

Chapitre 8

Prise en charge institutionnelle des personnes âgées vulnérables en Tunisie



Lassaad LABIDI

Institut National du Travail et des
Études Sociales,
Université de Carthage – Tunisie,
lassaadlabidi1964@yahoo.fr

Intervention
sociale

Ce chapitre est paru dans :
Golaz V., Sajoux M. (2018). Politiques publiques et vieillesse dans
les Suds. Les Impromptus du LPED, n°4, Laboratoire Population-
Environnement-Développement, UMR 151 (AMU – IRD), Marseille,
347 p.

En réponse aux changements socioéconomiques, culturels et démographiques survenus en Tunisie, la prise en charge institutionnelle des personnes âgées vulnérables s'est développée dans le cadre de l'orientation progressive des pouvoirs publics vers l'adoption d'une politique de la vieillesse pauvre. La préférence pour le maintien à domicile y apparaît nettement et différents dispositifs visent à le favoriser. Parmi eux figure le versement d'une aide financière destinée à soutenir les personnes âgées pauvres vivant à domicile. En tant que modalité d'intervention, l'accueil en institution est réservé à une catégorie bien définie de personnes âgées vulnérables. Il s'agit de personnes pauvres ayant été dans le bas de l'échelle sociale des professions et n'ayant bien souvent pas pu fonder une famille ou n'ayant pas réussi leur vie familiale. Aussi le taux d'institutionnalisation de la vieillesse est-il très faible : moins de 0,05 % des personnes âgées tunisiennes sont placées dans ces centres d'hébergement. L'accueil en institution est une mesure d'urgence destinée aux personnes âgées en situation de grande exclusion, qui n'exprime en rien la disparition des solidarités familiales.

In response to socioeconomic, cultural and demographic changes in Tunisia, the institutional care of vulnerable older people was developed at a time when the Tunisian public authorities progressively turned to the adoption of a poor old age policy. The home-based approach is clearly privileged. As a modality of intervention, institutional care targets a well-defined category of vulnerable older people. These are poor people who have been at the bottom of the social ladder of professions and have not been able to start a family or have not succeeded in their family life. The analysis of the data we have made enabled us to realize the low rate of institutionalization of vulnerable old age in Tunisia. Less than 0.05 % of the Tunisian older population are institutionalised in 2014. This insignificant rate demonstrates that institutional care is only an emergency measure that does not express in any way the disappearance of family solidarities.

Population âgée vulnérable

Introduction

Au cours de la première moitié du siècle dernier, le vieillissement de la population était vu comme étant une problématique limitée aux seuls pays industrialisés. Depuis quelques années, elle a commencé à s'étendre de façon progressive pour devenir un champ de préoccupation même dans les pays dits en développement tel que la Tunisie. La part relative de la population de 60 ans et plus dans la population totale a en effet plus que doublé depuis le milieu des années 1960. Elle s'élevait à 5,5 % en 1966, à 5,8 % en 1975, à 6,7 % en 1984 et à 8,3 % en 1994. Selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 2014 (INS, 2015a), cette proportion s'élève à 11,7 % de l'ensemble de la population tunisienne avec un effectif de près de 1,3 millions de personnes. Les projections démographiques de l'Institut National de la Statistique (INS, 2015b) indiquent que cette part relative devrait augmenter rapidement dans les années à venir et atteindre 16 % en 2026, autour de 20 % en 2036 et plus de 21,5 % en 2041. Ces différentes données invitent à une réflexion profonde sur la manière d'accompagner le vieillissement à venir et de protéger les personnes âgées vulnérables.

En Tunisie, à l'image d'autres pays en développement, le système de protection sociale régi par le droit de la sécurité sociale dans le secteur privé, reste encore un privilège puisqu'il ne couvre qu'une part limitée des salariés de ce secteur. Ceci est particulièrement vrai pour les salariés du secteur agricole (Labidi, 2003). Faute de couverture sociale, et ce aussi bien dans les zones rurales que dans les zones urbaines, de nombreuses personnes se trouvent dans l'obligation de travailler jusqu'à un âge très avancé et ne mettent fin à leurs activités

que lorsque la dégradation de leurs forces physiques les y oblige.

Dans le contexte de la Tunisie, la vieillesse dans les catégories sociales défavorisées, généralement non couvertes par la sécurité sociale, s'apparente nécessairement à un facteur de vulnérabilité socio-économique et s'avère être le plus souvent synonyme de pauvreté. Durant ces deux dernières décennies, aussi bien dans les quartiers populaires que dans plusieurs zones rurales, nous assistons au développement d'une fraction de personnes âgées économiquement fragilisées et socialement marginalisées et qui constituent une nouvelle catégorie d'utilisateurs pour les services sociaux. Analysant le rapport entre la pauvreté et la vieillesse Doudich (1999) note que le fait d'être âgé et pauvre signifie vivre la pauvreté dans ses différents visages ou encore dans ses « émanations les plus redoutées ». Bien sûr il importe de signaler que la pauvreté pendant la vieillesse est différente selon que l'on réside en milieu rural ou en milieu urbain.

Qu'il s'agisse d'un milieu ou d'un autre, les mauvaises conditions de vie de certaines personnes âgées appartenant aux couches pauvres de la société, accroissent leur vulnérabilité. En raison des multiples aspects des changements socioculturel et démographique en cours, une fraction importante de la population âgée tunisienne ne trouve plus facilement sa place dans la société actuelle qui s'oriente de plus en plus vers le modèle de société productiviste et individualiste. Conscients de cette nouvelle réalité les pouvoirs publics tunisiens se sont engagés depuis quelques années à mettre en place une politique d'intervention en faveur des personnes âgées vulnérables.

Parmi les axes de cette politique, se trouve la prise en charge institutionnelle.

Personnes âgées et personnes âgées vulnérables

La définition de la personne âgée repose souvent sur un critère d'âge. Les organismes internationaux considèrent souvent les personnes âgées de 65 ans et plus comme des personnes âgées. En Tunisie, les données de l'institut national de la statistique, de même que la loi n° 114 du 31 octobre 1994 relative à la protection des personnes âgées, définissent comme « âgées » les personnes âgées de 60 ans ou plus, ce que nous adoptons dans ce chapitre.

Il n'existe pas de consensus sur une définition précise de la personne âgée vulnérable. Généralement est considérée comme une personne âgée vulnérable toute personne âgée de 60 ans ou plus qui se trouve dans l'incapacité de subvenir à ses besoins et de se protéger contre les aléas de l'existence et ce pour des raisons personnelles (âge, maladie, handicap) ou pour des raisons qui relèvent de son environnement social et matériel (famille, logement, revenu, structures sociale et culturelle.). Il s'agit en fait le plus souvent d'une personne âgée appartenant aux catégories pauvres vivant dans des conditions précaires. Selon cette définition, nous considérons pour le cadre spécifique de cette étude comme personne âgée vulnérable, les personnes âgées en perte d'autonomie physique, personnelle¹²¹ et matérielle ainsi que les personnes âgées sans soutien familial et social.

Objectifs et méthodes

A travers la réalisation de ce travail nous cherchons à analyser la prise en charge institutionnelle des personnes âgées vulnérables en Tunisie, à travers ses principales phases historiques, ses fondements juridiques et son contenu tout en étudiant également le profil des bénéficiaires. Dans un premier temps nous analysons son évolution historique à partir d'une approche qualitative et en particulier à partir d'une analyse du contenu des documents et rapports ayant traité de la question de la protection de la vieillesse dans la société tunisienne. Pour comprendre certaines modalités concrètes de ce type d'intervention, nous avons également jugé nécessaire de recueillir certaines données à l'aide de l'observation dans le centre de protection de la Manouba situé dans le district de Tunis. Dans un deuxième temps, à partir de données quantitatives disponibles dans les rapports statistiques fournis par les départements concernés, nous mettons en évidence les caractéristiques sociodémographiques de la population âgée vulnérable bénéficiant de la prise en charge institutionnelle pour en tirer les principales conclusions.

¹²¹ Nous considérons une personne âgée en perte d'autonomie personnelle si pour des raisons relatives à son âge ou à sa santé mentale, elle n'est plus capable de prendre des décisions et de faire des choix.

I. Analyse de l'évolution historique de la prise en charge institutionnelle des personnes âgées vulnérables

I.1 1956-1969 : L'expérience de l'hospice fourre-tout

Durant la période 1956-1969, la Tunisie a adopté une politique sociale axée sur la recherche du bien-être collectif à travers une prise en charge totale des différents besoins fondamentaux du citoyen. Il s'agissait d'une politique sociale orientée surtout vers les couches sociales les plus déshéritées. Sur le plan opérationnel, elle s'est exprimée par la conception et la mise en œuvre d'un ensemble de programmes sociaux qui avaient pour objectif l'amélioration des conditions de vie à travers la lutte contre le chômage, contre l'analphabétisme et contre la pauvreté et les maladies. La politique sociale s'est ainsi concrétisée par la mise en place d'infrastructures scolaires, sanitaires et culturelles avec le développement de différents équipements collectifs. Elle a été également concrétisée par des programmes de logement et de vastes campagnes de vaccination et la création de milliers d'emplois. Cette période a connu le développement d'une première forme de prise en charge des personnes âgées vulnérables.

Avec l'avènement de l'indépendance, toutes les organisations de bienfaisance musulmanes connues sous le nom de l'association de bienfaisance (Eljamia Alkhéria), et qui géraient les biens Habous¹²² ainsi que les institutions qui leurs étaient rattachées ont été dissoutes. Les personnes âgées pauvres, invalides et sans soutien familial ainsi que les personnes lourdement handicapées ont bénéficié d'une prise en charge publique totale dans un nouvel hospice créé dans la région d'Elwardia située dans la zone sud de la capitale Tunis.

Ce nouvel hospice a été mis sous la tutelle du Secrétariat d'État à la santé publique qui s'en est servi pour y accueillir les invalides et les malades incurables. D'après Arafa (1977), le nombre des pensionnaires de l'hospice d'Elwardia a atteint 400 personnes soignées et prises en charge par 120 employés. Pour améliorer les conditions d'hébergement des pensionnaires, le comité national de solidarité sociale créé en remplacement des associations musulmanes de bienfaisance est intervenu en 1962 pour ouvrir un nouveau centre dans la région de Douar Echchat, zone située à la banlieue nord de Tunis. La capacité du nouveau centre était de 100 lits : n'y étaient acceptées que les personnes âgées abandonnées dans les rues et privées de tout soutien matériel et familial.

En 1965, suite à la campagne de dégourbification entraînant le délogement de milliers de personnes, le centre d'hébergement d'Elwardia a été évacué (et ses occupants transférés sur celui de Douar Echchat) afin que les délogés de la campagne de dégourbification puissent y être installés (Arafa, 1977, p. 42). Dans ce nouveau centre, on trouve différentes catégories de personnes sans soutien, personnes âgées, ou invalides. L'essentiel pour le gouvernement de l'époque était de protéger ces différentes catégories de personnes. Durant cette période-là, les personnes âgées n'étaient pas considérées en tant que catégorie spécifique nécessitant une prise en charge et une politique d'intervention sociale particulières. Elles étaient traitées comme toutes les autres catégories de pauvres et de personnes sans soutien. Par ailleurs, sur le plan démographique, leur poids relatif était alors très faible. Elles n'étaient en aucune façon traitées comme une classe d'âge à

part ou comme relevant d'un champ de pratiques professionnelles particulier. Ce mode d'intervention se situait alors dans les objectifs recherchés par la politique sociale de l'époque qui était orientée vers la satisfaction des besoins de base de toute la population et la mise en place d'une infrastructure sociale et sanitaire. Toutefois, le type de prise en charge que nous venons d'exposer a connu un nouveau développement à partir de la fin de l'année 1969.

I.2 1970-1986 : Le recours à l'action associative

Depuis le début des années 1970, la Tunisie a connu de nouvelles orientations politiques et économiques, qui se sont concrétisées par une révision des missions et du rôle de l'État aussi bien dans la vie économique que dans la vie sociale. L'État ne se définit plus comme étant le seul et unique représentant de l'intérêt collectif ni comme le promoteur exclusif du développement économique et social ou l'artisan de la modernisation de la société. Dans ce contexte, la prise en charge institutionnelle des personnes âgées vulnérables a été redéfinie en fonction des besoins de la population concernée.

A partir des années 1970, les décideurs et les planificateurs en matière de politique sociale ont constaté les conditions déplorables dans lesquelles vivaient les différentes catégories de pensionnaires dans le centre d'hébergement de Douar Echchat qui prenait en charge 500 personnes alors que sa capacité d'accueil n'était que de 100 personnes. La décision a alors été prise de créer des centres de protection pour personnes âgées dans les

grands gouvernorats¹²³ de la république sous la supervision du Comité National de Solidarité Sociale, actuellement nommé Union Tunisienne de Solidarité Sociale (UTSS).

En 1976, la gestion des différents centres mentionnés a été confiée aux associations de protection des personnes âgées venant d'être créées. Ces associations étaient également responsables de l'examen des demandes d'hébergement et de la collecte des dons, du recrutement du personnel et de la sensibilisation des éventuels donateurs. Puis l'expérience des associations fut étendue aux gouvernorats ne disposant pas de centres et ce dans le but de venir en aide aux personnes âgées nécessiteuses vivant en milieu familial. Durant la même période, et pour permettre aux centres mentionnés de se spécialiser dans la prise en charge des personnes âgées, a été créé à Tunis le centre des handicapés mentaux sans famille. Ainsi la vieillesse des pauvres âgés et/ou porteurs de handicaps commença à devenir progressivement un champ d'intervention sociale spécialisé.

L'intervention auprès des personnes âgées vulnérables a donc été confiée au secteur associatif, aucun centre ne relevant directement de la compétence du Ministère des Affaires Sociales. Juridiquement celui-ci voit son rôle limité à l'exercice d'un droit de tutelle sur les associations. En collaboration avec le ministère de la santé publique, il leur fournit également des subventions et met à leur disposition les moyens humains et matériels nécessaires. Il s'agit en fait d'une intervention fondée sur le mariage entre l'initiative privée de type associatif et l'action étatique. On peut se demander pourquoi les pouvoirs publics ont fait ce choix et ne sont

¹²² Également appelées Waqf, il s'agit de biens fonciers ou immobiliers inaliénables qui ne peuvent être vendus ou échangés après la mort du fondateur et la fin de sa lignée.

¹²³ Tunis, Bizerte, Sfax, Sousse, Kairouan, Sfax, Béja, Jendouba, Le Kef, Kasserine, Gabes, Gafsa. En 2016 le nombre de centres fonctionnels était de 12 alors qu'il était de 11 jusqu'à 2015. Un centre est en cours de construction dans le gouvernorat de Sidi Bouzid.

pas intervenus seuls dans la protection des personnes âgées nécessiteuses, d'autant plus que l'action associative et l'esprit de volontariat organisé étaient encore très faibles, les orientations politiques du pays mettant alors l'accent sur le rôle de l'État en tant que seul acteur de développement et de protection sociale¹²⁴.

Plusieurs raisons peuvent expliquer le recours au secteur associatif pour la protection des personnes âgées vulnérables (Labidi, 1990, p. 80) :

- D'abord la réussite du système d'intervention auprès des personnes handicapées adopté depuis l'indépendance et fondé sur le volontariat et l'intervention indirecte des pouvoirs publics a encouragé le recours au travail associatif pour la protection des personnes âgées pauvres.

- L'option faite pour le volontariat au profit de ces deux catégories de population s'explique également par la volonté des pouvoirs publics de dynamiser l'esprit de solidarité et d'entraide qui prévalait dans la société traditionnelle et qui n'avait pas complètement disparu comme l'ont confirmé plusieurs recherches sociologiques de l'époque (Bouhdiba, 1978).

- Le manque de moyens : la Tunisie, pays qui vient d'accéder à l'indépendance, dispose de ressources limitées pour être en mesure de faire face à une multitude de problèmes tel que le chômage, le sous-emploi, l'analphabétisme, les problèmes de santé et de logement et d'une façon générale tous les problèmes associés au « sous-développement ». Pour cette raison, il est évident que les pouvoirs publics orientent tous leurs efforts d'investissement vers les secteurs qui rapportent le plus. Les conditions socio-économiques du pays

n'étaient pas favorables à une intervention sociale totalement publique en faveur des catégories de la population dont il est ici question. En d'autres termes, sans le soutien et la collaboration de la population, il n'eut pas été logique pour l'État de dépenser et d'investir directement en faveur des personnes âgées nécessiteuses et sans soutien familial ou encore en faveur des personnes handicapées en situation d'incapacité de travail.

Par ailleurs, au cours de cette période nous avons assisté au développement progressif d'une politique de la vieillesse vulnérable. Les associations mises en place interviennent non pas uniquement par la prise en charge institutionnelle, mais également par l'assistance matérielle à domicile en faveur des personnes âgées pauvres hébergées dans leurs familles. Après l'adoption du plan d'ajustement structurel en 1986 et les nouvelles orientations de la politique sociale, l'expérience de l'aide en espèce à domicile en faveur de cette catégorie de la population a été consolidée.

I.3 De 1986 à nos jours : Le développement d'une politique de la vieillesse des pauvres

A partir de 1986, à l'instar des autres pays en développement, la Tunisie a connu l'entrée en vigueur d'un plan d'ajustement structurel. Ce plan de restructuration économique est conçu dans une perspective de lutte contre la crise économique et en vue de rétablir l'équilibre des finances publiques.

Ses idées directrices tournent autour de la redéfinition du rôle de l'État et en particulier de son désengagement progressif de la vie économique et de son intervention en termes de politiques sociales.

Cette nouvelle orientation n'a pas été sans effet sur la qualité des programmes sociaux et les structures appelées à les gérer. Ainsi l'intervention de l'État dans le domaine social a été redéfinie et la politique sociale adoptée a été recentrée vers les groupes de population les plus démunis. Dans ce contexte, la prise en charge institutionnelle des personnes âgées vulnérables a connu de nouvelles dimensions qui s'intègrent dans le développement d'une politique de la vieillesse des pauvres en Tunisie.

Pour faire face aux problèmes rencontrés par les personnes âgées vulnérables l'État tunisien est intervenu de nouveau en faveur de cette catégorie de la population à partir des années 1990, par la promulgation d'une loi-cadre définissant les responsabilités et les modalités d'intervention auprès des personnes âgées en particulier celles considérées comme étant nécessiteuses. Il est également intervenu pour renforcer les anciens programmes mis en place au cours des années 1970 et au début des années 1980 et pour mettre en œuvre de nouveaux programmes (Labidi, 2011). Le recours à l'action associative, qui se situe dans un contexte socio-économique particulier, a alors été motivé par des raisons d'ordre sociologique et économique totalement différentes de celles qui avaient soutenu le recours au secteur associatif en matière d'intervention sociale au cours des années 1970.

Les mesures législatives à l'égard des personnes âgées pauvres : quelle place pour la prise en charge institutionnelle ?

Depuis le début des années soixante, la Tunisie, s'est dotée d'un système de sécurité sociale qui prévoyait un régime d'assurance vieillesse aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public. En 1994, elle a connu la promulgation d'une loi sur la protection des personnes âgées, loi accordant une importance particulière aux personnes âgées vulnérables. Il s'agit en fait d'une loi-cadre qui a fixé les grandes lignes d'une politique de la vieillesse dans la société tunisienne, compte tenu de l'augmentation considérable de cette catégorie de la population et de ses besoins spécifiques ainsi que des changements sociaux et culturels traversant toute la société. Comme indiqué précédemment, selon cette loi, est considérée comme « âgée » toute personne âgée de 60 ans ou plus.

Dans un premier chapitre, ladite loi a insisté sur la responsabilité collective dans la protection des aînés. Cette responsabilité incombe d'abord à la famille, puis à l'État et aux collectivités publiques, qui doivent la soutenir pour qu'elle remplisse convenablement son rôle à l'égard de ses membres âgés. Selon cette loi, la protection des personnes âgées a pour objectif de :

- Préserver l'état de santé et garantir la dignité de la personne vieillissante.
 - « Lutter contre toute les formes de discrimination et d'exclusion familiale et sociale » et assurer l'intégration des personnes âgées.
 - D'encourager la participation active des personnes âgées dans tous les domaines de la vie sociale, culturelle, sportive et récréative.
- Le deuxième chapitre de la loi mentionnée traite de deux questions. La première se rapporte aux personnes âgées vivant au

¹²⁴ Selon le discours politique de l'époque, l'État est responsable de la satisfaction des besoins de la population du berceau jusqu'au tombeau.

sein de la famille « en sa qualité de cellule de base responsable de subvenir aux besoins indispensables de ses membres âgés ». Dans ce cas, l'État peut intervenir pour fournir aux personnes âgées certains services sociaux et sanitaires (aide alimentaire et vestimentaire, aide médicale, appareillage orthopédique). Cependant, si les personnes concernées ou leurs familles ne sont pas dans une situation de besoin, elles sont tenues de contribuer au financement des services rendus par l'État par l'intermédiaire de ses agents. Mentionnons que ce mode d'intervention n'est pas encore mis en œuvre jusqu'à nos jours. La priorité est surtout donnée au deuxième mode d'intervention qui concerne les personnes âgées pauvres provenant de familles nécessiteuses. Ces personnes bénéficient de la gratuité des services.

Dans le chapitre deux de cette loi, il est question de la prise en charge institutionnelle des personnes âgées. Sont définis de façon claire et précise les services à fournir aux pensionnaires ainsi que les conditions à respecter pour l'ouverture de centres d'hébergement privés. Mentionnons que jusqu'à cette date, tous les centres gérés par les associations offraient leurs services aux personnes âgées nécessiteuses de façon gratuite et il n'y avait qu'un seul centre totalement privé. Le deuxième élément nouveau introduit par cette loi concerne la possibilité pour les centres publics d'accueillir également les personnes âgées ayant un revenu; dans ce cas la personne est tenue de payer la totalité des frais de son hébergement. Dans les faits, ce cas de figure n'existe pas encore. Dans le cas où la personne âgée ne dispose pas de revenu et où sa famille n'est pas dans le besoin, les frais d'hébergement sont à la charge de la famille et en particulier du membre qui est assujéti à une obligation

alimentaire à l'égard de ses parents. Ce deuxième cas de figure n'existe pas non plus dans les faits, la priorité de prise en charge reste accordée aux personnes âgées pauvres provenant de familles nécessiteuses. Enfin, le troisième chapitre de ladite loi est consacré aux modalités d'intervention de l'État en faveur des personnes âgées nécessiteuses vivant à domicile. En effet, si l'aîné ainsi que sa famille sont administrativement reconnus comme étant dans le besoin, la personne âgée bénéficie de services sociaux et sanitaires à domicile grâce à une intervention de l'État, intervention qui a pour objectif de soutenir la famille dans son effort de protection de son membre âgé. La dernière partie de ce chapitre est consacrée au placement familial des personnes âgées ; elle définit les conditions à remplir par la personne concernée et par la famille d'accueil. Elle précise également les rôles attribués aux services sociaux dans la mise en application de cette modalité de protection.

L'amélioration des anciens programmes : une intervention plus sélective

A partir du début des années 1990, les pouvoirs publics sont intervenus pour améliorer les programmes déjà existants, c'est-à-dire la prise en charge institutionnelle et le maintien à domicile. Concernant la prise en charge institutionnelle, elle est devenue de plus en plus limitée aux personnes âgées nécessiteuses et sans aucun soutien, les centres se spécialisant davantage dans la prise en charge de cette catégorie de la population. L'admission étant de plus en plus sélective, ne sont prises en charge dans les centres que les personnes âgées de soixante ans et plus qui sont nécessiteuses et sans soutien familial. L'admission se fait suite à

une enquête sociale faite par des assistantes sociales et après avis de la commission spécialisée. En 1992, le Ministère des Affaires Sociales est intervenu pour améliorer les conditions de vie des pensionnaires des centres d'hébergement et ce en allouant un fond de 345 000 dinars pour la restauration, la rénovation et l'équipement de ces centres (DGPS, 1996, p. 4). Par ailleurs en plus des services de base, ces derniers ont été incités à se doter d'une diversité de programmes à caractère culturel et de loisirs pour permettre aux pensionnaires de se divertir, de combattre l'oisiveté et l'ennui et pour minimiser les répercussions négatives de la prise en charge institutionnelle.

S'agissant du maintien à domicile, qui se manifeste par l'octroi d'une aide en espèces à la personne âgée pauvre qui continue de vivre chez elle, il est devenu suite à la mise en place du programme national d'aide aux familles nécessiteuses, l'axe central de la politique d'intervention auprès des personnes âgées pauvres. En effet si le nombre des bénéficiaires d'aide en espèces à domicile était en 1981 de 1 250 personnes, il a atteint 80 000 bénéficiaires en 2005, 123 000 en 2013 et 131 120 en 2015. En plus de cette assistance financière à domicile, la personne âgée concernée bénéficie également de l'intervention des assistantes sociales au cas où elle rencontre des difficultés relationnelles avec les membres de sa famille. Ce type d'intervention prend la forme d'une médiation en vue de préserver l'équilibre de la famille et d'éviter toute rupture qui pourrait mettre en péril l'équilibre psychosocial de la personne vieillissante. Elle peut également bénéficier des services des « équipes mobiles d'aide aux

personnes âgées à domicile¹²⁵ ».

Par ailleurs, pour pouvoir bénéficier d'une aide en espèces à domicile, la personne âgée doit être pauvre, sans soutien et sans couverture sociale¹²⁶. Elle doit déposer une demande auprès des assistantes sociales du secteur ; après enquête sociale ces dernières soumettent le dossier de la personne concernée à la commission spécialisée relevant du conseil régional qui prendra la décision définitive. Il est à noter que tous les efforts sont déployés pour encourager le maintien à domicile. Cette formule d'intervention revêt plusieurs avantages aussi bien pour la personne que pour sa famille. Elle permet à la personne concernée de continuer à vivre dans un cadre qui lui est familier et de rester proche des différents repères qu'elle a construits et pour lesquels elle a un attachement profond. Pour la famille, le maintien à domicile lui permet d'être unie et de profiter de la présence d'une personne dont les conseils et le soutien peuvent être d'une valeur considérable. Toutefois, le maintien à domicile ne garantit pas toujours la bonne qualité de vie aussi bien pour la personne que pour sa famille. Au cas où la personne âgée concernée soit dépendante ou victime d'une grave maladie, son maintien à domicile peut être à l'origine de situations difficiles voire même douloureuses tant pour elle-même que pour son entourage.

¹²⁵ Il s'agit d'une équipe composée d'un médecin, d'un infirmier et d'une assistante sociale qui se rend une fois par semaine ou une fois toutes les deux semaines chez les personnes âgées identifiées par l'administration pour leur fournir certains services médicaux et sociaux. Actuellement, il y a 26 équipes, elles sont toutes gérées par les associations de protection des personnes âgées.

¹²⁶ Il s'agit de personnes non couvertes par les dispositifs de sécurité sociale assurant l'accès aux services publics de santé et le bénéfice d'une pension de vieillesse.

II. La prise en charge institutionnelle : Conditions d'admission et caractéristiques des bénéficiaires

II.1 L'admission dans les centres de protection : entre la réglementation et la pratique

Dans les différents centres d'hébergement, l'admission des personnes âgées doit répondre aux conditions suivantes définies par la N°114 du 31 octobre 1994 :

- Perte d'autonomie totale ou partielle empêchant la personne d'assumer les activités de la vie quotidienne.
- Absence de soutien familial en mesure de prendre soin de la personne âgée et de subvenir à ses besoins.
- Absence de maladies contagieuses.
- Absence totale de revenu et incapacité pour la famille de pouvoir prendre soin de son membre âgé.
- Désir de la personne ou de son représentant pour être admise dans le centre.

Pour être accueillie dans un centre d'hébergement, la personne intéressée doit faire une demande auprès des services sociaux les plus proches. Ces derniers procéderont à une enquête sociale pour étudier les conditions de vie de la personne et lui faire passer un examen médical. Une fois le dossier d'admission constitué, la demande est soumise à la commission régionale composée d'un représentant du Ministère de la Santé, d'un représentant du Ministère des Affaires Sociales et d'un représentant de l'association régionale de protection des personnes âgées compétente.

La loi mentionnée stipule également que les centres de protection fournissent leur services de façon gratuite pour les personnes âgées pauvres et celles provenant de familles pauvres. Elle stipule également que les centres

peuvent accueillir des personnes âgées ayant un revenu ou provenant de familles ayant des capacités financières mobilisables, mais dans ce cas, la prise en charge sera payante. Cependant jusqu'à nos jours aucun texte ne définit le montant demandé aux familles et par conséquent, dans les faits aucun centre n'a pris en charge des personnes disposant de revenu ou appartenant à des familles en bonne situation financière.

Les visites fréquentes que nous avons faites au centre de protection des personnes âgées de la Manouba, nous ont permis de nous rendre compte qu'il y a derrière la réglementation une autre réalité qui exprime le changement socioculturel à l'œuvre dans la société tunisienne. En effet, s'il est clairement défini que les centres acceptent d'accueillir les personnes âgées de 60 ans et plus sans soutien familial et matériel, certaines personnes âgées ont été admises même si elles ont de la famille. Elles ont été admises pour des « raisons familiales ». Dans une recherche antérieure que nous avons effectuée dans le même centre (Labidi, 1990) nous avons démontré que dans certaines couches populaires, en raison de la pauvreté, du chômage et du problème de logement, la présence d'un parent âgé peut être perçue comme étant un élément perturbateur des rapports entre les époux. La personne âgée trouve alors refuge dans un centre de protection, comme en témoignent les extraits d'entretiens suivants (Labidi, 1990, p. 92) :

« J'ai préféré m'éclipser pour laisser ma fille unique vivre en paix avec un époux qui a refusé de s'occuper de sa belle-mère qui s'est sacrifiée durant des années pauvres pour élever son unique enfant » (dame de 73 ans, vivant dans le centre depuis 6 ans).

« J'ai été heureuse avec mon fils, tous deux nous partageons le même logement depuis la mort de son père. Puis quand il s'est

marié et a eu ses trois enfants, l'atmosphère familiale s'est transformée, son épouse a complètement changé de discours, elle exigea mon départ ou le divorce. Alors, j'ai choisi de partir pour venir au centre et vivre entre les mains des pouvoirs publics » (dame de 69 ans, vivant dans le centre depuis 5 ans). Par ailleurs, et selon les données que nous avons obtenues du centre qui a fait l'objet de notre observation, l'admission se fait toujours selon les mêmes modalités que celles que nous avons identifiées dans notre recherche menée en 1990 (Labidi, 1990). Tout d'abord, une grande partie des pensionnaires, a intégré le centre de façon volontaire. Ces personnes ont déposé une demande d'admission auprès de l'assistante sociale compétente et ont attendu d'être acceptées (il existe en effet des listes d'attente assez longues). Cette orientation volontaire vers un centre d'hébergement traduit le fait que la personne concernée a en quelque sorte rompu les liens avec sa famille et son milieu de vie habituel. Le centre ne fait que formaliser cette rupture. Erving Goffman disait à cet égard « Lorsque l'entrée dans l'institution est volontaire, la recrue a déjà partiellement rompu avec son univers familial, l'institution ne fait souvent que trancher nettement un lien qui avait déjà commencé à se relâcher » (Goffman, 1968, p. 58).

Un second mode d'admission, concernant 24 % des personnes hébergées, peut être observé. Il s'agit de personnes qui ont été admises suite à une demande formulée par les familles ou suite à un signalement effectué par des voisins. En effet, il arrive que certaines familles ne pouvant plus ou ne voulant plus assumer leur rôle à l'égard d'un membre âgé extrêmement malade ou grabataire, choisissent de le confier à un centre de protection. Parfois, également, ce sont les voisins qui en constatant qu'une

personne âgée est livrée à elle-même et vit dans de mauvaises conditions, font toutes les démarches pour que la personne concernée bénéficie d'une prise en charge institutionnelle. Un troisième mode d'admission concerne 9 % des pensionnaires ; il s'agit de personnes qui ont été prises en charge dans le centre de protection après avoir été transférées de l'hôpital suite à une longue hospitalisation sans que leurs familles ne se soient présentées pour les prendre en charge.

Enfin, les agents de police peuvent eux aussi intervenir et emmener une personne âgée au centre d'hébergement. Dans le centre de la Manouba, 14 % des pensionnaires y ont été admis après une intervention de la police. Cette modalité d'admission est présente surtout dans les grandes villes ayant une vocation touristique telle que Tunis, Sousse et Nabeul. Dans ces villes, l'État en intervenant par l'intermédiaire de ses agents vise la « propreté » des villes concernées aux yeux des étrangers. Un mendiant dans une grande ville risque de dévaloriser l'image de celle-ci auprès des touristes et des investisseurs. Ainsi, durant toute la période de l'ancien régime de Ben Ali¹²⁷ les pouvoirs publics intervenaient pour donner une bonne image du pays en « cachant » les pauvres, surtout que selon les chiffres officiels de 2010 le taux de pauvreté en Tunisie a été réduit à 15,5 % (contre 32,4 % en 2000) et celui de la pauvreté extrême à 4,6 % (contre 12 % en 2000 ; Ministère des Affaires Sociales, 2012). C'est ainsi que nous pouvons considérer que certains centres de protection de personnes âgées jouent en quelque sorte le rôle de refuge pour mendiants âgés. L'intervention de l'État s'avère alors superficielle, il ne s'attaque pas profondément au vrai problème qui est celui de la pauvreté.

¹²⁷ Après le départ de Ben Ali en 2011, la succession de gouvernements et l'instabilité politique dans le contexte de transition ne nous permettent pas de juger de l'intervention des pouvoirs publics en faveur des populations pauvres.

II.2 Pensionnaires des centres d'hébergement et bénéficiaires de l'aide à domicile : faits et enjeux

Tableau 1. Évolution du nombre des pensionnaires des centres d'hébergement et des bénéficiaires de l'aide en espèces à domicile

Année	Nombre des pensionnaires	Nombre des bénéficiaires de l'aide en espèces à domicile
1975	1200	-----
1981	1100	1 252
1987	647	2 967
2010	723	82 500
2013	615	123 000
2014	638	131 120

Source : UTSS (2015) et MAS (2016)

Une baisse du nombre des pensionnaires des centres de protection pour personnes âgées peut être constatée à partir de 1987 comparée aux années précédentes (Tableau 1). Cette baisse a eu lieu alors que la proportion de personnes âgées au sein de la population totale a enregistré une augmentation importante. En se référant à l'effectif total de la population âgée tunisienne en 2014, le nombre des personnes âgées placées dans les centres d'hébergement est faible dans la mesure où il ne représente qu'un taux de 0,05 %. En 1975 ce taux était plus élevé mais atteignait 0,36 % seulement. La diminution de cette proportion est due à la fois à l'augmentation du nombre des personnes âgées au cours des dernières décennies mais aussi à l'encouragement de la politique de maintien à domicile. Parallèlement à la diminution du nombre des pensionnaires, nous constatons une baisse du nombre des centres de protection. Jusqu'à 1982, il y avait 13 centres dans

tout le pays, puis, le Ministère des Affaires Sociales a procédé à la fermeture des deux centres situés au sud du pays. Le sud de la Tunisie est une région qui se distingue par des relations familiales et communautaires fortes ayant bien résisté aux multiples aspects du changement qu'a connus la société tunisienne. Pour mettre fin au développement de la prise en charge institutionnelle, les autorités publiques se sont orientées depuis le début des années 1980 et surtout après la mise en place du programme d'ajustement structurel en 1986, vers l'assistance à domicile. Cette nouvelle orientation avait pour objectif de favoriser le maintien des personnes âgées vulnérables dans leur milieu de vie. Selon les statistiques disponibles, si l'effectif des pensionnaires des centres de protection n'a pas suivi l'augmentation du nombre des personnes âgées dans la population totale, celui des personnes bénéficiaires de l'aide en espèces à domicile a été multiplié par plus de 42 depuis 1987 atteignant 123 000

en 2013 puis 131 120 en 2014. La prise en charge en institution se trouve ainsi limitée aux cas extrêmes. L'orientation vers le soutien à domicile est expliquée jusqu'à présent dans le discours officiel par le désir des autorités publiques de renforcer les liens familiaux et préserver les valeurs culturelles de la société qui accordent une place particulière aux personnes âgées aussi bien dans la famille que dans la société. Cependant, si nous analysons de manière approfondie cette orientation, nous découvrirons qu'elle s'explique en fait davantage par des considérations financières, dans la mesure où elle a été renforcée depuis la mise en application du plan d'ajustement structurel qui a été accompagnée par une politique sociale de rationalisation et de ciblage des besoins des catégories sociales les plus démunies. En effet, si nous comparons le coût mensuel par personne dans un centre de protection, celui de la Manouba par exemple, et le montant mensuel de l'aide en espèces à domicile par personne nous nous rendons compte qu'il y a une différence énorme. Prenons par exemple le cas de l'année 2013, le coût mensuel par personne placée dans le centre de la Manouba est de 517 dinars (environ 250 euros), alors que le montant de l'aide à domicile est de 120 dinars (environ 55 euros). Par ailleurs, le nombre des bénéficiaires de la prise en charge dans les centres représente moins de 0,5 % du total des personnes bénéficiant de l'aide à domicile. Cette différence au niveau des coûts ainsi qu'au niveau de l'importance relative de chacun de ces deux modes d'intervention, montre bien que l'aide à domicile, indépendamment des considérations familiales et culturelles, est un choix qui répond à une certaine rationalité

économique. Il permet de protéger un plus grand nombre de personnes âgées vulnérables avec un coût moindre, comparé à celui de la prise en charge institutionnelle. Cette dernière, est strictement limitée aux personnes pour lesquelles il n'y a pas d'autre alternative possible. Elle ne constitue plus l'axe central de la politique d'intervention auprès des personnes âgées vulnérables. Par ailleurs, il est important de signaler que le montant de l'aide à domicile est dérisoire comparé au coût de la vie qui n'a cessé d'augmenter d'une année à l'autre ce qui n'encourage pas suffisamment le maintien de la personne âgée dans son milieu de vie habituel. De ce fait, en raison de cette faiblesse des aides à domicile, certaines familles n'hésitent pas à faire subir à leur membre âgé différentes formes de maltraitance directe et indirecte pour le pousser à aller chercher refuge auprès des centres de protection. C'est ainsi, que chaque centre de protection de personnes âgées dispose d'une liste d'attente plus ou moins longue selon les régions. Mais les personnes demandeuses d'hébergement peuvent attendre toute leur vie sans avoir la possibilité de finir leurs vieux jours dans un centre de protection. Quoiqu'il en soit, l'aide mensuelle en espèces dont le montant a atteint 150 dinars en 2015 (environ 60 euros) malgré son montant dérisoire, a permis à certaines personnes âgées issues des couches populaires de demeurer intégrées dans leur milieu familial. Elle a permis de réduire les conséquences d'une forme de pauvreté caractérisée non pas par la précarité ou la médiocrité des revenus, mais par leur absence totale. Conscients des mauvaises conditions de vie de certaines personnes âgées qui

demandent à être prises en charge, mais aussi des capacités limitées des centres et des coûts élevés de la prise en charge institutionnelle, les pouvoirs publics ont opté depuis 2005 pour le placement familial, modalité déjà prévue dans les textes de la loi parue en 1994 mais jusqu'alors peu mise en œuvre.

Le placement familial consiste à placer la personne âgée concernée dans une famille d'accueil en contrepartie d'une subvention mensuelle. Il s'agit ainsi d'éviter à certaines personnes vieillissantes les problèmes d'isolement et de solitude, de favoriser la solidarité inter familiale puisqu'il y a toujours des liens de voisinage ou de parenté lointaine entre la personne accueillie et la famille d'accueil. Cette modalité d'intervention permet également de maintenir la personne concernée dans son espace géographique et social habituel. Pour en bénéficier, elle doit en faire la demande, être sans soutien familial et être dans un bon état physique, psychologique et mental. En ce qui concerne la famille d'accueil, l'accord des deux conjoints est la base de toute demande pour l'accueil d'une personne âgée. Elle doit également subir une évaluation psychosociale pour déterminer sa capacité à assumer la prise en charge d'une personne vieillissante. Les familles retenues ont droit à une indemnité mensuelle de l'ordre de 150 dinars. Cependant cette modalité d'intervention reste encore très limitée ; elle n'a concerné jusqu'à 2015 que 79 personnes. Enfin, mentionnons que les personnes âgées recevant des aides en espèces à domicile ainsi que celles prises en charge dans le cadre du programme du placement familial bénéficient de la gratuité des soins dans les structures hospitalières publiques.

En résumé, nous pouvons dire que le maintien des personnes âgées dans leurs familles et/ou dans leur environnement habituel, grâce au versement de l'aide en espèces à domicile ou au placement familial, représente un choix fondamental dans le champ de l'action sociale gérontologique. Car le maintien de l'aîné dans un milieu de vie qui lui est relativement familier est de nature à avoir des répercussions positives sur sa santé physique et mentale. Le fait de privilégier ces orientations exprime également la volonté des pouvoirs publics de consolider le tissu familial et communautaire.

II.3 Analyse du profil des personnes âgées prises en charge dans les centres de protection

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le nombre des personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge institutionnelle est particulièrement faible au regard de l'effectif total de la population âgée tunisienne. Nous nous interrogeons ici sur certaines caractéristiques socio-économiques et sociodémographiques des pensionnaires de ces centres. Pour ce faire, nous proposons d'analyser dans un premier temps la répartition des pensionnaires des différents centres par sexe et statut matrimonial. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à l'analyse de leur répartition selon leur niveau scolaire et leurs antécédents professionnels.

Répartition des pensionnaires selon le sexe

Tableau 2. Répartition des pensionnaires des centres et des personnes âgées de 60 ans et plus selon le sexe en 2014

	Pensionnaires des centres		Personnes âgées de 60 ans et plus	
	Nombre	Proportion (en %)	Nombre	Proportion (en %)
Hommes	396	62	630425	49
Femmes	242	38	656648	51
Total	638	100	1287073	100

Source : UTSS (2015) et INS (2015)

Près de deux tiers des bénéficiaires de la prise en charge institutionnelle sont des hommes, alors que près d'un tiers seulement (38 %) sont des femmes (Tableau 2). Ces deux proportions sont loin de reproduire la répartition de la population âgée tunisienne par sexe où l'on trouve 49 % d'hommes et 51 % de femmes (INS, 2015a). Elles sont également loin de ce que l'on peut observer dans les pays du Nord, où en raison de l'espérance de vie plus élevée des femmes, il est beaucoup plus fréquent de voir des femmes âgées en institution que des hommes âgés. Nous nous sommes donc interrogés sur la faible représentation des femmes au sein de la population âgée accueillie en institution en Tunisie.

Nous pensons que les femmes âgées tunisiennes ont moins recours aux centres d'hébergement que les hommes, car arrivées au stade de la vieillesse et devenant veuves, elles peuvent être prises en charge par un de leurs enfants ou par un proche parent dans le cas où elles n'ont pas d'enfants. Selon les données de l'INS, 34,2 % de femmes âgées bénéficient d'une prise en charge familiale (enfant ou un proche parent) alors que ce taux n'est que de 12,3 % pour les hommes âgés (INS

2016). Selon nous, cet avantage accordé aux femmes peut s'expliquer par la facilité qu'ont les femmes à s'intégrer dans l'environnement familial qui les accueille, comparativement aux hommes, et ce pour différentes raisons. Parmi ces raisons nous mentionnerons le fait que les femmes qui disposent encore de leurs capacités physiques, ne représentent pas une charge pour la famille qui les accueille puisqu'elles peuvent non pas uniquement s'occuper de leurs propres affaires (laver son linge, se faire à manger, nettoyer sa chambre...) mais aussi elles peuvent rendre différents services à la famille tel que le fait de garder les petits-enfants, ou de faire le ménage. Contrairement aux femmes, les hommes âgés en raison de leur socialisation peuvent représenter pour leurs enfants mariés ou pour leur proche parent une réelle charge, car ils ont été habitués à ne pas faire des tâches domestiques même dans le moindre détail. Aussi, leurs enfants mariés ou leur proche parent pleinement engagés dans leur vie professionnelle et dans leur vie conjugale trouvent difficile d'assumer les exigences qui peuvent leur être imposées par la prise en charge d'un homme âgé qui nécessite une attention particulière.

Répartition des pensionnaires selon le statut matrimonial

Tableau 3. Répartition des pensionnaires des centres d'hébergement et de la population âgée totale selon le statut matrimonial pour l'année 2014 (%)

	Pensionnaires des centres		Population âgée totale	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Marié	01	01	90	52,3
Divorcé	18	13	1	2
Veuf	19	40	6	43
Célibataire	62	46	3	2,7
Total	100	100	100	100

Source : UTSS (2015) et INS (2015)

Plusieurs éléments clés peuvent être dégagés des résultats figurants dans le tableau 3. En premier lieu figurent les différences liées au genre dans la proportion des personnes âgées accueillies en institution et qui sont veuf/veuf comparativement à la situation en population générale. Le poids relativement important des veuves (40 %) parmi les femmes pensionnaires accueillies est très proche de celui que nous trouvons auprès de la population âgée en général. Dans cette dernière, le recensement général de la population et de l'habitat de 2014 nous indique que 43 % des femmes âgées tunisiennes sont veuves (INS 2016), ce taux ayant été de 49,2 % en 2004. En revanche, la proportion d'hommes veufs parmi les pensionnaires est presque trois fois supérieure à celle constatée pour l'ensemble de la population âgée masculine. En effet, selon les données du recensement général de la population et de l'habitat mentionné, les hommes veufs ne représentent que 6 % des hommes âgés de 60 ans et plus (INS 2016) alors que les veufs représentent 19 % des hommes pensionnaires. Un autre point marquant est l'importante proportion de célibataires parmi les pensionnaires qui est de l'ordre de 62 % pour

les hommes et de 46 % pour les femmes. Qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, ces proportions sont largement supérieures aux proportions de célibataires observables au niveau de la population âgée tunisienne. En effet, selon les résultats du recensement de 2014, on trouve 2,4 % célibataires parmi les hommes et 2,7 % parmi les femmes, cette dernière ayant augmenté par rapport à son niveau de 2004 à savoir 1,4 % (INS 2016). Qu'il s'agisse des femmes ou des hommes, célibataires ou veufs, nous pouvons déduire que le veuvage et le célibat pendant la vieillesse constituent deux variables importantes qui poussent certains à prendre le chemin des centres d'hébergement pour personnes âgées. D'un point de vue psychosocial, les proportions élevées de veufs et de célibataires enregistrées au sein de la population âgée prise en charge dans les centres de protection démontrent l'importance du couple pendant la vieillesse. C'est-à-dire que le célibat et le veuvage pendant la vieillesse pourraient indiquer une situation qui pose problème. En effet, pour certaines vieilles personnes en raison du célibat ou à cause de la perte du conjoint, elles peuvent se retrouver sans revenu et ce en plus des problèmes de solitude et

d'isolement qu'elles peuvent vivre. Ainsi, avec l'avancée en âge certaines femmes, mais aussi certains hommes, risquent de subir aussi bien les conséquences du vieillissement sur le plan psychologique que ses conséquences sociales et économiques relatives au statut de veuf ou de célibataire. Par ailleurs, à la lumière des projections démographiques (INS, 2015b), nous pouvons nous attendre dans les prochaines décennies à une augmentation du nombre des personnes âgées célibataires pour les deux sexes. Car les données qui nous sont fournies par l'INS pour 2014, nous permettent de constater que le célibat augmente pour les deux sexes. En effet, en 1994, la proportion des personnes célibataires dans la classe d'âge 40-59 ans était de 11,2 %. Elle a par la suite augmenté pour atteindre 19 % en 2004 puis 30,2 % en 2014. Même si cette situation de célibat ne sera pas définitive pour tous, il est certain qu'elle le demeurera pour d'autres. L'évolution des valeurs et des mentalités, mais aussi les difficultés socio-économiques, pourrait être à l'origine du choix que font certaines personnes de ne pas fonder de famille et de rester célibataire tout au long de leur vie. Ceci pourra dans les prochaines décennies augmenter la proportion des personnes célibataires parmi la population âgée et par conséquent nous

pouvons nous attendre à une augmentation des demandes de placement dans les centres de protection pour personnes âgées. Nous constatons également qu'il y a parmi les personnes âgées bénéficiaires de la prise en charge institutionnelle une proportion importante de personnes divorcées : 13 % pour les femmes et 18 % pour les hommes. En comparant ces taux à ceux enregistrés parmi toute la population âgée tunisienne nous dégageons une énorme différence. En effet, selon le dernier recensement les données disponibles indiquent qu'il y a au sein de l'ensemble de la population âgée 1 % d'hommes divorcés et 2 % de femmes dans la même situation. De ce qui précède, nous pouvons déduire que le divorce est une autre variable qui peut à son tour pousser certaines personnes âgées à finir leurs vieux jours dans un centre de protection. En définitive, qu'il s'agisse du célibat, du divorce ou du veuvage, cela nous permet de conclure que dans le contexte de la société tunisienne la famille reste une institution sociale fondamentale à tous les stades de la vie et en particulier au premier et au dernier stade.

Tableau 4. Répartition des bénéficiaires de la prise en charge institutionnelle et de la population tunisienne selon le niveau d'instruction pour l'année 2014 (en %)

Niveau d'instruction	Personnes âgées pensionnaires	Population tunisienne de 10 ans et plus
Analphabète / Aucun niveau scolaire	78	19
Primaire	17	32,8
Secondaire	05	35,3
Supérieur	00	12,9
Total	100	100

Source : UTSS (2015) et INS (2015)

Répartition des pensionnaires selon le niveau scolaire et les antécédents professionnels

Les pensionnaires des centres de protection de personnes âgées sont en très grande majorité des analphabètes : 78 % d'entre eux ne savent ni lire ni écrire. Cette proportion est de près de 20 points plus élevée que dans l'ensemble de la population âgée. Le taux d'analphabétisme des 60 ans et plus est en effet de 60,2 % selon le recensement de 2014 (INS, 2017, p. 43). D'autre part la proportion des pensionnaires analphabètes représente quatre fois le taux d'analphabètes

qu'on trouve parmi la population tunisienne. Ainsi, nous pouvons conclure que l'illettrisme pendant la vieillesse, associé à d'autres problèmes peut affecter d'une manière considérable la qualité de vie des vieilles personnes dans un contexte de plus en plus dominé par les nouvelles technologies de la communication et de l'information. D'autre part, il constitue pour les personnes âgées concernées un obstacle qui rend difficile leur accès à différents services et donc il peut être une raison qui, conjuguée à d'autres facteurs, pousse certaines personnes âgées à chercher refuge auprès des centres de protection.

affiliation à un régime de sécurité sociale, mais également parfois le manque de prévoyance de certaines personnes ayant exercé dans les différents secteurs mentionnés et qui auraient pu adhérer au régime de sécurité

sociale durant au moins une partie de leur vie active, exposent la personne à un problème financier pendant la vieillesse surtout lorsque la perte de revenu d'activité se conjugue avec l'absence de famille.

Tableau 5. Répartition des pensionnaires selon leurs antécédents professionnels (en %)

Antécédent professionnel	Femmes	Hommes
Femme au foyer	80	---
Femme de ménage	12	----
Bâtiment	---	10
Agriculture	8	28
Artisanat et petits métiers	---	21
Ouvrier polyvalent	---	41
Total	100	100

Source: UTSS (2015)

En ce qui concerne les parcours professionnels antérieurs (Tableau 5) nous pouvons retenir ceci :

- La majorité des pensionnaires ayant exercé une activité professionnelle dans des métiers et secteurs ne leur ayant pas permis d'être couverts par le système de sécurité sociale. Cette situation concerne très majoritairement les hommes : ils ont exercé dans le secteur du bâtiment, de l'agriculture, de l'artisanat et des petits métiers ou ont été ouvriers dans différents domaines.

- La majorité des femmes pensionnaires n'ont pas participé au marché du travail organisé. Nous constatons que 80 % des femmes prises en charge dans les centres de protection ont été des femmes au foyer. Donc elles n'ont bénéficié d'aucun régime de protection contre les risques de la vie si ce n'est éventuellement en tant qu'ayant droit pour celles qui ont été mariées et dont le conjoint était couvert par la sécurité sociale. Ainsi, nous pouvons conclure que le travail dans des secteurs qui ne donnent pas lieu à une



Centre de protection des personnes âgées «Sadok Idriss», Gammarth (nord-est de Tunis), Tunisie, 2018. Lassaad Labidi.

Conclusion

La prise en charge institutionnelle des personnes âgées vulnérables en Tunisie est une modalité d'intervention qui s'est développée en réponse aux changements socio-économiques et culturels qu'a connus la société tunisienne. Elle a également accompagné les orientations en matière de politique sociale et économique du pays. Cette intervention nous semble être différente de celle que nous pouvons trouver dans les sociétés occidentales qui ont été les premières à connaître le développement d'une politique de la vieillesse. En effet, dans ces sociétés la prise en charge institutionnelle fait partie intégrante de la politique de la vieillesse. Elle est également une réponse logique aux profonds changements qui ont touché la structure familiale et les anciens réseaux de solidarités familiales et communautaires. Dans la société tunisienne, l'analyse de l'évolution historique de la prise en charge institutionnelle des personnes âgées vulnérables ainsi que l'analyse du profil des pensionnaires démontrent que ladite modalité d'intervention reste une mesure d'urgence. Elle n'exprime en aucune façon la disparition de la solidarité familiale traditionnelle ou l'incapacité des familles tunisiennes modernes de type conjugal à prendre en charge le parent âgé. Mais elle correspond à la prise en charge d'une catégorie bien définie de personnes âgées. Il s'agit des personnes n'ayant pas pu fonder une famille ou n'ayant pas réussi leur vie familiale. Il peut également s'agir de personnes ayant été dans le bas de l'échelle sociale des professions, c'est-à-dire celles ayant exercé dans des secteurs professionnels qui n'ont pas été suffisamment couverts par le régime de la sécurité sociale. En d'autres termes, celles qui ont exercé dans le secteur informel échappant à toute réglementation. Enfin il y a lieu de se demander si le faible

taux d'institutionnalisation ne masque pas une politique déficiente et des moyens limités ne permettant pas de répondre aux besoins de plus en plus importants. On peut également se demander si la proportion encore importante de femmes au foyer ne contribue pas à sauvegarder des réseaux de solidarités familiales favorables à la prise en charge des parents âgés. La réponse à ces différentes questions et à bien d'autres pourra faire l'objet d'un autre travail de recherche.



Centre ville de Manouba, Tunisie, 2018. Lassaad Labidi.

Arafa H.

- 1977, « De la Tkia à l'association de protection des personnes âgées », Dialogue, No 122 Janvier, p. 40-43.

Bouhdiba A.

- 1978, Culture et société, Publication de l'Université de Tunis, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, 6ème série, philosophie-littérature, vol. 12, 277 p.

DGPS (Direction Générale de la Promotion Sociale)

- 1996, Les conditions des personnes âgées en Tunisie, Tunis, Ministère des Affaires Sociales, (document non publié), 105 p.

Doudich M.

- 2006, « Pauvreté des personnes âgées : profil, déterminants et issues », in les défis socio-économiques du vieillissement démographiques au Maroc. Rabat : Association des Démographes Marocains, p. 71-83.

Goffman E.

- 1968, Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux, traduit de l'anglais par Liliane Lainé, Paris, Les éditions minuit, 452 p.

Institut National de la Statistique (INS)

- 2005, Recensement général de la population et de l'habitat 2004, Tunis, INS, 139 p.

- 2015a, Recensement général de la population et de l'habitat 2014, principaux indicateurs Tunis, INS, 34 p.

- 2015b, Projections de la population 2014-2044, Tunis, INS, 19 p.

- 2016, Analyse des données du RGPH de 2014 par genre, Tunis, INS, 149 p. (en arabe)

- 2017, Recensement général de la population et de l'habitat 2014. Volume 4 -Caractéristiques d'éducation de la population, 85 p.

Labidi L.

- 1990, La personne âgée en Tunisie entre la solidarité traditionnelle et la prise en charge institutionnelle, Mémoire de fin d'étude pour l'obtention de la maîtrise en service social, Faculté des sciences sociales, Université de Moncton, Canada, 156 p.

- 2003, Vieillesse et société en Tunisie : Analyse de l'intégration des personnes âgées dans la société tunisienne, Tunis, édition MIP, 237 p.

- 2011, « La politique et les dispositifs de protection des personnes âgées vulnérables en Tunisie : Réalités et perspectives », in W. Molmy, M. Sajoux, L. Nowik (coord), Vieillissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarité publiques et privées...État des lieux et perspectives, Actes du colloque international de Meknès, coll. Les Numériques du CEPED, Paris, p. 370-380.

Ministère des Affaires Sociales (MAS)

- 2012, Principaux indicateurs du développement social en Tunisie, Bureau des Études, de la Planification et de la Programmation, 9 p.

- 2016, La Protection sociale en Tunisie, Tunis, MAS, 5 p (document non publié).

Union Tunisienne de Solidarité Sociale

- 2015, Rapport d'activité annuel 2014, Tunis, UTSS (document non publié), 260 p.