au Maroc*, Auto-saisine n°20, Rabat, 102 p.

- 2016, *Rapport annuel 2015*, Rabat, 126 p.

Coordination de l'INDH

- 2013, *Initiative nationale pour le développement humain. Genèse et Évolution*, Ministère de l'Intérieur, Rabat, septembre, 14 p.

Cour des comptes – Royaume du Maroc

- 2013, *Rapport sur le Système de retraite au Maroc : Diagnostic et propositions de réformes*, 151 p.

Direction des Études et des Prévisions Financières (DEPF)

- 2016, *Tableau de bord social, Royaume du Maroc*, Ministère de l'économie et des finances, Rabat, 74 p.

Dupuis J.-M., El Moudden C., Hammouda N. E., Petron A., Dkhissi I.

- 2011, « Inégalités, système de retraite et redistribution au Maroc », in W. Molmy, M. Sajoux, L. Nowik (coord.), *Viellissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées*, Actes du Colloque international de Meknès, coll. Les Numériques du CEPED, Paris, Ceped, p. 352-369.

Entraide Nationale

- 2014, *L'Entraide Nationale en chiffres. Annuaire statistique 2013*, Rabat, 120 p.

Haut-Commissariat au Plan(HCP)

- 2008, *Enquête Nationale sur les Personnes Agées au Maroc 2006*, Rabat, 87 p..

- 2010, *Enquête Nationale sur les Revenus et les Niveaux de Vie des Ménages 2006/2007 - Rapport de synthèse*, Rabat, 235 p.

HelpAge International

- 2013, *Indice Global AgeWatch 2013*.Résumé, 8 p.

- 2015, *Global AgeWatch Index 2015: Insight report*, 28 p.

International Labour Office

- 2014, *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice*, Geneva, ILO, 364 p.

Ministère de la Santé

- 2012, *Stratégie sectorielle de Santé 2012-2016*, Rabat, 103 p.

Ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social

- 2015, *Les réalisations du Maroc en matière de protection des personnes âgées*, Rabat, 32 p, document en langue arabe.

PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement)

- 2010, *Rapport sur le développement humain 2010*. Édition du 20e anniversaire du RDH. *La vraie richesse des nations : Les chemins du développement humain*, New York, 268 p.

- 2014, *Rapport sur le développement humain. Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience*, New York, 259 p.

- 2016, *Rapport sur le développement humain en Afrique 2016 - Accélérer les progrès en faveur de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes en Afrique*, 214 p.

Sajoux M., Amar M.

- 2015, « Vieillesse et relations familiales au Maroc. Des solidarités fortes en proie à des contraintes multiples », in L. Nowik et B. Lecestre-Rollier (dir.), *Viellir dans les pays du Sud. Les solidarités familiales mises à l'épreuve du vieillissement*, Paris, Karthala, p. 187-209.

Sajoux M., Amar M., Ka A.

- 2015, « Vieillir au Maroc, vieillir au Sénégal : ressemblances et dissemblances », *Mondes en développement*, n°171, p. 99-116.

Sajoux M., Lecestre-Rollier B.

- 2015, « Inégalités et difficultés sociales dans la vieillesse au Maroc. Mise en évidence des limites des solidarités privées et de besoins croissants en matière de protection sociale », in A. Adjamagbo A. et P. Antoine (eds) *Démographie et Politiques sociales (Actes du XVIIe colloque de l'AIDELF, Ouagadougou, novembre 2012)*. www.erudit.org/livre/aidelf/2012/004094co.pdf.

Smar A.

- 2011, « Personnes âgées en institutions dans la région. Conditions de prise en charge, état des lieux et perspectives d'avenir », in W. Molmy, M. Sajoux, L. Nowik (coord.), *Viellissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées*, Actes du Colloque international de Meknès, coll. Les Numériques du CEPED, Paris, Ceped, p. 859-862.