

**Royaume du Maroc**  
-----  
**Haut Commissariat au Plan**  
-----

**Commission Supérieure de la Population**

**RAPPORT NATIONAL SUR LA POLITIQUE  
DE POPULATION**

**PERSONNES AGEES AU MAROC :  
SITUATION ET PERSPECTIVES**

**Centre d'Études et de Recherches Démographiques  
Secrétariat Technique  
2006**



**Rapport National sur la Politique  
de Population**

**PERSONNES AGEES AU MAROC :  
SITUATION ET PERSPECTIVES**



## Tables de matières

<b>Introduction générale.....</b>	<b>7</b>
<b>Chapitre I. Problématique de définition et de représentation.....</b>	<b>13</b>
I. Concept et définition.....	15
II. Représentations.....	18
III- Quelques appellations.....	19
<b>Chapitre II.Vieillesse démographique au Maroc :</b>	
<b>Causes et profil de la population âgée.....</b>	<b>25</b>
Introduction.....	27
I.Transition démographique et vieillissement de la population au Maroc.....	28
II. Caractéristiques des personnes âgées.....	50
III. Perspectives des personnes âgées.....	77
Conclusion.....	83
<b>Chapitre III.Personnes âgées et mutations familiales et sociales au maroc.....</b>	<b>93</b>
Introduction.....	95
I. Evolution socio-familiale et générations.....	97
II. La solidarité intergénérationnelle.....	103
III . Mode de vie.....	110
Conclusion.....	116
<b>Chapitre IV.Santé et personnes âgées au maroc.....</b>	<b>125</b>
Introduction.....	127
I. Etat des lieux du système de santé au Maroc.....	128
II. Situation sanitaire des personnes âgées :.....	136
III. Stratégies et programmes adoptés au Maroc :.....	155
IV. Recommandations :.....	158
Conclusion.....	162
<b>Chapitre V. Régimes de retraite au Maroc.....</b>	<b>167</b>
Introduction.....	169

I- Fonctionnement des principaux régimes de retraite.....	171
II. Evolution des structures démographiques.....	178
III. Diagnostic du système de retraite marocain.....	185
IV. Réforme du système de retraite marocain.....	196
Conclusion.....	206
<b>Chapitre VI. Orientations pour une politique en faveur des personnes</b>	
<b>âgées.....</b>	<b>209</b>
Introduction.....	211
I. Problématique et défis relatifs aux personnes âgées.....	212
II. Réponses politiques à la problématique des personnes âgées.....	222
III. Orientation pour une politique en faveur des personnes âgées.....	236
IV. Suggestions et recommandations.....	246
Conclusion.....	250
Synthèse.....	267
خلاصة.....	279
Annexes.....	293
Annexe I. Indicateurs concernant les personnes âgées.....	295
Annexe II. Indicateurs de suivi de la politique de population du Maroc.....	300
Annexe III. Programme de la promotion national en faveur des personnes âgées.....	312
Annexe IV. Plan d'action arabe en faveur des personnes âgées à l'horizon 2015.....	316
Annexe V. déclaration politique sur le vieillissement madrid2002.....	329
Annexe VI. Objectifs du plan d'action de madrid 2002.....	331

## **Introduction générale**



## Introduction générale

De nos jours, beaucoup de pays connaissent, à des degrés plus ou moins avancés, le phénomène dit de « vieillissement de la population ». Il s'agit plus précisément de l'augmentation, en effectifs et en pourcentages, des personnes âgées dans la population totale du pays. Le Maroc, n'échappe pas à ce phénomène puisque sa population âgée représente une proportion de plus en plus importante de sa population totale et s'accroît à un rythme sans précédent.

C'est ainsi que la Commission supérieure de la population a consacré le thème du Rapport national de la politique de population de 2005 à la question des « personnes âgées au Maroc ». Ce thème vient donc à un moment opportun pour faire d'abord un état des lieux de la question, dresser un bilan des politiques et stratégies adoptées jusqu'à présent, analyser les différents enjeux qui en découlent, et enfin explorer, à la fois les tendances et évolutions possibles et leurs conséquences sur les personnes âgées elles-mêmes et sur le reste de la population. Le but est de contribuer à la mise au point d'un cadre d'orientation à une politique nationale en faveur des personnes âgées.

Ce rapport porte sur six chapitres couvrant le profil sociodémographique, la santé, la retraite, les mutations familiales et sociales affectant les personnes âgées ainsi qu'une proposition de cadre d'orientation pour une politique en faveur des personnes âgées.

Le premier chapitre est consacré à un essai de définition de la vieillesse en se référant à l'âge chronologique, l'âge biologique, l'âge psychologique et l'âge social tout en s'attardant sur les appellations de la vieillesse censées refléter la manière de définir socialement la vieillesse.

Dans le deuxième chapitre, un état des lieux socio-démographique est présenté dans le cadre d'une analyse des facteurs de l'évolution démographique ayant conduit à la situation actuelle. Une fois que ces facteurs ont été mis en évidence, on y présente également les caractéristiques socio-économiques des personnes âgées au Maroc, à savoir, leur répartition par sexe et classe d'âge, selon l'état matrimonial, le niveau d'instruction, et l'emploi.

Le chapitre analyse également la distribution selon les classes de dépenses des ménages et la situation vis-à-vis de la pauvreté de cette frange de la population marocaine. Une comparaison au reste de la population permet de mettre en évidence la situation spécifique des personnes âgées, en termes de

niveau de vie, de conditions de logement, de morbidité, et d'accès aux services sociaux de base.

La projection des tendances démographiques, observée jusqu'à présent, fait ressortir notamment que, si d'autres pays ont connu un vieillissement au cours d'une période qui a duré dans le temps, le Maroc se situe parmi les pays où l'évolution a commencé plus tard, mais où elle semble devoir s'accélérer à un rythme significativement plus rapide. Ce qui risque évidemment d'être beaucoup moins maîtrisable. D'où la nécessité de prendre les mesures qui s'imposent suffisamment à temps.

Dans le troisième chapitre, l'accent est mis sur la situation des personnes âgées dans le contexte des mutations familiales et sociales que connaît le Maroc contemporain. Il en ressort qu'une des spécificités de la société marocaine, et des cultures arabo-musulmanes en général, est la place qu'occupe la famille dans la solidarité sociale en faveur des personnes âgées. Il n'en reste pas moins que le Maroc a connu un certain nombre de changements socioéconomiques et démographiques qui ne manqueront pas d'avoir un impact certain sur les structures familiales, les rapports entre les générations, de manière générale, et plus particulièrement sur le rôle de nos aînés dans les prises de décision au sein de la famille et du ménage.

Traitant des rapports économiques et sociaux entre les générations, ce chapitre se réfère à la notion de dépendance en matière de santé et de mobilité. Il se réfère également à la question de la cohabitation de plusieurs générations dans un même logement et à l'hébergement des personnes âgées dans des institutions spécialisés pour traiter par la suite des questions relatives aux impacts des changements que connaît le Maroc en matière d'urbanisation, d'éducation et de santé sur la vie quotidienne des personnes âgées.

Au niveau du quatrième chapitre, l'analyse est focalisée sur la santé des personnes âgées. Les facultés physiques et mentales s'affaiblissant naturellement aux âges avancés, les questions de santé constituent un volet spécifique concernant les personnes âgées. Par conséquent, ce chapitre traite de la situation actuelle en termes d'état de santé et de types de maladie dominantes, d'utilisation des soins de santé, mais aussi de la place des personnes âgées dans le système de santé marocain, à savoir les problèmes de l'assurance maladie et des prises en charge des besoins spécifiques des personnes âgées.

Le chapitre expose ensuite une vision des problèmes à venir et fait état des politiques recommandées pour combler les lacunes observées actuellement et pour répondre aux questions et défis imposés par l'évolution attendue, tant sur le plan sanitaire que sur le plan social.

Le chapitre suivant traite d'un aspect tout aussi spécifique des personnes âgées, qui n'est autre que celui des régimes de retraite. Il s'agit, dans un premier temps, d'examiner la structure sociodémographique des retraités, les ressemblances et les différences qui caractérisent les divers régimes de retraite dans le secteur public et le secteur privé.

Dans cette partie, l'analyse passe en revue les principaux régimes de retraite au Maroc, à savoir le régime des pensions civiles, le régime des pensions militaires, le régime collectif d'allocations de retraite, le régime de la CNSS, celui de la CIMR, et les régimes internes. Plusieurs lacunes sont ainsi dégagées comme la dispersion de la tutelle, le manque de coordination entre les différents régimes et l'insuffisance du contrôle financier.

On y dresse aussi un diagnostic des réformes entamées pour en montrer les apports et les insuffisances, en rapport avec l'évolution démographique projetée. En effet, le vieillissement de la population évoque de nouveau le débat sur le financement par répartition ou par capitalisation et la viabilité du système. Les différents outils à disposition pour envisager des réformes paramétriques ou systémiques sont alors discutés et comparés.

Le sixième chapitre de ce rapport pose un ensemble de questions pertinentes concernant les orientations politiques à même de garantir le bien-être des personnes âgées. Après avoir discuté un certain nombre de concepts et de méthodes, on y évoque les manières dont on peut concilier entre les besoins des jeunes et ceux des personnes âgées notamment les moyens pour répondre aux besoins financiers, aux besoins sanitaires et aux besoins de la vie en famille des personnes âgées.

Pour cela, l'auteur se réfère aux cas de la France, du Québec et de l'Inde en examinant les orientations politiques spécifiques aux personnes âgées. Un passage en revue des actions entreprises dans ces pays permet de mieux comprendre les éventuels problèmes auxquels notre société risque d'être confrontée dans le futur proche et d'envisager certaines propositions pour y remédier.

Revenant au cas marocain, un bilan des politiques concernant cette frange de la population a été dressé dans ce chapitre tout en énumérant les différents acteurs intervenant dans le domaine et les réalisations du gouvernement et du secteur associatif. Enfin, pour aboutir aux recommandations au niveau national, un survol des recommandations internationales, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation des Nations Unies (ONU), et de leurs objectifs est présenté.

Enfin, par leur diversité et leur complémentarité, les chapitres de ce rapport ont pour ambition de faire le tour de la question des personnes âgées et de relever les lacunes en matière de données et d'informations spécifiques et d'études et recherches plus focalisées, ouvrant des horizons pour susciter plus d'intérêt à ce sujet qui reste de grande actualité.

**Chapitre I**  
**Problématique de définition et de  
représentation**



# Chapitre I

## Problématique de définition et de représentation

### I. Concept et définition

La définition du sujet âgé est une notion socioculturelle qui a varié au cours des époques. On parlait autrefois de vieillards de 50 ans. Jusqu'à nos jours, il n'y a aucun consensus sur l'âge auquel une personne devient vieille. La plupart des pays développés ont accepté l'âge chronologique de 65 ans comme le meilleur seuil définissant les sujets âgés. Ce seuil a pour mérite de correspondre à l'âge de la retraite dans beaucoup de pays développés et il est utilisé dans la législation pour certaines prestations pour les personnes âgées. L'Organisation des Nations Unies a par contre défini en 1980 l'âge de 60 ans comme celui de la transition, les sujets l'ayant atteint faisant désormais partie de la catégorie des personnes âgées. C'est ce seuil d'âge qui est le plus souvent utilisé dans les études démographiques et épidémiologiques faites au Maroc.

Le choix d'un seuil ne constitue qu'une commodité statistique ou réglementaire. En effet, le vieillissement varie selon les individus, le temps et le contexte. De même, on peut également distinguer différents sous groupes de ces personnes.

Ainsi en ce qui concerne les besoins de santé, on peut séparer deux catégories :

- Les jeunes vieux (young-old) : ce sont les personnes âgées de 60 à 75 ans, habituellement physiquement actives, mentalement alertes et pourraient être aussi économiquement productives que la population active,
- Les vieux-vieux (old-old) : ce sont les 75 ans et plus, soit des personnes généralement physiquement fragiles, avec différents types d'affaiblissements (vision, audition, appareil locomoteur ...) qui nécessite des soins particuliers.

L'âge n'est pas le seul critère utilisé pour définir la période de vieillesse. Ainsi certains auteurs définissent cette période de la vie humaine « par la baisse des fonctions physiques » et un « cheminement graduel vers la diminution des capacités » (Mishara et Riegel, 1984). C'est l'âge biologique qui désigne l'âge des organes du sujet qui est utilisé. A un même âge chronologique, deux

individus peuvent avoir un état physique et des organes très différemment vieilliss. On peut évoquer, à titre d'exemple, l'état d'usure physique de certains vieux ou vieilles du Tiers Monde dont l'âge biologique démontre les mauvaises conditions d'existence : ils et elles sont " vieilliss-e-s avant l'âge" et leur état de santé est sans comparaison par rapport à leurs contemporain-e-s des pays riches qui ont bénéficié des bonnes conditions d'existence, de travail, de santé et d'hygiène. Autrement-dit, il existe un seuil biologique d'entrée en situation de vieillesse ; chose qui ne peut être qu'arbitraire puisque ce seuil est très variable d'une population à une autre et d'une personne à une autre. En outre, ce seuil de distinction ne devient pertinent que grâce à la notion de dépendance. Il suppose que le quatrième âge (75 ans et/ou 80 ans et plus) renvoie aux « personnes âgées dépendantes » du fait d'un handicap physique, mental, (voire financier dans certains cas). Et du coup, le critère de l'âge n'est plus significatif par lui-même et semble s'effacer devant celui de la dépendance.

La notion de dépendance renvoie « traditionnellement » à l'opposition santé/morbidité. L'état de santé consiste à pouvoir maintenir un « statut fonctionnel », c'est-à-dire une aptitude à accomplir les activités quotidiennes (Lalivé d'Epina y 1999). Plus cette aptitude s'amoin drit, plus la dépendance s'installe. C'est en ce sens, que l'on définit la vieillesse comme une diminution de la personne, comme une perte progressive d'autonomie. Cette notion d'autonomie conduit à distinguer entre trois statuts fonctionnels : la personne âgée est soit indépendante, soit fragile, soit handicapée. Il semble donc que la notion de statut fonctionnel (à son tour) définit mieux l'état de santé que l'âge chronologique. Le quatrième âge lui-même oscille entre la fragilité et le handicap. Les personnes très âgées ne sont pas toutes dépendantes ou entièrement dépendantes. En effet, le sexagénaire marocain des années 2000 est bien en meilleure santé que celui des années 1950. Aussi Bourdelais propose-t-il un seuil évolutif de la vieillesse, « une sorte d'âge équivalent, sur le plan de l'état de santé moyen » (Bourdelais 1993). Dans les années 1950, les femmes marocaines qui atteignent la ménopause étaient censées être des personnes âgées, soumises à la nécessité d'une retraite bio-sexuelle. A cause de ce destin social, l'anatomie étant le destin (pour paraphraser Freud), les femmes entraient de manière beaucoup plus précoce que les hommes dans la vieillesse. Cette entrée précoce dans la vieillesse justifiait la répudiation et/ou la polygamie.

Au niveau individuel, le vieillissement est une notion imprécise. Certains ont désigné le seuil d'entrée en vieillesse, l'âge qui sépare la vie active de la période de retraite, soit un seuil qui demeure encore plus, du point de vue

physiologique, une convention arbitraire. Déjà au XVII<sup>e</sup> siècle, Colbert introduisit le critère de l'âge pour distinguer les personnes capables de porter les armes du reste de la population âgée en fixant la ligne de démarcation à l'âge de 60 ans (Lassande, 1996). On retrouvera, d'ailleurs, ce même âge adopté, de nos jours, par plusieurs pays pour désigner le commencement de la vie de retraite. On notera, toutefois, que d'autres pays fixent ce seuil à des âges plus élevés, notamment au Danemark pour lequel l'âge légal de la retraite se situe à 68 ans aussi bien pour les femmes que pour les hommes. D'autres auteurs proposent un âge d'entrée en vieillesse «mobile» qui correspond à l'âge auquel l'espérance de vie est égale à 10 ans (Desesquelles, 1998). L'adoption de cette définition (10 ans restant à vivre) peut ne pas être commode si l'on veut mener des analyses comparatives entre pays, voire même entre régions, puisque l'espérance de vie est affectée par le niveau de développement et le contexte socio-économique du pays ou la région en question.

Dans les sociétés traditionnelles en effet, on ne trouvait pas le repérage comptable de l'âge, on ne s'intéressait pas à l'âge en nombre d'années des individus. L'âge était principalement exprimé en termes de séniorité et d'aïnesse. Ce sont ces deux notions qui réglaient les comportements quotidiens et régulaient les structures sociales. Les rôles politiques prééminents au sein de la famille et de la société (le pouvoir de décision) sont en rapport avec la séniorité et l'aïnesse. «La séniorité est le principe structurant du modèle généalogique, modèle de type vertical lié à l'antériorité générationnelle dont la filiation est l'expression la plus directe. L'aïnesse stricto sensu définit, quant à elle, une prééminence de type horizontal, à l'intérieur d'une même génération » (Sardan 1994 : 123).

Enfin, on définira le vieillissement démographique, qui diffère du concept du vieillissement biologique, d'une population par le processus de transformation de la structure par âge du fait de la baisse de la natalité et du recul de la mortalité. Les experts des Nations Unies (1956) parlent d'un vieillissement par la base lorsque les proportions des jeunes diminuent en faveur des autres catégories (actifs et personnes âgées). C'est une situation expliquée beaucoup plus par la baisse de la natalité ; l'effet du recul de la mortalité aux jeunes âges étant résorbé par la première. Par contre, le vieillissement par le sommet est dû principalement à l'allongement de la vie aux âges avancés. A la limite du phénomène, les individus meurent, en moyenne, à un âge très avancé avec un très faible écart entre les sexes. Cette

situation s'apparente avec ce que les démographes et les épidémiologistes appellent « la triangulation de la courbe de survie » (Légaré, 1995).

En un mot, la définition démographique de la vieillesse par le seul critère de l'âge chronologique (60 ou 65 ans) où l'individu prend sa retraite économique n'est pas suffisante. L'entrée dans la vieillesse varie en fonction d'autres critères tel que l'état de santé, du genre comme construction sociale, et du type de société. Le mode de nommer et d'appeler une personne dans la vie courante est également une manière de définir la vieillesse comme un âge social. Si le critère de l'âge est utilisé, c'est surtout pour des raisons de commodité statistique car, il permet des comparaisons dans le temps et dans l'espace.

## II. Représentations

Quelles représentations la société marocaine développe-t-elle à l'égard des personnes âgées ? Ces représentations doivent être (scientifiquement) construites à partir d'une analyse de contenu des articles de presse, de la littérature, des peintures, des films, des proverbes, de la poésie, et des appellations courantes... Comment les personnes âgées sont-elles représentées dans les livres pour enfants, et dans les manuels scolaires? En habit traditionnel, djellaba, burnous et turban pour les hommes? En costume/cravate? En tenue de sport ? En survêtement ? Comment les femmes âgées sont-elles habillées par les faiseurs des manuels scolaires? C'est à travers des images pareilles qu'une société livre et transmet sa vision spécifique des personnes âgées aux générations montantes. De telles interrogations doivent rester actuellement sans réponse, faute de documentation en la matière. Seule une étude empirique permettra de répondre d'une manière précise afin d'éviter les pièges de la sociologie spontanée et de la familiarité.

Cependant, on peut affirmer que les représentations sociales autour des personnes âgées oscillent entre les antinomies suivantes:

- Première antinomie :
  - thèse : le vieillard est retiré du monde pour se reposer et méditer... dans ce sens, les personnes âgées constitueraient une classe passive et inactive.
  - antithèse : le vieillard se maintient dans le monde et reste dynamique à travers de nouveaux rôles.
- Deuxième antinomie :

- thèse : le vieillard est en bonne santé, serein, épanoui. Son corps est encore fonctionnel et apte à travailler, son esprit capable de penser et de réfléchir;

- antithèse : le vieillard est amnésique, malade, voire invalide, il sombre dans la déchéance physique et la souffrance et retombe dans l'enfance (sénilité démentielle). Sa plainte constante, fatiguée et fatigante, est en quête d'attention et de soin. Il est en attente de la mort. A mobilité réduite, à autonomie réduite (dépendance), la personne âgée est une charge pour les autres.

- Troisième antinomie :

- thèse : la personne âgée est fragile, maussade, inflexible et intolérante.

- antithèse : la personne âgée fait preuve de tempérance, de tolérance et de sagesse.

Ces représentations sociales se laissent davantage percevoir d'une part à travers les critères utilisés pour définir une personne âgée, et d'autre part à travers les termes usités dans le langage quotidien pour la nommer et l'appeler.

### **III- Quelques appellations**

Nommer est une manière de percevoir, de classer, voire de juger. Les valeurs et les contre-valeurs attachées aux personnes âgées se laissent saisir en effet à travers les termes que les usagers de la langue et des dialectes utilisent pour nommer, appeler ou décrire les personnes âgées. Déjà au niveau des sciences sociales, la terminologie évolue. Les termes vieux, vieille, vieillard ont tendance à disparaître pour être remplacés par celui de personne âgée. Ce terme est plus neutre. En arabe écrit, le terme moussinne (féminin moussinna) a récemment fait son apparition dans le discours institutionnel (appareils d'Etat) et dans le discours de la « société civile » (associations). C'est la traduction exacte et neutre du terme « personne âgée ». Cette appellation qui se veut scientifique ne reprend pas les connotations en majorité péjoratives associées au substantif « vieillesse » (shaykhokha). L'emploi des termes de « retraité » et de « grands-parents » tente également de couper avec la vision négative de la vieillesse. Le premier vocable indique que la personne âgée a été active et qu'elle a droit à un repos bien mérité, à être respectée pour l'effort fourni et les services rendus. Le second vocable dénote que la personne âgée devient principalement un grand parent, que ce rôle au sein de la famille est capital envers les petits-enfants. Les grands-parents sont éducateurs moraux et civiques, accompagnateurs, soignants (dans le cas des femmes surtout), pourvoyeurs d'aide financière dans le cas des classes aisées. Ces « nouveaux »

vocables mettent en évidence soit l'activité professionnelle passée, soit l'activité familiale présente et évitent les connotations péjoratives des termes « vieux » et « vieille ».

Au Maroc, le recensement spontané des appellations usitées à l'égard des personnes âgées nous permet de distinguer entre des appellations neutres, des appellations familiales positives et négatives, des appellations publiques positives et négatives.

Parmi les appellations neutres, *rajal kbir/mra kbira*. Ces appellations signifient littéralement homme âgé et femme âgée. Cette appellation qui se conjugue au féminin et au masculin est ambiguë à souhait : elle inspire à la fois le respect (dû à la personne âgée) et la pitié que la personne âgée doit susciter. C'est une expression qui n'est pas dénuée de paternalisme envers les personnes âgées : de la part, de ces personnes, on doit s'attendre à tout, excuser les déficiences et les faiblesses.

Parmi les appellations familiales positives, *bba sidi* et *mmi lalla*. Cette appellation se conjugue aussi au masculin et au féminin. Elle évoque à la fois le respect et la piété filiale dus au grand-père et à la grande-mère qui sont les seigneurs et les maîtres d'Ego. Ces rôles sont institutionnalisés par la tradition : les grands-parents sont les parents de mes parents à qui je dois respect et soumission. Ils sont à l'origine de mon existence. Cependant, l'appellation laisse filtrer un brin de complicité et de tendresse entre les grands-parents et les petits-enfants, chose indue dans la relation verticale parents/enfants dans le Maroc traditionnel. Cette dimension tendre et affectueuse est plus marquée à l'égard de la grand-mère à travers des appellations comme « *mmima* » ou « *inna* ». La première identifie la grand-mère comme une « petite mère » copine et tendre, tandis que la seconde identifie la grand-mère qui pousse des plaintes et à qui on peut confier ses propres plaintes d'enfant malade ayant besoin d'affection.

Parmi les appellations familiales négatives, celle de « *nsiba* » ou « *'agouza* », la belle-mère, toujours décrite comme vieille, méchante, s'interposant entre les conjoints, cherchant à leur créer sans cesse des conflits.

Parmi les appellations publiques positives, *al hadj/al hadja*, *shaykh*, *raiss*, *ammi* (mon oncle)... Seule l'appellation *haj/hajja* se conjugue au masculin et au féminin. C'est en général après l'entrée en vieillesse que les personnes âgées vont en pèlerinage à la Mecque (cinquième pilier d'appartenance à l'islam). Et du coup, une synonymie s'est établie entre personne âgée, pèlerinage à la

Mecque et respectabilité (capital symbolique). La personne âgée est censée être haj/hajja, c'est-à-dire ayant accompli tous les rites islamiques dus afin d'être prête à rencontrer Dieu lors du « Jugement Dernier » dans un état de pureté et de « complétude » religieuse.

Les autres termes publics positifs, shaykh (âgé, maître, chef), raiss (chef), ammi (mon oncle paternel) ne se conjuguent pas au féminin pour appeler ou nommer une personne âgée respectable. Au contraire, le féminin de shaykh, shyakha, signifie danseuse traditionnelle, femme dévergondée, et plutôt jeune et belle. Les termes raiss et 'ammi sont masculins et ne sont pas féminisés pour dire femme âgée respectable (alors que linguistiquement c'est possible). La personne âgée appelée 'ammi (mon oncle paternel) est assimilée au frère du père, c'est-à-dire au substitut du père-pouvoir, objet de crainte et de respect dans la mémoire collective. A travers cette appellation parentale, âge, masculinité et respectabilité sont confondues et amalgamées. C'est combien dire l'importance encore présente de l'image du patriarcat, du patriarche et de la famille communautaire au niveau de l'imaginaire social marocain.

Les appellations publiques négatives sont diversifiées et nombreuses : chibani (aux poils blancs, pas aux cheveux argentés ou blancs, car dans la tradition, les hommes se rasaient entièrement le crâne), charef (ancien, vétuste, celui qui voit venir la mort), haref (qui dit n'importe quoi), mqa'ad (handicapé, à mobilité nulle ou réduite), mkharref (dément, sénile) chqaf (tesson, reste d'un corps). Ces vocables dénotent la dépréciation, voire le mépris, dont les personnes âgées commencent à être l'objet. Le terme « chibani » n'évoque pas du tout le vieillard à la longue barbe blanche qui dégage sagesse et sérénité et qui inspire une crainte respectueuse.

En arabe écrit, le terme 'ajouz, tout en ne comportant pas de féminin grammatical ('ajouza), s'applique également à la femme âgée. Il renvoie aussi à la vieille femme dont on doit craindre les pratiques magiques et les intrigues.

Les appellations publiques négatives sont de plus en plus nombreuses et signalent une émergence de l'âgisme : une discrimination négative en fonction de l'âge commence à s'exprimer. L'avance en âge devient un stigma qui génère gérontophobie, dévalorisation et exclusion (Bytheway 1995). Aussi l'OMS tire-t-elle la sonnette d'alarme et «avertit que ces images négatives, pour la plupart infondées, peuvent affecter les personnes âgées et devenir des prophéties qui s'auto-réalisent » (Rovira 2002: 210). Décrire la personne âgée comme pauvre, handicapée, délirante, impuissante, errante, inutile, malade est une manière de

la pousser à devenir comme telle. C'est ce que Merton appelle le théorème de Thomas (ou la self fulfilling prophecy) : « quand les hommes définissent des situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences ». En effet, « la définition de la situation » est un schéma conceptuel d'une grande importance pour l'analyse sociologique. C'est un schéma qui invite à inclure dans le réel les représentations du réel. Celles-ci font partie du réel. Le réel est saisi à travers ses représentations et il est nécessaire d'inclure celles-ci dans l'analyse sociologique. Bien entendu, le sociologue ne reprend pas ces représentations à son compte et n'y adhère pas en tant que sociologue.

## Références bibliographiques

- Azammam, S. (1998) « Personnes âgées au Maroc », in CERED : Population et développement au Maroc, pp.81-91.
- Bytheway B, 1995. *Ageism*, Buckingham : Open University Press.
- Bourdelais P, 1993. *L'âge de la vieillesse*, Paris : Odile Jacob.
- Desesquelles, Aline (1997) Le vieillissement démographique dans les pays développés : éléments de comparaison et d'analyse des évolutions passées et futures, Communication présentée lors des 1<sup>ers</sup> rencontres d'Alfred Sauvy : 15-15 octobre 1998, Paris. Site : <http://www-user.ined.fr>.
- Lassande, Louise (1996) Les défis de la démographie : Quelle qualité de vie pour le XXI<sup>e</sup> siècle ?, Editions la Découverte, Paris, 225p.
- Lalive d'Epina y C et al, 1983. *Vieillesse*, Saint-Saphorin : Editions Georgi.
- Lalive d'Epina y C et al, 1999. « Comment définir la grande vieillesse ? », *L'Année gérontologique*, pp. 64-83.
- Legaré J. F., 1995. « Qualité de vie ou quantité de vie : un défi pour les sociétés industrielles », *La sociologie des populations*, pp. 463-480.
- Rovira Eduardo Rodriguez, 2002. "Social Discrimination of the Aged", in *Conferences 1998-2001*. Madrid : Abumar Grandparents in Motion/Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, pp. 210-215.
- Sardan Jean-Pierre Olivier de, 1994. « Séniorité et citoyenneté en Afrique pré-coloniale », in Attias-Donfut Claudine, Lapiere Nicole (eds), *Génération et filiations*, Communications, n° 59, pp. 136.
- Véron, Jaques (1992) « La Théorie générale de la Population est-elle toujours une théorie générale de la population ? », in Population n°6, pp. 1411-1424.



## **Chapitre II**

# **Vieillesse démographique au Maroc : Causes et profil de la population âgée**



## **Chapitre II**

# **Vieillesse démographique au Maroc : Causes et profil de la population âgée**

### **Introduction**

Durant la première moitié du siècle dernier, les spécialistes des questions de population ont été plus préoccupés par la croissance démographique spectaculaire observée à travers le monde notamment dans le continent africain. Depuis lors, les efforts se sont déployés en matière de recherche pour élucider et comprendre les mécanismes et les déterminants des comportements pro natalistes des sociétés. Un débat qui a été animé également autour de l'équation population-développement attisé par des écoles antagonistes prêchant le développement sur la base de convictions idéologiques différentes.

La deuxième moitié du 20ème siècle a été marquée par une « Globalization of fertility Behavior » selon les termes utilisés par Caldwell (2001) pour désigner la convergence des comportements démographiques des sociétés contemporaines vers de faibles fécondités. Se basant sur des données des Nations Unies, il a relevé partout une tendance baissière de la fécondité avec une performance pour les pays de la région de l'Est asiatique pour lesquels le recul de la fécondité était de l'ordre de 63% entre les périodes de 1950-55 et 1990-95 passant de 5,8 à 1,9 enfant. Même les pays de l'Afrique du Nord, qui continuent d'afficher des indices de fécondité relativement élevés, ont connu une baisse importante ; le nombre moyen d'enfants y étant passé de 6 à un peu moins de 4 enfants durant la même période.

D'une manière générale, on observe une régression presque universelle de la fécondité qui a été amorcée des décennies auparavant dans les pays occidentaux. Ces derniers donc étaient les premiers à avoir connu le vieillissement de leurs populations. Celui-ci s'est traduit par une augmentation de la part des personnes âgées en termes absolus puis relatifs. Le vieillissement posera un sérieux problème pour les pays en développement où l'on s'attend à une évolution plus rapide du phénomène (Nations unies, 2002). Déjà au début des années quatre-vingt, la communauté internationale s'est préoccupée de cette frange de la population en organisant la première assemblée mondiale sur le vieillissement à Vienne (1982). Récemment, une autre Assemblée a été tenue en 2002 à Madrid ; à cette occasion, trois mesures ont été préconisées. Elles

concernent la place des personnes âgées dans le développement, la promotion de leur santé et leur bien être et enfin la création d'un environnement favorable et porteur (Nations Unies, 2002).

Le Maroc, à l'instar des autres pays en pleine transition démographique, n'échappera pas à cette règle. Depuis longtemps déjà, la baisse de la fécondité s'est confirmée avec une allure accélérée, précédée par une baisse régulière de la mortalité. Ceci a conduit, bien entendu, au déclenchement du processus du vieillissement démographique de la population marocaine. Ce qui fera l'objet de ce chapitre.

Dans ce dernière, il sera question, dans un premier temps, de présenter un aperçu sur la transition démographique au Maroc ; la deuxième partie sera consacrée à l'examen du profil socio-économique de la population âgée de 60 ans et plus. Et enfin, on présentera, dans une troisième partie, les projections de la population âgée et les indicateurs du vieillissement et de la prise en charge économique de cette population.

## **I. Transition démographique et vieillissement de la population au Maroc**

Le phénomène du vieillissement ne peut pas être dissocié de la transition démographique puisqu'il est incontestablement son produit. En effet, la baisse de la fécondité et celle de la mortalité sont à l'origine du vieillissement démographique des populations qui affecte considérablement les pyramides des âges.

### **I.1. Transition démographique**

Depuis les deux ou trois dernières décennies, le Maroc a connu des changements très importants sur plusieurs aspects aussi bien économique et social que culturel. L'aspect démographique, non plus, n'a pas échappé à cette transformation puisque les variables démographiques demeurent tributaires du changement qui affecte le contexte socioéconomique dans lequel elles évoluent.

En effet, si l'on se réfère à la croissance de la population, on relève que le Maroc a connu le rythme de croissance le plus rapide avant les années 80 en ayant affiché des taux annuels d'accroissement d'environ 3%. Cette croissance maximale situe le Maroc, selon le schéma théorique, à ce moment, au début de la deuxième phase de la transition démographique caractérisée par une baisse régulière mais atténuée de la mortalité. La natalité, quant à elle, a continué à afficher des niveaux plus élevés et n'a entamé sa baisse que des années après

celle de la mortalité. La forte croissance a été favorisée par les grands progrès en matière sanitaire (les progrès de la médecine, l'utilisation d'antibiotique, la vaccination, l'hygiène etc.), ayant conduit au recul de la mortalité notamment la mortalité infantile, d'une part, et par la suite au repli de la natalité d'autre part. L'atténuation de la croissance entamée durant les années 80, par contre, était tributaire des changements profonds qui ont affecté les modèles de fécondité et de nuptialité. On assistera par la suite au recours des femmes marocaines à la contraception et à une réduction de la durée de procréation en contractant des mariages à des âges de plus en plus élevés.

### 1.1.1 Une transition plus rapide de la fécondité

On observe que la fécondité a connu un recul spectaculaire passant de 5,52 par femme en 1982 à 2,5 en 2004, soit une baisse d'un peu plus de 50% en 22 ans. Pour aboutir au même niveau de fécondité, les pays occidentaux ont mis plusieurs décennies, une durée qui dépasse parfois un siècle. La Chine, quant à elle, a battu tous les records en faisant baisser la fécondité de ses femmes de 6 à 2,5 enfants en quinze ans (1965-70/1980-85) (Vallin, 1994). Pour le cas du Maroc, la baisse de la fécondité était plus rapide durant les années 80 : en douze ans (1982-1992) la femme marocaine a perdu près de 40% de sa capacité de procréation puisque son nombre moyen d'enfants est passé de 5,5 à un peu moins de 3,3. Par contre, entre 1992-2004, la baisse était moins accentuée, la perte en termes d'enfants n'était que de l'ordre 0,8 enfant, soit presque le tiers de la baisse observée durant la première période. L'indice synthétique de la fécondité y est passé de 3.31 à 2,5 enfants par femme.

**Tableau 1 : Nombre moyen d'enfants par femme, par milieu de résidence et par source**

Source	Année	Ensemble	Urbain	Rural
RGPH1982	1982	5,52	4,28	6,59
ENPS I (1987)	1982	5,24	3,86	6,66
ENDPR (1986-88)	1986	4,46	2,85	5,97
ENPS II (1992)	1990	4,04	2,54	5,54
EPPS (1995)	1993	3,31	2,17	4,50
RGPH (1994)	1994	3,28	2,56	4,25
ENSME (1996-97)	1995	3,10	2,30	4,10
RGPH 2004	2004	2,50	2,10	3,10

Source : CERED, 1997 et RGPH 2004

Ces moyennes nationales cachent, bien entendu, des disparités relativement importantes entre les femmes urbaines et rurales. En 1982, la fécondité en milieu urbain était de l'ordre de 4,2 enfants par femme, soit 2,2 enfants de moins que la femme rurale dont la fécondité atteignait une moyenne de près de

6,6 enfants. Cet écart va connaître une diminution avec le temps pour atteindre, en 2004, la valeur 1,4 enfant. Les fécondités respectives des femmes rurales et urbaines étant de l'ordre de 2,1 et 3,5 enfants par femme. En 22 ans, les fécondités des femmes, aussi bien urbaines que rurales, ont connu des baisses exceptionnelles mais avec des schémas d'évolution relativement différents. En effet, la baisse semble plus accentuée entre 1982 et 1992 chez les femmes urbaines que chez les femmes rurales: elle était de l'ordre de 50% (passant de 4,28 à 2,17 enfants par femme) contre seulement 32% chez les secondes (passant de 6,59 à 4,5 enfants par femme). La seconde période allant de 1992 à 2004 est marquée plutôt par une baisse relativement importante de la fécondité de la femme rurale qui a vu passer son nombre moyen d'enfants de 4,5 à 3,1 ; soit une perte de l'ordre de 30% contre seulement 3% pour la fécondité en milieu urbain.

La transition de la fécondité au niveau national cache aussi de fortes disparités régionales. Elle est partout plus prononcée dans les villes que les campagnes.

#### **1.1.1.1 Convergence des transitions dans les régions**

Selon les résultats du recensement (2004), l'indice synthétique de la fécondité varie de 1,9 à 3,4 enfants par femme, nombres observés respectivement pour les régions du Grand Casablanca et de Oued Eddahab-Lagouira. On notera, de ce fait, que plusieurs régions ont déjà atteint le seuil de remplacement des générations (2,1 enfants par femme), notamment celles de l'Oriental (2,1) et de Rabat-Salé Zemmour Zaer (2,1). Avec une fécondité de seulement 1,9 enfants par femme, les femmes du Grand Casablanca ne sont pas en mesure de reproduire le nombre de filles suffisant pour la reconstitution des générations. Notons que ce niveau de fécondité est expliqué beaucoup plus par celle des femmes urbaines (avec 1,8 enfant par femme) qui constituent la quasi-totalité des femmes de la région. En plus de ces trois régions, deux autres régions (Meknès-Tafilalt et Fès Boulemane) affichent des indices de fécondité inférieurs à la moyenne nationale (2,5 enfants par femme).

**Tableau 2 : Evolution de l'Indice synthétique de fécondité des régions entre 1982 et 2004**

Région	1982	1994	2004
Oued Ed-dahab-Lagouira	4,1	4,3	3,4
Laayoune Boujdour Sakia El Hamra	5,3	3,7	2,6
Guelfe Estremadura	7,1	4,3	2,6
Sousse Massa Draa	6,7	3,9	2,6
Gharb Chrarda Beni Hssen	5,9	3,6	2,7
Chaouia Ouardigha	5,3	3,2	2,6
Marrakech Tensift Al-Haouz	5,8	3,7	2,8
L'Oriental	5,6	3,1	2,1
Grand Casablanca	3,9	2,2	1,9
Rabat Salé Zemmour Zaer	4,4	2,7	2,1
Doukkala Abda	6,1	3,9	2,9
Tadla Azilal	5,6	3,4	2,6
Meknès Tafilalet	5,4	3,1	2,3
Fès Boulemane	5,1	3,2	2,4
Taza Al Hoceima Taounate	6,5	4,1	2,8
Tanger Tétouan	6,3	4,2	2,7
National	5,5	3,3	2,5

Source : DS, 1999 ; RGPH 2004

Par référence aux données du recensement de 1982, la transition de la fécondité a été partout éminente. Jusqu'au début des années 80, elle était encore élevée car presque la totalité des régions affichaient des taux de fécondité qui dépassent 5 enfants par femme ; la moyenne nationale ayant été de l'ordre de 5,5 enfants. Suite aux changements qui ont affecté les variables intermédiaires de la fécondité, les femmes de toutes les régions ont vu leur fécondité baisser entre 1982 et 2004 dans des proportions dépassant 50%. La baisse a été particulièrement remarquable dans trois régions pour lesquelles on a enregistré des baisses de plus de 60%. Il s'agit des régions de Guelmim Es-semara, Sous Massa Draa et de l'Oriental qui ont vu passer leurs indices de fécondité, respectivement, de 7,1 à 2,6 ; de 6,7 à 2,6 et de 5,6 à 2,1.

Si la baisse a été soutenue, quelle que soit la région, il n'en demeure pas moins qu'elle a été plus confirmée durant la première période intercensitaire (1982-1994). En effet, c'est une période qui a été marquée par la perte la plus importante en termes de points. Dans la majorité des régions, l'indice de fécondité a baissé d'au moins deux points notamment dans les régions de Guelmim Es-semara et Sous Massa Draa pour lesquelles les baisses étaient de près de 3 points.

Ce schéma d'évolution de la fécondité des femmes marocaines est pratiquement observé aussi bien dans le milieu urbain que dans le milieu rural, quelle que soit la région. Il est à préciser, cependant, qu'entre 1982 et 1994, la baisse en termes relatifs, était plus prononcée en milieu urbain qu'en milieu rural. Par contre, la seconde période (1994-2004) a été marquée plutôt par un recul plus important de la fécondité des femmes rurales que celle des femmes urbaines quelle que soit la région de résidence.

On retient de ce qui précède que la baisse de la fécondité est observée partout, quelle que soit la région, aussi bien dans sa partie rurale qu'urbaine et que les fécondités semblent converger quel que soit l'espace d'analyse retenu (milieu de résidence ou la région).

#### **1.1.1.2. Facteurs déterminants**

La célérité avec laquelle s'est opérée la transition de la fécondité montre l'ampleur des transformations qu'ont connues les variables déterminantes de la fécondité depuis les années 70 et 80. En effet, l'élévation de l'âge au premier mariage, le recours à la contraception, l'amélioration de la condition de la femme sont autant de facteurs qui ont favorisé le recul accéléré de la fécondité.

##### **1.1.1.2.1. Le mariage**

Du fait que le mariage demeure le cadre exclusif pour la procréation, l'âge d'entrée en première union devient également l'âge auquel la femme entame sa vie féconde. Le report donc, de l'âge de l'union conduit sans nul doute au raccourcissement de la durée de procréation. La voie de modernisation qu'a empruntée le Maroc depuis les années 70 a affecté considérablement le contexte socio-économique et par la même occasion, a amené des changements profonds dans le modèle marocain de nuptialité.

**Tableau 3 : Age au premier mariage et les proportions  
des femmes célibataires aux groupes d'âge  
15-19 ans et 20-24 ans**

Source	Age au premier mariage féminin	% des femmes célibataires à 15-19 ans	% des femmes célibataires à 20-24 ans
RGPH 82	22,2	81,5	40,4
ENDPR 86-88	23,4	83,5	49,4
ENPSI 1987	23,5	87,2	55,3
ENPS II 1992	24,9	87,5	56,0
RGPH 1994	25,8	87,2	55,6
RGPH2004	26,3	88,9	61,3

Source : CERED, 1997 et RGPH 2004

Déjà au début des années 80, la proportion des femmes célibataires âgées de 15-19 ans était de l'ordre 82%. Parmi celles âgées de 20-24 ans, cette proportion était de l'ordre 40%. Au dernier recensement (2004), on compte plus de femmes célibataires dans ces groupes d'âge. Les proportions respectives sont passées à 88% et un peu plus de 61%. De ce fait, l'âge de rentrée en union chez les femmes marocaines est passé de 22 ans à plus de 26 ans, soit un écart de plus de 4 ans en 22 ans.

Le recours au modèle de Bongaarts permet d'évaluer l'implication de la nuptialité sur la fécondité potentielle. Selon ce modèle, la nuptialité était responsable de 40% à 50% de la réduction de la fécondité potentielle au début des années 90. Cette proportion était de l'ordre de 30% dix ans plus tôt (Bourchachen, 1995 ; Mghari, 2000).

#### **1.1.1.2.2. La contraception**

En parlant de la baisse de la fécondité, on ne peut passer sous silence la contraception qui, en quelques années, a connu une diffusion spectaculaire parmi les femmes mariées. Durant les années 60, le recours à la contraception était une pratique rare, car juste une femme sur dix utilisait un moyen de contraception. Depuis cette date, l'utilisation de la contraception n'a cessé de prendre de l'ampleur au fil des années suite à la volonté manifeste des femmes de maîtriser leur progéniture. De ce fait, le taux de prévalence contraceptive a plus que triplé en deux décennies. Il est passé de 19% en 1980 à 42% en 1992. A la date de la dernière enquête sur la population et la santé familiale (EPSF 2003-04), 6 femmes sur 10 ont déclaré utiliser une méthode contraceptive. De toutes les enquêtes, il ressort que la majorité des femmes utilisatrices ont recours plus aux méthodes modernes, particulièrement la pilule.

**Tableau 4 : Evolution du taux de la prévalence contraceptive**

Source	Taux
ENFPF 1979-80	19,4
ENPC 1983-84	25,5
ENPCI 1987	35,9
ENPSII 1992	41,5
EPPS 1995	50,8
PAPCHILD 1997	58,8
EPSF 2003-04	63,0

Source : CERED, 1997 et EPSF, 2004.

L'application du modèle de Bongaarts aux données des enquêtes montre que la contraception est responsable de la réduction de la fécondité potentielle dans des proportions de 22% et 44%, respectivement, en 1980 et 1995 (Bourchachen, 1995 ; Mghari, 2000).

### **1.1.1.2.3. Autres facteurs**

Outre l'âge au premier mariage et la pratique contraceptive, d'autres facteurs expliquent, en partie, la baisse de la fécondité durant les deux ou trois dernières décennies. Les études portant sur cet aspect de la fécondité ont fait allusion également à l'infertilité (allaitement), l'avortement et la progression du statut de la femme.

Il est connu que l'allaitement prolongé peut jouer un rôle contraceptif. Cependant, les études ont montré que la réduction due à ce facteur commence à s'estomper ces dernières années puisque son effet réducteur est passé de 32% à 23% entre 1979 et 1995 (Mghari, 2000). L'auteur de l'étude affirme que l'allaitement a néanmoins favorisé la hausse de la fécondité générale de 15% durant la même période. Une hausse qui a été, bien entendu, compensée par les effets conjugués du recul de l'âge au premier mariage et du recours, de plus en plus affirmé, aux méthodes modernes de contraception.

Le recours à l'avortement provoqué semble prendre une place relativement importante parmi les moyens contribuant au recul de la fécondité des femmes marocaines, malgré que des données fiables sur le phénomène continuent à faire défaut. Le recours à l'avortement vient également remédier à une situation d'échec des autres formes de contraception, notamment la contraception orale, la continence, etc. Selon des estimations basées sur les méthodes indirectes, l'avortement aurait été responsable de 3% et 14% de la baisse de la fécondité des marocaines, respectivement, en 1987 et 1992 (Maghari, 2000). Quoi qu'il

semble que l'incidence de ce phénomène a pris de l'ampleur avec le temps, sa performance demeurerait en deçà de celle enregistrée par le recul de l'âge au premier mariage et les autres moyens de contraception.

D'autre part, on ne peut envisager la baisse de la fécondité due au recul de l'âge au premier mariage et le recours à la contraception sans pour autant faire allusion au rôle de l'alphabétisation de la femme et son accessibilité, de plus en plus confirmée, sur le marché de travail. De par ses effets directs sur l'âge au mariage et indirects sur la fécondité, l'amélioration du statut de la femme se présente comme l'un des facteurs moteurs dans l'accélération de la baisse de la fécondité au Maroc.

En effet, il est reconnu, à travers plusieurs études portant sur la condition féminine, que l'alphabétisation féminine joue un rôle incontestable dans la baisse de la fécondité. En effet, l'accès de plus en plus large des femmes à l'éducation conduit sans nul doute au report de l'âge d'entrée en première union. Selon l'Enquête Nationale sur la fécondité et la planification familiale (1987), les femmes ayant suivi des études secondaires contractent leurs premiers mariages en moyenne sept ans plus tard que les femmes analphabètes (Yaacoubd, 1995). Il va sans dire, donc, qu'une réduction de la période d'exposition au risque de procréation conduit nécessairement à une baisse de la fécondité. En 1997, le nombre moyen d'enfants chez des femmes analphabètes se situait à 3,7 contre 1,9 et 1,6 chez celles ayant poursuivi des études secondaires ou supérieures, respectivement (Ayad, 1999).

De même, les études sur la condition féminine ont montré que l'activité de la femme conduit, par effet indirect, au recul de la fécondité. En effet, l'entrée de la femme au marché de l'emploi présente généralement une situation conflictuelle favorable à la limitation volontaire des naissances. La satisfaction aussi bien morale que matérielle que procure l'activité à la femme fait en sorte que cette dernière renonce à jouer le rôle classique de mère et adopte un comportement de plus en plus rationnel par rapport à sa descendance.

### **I.1.2. Transition de la mortalité**

Quoiqu'on identifie fréquemment la transition démographique à celle de la fécondité, il n'en demeure pas moins que c'est la mortalité qui entame la première, sa baisse avec un décalage relativement important par rapport à celle de la fécondité. Selon le schéma théorique de la transition, la première phase de la transition est marquée, beaucoup plus, par le recul de la mortalité alors que la natalité continue à enregistrer des niveaux relativement élevés. Dans les pays

comme le Maroc, la mortalité a commencé à décliner dès les années 70. A partir de 1999, on parlait même de la «fin du tiers monde » puisque plusieurs pays commencent à afficher des niveaux de mortalité similaires à ceux atteints par les pays du nord (Meslé et Vallin, 1995). A cette époque, « la découverte et la diffusion de techniques médicales (vaccins, antibiotiques, DDT) avaient permis, en 25 ans, de faire reculer considérablement les maladies infectieuses partout dans le monde, quel que soit le niveau de développement économique » (Meslé et Vallin, 1995).

### **I.1.2.1. Mortalité générale**

Au début des années '60, la mortalité générale était encore relativement élevée au Maroc. A cette date, près de 2 personnes sur dix décèdent chaque année. Ce taux connaîtrait par la suite, une baisse spectaculaire pour atteindre à la fin des années '90 un peu plus de 6 pour mille. L'analyse différentielle du taux brut de la mortalité révèle que celui-ci continue à être plus élevé chez les hommes que chez les femmes, en villes qu'à la campagne.

Malgré son importance dans l'analyse, le taux brut de mortalité demeure un indicateur très affecté par la structure de la population qui subit continuellement des transformations à cause de la baisse de la fécondité.

**Tableau 5 : Evolution du taux brut de mortalité (‰) au Maroc 1962-1997**

<b>Source</b>	<b>Année</b>	<b>Taux</b>
EOM 1961-62	1962	18,7
ONU	1965-70	17,4
ONU	1970-75	15,7
ONU	1975-80	13,0
CERED 1986	1980	10,6
ENDPR 86-88	1987	7,4
CERED 1997	1994	6,7
CERED 1997	1997	6,3

Source : CERED, 1997 et Bencheikh, 1995

### **I.1.2.2. Mortalité infanto-juvénile**

Les mesures de la mortalité aux bas âges sont des indicateurs pertinents pour, d'une part, évaluer la situation sanitaire d'un pays et de son système de prévention, et d'autre part, renseigner sur le niveau d'attention accordée à la santé de la mère et de son enfant.

Avant les années 70, le Maroc affichait des niveaux de mortalité infanto-juvénile extrêmement élevés. Sur 1000 enfants nés vivants, 213 allaient décéder avant de fêter leurs cinquièmes anniversaires. Près de 70%, parmi eux, n'arriveraient même pas à survivre leurs premières années. La mortalité juvénile, par contre, a atteint un niveau moins élevé. On compte parmi mille enfants, ayant fêté leurs premiers anniversaires, 75 allaient décéder avant l'âge de 5 ans.

**Tableau 6 : Taux (%) de mortalité infantile, juvénile et taux de mortalité infanto-juvénile par milieu de résidence, 1962-2004**

Source	Période ou année	Mortalité infanto-juvénile			Mortalité infantile	Mortalité juvénile	MJ/MI
		Urbain	Rural	Ensemble	MI	MJ	
EOM 1961-63	1962			213,0	149	75,0	0,50
ENFPF 1979-80	1975-79			138,0	91,0	52,0	0,57
ENPS I 1987	1977-86	81,4	137,3	118,0	82,4	38,7	0,47
ENPS I 1987	1982-86			102,2	73,3	31,2	0,43
ENDPR 1986-88	1987	55,9	127,1	104,1	75,7	30,7	0,41
EPPS 1995	10 ans avant	46,4	104,2	84,6	66,0	22,1	0,33
ENSME 1996-97	1992-1997	29,9	61,1	45,8	36,6	9,8	0,27
EPSF 2003-04	1999-2003	38,0	69,0	47,0	40,0	7,0	0,18

Source : CERED, 1997

Depuis cette époque, la mortalité infanto-juvénile va connaître une baisse remarquable, expliquée beaucoup plus par la baisse de la mortalité infantile que par celle des enfants âgés entre 1 et 5 ans. On verra, de ce fait, la mortalité infanto-juvénile passer à un peu plus de 104‰ en 1987 à moins de 50‰ pour la période 1999-2003 ; soit une baisse de près de 78% en quarante ans. Cette régression est expliquée, bien entendu, par la baisse qu'a connue la mortalité des enfants, âgés de moins d'un an. Selon l'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-04, sur 1000 naissances vivantes, 40 parmi elles, décèdent avant 1 an. La mortalité juvénile, quant à elle, n'était, à la même période, que de 7‰.

Quelle que soit la période, les enfants décèdent beaucoup plus durant la première année qu'à l'âge situé entre 1 et 5 ans. A chaque période la mortalité

juvénile représente, en termes de probabilité, moins du tiers de la mortalité infantile.

La référence à l'espace montre également que la mortalité est plus forte parmi les ruraux que parmi les urbains. En effet, entre 1999 et 2003, sur 1000 enfants nés en milieu urbain, 38 décèdent avant leur cinquième anniversaire. Ils seraient presque le double s'ils habitaient la campagne.

Sur le territoire national, on peut relever également de grandes inégalités, en matière de mortalité, entre les régions qui le composent. Un enfant, étant né à l'une des régions telles que Tanger-Tétouan, Taza-Al Hocéima-Taounate, Méknès-Tafilalt, Tadla Azilal, Marrakech-Tensift-Al Haouz, Souss Massa Draa, voit sa probabilité de décéder avant l'âge de 5 ans, dépasser la moyenne, passant respectivement, à 56%, 67,1%, 64,9%, 68,5%, 54,4% et 54,8%. Par contre, une naissance dans la région du Grand Casablanca ou celle de Rabat-Zemmour-Zaer court le risque de décéder avant 5 ans de seulement 19,4% et 24%, respectivement (Ouakrim, 1997).

### **I.1.2.3. Espérance de vie**

Selon la théorie de la transition sanitaire, « les populations passent de « l'âge de la peste et de la famine » à celui des « maladies de dégénérescence et des maladies de société », et ce, grâce à la maîtrise des maladies infectieuses » (Meslé, et Vallin, 1995). La détermination des facteurs permettant le passage entre les deux situations extrêmes attisait le débat entre les partisans de l'importance des actions de la santé publique et ceux qui privilégiaient le développement des ressources économiques, notamment, les ressources alimentaires (Vallin, 1989).

D'une manière générale, l'ampleur de la progression de l'espérance de vie à la naissance dépend de la place qu'occupe la population dans la transition sanitaire. Le gain, en termes d'années, au niveau de l'espérance de vie est plus important lorsqu'on peut mobiliser des moyens pour lutter contre les maladies infectieuses. Il peut atteindre plus d'une dizaine d'années pour les populations ayant franchi le seuil de 40 ans d'espérance de vie. La progression s'estompe au fur et à mesure qu'on n'a rien à gagner à côté des maladies infectieuses. La population, dans ce cas, se trouve dans une situation où sévissent les maladies de dégénérescence qui demandent la mobilisation de moyen plus coûteux pour atténuer leur progression. Le gain en termes d'années demeure très modeste et ne dépasse pas quelques années. C'est le cas des pays développés à populations vieillissantes.

Au Maroc, le recul de la mortalité, surtout aux bas âges pour lesquels elle est plus virulente, a conduit à l’allongement de l’espérance de vie à la naissance de la population. A l’instar de tous les pays, notamment maghrébins, le progrès est surtout ressenti au niveau des âges de 1 à 5 ans. Selon Tabutin (1997), ces âges sont frappés surtout par des maladies infectieuses et parasitaires. Les facteurs de prévention, d’éducation, de revenus, d’accès aux soins deviennent, de ce fait, plus efficaces.

**Tableau 7 : Evolution de l’espérance de vie à la naissance au Maroc, 1962-1997**

Source	période ou année	Ensemble
EOM 1961-63	1962	47,0
CERED 1986	1967	48,2
N.U. 1994	1970-75	52,9
N.U. 1994	1975-80	56,0
CERED 1986	1980	59,1
ENDPR 1986-88	1987	65,0
CERED, 1997	1994	67,9
CERED, 1997	1997	68,8

Source : CERED, 1997

Du fait du recul de la mortalité, surtout infanto-juvénile, l’espérance de vie à la naissance de la population marocaine est passée d’environ 50 ans, au début des années 70, à près de 69 ans en 1997. Avec une moyenne de 65 ans en 1987, le gain, en termes d’années, pour l’espérance de vie, a atteint près de 18 ans en l’espace d’une quinzaine d’années ; soit une moyenne annuelle de près de 1,2 an. Par contre, entre 1987 et 1997, l’espérance de vie n’a augmenté que de moins de 4 années ; soit une moyenne annuelle équivalente à moins de 4 mois par an.

L’allongement de la vie moyenne est partout confirmé quel que soit le milieu de résidence. On notera, toutefois, que du fait de la difficulté rencontrée par les ruraux à accéder aux soins de santé et d’hygiène, la mortalité infanto-juvénile est presque deux fois plus importante en milieu rural qu’en milieu urbain ; soit respectivement 69‰ contre seulement 38‰ (Ministère de la Santé, 2004). Cette mortalité différentielle a conduit, sans nul doute, à une différence en matière d’espérance de vie à la naissance, étant donnée que la mortalité aux bas âges demeure une composante fort déterminante du niveau de la mortalité d’une manière générale.

Ceci est également vrai si l’on mène une analyse différentielle entre les régions, puisque de grandes disparités, en matière d’accessibilité aux soins de

santé, y sont relevées. La mortalité serait a fortiori, plus fréquente dans les régions où ce type d'infrastructures faisait défaut.

## **I.2. Vieillesse démographique**

Le vieillissement démographique des populations est devenu l'une des préoccupations majeures de plusieurs pays, particulièrement ceux du Nord. Cependant, les pays de Sud, non plus, ne sont pas à l'abri de ses conséquences puisque plusieurs, parmi eux, sont déjà engagés dans la transition démographique. Le Maroc fait aussi partie de cette catégorie dont les pyramides des âges commencent déjà d'être affectées par la baisse de la fécondité.

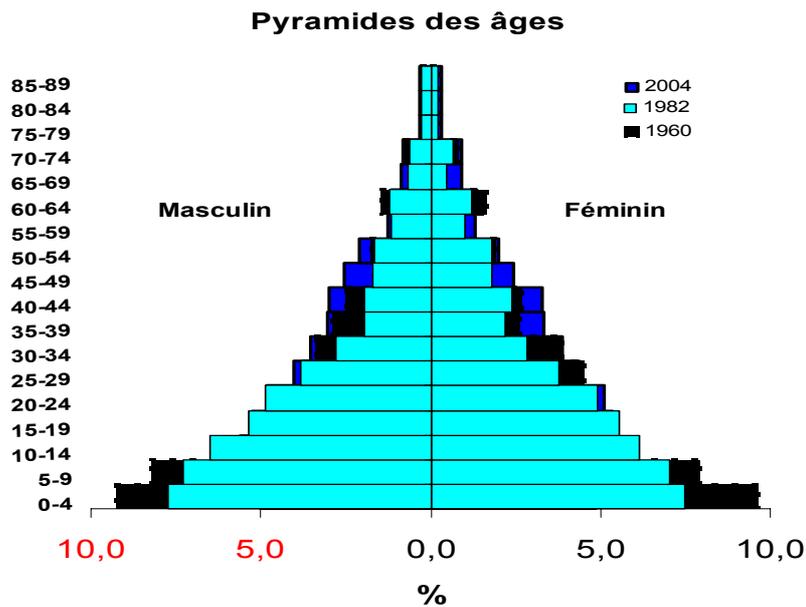
### **I.2.2. Evolution des structures par âge**

#### **I.2.2.1. Pyramides des âges**

Du fait du recul de la fécondité et de la mortalité, la structure de la population marocaine a connu des transformations relativement importantes. L'examen des pyramides des âges des années 1960, 1982 et 2004, permet de mettre le doigt sur les empreintes du vieillissement démographique surtout à la base de la pyramide. Ceci s'est traduit par un rétrécissement au niveau des trois premières tranches d'âge quinquennales entre 1960 et 2004. Un phénomène qui a commencé à affecter, dans un premier temps, les deux premiers groupes d'âge seulement avant de toucher le groupe d'âge 10-14 ans.

En effet, durant la première période (1960-82), on a assisté au recul des parts des enfants âgés de moins de 5 ans et de 5 à 9 ans du fait du repli de la natalité, passant, respectivement, de 19% à 15,2% et de 16,1% à 14,3%. Durant la seconde période (1982-2004), la régression de ces parts allait continuer et affecter aussi la part des enfants âgés de 10 à 14 ans laquelle est passée de 12,6% à un peu plus de 11%. Notons toutefois que la perte était plus importante pour les deux premiers groupes d'âge puisque leurs parts ont perdu au moins 4 points durant la période 1982-2004.

Figure 1 : Pyramides des âges



Ce recul de la part des jeunes était beaucoup plus en faveur des tranches d'âge actives que des âges avancés. Le gain était plus apparent pour la seconde période (1982-2004) que pour la première. Les proportions relatives aux groupes d'âge actifs compris entre 25 et 59 ans semblent, au contraire, faire l'objet de régression durant cette dernière. Il est à préciser, toutefois, qu'il est probable que le déficit observé au niveau de certains groupes d'âge soit expliqué par les erreurs dues aux déclarations d'âge.

En ce qui concerne les groupes d'âge élevés, le gain est relativement faible par rapport aux âges actifs. Il est apparent, surtout, au niveau des deux groupes d'âge 60-64 ans et 65-69 ans.

Par référence à l'année 1960, la perte la plus importante, en termes de points, est observée au niveau des jeunes. La proportion des enfants de moins de 15 ans a connu une baisse de l'ordre de 30% entre 1960 et 2004. Par contre, les autres groupes d'âges ont vu leur part progresser de près de 26% et 12%, respectivement, pour les 15-59 ans et 60 ans et plus. Cette régression des poids des jeunes de moins de 15 ans, ne s'est pas réalisée avec la même vitesse durant

toute la période. On assiste plutôt à une accélération de la baisse pendant les deux dernières décennies (1982-2004).

Selon le milieu de résidence, la régression de la part des jeunes de moins de 15 ans est plus prononcée en milieu urbain qu'en milieu rural. Elle est de l'ordre de 32% pour les jeunes urbains et de 14% pour les jeunes ruraux. Quant aux groupes d'âge actifs (15-59 ans), l'évolution de leurs parts semble être la même. Les proportions ont augmenté de près de 22%, quel que soit le milieu de résidence. Par contre, les personnes âgées de 60 ans et plus présentent des schémas différents d'évolution ; leurs proportions ont augmenté de 32% en milieu urbain et de près 10% en milieu rural.

Là encore, il est à préciser que les pertes ou les gains, en termes de points, sont plus importants durant la seconde période, quels que soient le milieu de résidence ou le groupe d'âge.

**Tableau 8 : Evolution des rapports des proportions (année de base= 1960) selon les grands groupes d'âge, l'année du recensement et le milieu de résidence**

G, d'âges	1960	1971	1982	1994	2004
<b>Ensemble</b>					
moins 15 ans	100,0%	104,0%	95,0%	83,4%	70,4%
15-59 ans	100,0%	96,5%	106,4%	115,4%	125,5%
60 ans et +	100,0%	99,0%	87,7%	98,5%	111,6%
<b>Urbain</b>					
moins 15 ans	100,0%	104,7%	90,5%	77,9%	68,1%
15-59 ans	100,0%	95,7%	108,1%	116,0%	121,6%
60 ans et +	100,0%	104,9%	94,3%	113,9%	132,4%
<b>Rural</b>					
moins 15 ans	100,0%	103,4%	100,0%	90,9%	76,4%
15-59 ans	100,0%	96,6%	101,8%	109,0%	121,5%
60 ans et +	100,0%	100,2%	89,5%	98,9%	109,5%

Source : Recensements de la population 1960, 1971, 1982, 1994 et 2004

### **I.2.2.2. Indicateurs du vieillissement démographique**

- Vieillessement plus prononcé à la base qu'au sommet**

L'effet de la baisse de la fécondité et de celle de la mortalité a déjà commencé à marquer les structures par âge de la population marocaine. C'est une population qui a déjà entamé son processus de vieillissement.

L'examen de l'évolution de la part des jeunes (âgés de moins de 15 ans) permet, tout d'abord, de relever que cette proportion a connu, dans un premier

temps, une hausse avant d'entamer sa baisse régulière. En effet, le recul de la mortalité aux jeunes âges a été, fort probablement, du à l'augmentation de la part des jeunes entre 1960 et 1971 (passant de 44,4% à 46,2%). Cette tendance à la hausse n'a pas duré longtemps puisque, depuis 1971, les jeunes de moins de 15 ans ont vu leur proportion régresser de près de 32% passant de 46,2% à un peu plus de 31% en 2004. La baisse de la natalité, discutée précédemment, a été tellement importante qu'elle a pu résorber le gain généré par le recul de la mortalité et a provoqué, par la même occasion, un vieillissement à la base de la pyramide des âges.

Ce même schéma d'évolution est observé aussi bien dans le milieu urbain que le milieu rural. Dans l'un et l'autre, la part des jeunes a accusé une augmentation entre 1960 et 1971. Cependant, l'effet différentiel de la mortalité aux jeunes âges, durant les années soixante, a provoqué une hausse plus importante dans la ville que la campagne. Leurs parts respectives sont passées de 41,6% et 45,6% à 44,4% et 47,1% entre 1960 et 1971. Depuis, elles connaîtraient une baisse ininterrompue, plus accentuée en milieu urbain qu'en milieu rural, pour se situer à 28,3% et 34,8%, respectivement.

**Tableau 9 : Evolution de l'indice de vieillissement, des proportions des jeunes et des personnes âgées par milieu entre 1960-2004**

Indicateurs	1960	1971	1982	1994	2004
<b>Ensemble</b>					
Vieillessement à la base (-15 ans/PT)	44,4%	46,2%	42,2%	37,0%	31,2%
Vieillessement au sommet (60ans+/PT)	7,2%	7,0%	6,3%	7,1%	8,0%
Indice de vieillissement (60ans+/-15 ans)	16,2%	15,6%	14,9%	19,1%	25,7%
<b>Urbain</b>					
Vieillessement à la base	41,6%	44,4%	37,6%	32,9%	28,3%
Vieillessement au sommet	5,7%	5,9%	5,4%	6,5%	7,6%
Indice de vieillissement	13,8%	13,2%	14,4%	19,8%	26,9%
<b>Rural</b>					
Vieillessement à la base	45,6%	47,1%	45,6%	41,4%	34,8%
Vieillessement au sommet	7,8%	7,8%	7,0%	7,7%	8,5%
Indice de vieillissement	17,1%	16,5%	15,3%	18,6%	24,5%

Source : Recensements de la population 1960, 1971, 1982, 1994 et 2004 PT= Population Totale

Le vieillissement au sommet de la pyramide ne semble pas se réaliser avec la même intensité que celui qui a commencé à ronger la base de la pyramide. Témoignant de ce fait qu'on est encore en phase de baisse de la natalité. La part

des personnes âgées de 60 ans et plus (indicateur sur le vieillissement au sommet) n'a évolué que de moins de 1 point passant de 7,2% à 8,0%.

La population rurale semble relativement plus vieille que la population urbaine si l'on se réfère à la part des personnes âgées de 60 ans et plus (8,5% et 7,6%, respectivement), chose qui peut être expliquée par la migration sélective des ruraux vers les villes. On notera, cependant, que la population urbaine vieillit plus rapidement que la population rurale.

L'effet combiné du recul de la natalité et de la mortalité a provoqué une élévation de l'indice de vieillissement (rapport personnes âgées/jeunes) d'une façon remarquable. En effet, en période de forte natalité (1960), on comptait près de 16 personnes âgées de 60 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 15 ans. Les changements, ayant affecté la structure de la population durant les dernières décennies, ont conduit à l'augmentation du nombre des personnes âgées par rapport à celui des jeunes: on compte en 2004, près de 26 âgés pour 100 jeunes ; soit une augmentation de près de 60%. On retiendra encore une fois la performance de cet indice réalisée entre 1982 et 2004, passant de 14% à 26% contre une régression réalisée entre 1960 et 1982 (de 16% à 15%).

L'indice de vieillissement est révélateur d'une accélération du phénomène chez les urbains, puisqu'en 1960, cet indice était en faveur de la population urbaine avec 14 âgés pour 100 jeunes ; en milieu rural, il est légèrement supérieur avec 17 âgés pour 100 jeunes. Ce rapport connaîtrait une élévation, depuis lors, pour se situer, en 2004, à près de 27 et 25 pour 100 jeunes, respectivement, en milieu urbain et en milieu rural.

- **Structure économiquement favorable**

La baisse de la natalité conduit à la diminution de la part des jeunes et, par la même occasion, provoque une augmentation de la part des personnes de 15-59 ans et des personnes âgées. Du point de vue économique, c'est une structure favorable à la production. Le gonflement de la tranche des personnes en âge d'activité au détriment de la population jeune donne un rapport de dépendance approprié. Dans le cas du Maroc, le vieillissement démographique de la population a soulagé la tranche des actifs potentiels puisque 100 d'entre eux, qui devraient prendre en charge plus de 106 inactifs en 1960, ne le feraient que pour un nombre de 65 inactifs en 2004.

**Tableau 10 : Evolution du coefficient de charge des personnes âgées et du rapport de dépendance par milieu de résidence entre 1960-2004**

Indicateurs <sup>1</sup>	1960	1971	1982	1994	2004
<b>Ensemble</b>					
Coefficient de prise en charge des personnes âgées	14,8%	14,6%	12,2%	12,7%	13,2%
Rapport de dépendance	106,5%	108,4%	94,0%	78,9%	64,6%
<b>Urbain</b>					
Coefficient de prise en charge des personnes âgées	10,9%	11,8%	9,5%	10,7%	11,9%
Rapport de dépendance	89,7%	101,2%	75,5%	64,9%	56,0%
<b>Rural</b>					
Coefficient de prise en charge des personnes âgées	16,7%	17,3%	14,7%	15,1%	15,0%
Rapport de dépendance	114,4%	121,8%	110,6%	96,6%	76,5%

Source : Recensements de 1960, 1971, 1982, 1994 et 2004

Du fait de l'évolution et des niveaux différenciés de la fécondité entre les deux milieux de résidence, les personnes actives ont tendance à prendre en charge plus de personnes inactives en milieu rural qu'en milieu urbain. Les rapports de dépendance respectifs sont de l'ordre de 77% et 56% contre 90% et 114% quarante quatre ans plus tôt (1960).

Par contre, en tenant compte de la seule catégorie des personnes âgées de 60 ans ou plus, l'évolution de sa prise en charge économiquement n'a pas connu de changements notables à travers les données des recensements. L'indicateur n'a pas évolué d'une façon significative entre 1960 et 2004, et ce, quel que soit le milieu de résidence.

- **Vieillesse contrastée entre régions**

Comme il a été précédemment précisé, les régions présentent des disparités relativement importantes en matière de natalité et de mortalité. Il va sans dire que les structures, qui leur sont associées, soient également affectées, différemment. On retrouve, de ce fait, des régions qui sont démographiquement plus vieillissantes que d'autres. Il est à rappeler également que certaines régions sont plus convoitées en offrant plus d'opportunités d'emplois. De par, son

---

<sup>1</sup>Le coefficient de charge des personnes âgées est le rapport entre les effectifs des personnes âgées de 60 ans et plus et ceux des personnes âgées de 15 à 59 ans. Le rapport de dépendance est calculé en rapportant les effectifs des personnes de moins de 15 ans et ceux des personnes âgées de 60 ans et plus à ceux de la population en âge d'activité (de 15 à 59 ans).

caractère sélectif, la migration interne vient attiser davantage le phénomène du vieillissement démographique dans certaines régions.

**Tableau 11 : Indicateurs sur les structures par âge des régions en 2004**

Région	% moins de 15 ans	% 60 ans et plus	Indice de vieillissement	Rapport de dépendance des personnes âgées	Rapport de dépendance
Oued Ed-dahab-Lagouira	31,5%	2,8%	8,9%	4,3%	52,2%
Laayoune Boujdour Sakia El Hamra	31,9%	4,1%	12,7%	6,3%	56,1%
Guelmim Es-semara	34,1%	7,5%	22,0%	12,8%	71,1%
Souss Massa Draa	32,9%	8,1%	24,6%	13,7%	69,6%
Gharb Chrarda Beni Hssen	32,5%	7,2%	22,2%	11,9%	65,8%
Chaouia Ouardigha	32,1%	8,3%	25,9%	13,9%	67,6%
Marrakech Tensift Al-Haouz	33,1%	8,2%	24,9%	14,1%	70,5%
l'Oriental	29,5%	9,0%	30,7%	14,7%	62,8%
Grand Casablanca	25,9%	7,8%	30,0%	11,7%	50,7%
Rabat Salé Zemmour Zaer	28,3%	7,6%	26,9%	11,9%	56,0%
Doukkala Abda	33,3%	8,5%	25,5%	14,6%	71,7%
Tadla Azilal	33,0%	8,4%	25,6%	14,4%	70,8%
Meknès Tafilalet	30,4%	8,5%	28,1%	14,0%	63,7%
Fès Boulemane	30,6%	7,8%	25,5%	12,7%	62,4%
Taza Al Hoceima Taounate	34,1%	8,2%	24,1%	14,3%	73,4%
Tanger Tétouan	33,1%	7,5%	22,8%	12,7%	68,4%

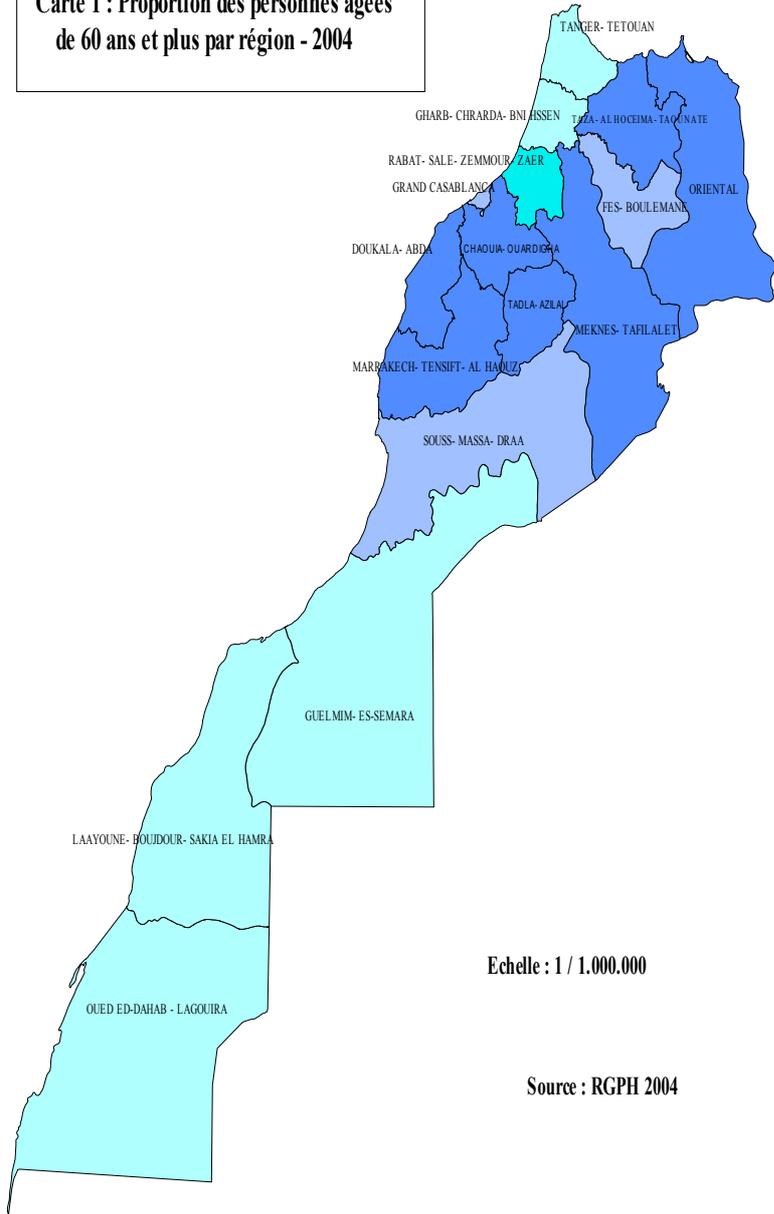
Source : RGPH 2004

En se référant à l'indice de vieillissement, connu également sous le nom de rapport âgés/jeunes, on se rend compte des différences qui prévalent entre les régions. L'indice varie de près de 9 personnes âgées (60 ans et plus) pour 100 jeunes (moins de 15 ans), observé pour Oued Eddahab Lagouira, à plus de 26% pour les régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer (26,9%), Meknès Tafilalet (28,1%), Grand Casablanca (30%) et l'Oriental (30,7%). D'une manière générale, ces régions vieillissantes sont également celles qui affichent des niveaux faibles de fécondité. En effet, si les femmes des régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer et l'Oriental arrivent juste à se reproduire en mettant au monde 2,1 enfants par femme, les résidentes du Grand Casablanca n'arrivent même pas à atteindre ce seuil de remplacement des générations ; leur niveau de fécondité étant de seulement 1,9 enfant par femme.

Quant au rapport de dépendance, il semble que la migration ait affecté le classement établi selon le précédent indice. Il varie de près de 50% (50 inactifs

pour 100 actifs) pour les régions du Grand Casablanca et de Oued Eddahab, à plus de 70% pour les régions de Marrakech Tensift Al-Haouz, Tadla Azilal, Guelmim-Es-semara, Doukkala-Abda et Taza-Al Hoceima-Taounate. Il est certain que la fécondité ne peut expliquer à elle seule le niveau du rapport puisque la migration intervient comme phénomène perturbateur en jouant surtout au niveau des âges actifs.

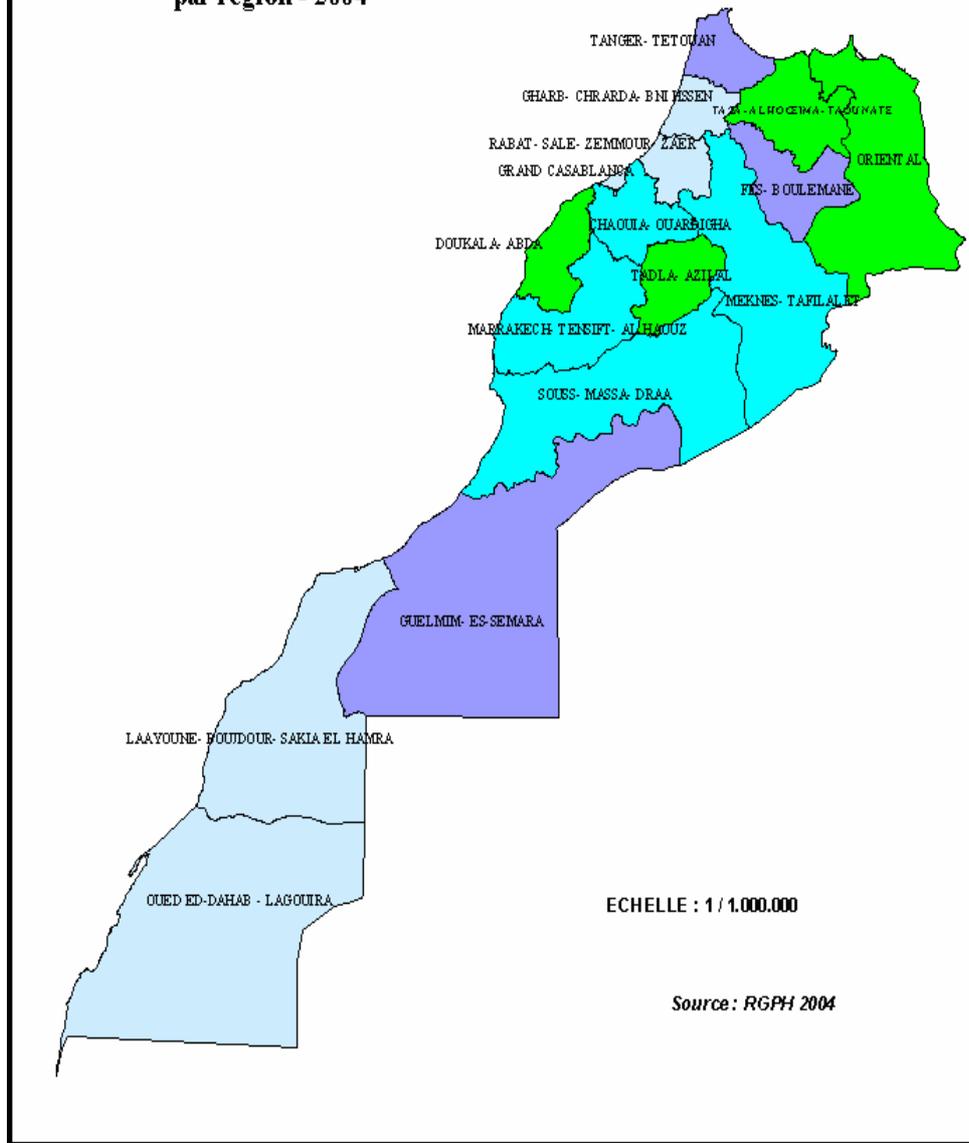
**Carte 1 : Proportion des personnes âgées de 60 ans et plus par région - 2004**



Echelle : 1 / 1.000.000

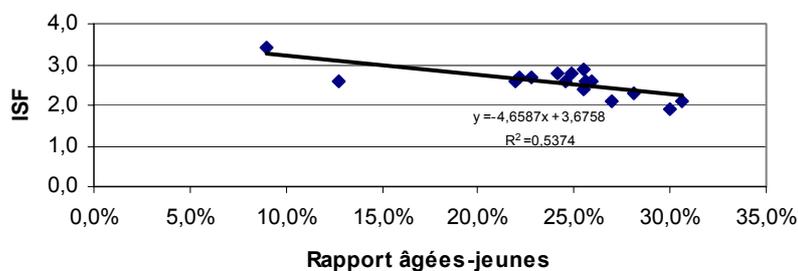
Source : RGPH 2004

**Carte 2 : Rapport de dépendance  
par région - 2004**

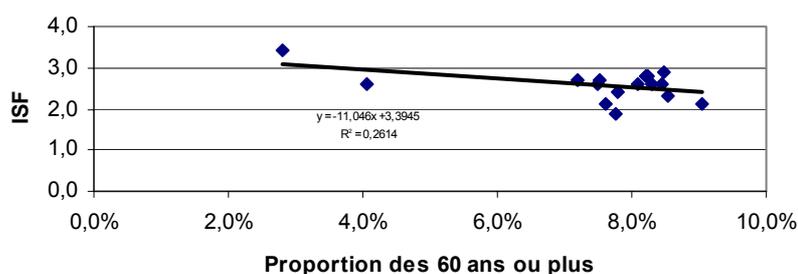


Enfin, la lecture des représentations graphiques suivantes permet d'affirmer que la fécondité, jusqu'à nos jours explique plus le vieillissement de la population marocaine. La corrélation est relativement forte entre le rapport des jeunes et la fécondité, d'une part, et la fécondité et l'indice de vieillissement, d'autre part.

**Figure 2: Corrélation de l'indice synthétique de fécondité avec le rapport âgés-jeunes, régions en 2004**



**Figure 3: Corrélation de l'indice synthétique de fécondité avec la proportion des 60 ans ou plus, régions en 2004**



## II. Caractéristiques des personnes âgées

L'analyse que nous avons menée précédemment, montre que le Maroc est déjà engagé dans sa transition démographique à l'instar de plusieurs pays. Ce processus, bien entendu, est accompagné de transformations de diverses natures, notamment, celles qui touchent la pyramide des âges. On assiste ainsi

au recul de la part de la population jeune, et par la suite, à une progression spectaculaire de celle des personnes âgées.

## II.1. Evolution des effectifs et répartition spatiale

Quoique la proportion des personnes âgées (60 ans et plus) n'ait progressé que de quelques points ces deux dernières décennies, il n'en demeure pas moins, qu'en termes absolus, cette frange de la population marocaine a connu une augmentation éminente durant la même période.

### II.1.1. Doublement des effectifs entre 1982 et 2004

A la date du dernier recensement (septembre 2004), on comptait près de 2,4 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus. Elles étaient de l'ordre de 833 mille seulement en 1960 et constituaient presque 1,3 million en 1982 accusant des augmentations de l'ordre de 55% et 84% respectivement pour la première période (1960-1982) et la seconde période (1982-2004). Cette dernière a connu une accélération de l'effectif de cette catégorie de la population. Son taux d'accroissement annuel moyen y était de l'ordre de 2,8% contre seulement 1,7% pour l'ensemble de la population marocaine. Par contre, entre 1960 et 1980, le rythme de croissance était légèrement inférieur à la moyenne nationale (2% et 2,6%, respectivement).

**Tableau 12 : Evolution des effectifs des personnes âgées de 60 ans et plus selon le milieu de résidence entre 1960 et 2004.**

Milieu	1960	1971	1982	1994	2004
Effectifs (en milliers)					
Urbain	195	314	473	867	1 240
Rural	638	764	816	974	1 135
Ensemble	833	1 077	1 288	1 841	2 376
Pourcentage					
Urbain	23,4%	29,1%	36,7%	47,1%	52,2%
Rural	76,6%	70,9%	63,3%	52,9%	47,8%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

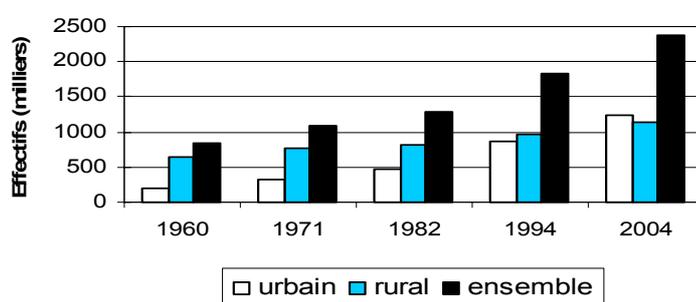
Source : Recensements de 1960, 1971, 1982, 1994 et 2004

### II.1.2. Répartition devenue majoritairement urbaine

Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, on compte plus d'urbains que de ruraux. Sur un total de 2,4 millions, plus de 52% ont élu résidence en milieu urbain. Cette répartition était toujours en faveur des ruraux puisque leur proportion était en 1960 de l'ordre de 77%, puis elle est passée à un peu plus de

63% en 1982. Ce n'est qu'à l'occasion du dernier recensement que cette répartition s'est inversée pour devenir en faveur des urbains. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce changement. Outre les baisses différentielles de la mortalité et de la natalité, la migration et le découpage administratif semblent expliquer une part de cette évolution de la répartition de l'effectif des personnes âgées entre les milieux urbain et rural<sup>2</sup>. Tous ces facteurs ont milité en faveur d'une progression rapide de la population âgée en milieu urbain. Son rythme de croissance a atteint annuellement 4,1% et 4,5%, respectivement, pour 1960-1982 et 1982-2004, contre 1,1% et 1,5% pour le milieu rural. Par contre, au niveau national, qu'elle soit urbaine ou rurale, la population a connu un fléchissement de sa croissance passant de 4,4% à 2,9% en milieu urbain et de 1,6% à 0,6% en milieu rural.

**Figure 4 : Effectifs des personnes âgées de 60 ans et plus selon le milieu de résidence, période 1960-2004**



### II.1.3. Répartition spatiale inégale

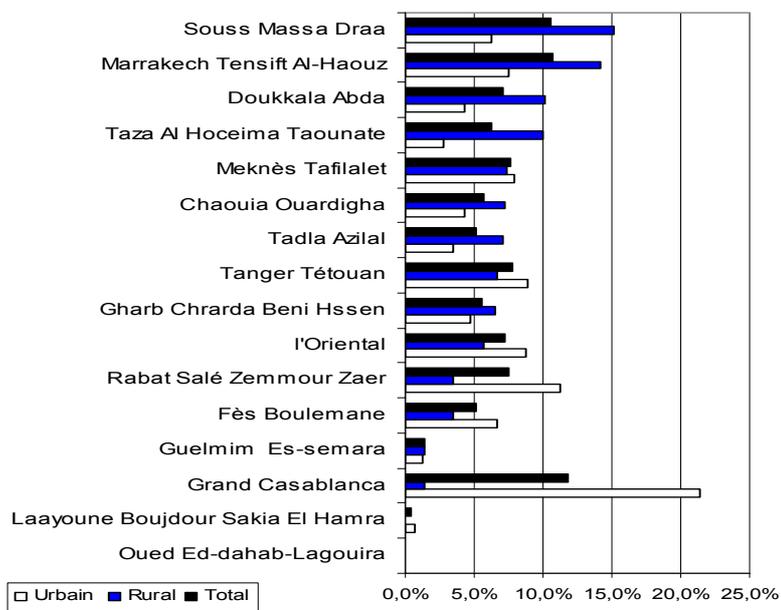
Les disparités en matière de vieillissement démographique de la population peuvent poser des problèmes pour les régions, particulièrement dans le milieu rural, dans lesquelles la migration des jeunes adultes, aspirant à une vie meilleure, aggrave davantage cette situation. En effet, l'examen de la répartition de l'effectif rural des personnes âgées de 60 ans et plus par région révèle que près de 50% de celui-ci est réparti entre quatre régions seulement. Il s'agit des régions de Taza Al Hoceima Taounate, Doukkala Abda, Marrakech Tensift Al-Haouz et Souss Massa Draa dont les rapports de dépendance,

<sup>2</sup> Il est à préciser, qu'entre deux recensements, l'espace urbain peut connaître des modifications dues à l'extension des périmètres urbains, d'une part, et au reclassement des localités rurales, d'autre part.

d'ailleurs, sont relativement plus élevés et dépassent largement la moyenne nationale.

S'agissant de la population urbaine, âgée de 60 ans et plus, les régions du Grand Casablanca et de Rabat Salé Zemmour Zaer se distinguent en s'accaparant plus du tiers de cette catégorie de population.

**Figure 5: Part des personnes âgées de 60 ans et plus par milieu et par région**



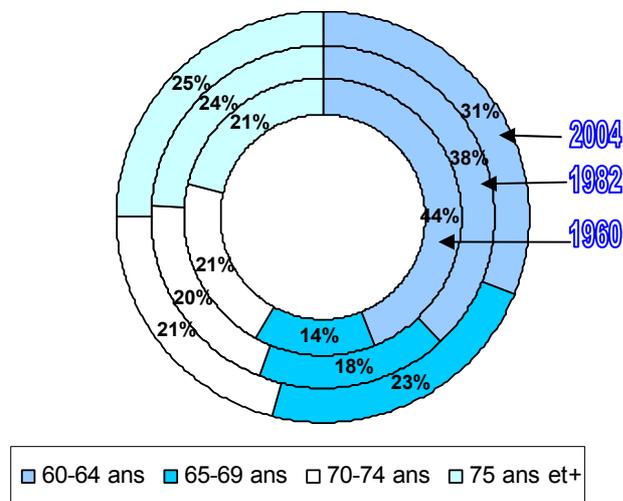
## II.2. Caractéristiques démographiques

### II.2.1. Répartition par âge

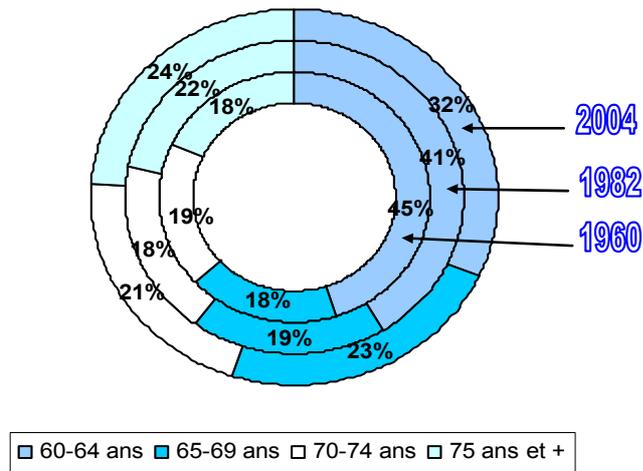
Comme il a été précisé précédemment le vieillissement par le sommet se traduit, avec le temps, par une augmentation de la part des personnes âgées de 60 ans et plus. On notera, en plus, qu'au sein même de cette frange de la population, la structure par âge connaît des modifications du fait du recul de la mortalité et de l'allongement de l'espérance de vie aux âges élevés.

En 2004, presque le tiers (31,2%) des personnes âgées ont un âge compris entre 60 et 65 ans. Cette proportion va diminuer, bien entendu, au fur et à mesure qu'on avance dans l'âge pour atteindre un peu plus de 25% pour les 75 ans et plus. Les deux autres groupes se partagent, presque à parts égales, le complément à 100 ; soient 22,5% et 21,2%, respectivement, pour 65-69 ans et 70-74 ans. Par comparaison aux années 1960 et 1982, on se rend compte des modifications qui ont affecté cette structure par âge puisque les proportions les plus élevées étaient observées pour les groupes relativement jeunes ; les 75 ans et plus ne constituent que près de 21% en 1960 et 24% en 1982. Cependant, il faut préciser que plus on remonte dans le temps, plus les structures par âge font l'objet de distorsions dues aux fausses déclarations d'âge, surtout aux niveaux des groupes d'âge plus élevés.

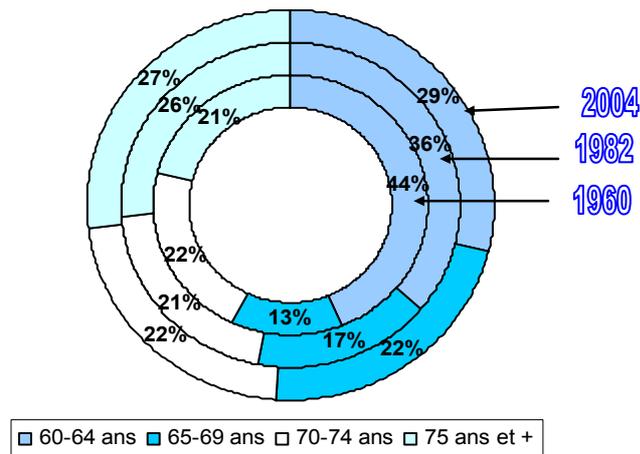
**Figure 6 : Structure de la population âgée de 60 ans et plus Selon le groupe d'âge en 1960, 1982 et 2004**



**Figure 7 : Structure de la population âgée de 60 ans et plus selon le groupe d'âge en 1960, et 1982 et 2004 Milieu urbain**



**Figure 8 : Structure de la population âgée de 60 ans et plus selon le groupe d'âge en 1960, 1982 et 2004 milieu rural**



On notera que, quel que soit le milieu de résidence, le vieillissement démographique a modifié également les structures par âge au niveau de la

tranche composée des personnes âgées. D'une manière générale, les parts des groupes plus jeunes ont diminué en faveur du groupe 75 ans ou plus, et ce, depuis 1960.

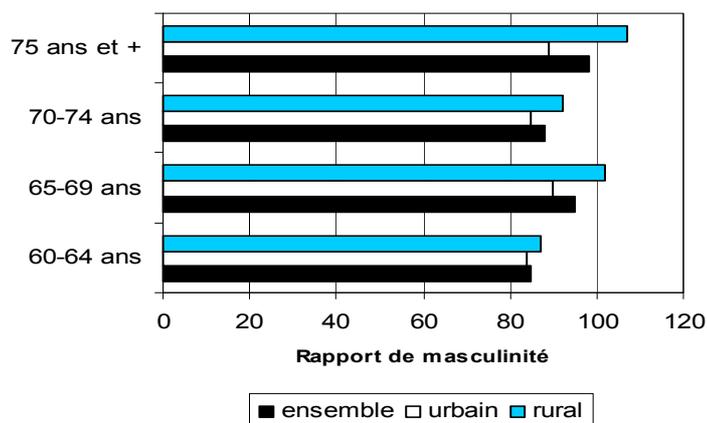
### II.2.2. Rapport de masculinité

En démographie, il est connu qu'il naît plus de garçons que de filles dans une proportion généralement égale à 104 garçons pour 100 filles. Avec l'âge, et à cause des effets de la mortalité différentielle et de la migration sélective, cette proportion peut pencher en faveur des uns ou des autres selon les conditions spécifiques dans lesquelles évoluent ces phénomènes.

Le rapport de masculinité, calculé sur la base des données du recensement de 2004, pour les personnes âgées de 60 ans et plus, révèle qu'il est en faveur des femmes ; soit près de 91 hommes pour 100 femmes. Cette proportion demeure une moyenne car le rapport de masculinité varie de 85 à 98 observés, respectivement, pour les générations de 1940-1944 (60-64 ans) et de celles nées avant 1928 (75 ans et plus). Ce déficit en hommes s'explique principalement par le fait qu'ils meurent plus d'hommes que de femmes.

La comparaison des rapports de masculinité selon le milieu fait ressortir un déficit en hommes plus important parmi les urbains que les ruraux. Il est de l'ordre de 13% pour les premiers, contre 4% seulement pour les seconds.

**Figure 9 : Rapport de masculinité selon les groupes d'âge et le milieu de résidence en 2004**



Les disparités sont également présentes entre les régions car le rapport de masculinité varie entre 82 et 126 hommes pour 100 femmes, observés, respectivement, à Chaouia Ourdigha et à Oued Eddahab Lagouira.

### II.2.3. Etat matrimonial

Selon le dernier recensement de la population (2004), la quasi-totalité des personnes âgées de 60 ans et plus ont contracté au moins un mariage. Parmi elles, on compte près de 65% qui sont mariées ; une proportion qui semble être marquée beaucoup plus par la part des hommes pour lesquels on relève plus de 90% de mariés, contre moins de 40% parmi les femmes.

D'autre part, du fait de l'élévation du risque de décès à ces âges, le veuvage concerne presque le tiers de la population en question. Cette fois-ci, contrairement à la catégorie analysée précédemment, la proportion est influencée davantage par la proportion des femmes: plus de 5 femmes sur 10 sont veuves contre moins de 1 sur 10 chez les hommes. Ceci trouve son explication, bien entendu, dans le fait que les hommes arrivent à refaire leur vie, après le décès de leurs épouses plus facilement que les femmes.

Quant aux célibataires ou divorcées, leur part ne dépasse guère 5% de la population étudiée. On retiendra, toutefois, la proportion relativement élevée des hommes encore célibataires à ces âges et qui a atteint 3%, contre 2% parmi les femmes. La part des femmes divorcées, par contre, est plus importante avec 2,5%, contre moins de 1% pour le sexe masculin.

**Tableau 13 : Proportions (%) des personnes âgées de 60 ans ou plus selon l'état matrimonial, le milieu de résidence et le sexe, 2004.**

Etat Matrimonial	Urbain	Rural	Ensemble
<b>Masculin</b>			
Mariés	89,7	90,8	90,2
Veufs	5,7	6,0	5,9
Autre	4,6	3,2	3,9
<b>Féminin</b>			
Mariées	37,0	45,5	40,9
Veuves	57,1	51,2	54,4
Autre	5,9	3,3	4,7
<b>Deux sexes</b>			
Mariés	61,5	67,7	64,5
Veufs	33,1	29,0	31,2
Autre	5,4	3,3	4,3

Source : RGPH 2004

Cette structure selon le sexe reste presque la même quel que soit le milieu de résidence. On peut néanmoins observer plus de femmes rurales mariées que de femmes urbaines (46% contre 37% pour les dernières). La relation est inversée quand il s'agit des femmes veuves qui sont plus présentes en milieu urbain (57%) qu'en milieu rural (51%). Une différence due probablement à la facilité du remariage des femmes veuves en milieu rural qu'en milieu urbain.

## II.3. Environnement familial

### II.3.1. Lien de parenté

L'examen de la répartition de la population âgée de 60 ans et plus selon le lien de parenté permet d'apporter un éclairage sur l'environnement familial dans lequel elle vit. D'une manière générale, il semble que la quasi totalité des personnes âgées est bien entourée par des personnes relevant de leurs familles (Lfarakh, 2000). En 2004, près de trois quarts des personnes âgées de 60 ans et plus vivent dans des ménages dirigés par des personnes appartenant à la même tranche d'âge, en tant que chefs de ménage ou conjoints et fils ou filles. Près de deux sur dix sont membres des ménages dirigés par leurs enfants.

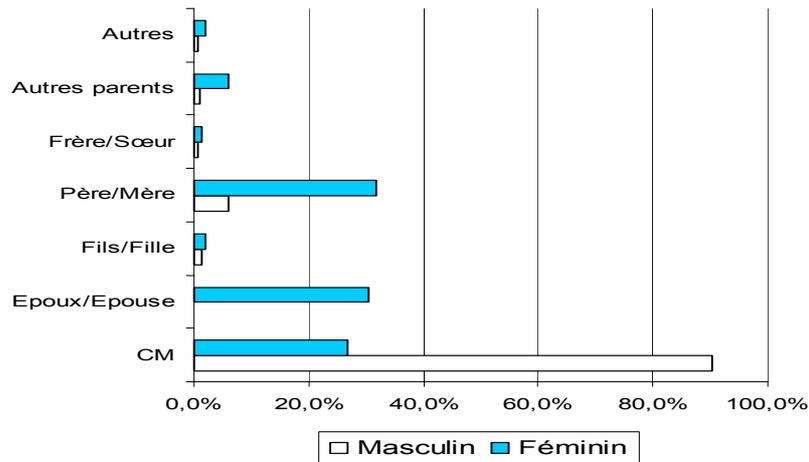
Malgré leurs âges avancés, les hommes, continuent à diriger leurs ménages dans 90% des cas et seulement 6% d'entre eux, contribuent dans des ménages en tant que « pères » des CM. Par contre, les femmes sont beaucoup plus présentes dans les ménages, en tant que mères ou épouses des CM dans une proportion de l'ordre de 63%. Ces statuts n'affaiblissent en rien le rôle des femmes dans la gestion des ménages puisque près de 27% des femmes âgées de 60 ans et plus continuent de se déclarer en tant que CM.

**Tableau 14 : Population âgée de 60 ans et plus selon le lien de parenté avec le CM et le sexe**

Lien de parenté	Masculin	Féminin	Total
CM	90,4%	26,8%	57,1%
Epoux/Epouse	0,1%	30,4%	15,9%
Fils/Fille	1,2%	1,9%	1,6%
Père/Mère	5,9%	31,8%	19,5%
Frère/Sœur	0,7%	1,2%	1,0%
Autres parents	1,1%	6,0%	3,7%
Autres	0,5%	2,0%	1,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Effectifs en mill.	1 133	1 234	2 409

Source : RGPH 2004

**Figure 10: Population âgée de 60 ans et plus selon le lien de parenté avec le CM et par sexe**



L'examen de la répartition de la population âgée, selon le milieu de résidence, ne semble pas présenter des différences notables. On notera, toutefois qu'il y a plus de citadins âgés qui vivent dans des ménages dirigés par des sexagénaires ou plus que leurs homologues ruraux. Autre chose qui mérite d'être signalé, il s'agit de la prise en charge des parents par leurs enfants CM, plus prononcée en milieu rural (22%) qu'en milieu urbain (17%).

**Tableau 15 : Population âgée de 60 ans et plus selon le lien de parenté avec le CM et par milieu**

Lien de parenté	Urbain	Rural
C.M	59,8%	53,7%
Epouse/époux	14,5%	17,3%
Fils ou Fille	2,1%	1,8%
Père ou mère	16,8%	21,9%
Frère ou sœur	1,0%	1,0%
Autres parents	4,3%	3,2%
Autres	1,5%	1,1%
Total	100,0%	100,0%
Effectif (en mill.)	1 262	1 147

Source : RGPH 2004

### II.3.2. Type de ménages

En utilisant la répartition de la population âgée selon le lien de parenté et celle des ménages selon le type de ménages, on peut déduire que près de 70% de la population âgée (1,7 million) fait partie des ménages, constitués d'au

moins deux personnes contre seulement 5% qui vit en solitude, soit un peu plus de 109 000 individus. Ces trois quarts de la population âgée se répartissent sur des ménages dont :

- Un peu moins de 54% sont composés d'un couple (avec CM personne âgée) et au moins des enfants célibataires ou non
- près de 25% sont constitués d'au moins une personne âgée (CM sans conjoint) et des enfants (célibataires ou non) ou autres personnes.

**Tableau 16 : Répartition des ménages dirigés par des personnes âgées selon le type de ménage et le milieu de résidence**

Type de ménage	Urbain	Rural	Total
Chef de ménage seul	8,3%	7,6%	7,9%
CM+Epouse	5,1%	5,7%	5,4%
CM+Enf. Célib	9,9%	5,7%	8,0%
CM+Enf (Celib. ou non). Ou autre	26,0%	23,1%	24,7%
CM+Epouse+Enf. Célib	25,2%	22,2%	23,9%
CM+Epouse+Enf. (Célib ou non) ou autre	25,5%	35,8%	30,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Effectifs (en milliers)	755	616	1 371

Source : RGPH 2004

Quel que soit le milieu de résidence, les personnes âgées vivent toujours en compagnie d'une ou plusieurs personnes de leurs familles, sauf une minorité de 5% et 4% qui vit seule respectivement en milieu urbain et rural<sup>3</sup>. En tenant compte des effectifs des personnes vivant seules, on déduit également, pour chaque milieu de résidence à part, la part des personnes âgées, vivant dans des ménages dont le CM est une personne âgée. On estime, de ce fait, que 71% et 69% des personnes âgées, respectivement en milieu urbain et en milieu rural, se répartissent sur des ménages (CM âgé de 60 ans ou plus) dont la majorité (plus de trois quarts des ménages) est de type :

- Couple (CM personne âgée) et enfants célibataires;
- Couple (CM personne âgée) et enfants (célibataires ou non) ou autres ;
- CM (personne âgée) et enfants (célibataires ou non) ou autres.

<sup>3</sup> Ces pourcentages sont déterminés en tenant compte des données du tableau 16 (ménages) et tableaux 14 et 15 (population).

### II.3.3. Taille des ménages

L'examen de la taille des ménages hébergeant des personnes âgées vient confirmer tout simplement ce qui a été déjà observé. Plus la taille des ménages est élevée plus la présence des personnes âgées est élevée.

Sur les 2,4 millions que compte cette population, presque 64%, parmi elle, fait partie des ménages constitués d'au moins 5 personnes. Une proportion qui s'avère plus importante parmi les ruraux que leurs homologues urbains dont les parts respectives sont de l'ordre de 69% et 59%. Quant aux ménages de petite taille (1 ou 2 personnes), les personnes âgées ne contribuent dans leur composition qu'avec une proportion qui ne dépasse guère 15%. Cette fois-ci, c'est une proportion qui est relativement plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

**Tableau 17 : Répartition de la population âgée selon la taille des ménages et par milieu**

Taille	Urbain	Rural	Ensemble
1 pers.	4,9%	4,1%	4,5%
2 pers	11,3%	9,3%	10,4%
3 pers	12,1%	8,5%	10,4%
4 pers	12,9%	9,0%	11,0%
5 pers	13,4%	10,2%	11,9%
6 pers. +	45,4%	59,0%	51,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Effectifs (en milliers)	1 262	1 147	2 409

Source : RGPH 2004

L'examen de l'état matrimonial des personnes âgées et membres des ménages de grandes tailles (5 pers. et plus), révèle qu'elles sont en majorité mariées (68%) et fort probablement ayant le statut de CM. Les veufs, dont la majorité sont de sexe féminin, y sont représentés dans une proportion légèrement inférieure à 29%. Cette répartition est globalement respectée quel que soit le milieu de résidence avec plus de veufs parmi les urbains et plus de mariés parmi les ruraux.

Par contre, la composition des ménages de petites tailles (moins de 3 personnes) affiche une proportion plus élevée de veufs. Elle est de l'ordre de 44% et celle des mariés se situe aux alentours de 47%. Les personnes âgées en situation de veuvage (47%), semblent contribuer plus dans la composition des ménages urbains de petites tailles un peu plus en tant que veufs (43% pour les mariés). Cette relation est inversée en milieu rural où l'on constate qu'il y a plus de personnes âgées mariées dans les ménages de petites tailles, soit près de

53% contre un peu moins de 41% pour les personnes âgées en situation de veuvage.

**Tableau 18 : Répartition des personnes âgées selon l'état matrimonial et le milieu de résidence (Ménages de moins de 3 personnes et de 5 personnes et plus)**

Etat mari.	Urbain	Rural	Ensemble
	Ménages 5 personnes et +		
Mariés	65,7%	69,6%	67,7%
Veufs	30,0%	27,4%	28,7%
Autre	4,3%	2,9%	3,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Effectifs (en milliers)	741	794	1 535
	Ménages moins de 3 personnes.		
Mariés	43,4%	52,9%	47,4%
Veufs	46,6%	40,9%	44,2%
Autre	10,0%	6,2%	8,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Effectifs (en milliers)	205	153	358

Source : RGPH 2004

## II.4. Alphabétisation

Malgré les grands efforts qui ont été déployés en matière d'éducation depuis l'Indépendance, le Maroc demeure un pays dont une grande part de sa population est analphabète. Au niveau national, et jusqu'à l'année 2004, on compte plus de 4 personnes sur 10, parmi la population âgée de 10 ans et plus, qui ne savent ni lire ni écrire. Cette proportion augmente au fur et à mesure que l'âge s'élève pour atteindre des niveaux très élevés chez les anciennes générations.

Les personnes âgées de 60 ans et plus, en 2004, provenaient des générations nées avant 1944. A cette époque, l'accès à l'éducation était un privilège dont ne jouissait qu'une minorité, notamment les fils de notables et ceux des colons (CERED, 1995). Il va sans dire que ces générations demeureraient, par la suite, associées à des niveaux d'analphabétisme très élevés, par rapport à ceux relevés chez les jeunes générations.

Selon les résultats du dernier recensement de la population, l'analphabétisme est deux fois plus important parmi la population âgée que l'ensemble de la population marocaine. Sur 100 personnes âgées, près de 84, parmi elles, déclarent ne pas savoir lire et écrire.

C'est une proportion qui s'avère relativement élevée en milieu urbain avec 92% (contre 76% en milieu rural) et chez les hommes avec 95% (contre 71%

chez les femmes). On notera aussi que pratiquement toutes les femmes rurales, âgées de 60 ans et plus sont analphabètes, contre seulement moins des trois cinquièmes parmi les citadins.

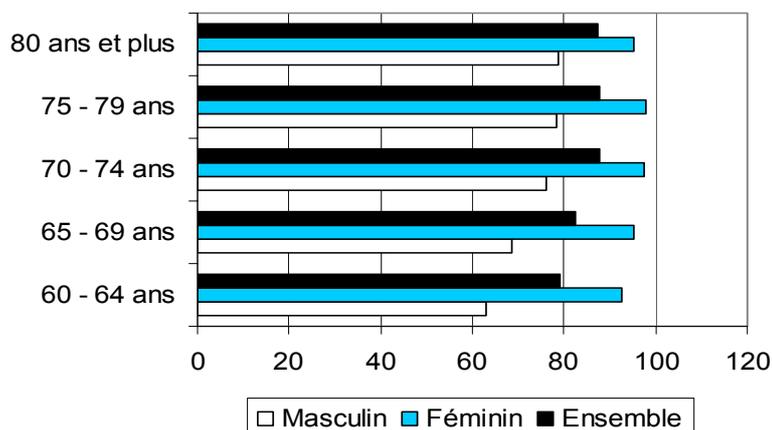
**Tableau 19 : Taux d'analphabétisme des personnes âgées de 60 ans et plus selon le milieu de résidence et le sexe.**

Milieu de résidence	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	58,4	91,8	76,2
Rural	84,8	99,1	92,1
Ensemble	71,3	95,2	83,8

Source : RGPH, 2004

Enfin, les données sur l'analphabétisme chez les personnes âgées de 60 ans et plus montrent qu'il n'existe pas de grandes disparités entre les générations constituant cette tranche d'âges. Le niveau d'analphabétisme semble être plus important et présente une stabilité chez les générations nées avant 1934.

**Figure 11: Proportion d'analphabètes par groupes d'âge et par sexe, 2004**



## II.5. Activité et emploi

Le taux d'activité devrait décliner avec l'âge notamment au delà de 50 ans. Cependant, le schéma d'évolution de l'activité des personnes âgées peut varier considérablement entre les pays. D'une manière générale, les personnes âgées sont économiquement plus actives dans les pays développés que dans les pays

en voie de développement. Le taux d'activité peut varier de 2% à plus de 50%, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, passant du premier groupe de pays au second (Kevin and al, 2005). Le Maroc, quant à lui, peut être classé dans cette dernière catégorie en l'absence d'un système approprié et généralisé de retraite.

### II.5.1. Taux d'activité

Bien qu'on retienne l'âge de 60 ans comme âge légal pour se retirer de la vie active, plusieurs personnes, âgées de 60 ans et plus, continuent d'être occupées dans les différents secteurs de l'économie. Ce sont des personnes, qui sont probablement contraintes à continuer à être actives en l'absence d'institutions qui soient en mesure de les prendre en charge durant la période de leurs retraites. En effet, sur 2,4 millions de marocains, ayant au moins l'âge de la retraite, près de 540 000 ont déclaré continuer d'exercer une activité économique à la date du recensement 2004, soit un taux d'activité de l'ordre de 22%.

**Tableau 20 : Taux d'activité des personnes âgées de 60 ans et plus selon milieu de résidence et le sexe**

Milieu de résidence	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	28,7	3,2	15,1
Rural	54,2	7,0	30,2
Ensemble	41,2	5,0	22,3

Source : RGPH 2004

Au-delà de 60 ans, la population active est dans sa quasi-totalité masculine ; le taux de féminisation est de moins de 12%. Malgré que le rapport de masculinité soit en faveur des femmes à cette tranche d'âge, il n'en demeure pas moins que le taux d'activité est plus fort parmi les hommes que chez les femmes. Il atteint plus de 41% chez les premiers contre 56% pour l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus. Quant aux femmes, il y a moins d'une femme sur 10 qui se déclare active au moment du dernier recensement. Cette proportion dépasse 17% pour l'ensemble des femmes âgées de 15 ans et plus.

Il ressort du tableau précédent que le taux global d'activité est beaucoup plus marqué par l'activité des ruraux que par celle des citadins. Les actifs ruraux constituent près 65% de la population active âgée de 60 et plus, ce qui donne un taux d'activité rural de l'ordre de 30%, contre seulement 15% dans le milieu urbain.

Enfin, quel que soit le milieu de résidence, le taux d'activité est plus marqué par l'activité des hommes que par celle des femmes. On notera, à ce propos, que plus de la moitié des ruraux de sexe masculin continuent à être actifs au delà de 60 ans, et seulement, plus du quart le sont dans le milieu urbain.

### II.5.2. Situation dans la profession

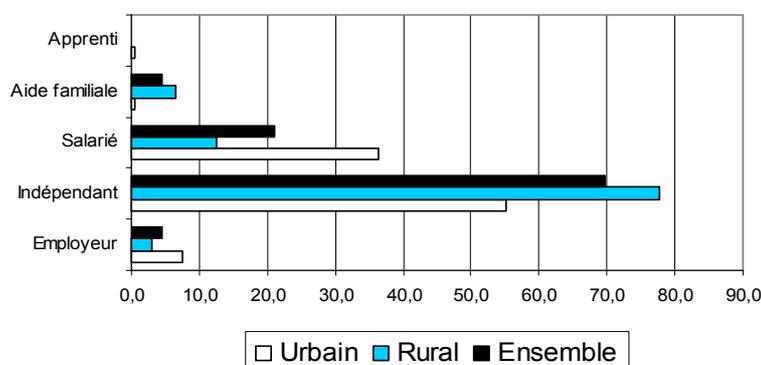
L'examen de la situation dans la profession des personnes actives âgées de 60 ans et plus, révèle la prédominance du statut d'indépendant. Sur les 540 000 actifs que compte cette frange de la population, près de 70% travaillent pour leurs propres comptes. A cet âge avancé, il y a même ceux qui continuent à travailler comme salariés dans l'absence ou l'insuffisance d'une pension de retraite. Cette catégorie constitue presque le cinquième de la population active.

**Tableau 21 : Répartition de la population active âgée de 60 ans et plus selon la situation dans la profession et le milieu de résidence**

Situation dans la profession	Urbain	Rural	Ensemble
Employeur	7,5	2,9	4,6
Indépendant	55,2	77,8	69,8
Salarié	36,4	12,6	21,0
Aide familiale	0,5	6,5	4,4
Apprenti	0,4	0,2	0,3
Total	100,0	100,0	100,0

Source : RGPH, 2004

**Figure 12 Répartition de la population active occupée âgée de 60 ans et plus selon la situation dans la profession et le milieu de résidence**



Etant donné la différence de la nature des activités exercées entre le milieu urbain et le milieu rural, on observe que les ruraux contribuent à la production des biens et services en tant qu'indépendants dans une proportion plus importante qui se situe aux environs de 78%. Et bien que cette proportion est relativement moins forte en milieu urbain (55%), on peut dire que, quel que soit le milieu de résidence, les personnes âgées sont plus penchées à occuper des emplois en tant qu'indépendants. Le statut de salarié est plus répandu parmi les urbains que parmi les ruraux pour lesquels on relève des proportions respectives de l'ordre de 36% et 13%.

Si le statut d'employeur se présente comme une occupation relativement moins pénible par rapport aux autres, il y a lieu de préciser que, malgré leurs âges, les personnes âgées continuent d'exercer une activité en tant qu'aides familiaux. Dans le premier cas, la part de la catégorie des employeurs est plus importante dans le milieu urbain. Quant au statut d'aide familial, il est plus associé aux activités exercées en milieu rural qu'en milieu urbain.

### **II.5.3. Secteur d'activité**

Comme il a été déjà signalé, près des deux tiers de la population active âgée de 60 ans et plus relèvent du milieu rural. Cette caractéristique ressort également de la répartition de cette population selon le secteur d'activité puisque 68% des actifs exercent des activités dans le secteur de « l'Agriculture, forêt et pêche ». C'est une proportion qui est plus marquée par l'occupation des ruraux dans ce secteur ; plus de 9 sur 10 actifs parmi eux exercent une activité relevant de ce secteur contre un peu plus de 15% pour les urbains.

Vient en seconde place, le secteur des services qui mobilise plus du quart (26%) de la population active âgée de 60 ans et plus. Là, par contre, c'est un niveau influencé beaucoup plus par les actifs de la partie urbaine. En effet, on peut relever que plus de 70% des personnes âgées actives, en milieu urbain, exercent des activités dans le secteur des services.

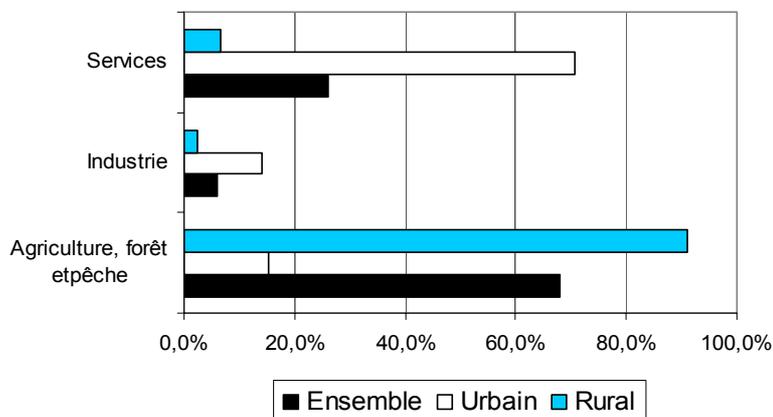
**Tableau 22 : Répartition des actifs âgés de 60 ans et plus selon la branche d'activité et le milieu de résidence**

<b>Secteur d'activité</b>	<b>Urbain</b>	<b>Rural</b>	<b>Ensemble</b>
Agriculture, forêt et pêche	15,1%	90,9%	68,0%
Industrie	14,2%	2,3%	5,9%
Services	70,6%	6,7%	26,0%
Activités mal désignées	0,1%	0,1%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête emploi 2004

Quant au secteur de l'industrie, les personnes âgées économiquement actives n'y sont mobilisées que dans une proportion de moins de 6%. Elles y sont plus présentes en milieu urbain avec près de 14% des actifs contre seulement 2,3% en milieu rural

**Figure 13: Proportions des actifs âgés de 60 ans et plus selon le secteur d'activité et le milieu, 2004**



#### II.5.4. Activités informelles non agricoles

Par opposition au « secteur formel », le « secteur informel » ou « non structuré » est défini comme étant la partie de l'économie qui n'est pas (ou peu) réglementée par des dispositions légales ou contractuelles. La 15<sup>ème</sup> Conférence Internationale des Statisticiens du Travail de 1993 considère le secteur informel comme étant un ensemble d'unités de production qui constituent un élément, au sein du Système de Comptabilité Nationale (SCN), du secteur institutionnel des ménages en tant qu'entreprises individuelles. Ces entreprises ne disposent pas de comptabilité complète permettant une distinction entre les activités de production de l'entreprise et les autres activités du propriétaire (Charmes, 2003). Ce type d'entités économiques ne peut être séparé du ménage ni du membre du ménage qui en est le propriétaire.

Selon l'Enquête Nationale sur le Secteur Informel Non Agricole (ENSI-NA) 1999-2000, on compte plus de 154 000 emplois informels occupés par des personnes âgées de 60 ans et plus, soit plus de 77% de l'emploi non agricole occupé par cette catégorie de population. Malgré la faiblesse du taux d'activité féminine d'une manière générale, la femme âgée est contrainte parfois à

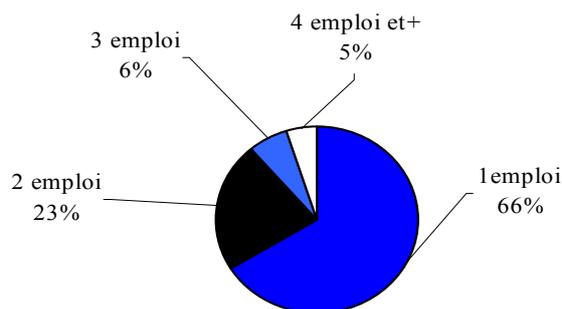
exercer une activité informelle pour subvenir à ses besoins quotidiens. De ce fait, on verra qu'elle contribue dans l'emploi informel dans une proportion supérieure à 8% (DPEP, 2003).

Les études portant sur le secteur informel ont montré que la majorité des personnes qui y trouvent refuge, est constituée d'indépendants. Les résultats de ENSI-NA viennent confirmer cette thèse, notamment pour les personnes âgées de 60 ans et plus, pour lesquelles cette proportion est de l'ordre de 87%, soit plus de 133000 actifs exercent des activités informelles en tant qu'indépendants. Il est à préciser également que près des 75% parmi eux sont localisés dans le milieu urbain.

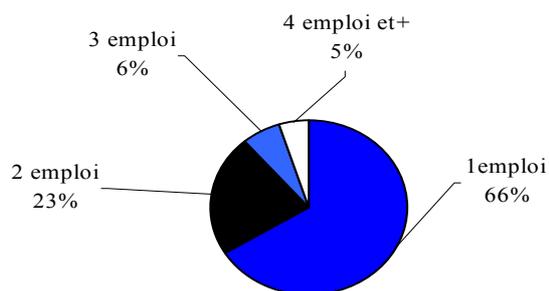
Les personnes qui s'adonnent aux activités informelles disposent généralement de peu de moyens. Elles sont contraintes de les exercer à domicile ou hors d'un local dans près de 50% des cas.

Ce sont également des personnes qui travaillent à leur propre compte. On observe, de ce fait, que près des deux tiers, parmi elles, exercent leurs activités dans des unités informelles d'un seul emploi. Leurs activités informelles relèvent beaucoup plus du secteur du commerce et de la réparation.

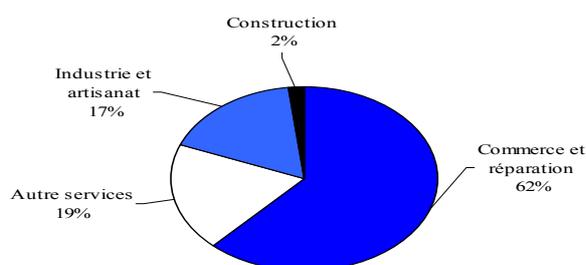
**Figure 14 : Répartition de l'emploi informel occupée par les personnes âgées de 60 ans et plus selon le type du local**



**Figure 15 : Répartition de l'emploi informel occupé par les personnes âgées de 60 ans et plus selon la taille de l'unité informelle**



**Figure 16 : Répartition de l'emploi informel occupé par les personnes âgées de 60 ans et plus selon le secteur d'activité**



## II.6. Niveaux des dépenses et pauvreté

En principe, par référence au profil des personnes âgées, il est à présager que cette frange de la population peut être également associée à des conditions de vie défavorables.

## II.6.1. Niveaux des dépenses

L'examen du lien de parenté avec le chef de ménage a fait ressortir que près de 60% de la population âgée de 60 ans et plus, ont été recensés en 2004 en tant que chefs de ménage et un peu moins de 16% l'ont été en tant qu'épouses ou époux. Ceci suppose que près des trois quarts de cette frange de la population vivent dans des ménages dirigés par des personnes âgées de 60 ans au moins.

On traitera les niveaux de dépenses de cette population à travers les ménages dirigés par des CM âgés de 60 ans et plus. D'ailleurs même les personnes âgées, vivant dans le reste des ménages, se partagent le même niveau de vie avec le reste des membres du ménage dont elles font partie, car la dépense moyenne par personne qui est affectée à chacune d'elles, est calculée sur la base de la dépense globale du ménage.

**Tableau 23 : Dépense annuelle moyenne par personne et répartition des ménages selon les classes de dépenses et selon le milieu de résidence (ménages dont CM est âgé de 60 ans ou plus<sup>4</sup>)**

Classes de dépenses <sup>5</sup>	Urbain		Rural		Ensemble	
	DAMP	%ménage	DAMP	%ménage	DAMP	%ménage
Moins de 3 542 DH	2 685	4,7%	2 643	24,1%	2 652	12,7%
De 3 542 DH à moins de 5 032 DH	4 301	10,4%	4 243	22,7%	4 266	15,5%
De 5 032 DH à moins de 7 046 DH	5 996	17,7%	5 952	19,6%	5 977	18,5%
De 7 046 DH à moins de 10 881 DH	8 793	26,1%	8 612	21,0%	8 732	24,0%
10 881 DH et plus	19 392	41,1%	17 110	12,5%	19 040	29,3%
Ensemble	10 651	100,0%	5 694	100,0%	8 399	100,0%

Source : Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000-2001

<sup>4</sup> On évalue à 1,4 million le nombre de ménages(755 urbains et 616 ruraux) dirigés par des personnes âgées de 60 ans ou plus.

<sup>5</sup> Le premier quintile est composé des 20% de la population totale les plus défavorisés. Le cinquième est, par contre, constitué des 20% les plus aisés de la population totale.

Les résultats de l'Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des ménages (ENCDM 2000-2001) ne permettent pas d'appréhender une différence en matière de dépenses entre les ménages dirigés par des personnes âgées et l'ensemble des ménages. D'ailleurs le calcul de la dépense annuelle moyenne par personne (DAMP) des premiers s'apparente avec celle de ces derniers. Elle est de l'ordre de 8400 DH et 8300 DH respectivement.

L'examen des dépenses des ménages dont les CM sont âgés de 60 ans ou plus, révèle que le premier quintile, défini par les DAMP inférieures à 3542 DH, correspond aux dépenses des ménages les plus défavorisés. Ils constituent près de 13% (contre 15% au niveau national) et sont associés à une dépense moyenne par personne de l'ordre de 2652 DH (2674 DH au niveau national).

Par contre les ménages les plus aisés, par contre, relèvent du cinquième quintile qui coïncide avec des DAMP supérieures à 10 881 DH. On compte plus de 29% (27% au niveau national) des ménages ayant des DAMP dépassant ce seuil. C'est aussi la classe qui comprend plus de ménages par référence aux autres classes. La dépense annuelle moyenne par personne, qui lui est associée, atteint plus de 19 000 DH, soit plus de sept fois celle calculée pour la classe des défavorisés.

Une ventilation par milieu de résidence, permet de constater qu'il y a plus de ménages ruraux ayant de faibles DAMP que de ménages urbains. En effet, quoique la dépense annuelle moyenne par personne semble présenter des similitudes, en termes de moyennes, entre les milieux, quelle que soit la classe de dépense, il n'en demeure pas moins que la part des ménages ruraux ayant une dépense par personne inférieure à 3542 DH est presque 5 fois celle des ménages urbains, soit des proportions respectives de l'ordre de 24% et 5%. Par contre, la relation est inversée s'il s'agit de la classe des dépenses élevées dépassant 10 881 DH. Dans ce cas, on compte plus de ménages urbains que ruraux. Témoignant d'un niveau de dépense plus élevé, plus de 41% (38% au niveau de l'urbain national) des ménages urbains affichent des dépenses annuelles moyennes par personne supérieures à 10 881 DH. Cette proportion n'est que de 12,5% (9,5% au niveau du rural national) pour les ménages ruraux.

### **II.6.2. Structure des dépenses**

Les résultats issus de la dernière enquête sur la consommation et les dépenses des ménages (ENCDM 2000-2001), révèlent que la structure de la dépense ne semble pas présenter de grandes différences passant de l'ensemble des ménages aux ménages dirigés par des personnes âgées de 60 ans et plus.

Pour ces derniers, on peut dire que près de 65% de la dépense annuelle par personne est destinée à « l'alimentation » ou « habitation et énergie ». Viennent ensuite les dépenses relatives, d'une part, à « l'hygiène et aux soins médicaux », et d'autre part, aux « transports et communications » qui se partagent presque 16% de la dépense annuelle par personne avec un léger avantage pour la rubrique « hygiène et soins de santé ».

**Tableau 24 : Coefficients budgétaires selon les grands groupes de biens et services et le milieu de résidence (Ménages avec CM âgés de 60 ans ou plus)**

<b>Grand groupe de biens et services</b>	<b>Urbain</b>	<b>Rural</b>	<b>Ensemble</b>
Alimentation	38,8%	49,4%	42,1%
Habillement	4,4%	4,1%	4,3%
Habitation et énergie	23,3%	20,7%	22,5%
Equipements ménagers	3,4%	4,2%	3,7%
Hygiène et soins médicaux	9,5%	6,6%	8,6%
Transports et communications	8,1%	5,8%	7,4%
Enseignement, culture et loisirs	3,4%	1,5%	2,8%
Autres dépenses de biens et services	5,8%	4,7%	5,4%
Dépenses non destinées à la Consommation	3,3%	3,1%	3,3%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>DAMP (en DH courants)</b>	<b>10 651</b>	<b>5 694</b>	<b>8 399</b>

Source : Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000-2001

Avant d'examiner la structure de la dépense selon le milieu de résidence, rappelons que la dépense annuelle moyenne par personne est multipliée par 2, passant des villes à la campagne. Cette différence dans le niveau de la dépense est très corrélée à la différence entre les coefficients budgétaires passant d'un milieu à un autre. D'ailleurs, il est connu que plus le revenu est important moins élevée est la part des dépenses destinées à l'alimentation.

De ce fait, on observe que chez les ruraux, l'alimentation s'accapare près de 50% de l'ensemble des dépenses. Les résidents de la ville, quant à eux, consacrent seulement près de 39% de leurs dépenses pour acquérir les produits alimentaires. Par contre, un ménage urbain dépense plus pour l'habitation et l'énergie que son homologue rural. Les parts de ces rubriques dans la dépense annuelle par personne sont de l'ordre de 23,3% et 20,7% respectivement. Il est à préciser, toutefois, que malgré cette différence, il n'en demeure pas moins que le ménage rural consacre près de 70% de la dépense annuelle par personne pour l'acquisition des biens et services relevant des catégories « Alimentation » ou

« Habitation et énergie » contre un peu plus de 60% de celle des ménages urbains.

On peut retenir également de ce tableau que les dépenses des ménages urbains en matière d'hygiène et de soins de santé, d'une part, et de transport et communication d'autre part, sont plus importantes que celles effectués par les ménages ruraux ; les parts respectives étant de 17,6% et 12,4%. Cette différence peut être expliquée, non seulement par la faiblesse du budget des ménages ruraux, mais aussi par la limite de l'accessibilité de ces derniers à ce type de biens et services. D'autre part, il est observé également que les préoccupations pour l'enseignement, la culture et les loisirs sont plus présentes chez les ménages urbains que chez les ruraux. La part passe du simple à plus du double de la campagne à la ville.

Cette analyse sur la structure des dépenses des ménages gérés par des personnes âgées de 60 ans et plus permet de mettre le doigt sur les différences qui affectent des coefficients budgétaires passant d'un milieu à un autre. Ces différences sont expliquées, non seulement, par les niveaux de revenus, mais également, par les changements des attitudes des ménages par rapport à certains biens et services.

On verra aussi, par la suite, que même à niveaux comparables de dépenses, les structures des dépenses des ménages peuvent faire l'objet de remaniements notables si elles sont dirigées par des personnes âgées 60 ans ou plus.

**Tableau 25 : Rapport des dépenses annuelles par personne Selon grands groupes de biens et services et selon le milieu de résidence**

Grands groupes de biens et services	Urbain	Rural	Ensemble
Alimentation	102	107	103
Habillement	88	103	91
Habitation et énergie	103	106	103
Equipements ménagers	90	113	96
Hygiène et soins médicaux	114	127	115
Transports et communications	99	110	100
Enseignement, culture et loisirs	79	89	79
Autres dépenses de biens et services	98	99	97
Dépenses non destinées à la Consommation	83	123	91
DAMP	100	108	101

Source : Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000-2001

NB : Rapport= dépense annuelle moyenne par personne des ménages dirigés par des Chefs de ménages âgés de 60 ans et plus rapportée à la dépense annuelle moyenne par personne correspondant à l'ensemble des ménages.

Comme il a été précédemment signalé, la dépense moyenne annuelle par personne observée pour les ménages dirigés par les CM âgés par 60 ans et plus s'apparente totalement avec la moyenne nationale. Cependant, la comparaison des structures respectives révèle des différences relativement importantes. On retiendra, à ce propos, surtout les dépenses destinées à l'hygiène et les soins médicaux qui semblent dépasser la moyenne nationale de près de 15% chez les ménages dirigés par des personnes âgées de 60 ans et plus. Cette majoration atteint 27% pour les ménages habitant la campagne, dans un contexte où l'accessibilité à l'hygiène et aux soins de santé pose encore un sérieux problème pour la plupart des ménages ruraux.

Il ressort du tableau précédent que les ménages étudiés (CM âgé de 60 ans ou plus) dépensent moins dans la catégorie «enseignement, culture et loisirs» par rapport à la moyenne nationale. La DAMP consacrée à cette rubrique se situe à près de 80% de ladite moyenne. L'écart est plus prononcé en milieu urbain qu'en milieu rural ; chose qui peut être expliquée par la composition des ménages qui semble vraisemblablement être constituée de membres plus jeunes en milieu rural qu'en milieu urbain.

#### **II.6.2.1. Morbidité et couverture médico-sanitaire**

Il est reconnu que la dépense annuelle par personne, consacrée aux soins médicaux devrait, en principe, connaître une hausse pour les personnes âgées qui courent plus le risque de tomber malade par rapport au reste de la population. En effet, les résultats de l'Enquête Nationale sur les Niveaux de vie des ménages l'ont déjà confirmé puisque plus de 31% parmi la population âgée de 60 ans plus ont déclaré tomber malades durant les quatre semaines précédant l'enquête. Une proportion réduite de moitié au niveau national (16,5%).

Il semble que les personnes âgées de 60 ans ou plus déclarent plus être exposées à la maladie en milieu urbain qu'en milieu rural, soient des taux de morbidité respectifs de 35% et 28%. Ces proportions se réduisent presque de moitié pour l'ensemble de la population quel que soit le milieu de résidence. Ce constat doit être lu avec précaution car les disparités existantes en matière d'accessibilité aux services sanitaires, sont plutôt en faveur de la population urbaine que rurale. Il est également question d'envisager la possibilité que les ruraux omettent volontairement ou involontairement de déclarer certains cas de maladies qu'ils jugent insignifiants.

**Tableau 26 : Taux de morbidité, de consultation et de couverture médico-sanitaire selon le groupe d'âge et le milieu de résidence**

G.d'âge	Urbain	Rural	Ensemble
Taux de morbidité			
60 ans et plus	34,6%	27,9%	31,4%
tous âges	19,3%	13,3%	16,5%
Taux de consultation			
60 ans et plus	70,8%	58,3%	65,5%
tous âges	71,7%	56,3%	66,0%
Taux de couverture médico-sanitaire			
60 ans et plus	12,4%	1,6%	7,1%
tous âges	21,8%	3,8%	13,5%

Source : Direction de la Statistique (2002) Accessibilité aux soins de santé et niveau de vie

Malgré ce niveau de morbidité relativement élevé chez les personnes âgées, le taux de consultation ne semble pas présenter une différence notable s'il est comparé à celui affiché au niveau national. Et ceci reste valable quel que soit le milieu de résidence. La population urbaine âgée demeure, toutefois, plus privilégiée pour bénéficier de la proximité des services sanitaires en affichant un taux de consultation de plus de 70% contre 58% pour la population rurale âgée.

Cette situation de morbidité aux âges avancés devient plus critique si l'on sait que la couverture par un système d'assurance médicale fait défaut. En effet, cette couverture n'existe que pour une population très réduite. Selon l'enquête sur les niveaux de vie des ménages, seule une proportion de 14% de la population totale déclare bénéficier d'une couverture médico-sanitaire. Quant aux personnes âgées, cette couverture n'avantage que 7%, parmi elles, sachant que c'est une frange de la population qui, de par son âge, est plus exposée à la maladie que le reste de la population.

De cette situation, ce sont, surtout, les ruraux qui sont les plus lésés. En effet, outre le faible revenu dont dispose ces derniers, la couverture ne concerne que 4% de cette population ; cette proportion ne dépasse pas 2% parmi les ruraux âgés de 60 ans ou plus. Même en milieu où l'on relève des taux de couverture relativement élevés, on est encore très loin d'avoir atteint des niveaux acceptables, car seule une proportion de 22% de la population dispose d'une couverture médicale et encore moins parmi les personnes âgées de 60 ans et plus dont le taux se situe à un peu plus de 12%.

### II.6.3. Pauvreté et vulnérabilité

Le seuil de pauvreté est défini selon l'approche monétaire laquelle est basée sur les dépenses des ménages, qui semblent présenter plus de stabilité que les revenus. La ligne de démarcation entre pauvres et non pauvres est définie par la valeur d'un panier minimal de biens alimentaires nécessaires à la survie quotidienne (2000 kilos de calories par personne et par jour selon la FAO), laquelle est majorée par le montant requis pour l'acquisition des biens non alimentaires indispensables (habillement, transport, hygiène, eau, énergie, etc.) aux ménages ayant juste le niveau de seuil de pauvreté alimentaire.

Malgré les transformations socio-économiques qu'a connues le Maroc, il semble que les personnes âgées continuent de bénéficier d'une solidarité familiale. De ce fait, rares sont les personnes qui vivent seules ou dans des ménages monoparentaux (Lfarakh, 2000). D'autres études révèlent que les personnes âgées ne sont pas toujours prises en charge par leurs enfants mais c'est le contraire qui se produit puisque même à un âge avancé, elles continuent à subvenir à leurs propres besoins et à ceux de leurs enfants adultes. Cette situation s'aggrave davantage quant elles dirigent des ménages de grandes tailles (Doudich, 2000).

En comparant les ménages selon l'âge du CM, on se rend compte que la pauvreté est moins sévère parmi les ménages avec CM âgés de 60 ans ou plus. On retient de ce fait que le taux de pauvreté, en termes de population, qui leur est associé, se situe aux environs de 17% contre 19% pour l'ensemble des ménages.

La pauvreté sévit plus en milieu rural qu'en milieu urbain ; elle touche près de 22% de la population rurale correspondant aux ménages dirigés par des CM âgés de 60 ans et plus, la moyenne pour l'ensemble de la population rurale étant de l'ordre de 27%. Quant au milieu urbain, la proportion est moins importante, elle est de 12% quelle que soit la catégorie de population (CM âgés de 60 ans et plus ou ensemble des ménages).

**Tableau 27 : Taux de pauvreté et de vulnérabilité selon le groupe d'âge du CM et le milieu de résidence**

<b>G.d'âge du CM</b>	<b>Urbain</b>	<b>Rural</b>	<b>Ensemble</b>
Taux de pauvreté			
60 ans et plus	12,3%	21,7%	16,7%
Tous âges	12,0%	27,2%	19,0%
Taux de vulnérabilité			
60 ans et plus	31,1%	47,3%	38,8%
Tous âges	33,4%	55,4%	43,5%

Source : Direction de la Statistique (2000, 2002b)

Le taux de pauvreté, défini dans le cadre de l'approche dite monétaire, est fortement influencé par les fluctuations que peuvent connaître les revenus, sachant que plusieurs ménages disposent de sources financières précaires et irrégulières, notamment ceux dirigés par des personnes âgées. En outre, l'absence d'une protection sociale institutionnalisée contre l'imprévu (perte d'emploi, maladie, infirmité...) vient renforcer davantage cette thèse, et fait en sorte que plusieurs ménages courent le risque, à tous moments, d'être rattrapés par le seuil de pauvreté. Autrement dit, à côté d'une population pauvre, il existe, toujours, une frange de la population dont le revenu est supérieur au seuil, mais qui demeure une population vulnérable à la pauvreté.

On estime cette population à 39% parmi les membres des ménages dirigés par les personnes âgées. Une proportion affectée beaucoup plus par la part des ruraux qui dépasse 47% contre seulement 31% pour les urbains. On notera toutefois que malgré leurs niveaux élevés, ces taux de pauvreté demeurent inférieurs à ceux estimés pour le niveau national, et ce quelque soit le milieu de résidence.

### **III. Perspectives des personnes âgées**

Cette partie sera consacrée à l'évolution future de la population âgée. Les données utilisées proviennent des nouvelles projections réalisées par le Centre de Recherches et d'Etudes Démographiques sur la base de nouvelles données fournies par le dernier recensement 2004. La population âgée sera constituée des personnes âgées de 60 ans et plus.

#### **III.1. Evolution de la population âgée projetée**

Sur la base des hypothèses établies par le CERED, la population âgée de 60 ans et plus connaîtrait une évolution spectaculaire durant les trois décennies à venir. De 2,4 millions au milieu de l'année 2004, cette population va doubler à l'horizon 2024, en atteignant la barre plus de 4,8 millions. Elle continuerait à

croître considérablement pour se situer à plus de 6,5 millions en 2034, soit presque 3 fois la population de 2004.

Il est vraisemblable que cette population connaisse une croissance plus importante que celle des autres grands groupes d'âge, puisque sa part passerait de 8% en 2004 à plus de 13% en 2024, puis elle constituerait près de 17% de la population totale vers la moitié de l'année 2034. En effet, à cause de la baisse de la fécondité, la pyramide des âges ne serait pas suffisamment alimentée par la base ; ce qui favoriserait davantage la tendance baissière de la part des jeunes. L'allongement de la vie aux âges élevés conduirait, par contre, à élever la part des personnes âgées.

Il semblerait que la population âgée, en milieu urbain, va croître plus rapidement que celle résidant dans la partie rurale du pays. De 1,2 million en 2004, elle va doubler aux environs de 2019 et serait multipliée par 3,7 fois à l'horizon 2034, pour atteindre respectivement 2,5 et 4,6 millions. Par contre, en milieu rural, cette catégorie de la population va augmenter de seulement 69%, durant la même période pour atteindre 1,9 million en 2034.

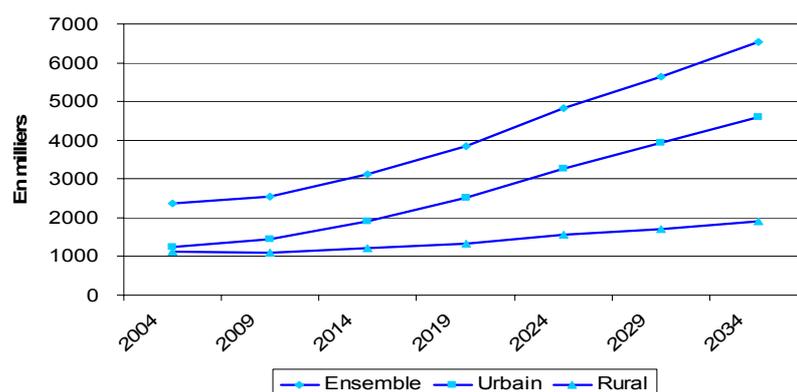
En termes relatifs, la part de la population âgée en milieu urbain, passerait de près de 8% en 2004 à un peu moins de 12% en 2019, et va plus que doubler en 2034 en se situant à plus de 18% contre 14% en milieu rural.

**Tableau 28 : Evolution projetée de la population âgée de 60 ans et plus et de sa part dans la population totale selon le milieu de résidence, 2004-2034**

	2004	2009	2014	2019	2024	2029	2034
	<b>Ensemble (en milliers)</b>						
60 ans et plus	2376	2555	3122	3847	4823	5645	6530
%	8,0%	8,1%	9,4%	11,1%	13,3%	15,0%	16,8%
Rapport effectifs (2004=100)	100%	108%	131%	162%	203%	238%	275%
	<b>Urbain</b>						
60ans et plus	1241	1445	1906	2509	3271	3941	4609
%	7,6%	8,0%	9,7%	11,8%	14,3%	16,3%	18,2%
Rapport effectifs (2004=100)	100%	116%	154%	202%	263%	317%	371%
	<b>Rural</b>						
60ans et plus	1135	1110	1216	1337	1552	1704	1921
%	8,5%	8,2%	9,0%	9,9%	11,5%	12,6%	14,1%
Rapport effectifs (2004=100)	100%	98%	107%	118%	137%	150%	169%

Source : CERED, à paraître.

**Figure 17: Evolution de la population âgée de 60ans et plus selon le milieu de résidence, 2004-2034**



## III.2. Vieillissement attendu et rapport de dépendance

### III.2.1. Indice de vieillissement

La proportion des personnes âgées est un indicateur de vieillissement fréquemment utilisé pour apprécier la croissance de la population âgée. Cependant, il est plus sensé d'évaluer le phénomène de vieillissement par la prise en considération de la croissance de ladite proportion par rapport à celles des autres groupes d'âge.

Le recours à un indice de vieillissement tel que le rapport âgés-jeunes permet justement de mettre en évidence l'ampleur du vieillissement en comparant les effectifs des personnes âgées à ceux des jeunes. En effet, les valeurs projetées de cet indice permettent de mettre le doigt sur l'importance de la croissance future de la population âgée.

Selon les projections du CERED, cet indicateur (rapport âgés-jeunes) passerait de près de 26 personnes âgées de 60 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 15 ans en 2004 à près de 60 pour 100 jeunes aux environs de 2024. A l'horizon 2034, le rapport va plus que tripler et l'on compterait plus de 80 personnes âgées pour 100 jeunes.

Ce phénomène de vieillissement s'opérerait avec la même ampleur aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, sauf que le schéma d'évolution diffère d'un milieu de résidence à un autre. Ainsi, on peut observer que pour le milieu urbain, l'élévation de l'indice de vieillissement serait expliquée beaucoup plus

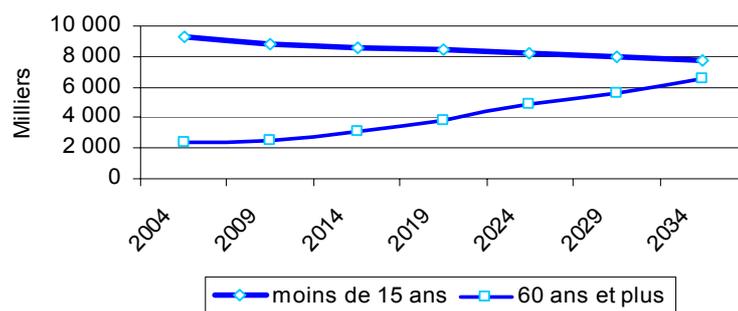
par la montée en force de l'effectif de la population âgée accompagnée d'une légère tendance à la baisse de celui des jeunes à partir de l'année 2029.

Par contre, chez les ruraux, le niveau ultime de l'indice de vieillissement serait dû essentiellement à la baisse plus importante de l'effectif des jeunes pour qu'elle soit compensée par une hausse, jugée très modeste, de l'effectif des âgées entre 2014 et 2034.

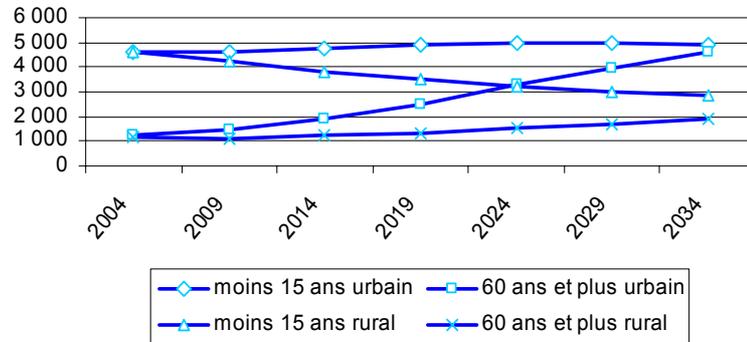
**Tableau 29 : Indicateurs projetés de vieillissement et de prise en charge économique des personnes âgées par année**

	2004	2009	2014	2019	2024	2029	2034
<b>Ensemble</b>							
60 ans et+/moins 15 ans	25,7%	28,9%	36,4%	45,7%	58,7%	70,7%	84,5%
60 ans et +/15-59 ans	13,1%	12,7%	14,5%	17,1%	20,7%	23,4%	26,4%
<b>Urbain</b>							
60 ans et+/moins 15 ans	26,9%	31,3%	40,2%	51,1%	65,3%	79,1%	94,2%
60 ans et +/15-59 ans	11,7%	12,0%	14,6%	18,0%	22,5%	25,8%	29,2%
<b>Rural</b>							
60 ans et+/moins 15 ans	24,5%	26,3%	31,7%	38,1%	48,4%	56,8%	67,8%
60 ans et +/15-59 ans	14,9%	13,7%	14,5%	15,5%	17,8%	19,2%	21,6%

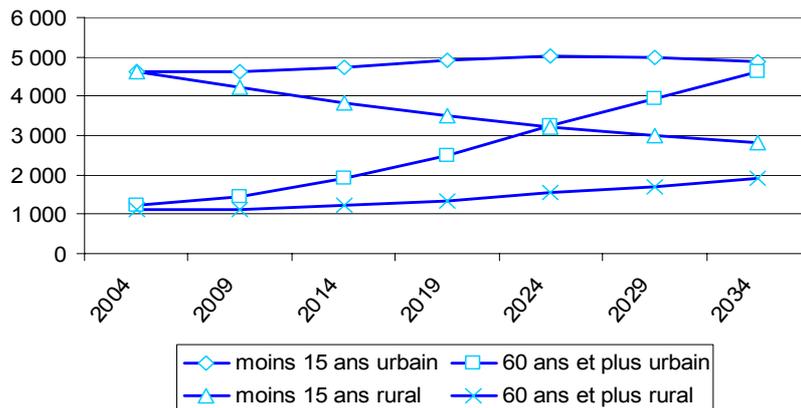
**Figure 18: Evolution des effectifs des moins de 15 ans et des personnes âgées de 60 ans et plus 2004-2034**



**Figure 19: Evolution des effectifs des moins 15 ans et de la population âgée de 60 ans et plus selon le milieu de résidence, 2004-2034**



**Figure 20: Evolution des effectifs des moins 15 ans et de la population âgée de 60 ans et plus selon le milieu de résidence, 2004-2034**



### III.2.2. Prise en charge des personnes âgées

Comme il a été signalé précédemment, le vieillissement démographique peut être économiquement favorable lorsqu'il s'accompagne d'un allègement de la

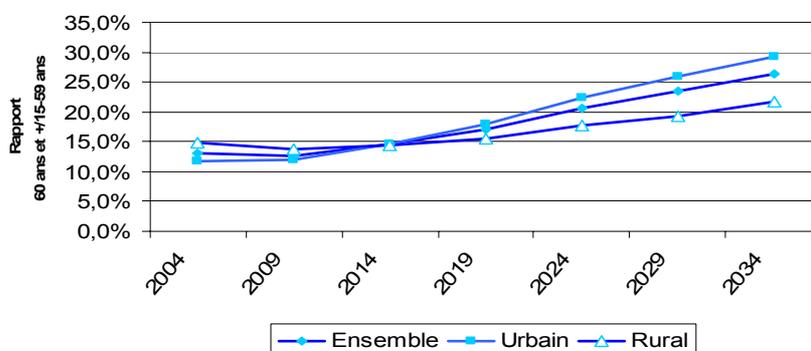
charge économique des personnes en âge d'activité. Autrement dit, lorsque le rapport de dépendance atteint un niveau minimal.

Cependant, à l'instar de l'indice de vieillissement, le rapport de prise en charge des personnes âgées va connaître, dans l'ensemble, une croissance passant de 13 personnes âgées pour 100 en âge d'activité, en 2004, à près de 21 pour 100 aux environs de 2009, puis se situerait à plus de 26% au milieu de l'année 2034, la prise en charge économique, dans ce cas, par la population en âge d'activité, serait multipliée par 2 en trois décennies. On notera aussi que la prise en charge pourrait passer par un minimum au cours de l'année de 2009.

Il ressort aussi des projections du CERED que les indicateurs sur la prise en charge des deux milieux vont croître, surtout à partir de l'année 2014 et ce quel que soit le milieu de résidence. Cette évolution s'opérerait, cependant, selon deux schémas différents.

La prise en charge économique des 60 et plus en milieu urbain, qui était, au début, inférieure à celle calculée en milieu rural, connaîtrait une croissance tellement importante que l'écart entre les deux va se creuser davantage à partir de 2014. En effet, de 12% en 2004, sa valeur va presque doubler autour de 2024, pour atteindre dix plus tard, 29% en 2034. Celle des ruraux va, par contre, reculer de plus d'un point entre 2004 et 2009 passant de 15% à moins de 14% ; puis elle va amorcer une hausse pour culminer au tour de 22% en 2034, valeur de 8 points inférieure à celle calculée pour le milieu urbain.

**Figure 21 Evolution de l'indicateur sur la prise en charge économique des personnes âgées par milieu de résidence, 2004-2034**



## Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons retracé succinctement la transition démographique qu'a connue le Maroc ces dernières décennies. Cette transition s'est accompagnée, bien entendu, de transformations de différentes natures, notamment celles ayant trait à la pyramide des âges. De ce fait, on observe, déjà, un recul de la part des jeunes de moins de 15 ans et l'élévation, encore timide, de celle des personnes âgées de 60 ans et plus.

Ce chapitre a permis de tirer plusieurs enseignements, aussi bien sur le processus de vieillissement qu'a connu la population marocaine, que sur la situation socio économique de cette frange de la population. Ils concernent les aspects suivants :

- Le recul (de 30%) de la part des moins de 15 ans s'avère plus important par référence aux autres groupes d'âge qui ont connu par contre, une progression de leurs parts (26% et 12%, respectivement pour les 15-59 ans et 60 ans et plus) entre 1960 et 2004.
- Le vieillissement est beaucoup plus l'apanage de la baisse de la fécondité que celle de la mortalité. On notera de ce fait que l'indice de vieillissement (rapport âgés-jeunes) est mieux corrélé à la fécondité qu'avec les autres indicateurs.
- Le phénomène de vieillissement présente également de grandes disparités spatiales. Il existe dans le Royaume des régions plus vieillissantes que d'autres du fait non seulement de la fécondité différentielle mais également de la migration entre les régions. Le vieillissement semble toucher plus les régions à faibles fécondités telles que Rabat-Salé-Zemmour-Zaer, l'Oriental et le Grand Casablanca.
- Les personnes âgées sont dans leur quasi-totalité mariées ou veuves. Le statut de veuvage est observé plus parmi les femmes que les hommes. Chose expliquée, bien entendu, par la facilité des remariages des hommes par rapport aux femmes.
- L'examen de l'environnement familial a permis de mettre en évidence que presque l'ensemble des personnes âgées vit en cohabitation avec un ou plusieurs parents. Une grande proportion d'entre elles, est placée dans des ménages de grandes tailles. Les personnes âgées, vivant seules, ne constituent qu'une proportion inférieure à 5%.

- En principe, le profil de ladite population doit conduire à conclure à une situation plus critique que le reste de la population, étant donné qu'elle présente un niveau élevé d'analphabétisme et de faible taux d'activité.
- Les actifs parmi les personnes âgées sont économiquement occupés en tant qu'indépendants ou salariés dans des activités relevant en majorité du secteur agricole. 77% de l'emploi non agricole occupé par cette frange de la population est assuré par le secteur informel.
- Malgré ce profil, les personnes âgées ne semblent pas présenter une distinction par rapport au reste de la population en matière de pauvreté et de vulnérabilité. Ceci est dû principalement aux limites des sources utilisées d'une part, et au fait que la population âgée trouve encore une solidarité auprès des parents vivant dans le même ménage.
- Dans le futur, la population âgée connaîtrait une évolution spectaculaire car elle serait multipliée par 2 aux environs de 2024 et par près 3 fois à milieu de 2034. Les indicateurs sur le vieillissement et la prise en charge de la population âgée vont connaître, tous les deux, des tendances à la hausse à partir de 2014. Cependant, on s'attendrait que le vieillissement sera plus accentué par référence à la pente de la courbe de l'indice de vieillissement qui est plus abrupte que celle du rapport âgées-jeunes..

Comme il ressort de ces conclusions que le Maroc est bel et bien en pleine transition démographique. Les traces du vieillissement démographique sont déjà présentes, du moins sur la partie inférieure de la pyramide des âges. On ne peut encore qualifier la population marocaine de « vieillissante » puisque la part des personnes âgées de 60 et plus ne dépasse guère 9% de la population totale. Cependant, on peut observer que les effectifs de la population âgée croissent avec un rythme qui est plus important que celui de la population totale (2,8% et 1,7% respectivement entre 1982 et 2004). En milieu rural, on doit s'attendre à une croissance fort éminente de la population âgée car il affiche déjà un rythme de croissance plus que le double de celui de la population rurale totale durant la dernière période intercensitaire.

Dans le cas du Maroc, les personnes âgées constituent une population présentant un profil socio économique précaire qui devrait, en principe, les associer à des niveaux de vie inférieurs. Il semble que ce n'est pas encore le cas du fait que cette population continue de bénéficier des avantages de la solidarité des parents. Cependant, la situation deviendrait vraisemblablement plus

difficile avec la baisse de la fécondité ; les personnes âgées, dans ce cas, auraient plus de mal à trouver des enfants prêts à rester à leurs côtés.

De ce fait, il est recommandé de tirer des leçons des expériences, vécues par les pays européens et de commencer à réfléchir dès maintenant, au devenir de cette frange de la population, sachant que lesdits pays avaient vécu leur vieillissement dans la prospérité et que les pays en développement vont vieillir avant de réussir cette prospérité.

Etant un phénomène démographique au début, devenu, par la suite, une préoccupation sociale, le vieillissement a suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs, en vue de connaître les différentes facettes de la montée en force de ce phénomène.

En plus des conséquences socio-économiques sur les personnes âgées, le vieillissement ne se contente pas de générer seulement des besoins nouveaux en matière de soins de santé, mais demande également la mise en place d'un système efficace de pensions de retraite et de sécurité sociale.

En face de ces défis, il est d'une grande priorité de commencer à réfléchir, dès maintenant, à la mise en place d'un dispositif visant à accueillir cette montée de la population âgée qui, vraisemblablement, atteindrait une proportion importante en seulement une trentaine d'années. Proportion que les pays développés ont mis plus d'un siècle pour l'atteindre<sup>6</sup>, Ces mêmes pays ont donc bénéficié d'assez de temps pour s'adapter et mettre en place des structures pour accueillir la population âgée dont certains besoins, malgré ces efforts, demeurent encore insatisfaits.

---

<sup>6</sup> Le passage de la proportion des personnes âgées de 5 à 15% , a demandé aux pays européens près de 140 ans. Ce niveau serait atteint par les pays en développement en soixantaine d'années (Tabutin, 2001).

## Références bibliographiques

Ayad, Mohamed (1999) « Chapitre 10 : fécondité » in Ministère de la Santé : Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997, pp.141-147

Azammam, S. (1998) « Personnes âgées au Maroc », in CERED : Population et développement au Maroc, pp.81-91.

Bourchachen, Jamal (1995) « Contribution de la nuptialité et de la contraception à la baisse de la fécondité au Maroc », Revue marocaine de droit et d'économie du développement n°36 ; pp45-79.

Caldwell, John C . (2001) “The Globalization of Fertility Behavior”, in Bulatao and Casterline (eds) Global Fertility Transition, pp.93-115, Population and Development review: a supplement to vol.27.2001.

CERED (1995) Caractéristiques socio-démographiques de la population âgée (milieu urbain), 41p.

CERED (1997) Situation et perspectives démographiques du Maroc, Série études démographiques, p.315.

Charmes Jacques (2003) « Progrès récents et lacunes persistantes dans la mesure de l'économie informelle » in Séminaire sur l'économie informelle au Maroc, organisé par l'Université Hassan II-Ain Chock-, Casablanca : 17-18 avril 2003.

Département de la Prévision Economique et du Plan (DPEP) (2003) Enquête Nationale sur le secteur Informel Non Agricole 1999-2000, Rapport des premiers résultats.

Desesquelles, Aline (1997) Le vieillissement démographique dans les pays développés : éléments de comparaison et d'analyse des évolutions passées et futures, Communication présentée lors des 1<sup>ers</sup> rencontres d'Alfred Sauvy : 15-15 octobre 1998, Paris. Site : <http://www-user.ined.fr>.

Direction de la Statistique (1999) Les régions du Royaume : dynamique démographique et socio-économique 1982-1994, RGPH 1994, Série thématique. Rabat, 241p.

Direction de la statistique (2000) Enquête Nationale sur les Niveaux de vie des ménages 1998-99, 246p.

Direction de la Statistique (2002a) Analyse du profil et de la dynamique de la pauvreté : un fondement de l'atténuation des dénuements, 221p.

Direction de la Statistique (2002b) Population défavorisée : Profil, schéma de consommation et sources de revenu, 302p.

Direction de la Statistique (2002c) Répartition des niveaux de vie au Maroc, 295p.

Doudich Mohamed (2000) « Pauvreté des personnes âgées : profil, déterminants et issues », in Actes des journées d'étude sur les défis socio-économiques du vieillissement démographique au Maroc, INSEA, 25-26 novembre 1999, organisées par l'Association des Démographes Marocains.

Eggerickx, Thierry et Tabutin, Dominique (2001) Le vieillissement démographique dans le monde : Histoire, mécanismes et tendances, Département des Sciences de la Population et du développement, Université Catholique de Louvain, 69p.

Haut Commissariat au Plan (2005) Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000-2001, Rapport de synthèse, disponible sur site [www.hcp.ma](http://www.hcp.ma).

Kevin, Kinsella and Davis, R. Philips (2005) Global Aging : The Challenge of Success, Population Bulletin, Vol.60, N°1 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005). Site: [www.prb.org](http://www.prb.org)

Lassande, Louise (1996) Les défis de la démographie : Quelle qualité de vie pour le XXI<sup>e</sup> siècle ?, Editions la Découverte, Paris, 225p.

Légaré, Jaques (1995) « Qualité de vie ou quantité de vie : un défi pour les sociétés industrialisées », In Gérard et Piché (eds) La sociologie des populations, Les presses de l'Université de Montréal, Montréal, PUM/AUPELF-UREF, pp.327-338.

Lfarakh, Abdelatif (2000) « Transition démographique et vieillissement au Maroc », in Actes des journées d'étude sur les défis socio-économiques du vieillissement démographique au Maroc, INSEA, 25-26 novembre 1999, organisées par l'Association des Démographes Marocains

Meslé, France et Vallin, Jaques (1995) La mortalité dans le monde : tendances et perspectives, les dossiers du CEPED n°30.

Mghari, Mohamed (2000) « Evolution démographique et facteurs explicatifs de la transition », in CERED : Situation socio-économique et défis démographiques au Maroc, pp.51-83.

Ministère de la Santé (2004) Enquête sur la population et la santé familiale (EPSF) : Maroc 2003-2004, Rapport préliminaire.

Mishara, B.R. et Riegel, R.G. (1984) Le vieillissement , Presses Universitaires de France, Paris.

Nations Unies (2002) Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 8-12 avril 2002, New York, A/CONF.197/9.

Noin, Daniel (1983) La Transition démographique dans le monde, Presses universitaires de France, Paris, 214p.

Ouakrim, M'hamed (1999) « Chapitre 3 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans » in Ministère de la Santé : Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997, pp.25-42.

Service central des statistiques (1965) Résultats du recensement de 1960, Volumel : Nationalité, sexe et âge.

Tabutin, D. et Gourdin, C. (1997) « Mortalité et santé des enfants en Afrique du Nord depuis les années soixante : Une synthèse comparative », in Conception, naissance et petite enfance au Maghreb, pp.9-39, les cahiers de l'IRRMAM n°9/10.

Vallin, Jaques (1994) Réflexions sur l'avenir de la population mondiale, Dossiers du CEPED n°26.

Véron, Jaques (1992) « La Théorie générale de la Population est-elle toujours une théorie générale de la population ? », in Population n°6, pp. 1411-1424.

Yaacoub, Abdeillah (1995) « La transition de la fécondité au Maroc : faits et facteurs », in Population et développement régional, T 3, pp.875-899, Actes du IX<sup>ème</sup> colloque de Démographie Maghrébine organisé, par l'AMEP, à Hammamet (Tunisie) : 12-15 décembre 1995.

## Annexes

**Tableau 1: Structure de la population marocaine  
selon les grands groupes d'âge, par année  
de recensement et par milieu**

G, d'âges	1960	1971	1982	1994	2004
<b>Ensemble</b>					
moins 15 ans	44,4%	46,2%	42,2%	37,0%	31,2%
15-59 ans	48,4%	46,7%	51,5%	55,9%	60,8%
60 ans et +	7,2%	7,1%	6,3%	7,1%	8,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Urbain</b>					
moins 15 ans	41,6%	43,5%	37,6%	32,4%	28,3%
15-59 ans	52,7%	50,4%	57,0%	61,1%	64,1%
60 ans et +	5,7%	6,0%	5,4%	6,5%	7,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Rural</b>					
moins 15 ans	45,6%	47,1%	45,6%	41,4%	34,8%
15-59 ans	46,7%	45,1%	47,5%	50,9%	56,7%
60 ans et +	7,8%	7,8%	7,0%	7,7%	8,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Recensement de la population et de l'habitat 1961, 1971,  
1982, 1994 et 2004

**Tableau 2: Evolution de l'indice de séniorité  
par milieu entre 1960-2004**

Indicateurs	1960	1971	1982	1994	2004
<b>Ensemble</b>					
Indice de séniorité (75 ans+/60ans)	20,6%	23,1%	24,3%	21,6%	25,1%
<b>Urbain</b>					
Indice de séniorité	18,3%	23,3%	21,6%	19,1%	23,5%
<b>Rural</b>					
Indice de séniorité	21,3%	25,8%	25,9%	23,9%	26,8%

**Tableau 4 : Structure de la population âgée de 60 ans et plus et le rapport de masculinité selon les groupes d'âge et le milieu de résidence en 1960, 1971, 1982, 1994 et 2004**

G. l'âge	1960		1971		1982		1994		2004	
	%	R.Msc								
<b>Ensemble</b>										
60 - 64 ans	43,7	87	34,4	90	37,9	99	36,9	94	31,2	85
65 - 69 ans	14,3	140	17,3	118	18,0	134	21,0	112	22,5	95
70 - 74 ans	21,4	94	23,3	95	19,7	92	20,4	92	21,2	88
75 ans et +	20,6	139	25,1	120	24,3	119	21,6	112	25,1	98
Total	100,0	104	100,0	103	100,0	108	100,0	101	100,0	91
<b>Urbain</b>										
60 - 64 ans	44,9	86	36,4	87	41,0	103	39,2	94	32,2	84
65 - 69 ans	17,6	109	18,3	111	19,1	125	21,9	104	23,3	90
70 - 74 ans	19,2	74	22,0	80	18,3	80	19,8	91	20,9	85
75 ans et +	18,3	83	23,3	92	21,6	94	19,1	103	23,5	89
Total	100,0	86	100,0	90	100,0	100	100,0	97	100,0	87
<b>Rural</b>										
60 - 64 ans	43,3	88	33,5	92	36,1	97	34,9	94	30,0	87
65 - 69 ans	13,3	156	16,8	121	17,4	139	20,2	121	21,6	102
70 - 74 ans	22,1	100	23,8	101	20,5	99	21,0	92	21,5	92
75 ans et +	21,3	159	25,8	133	25,9	133	23,9	118	26,8	107
Total	100,0	110	100,0	108	100,0	112	100,0	104	100,0	96

Source : Recensement de la population et de l'habitat 1961, 1971, 1982, 1994 et 2004

**Tableau 6 : Répartition des actifs âgés de 60 ans et plus selon la branche d'activité et le milieu de résidence**

Secteur d'activité	Urbain	Rural	Ensemble
Agriculture, forêt et pêche	15,1%	90,9%	68,0%
Industrie	14,2%	2,3%	5,9%
Services	70,6%	6,7%	26,0%
Activités mal désignées	0,1%	0,1%	0,1%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Source : Enquête emploi 2004

**Tableau 7 : Dépense annuelle par personne selon  
l'âge du CM, le grand groupe de biens et services  
et par milieu de résidence**

Grand groupe de biens et services	Urbain		Rural		Ensemble	
	CM 60 ans et +	Tous CM	CM 60 ans et +	Tous CM	CM 60 ans et +	Tous CM
Alimentation	4 134	4 034	2 813	2 638	3 534	3 418
Habillement	467	530	233	227	360	397
Habitation et énergie	2 479	2 400	1 177	1 110	1 888	1 831
Equipements ménagers	366	406	237	209	307	319
Hygiène et soins médicaux	1 009	886	377	298	722	627
Transports et communications	862	869	328	298	620	617
Enseignement, culture et loisirs	364	462	86	96	238	300
Autres dépenses de biens et services	614	628	267	269	456	469
Dépenses non destinées à la Consommation	355	427	176	143	274	302
DAMP (en DH courants)	10 651	10 642	5 694	5 288	8 399	8 280

Source : Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000-2001



**Chapitre III**  
**Personnes âgées et Mutations**  
**Familiales et Sociales au Maroc**



## **Chapitre III**

# **Personnes âgées et mutations familiales et sociales au Maroc**

### **Introduction**

A l'image d'autres pays en développement, le Maroc connaît le phénomène du vieillissement démographique qui se traduit par une augmentation des personnes âgées en termes absolu et relatif.

L'augmentation du nombre et de la proportion des personnes âgées ainsi que le maintien d'une forte féminisation de cette population constituent une tendance lourde de l'évolution démographique au Maroc. Il s'ensuit que l'enjeu est d'éviter que ce progrès quantitatif ne soit le synonyme d'une dégradation qualitative parallèle de la qualité de vie, et en particulier de la santé, avec l'augmentation des invalidités et des maladies dégénératives pendant la vieillesse. En d'autres termes, il s'agit de gagner le pari (de politique sociale) d'une amélioration conjointe de la quantité et de la qualité de vie afin que les personnes âgées vivent, au quotidien, dans un minimum de dignité et de confort c'est à dire, de bien-être. Comment faire pour que le phénomène du vieillissement démographique ne soit pas chargé d'une représentation fixiste et négative de la vieillesse ? Tel devrait être l'enjeu des politiques publiques en la matière.

L'accroissement du nombre des jeunes et des personnes âgées signifie que le Maroc doit fournir des efforts plus grands car il doit s'occuper de ces deux catégories d'âge, toutes les deux censées être inactives en théorie (les jeunes censés être en cours de formation et les personnes âgées à la retraite. Par conséquent, le défi est double : d'une part, assurer l'éducation et la formation pour les jeunes, d'autre part, garantir l'autonomie ou la prise en charge (sociale et sanitaire) des personnes âgées. Entre ces deux catégories, y a-t-il un choix à faire ? Ne risquent-elles pas d'être victimes de l'impératif prioritaire de centrer la solidarité publique et privée sur les jeunes, c'est-à-dire sur l'avenir. Un tel risque met en scène la question de l'équité intergénérationnelle. En effet, n'est-il pas temps que les personnes âgées deviennent à leur tour une cible des politiques sociales et des programmes de santé ? N'est-il pas temps d'éviter que les personnes âgées deviennent des personnes à risque, socialement marginalisées d'une manière irréversible ? Le Maroc d'aujourd'hui est-il une société pour tous les âges ? Le Maroc moderne est-il une société

multigénérationnelle et intergénérationnelle dans le sens positif de ces deux termes? Les personnes âgées ne sont-elles pas, de plus en plus, perçues comme une charge privée (par la famille moderne) et publique (par l'Etat) ? L'Etat est-il capable de fournir des prestations sociales suffisantes aux personnes âgées, à toutes les personnes âgées ? N'y a-t-il pas un retour à la famille providence après la mise en échec de l'Etat providence depuis les années 1980 par le Plan d'Ajustement Structurel? En tous cas, le « Rapport National sur le Vieillessement » (Ministère de l'Emploi... 2002) rappelle avec force le rôle fonctionnel de la famille dans la protection des personnes âgées au nom des valeurs d'entraide et de solidarité prescrites par l'islam.

Mais, il est légitime de se demander si la famille marocaine, après sa nucléarisation, constitue encore le cadre social adéquat à la prise en charge des personnes âgées, et par là, le rempart privilégié contre leur exclusion sociale. La famille reste-t-elle encore l'instrument par excellence du soutien aux personnes âgées et de la préservation des valeurs traditionnelles de la solidarité malgré les transformations qu'elle a subies : tendance historique vers la nucléarisation, plus grande mobilité de ses membres, morcellement du patrimoine, émergence de l'individu (et de la femme en particulier) ? Comment la famille nucléaire marocaine peut-elle encore constituer une « parenté agissante », selon l'expression de Singly (Singly, 1993). En d'autres termes, comment la famille concilie-t-elle entre le modèle traditionnel de co-résidence et de prise en charge des personnes âgées et le modèle moderne d'autonomie résidentielle et de nucléarisation individualisante?

"La jeunesse est le temps privilégié des amitiés, la maturité celui des relations de travail, et la vieillesse celui des relations de parenté" Héran, 1988

Ne faut-il pas craindre que « les solidarités familiales... (soient) impuissantes à résoudre les situations difficiles en cas de carence d'aide publique, même dans les cultures méditerranéennes réputées pour leurs traditions familiales » ? (Attias-Donfut 2002 : 114).

Pour traiter cet arsenal de questions, trois axes majeurs seront développés:

- 1) l'évolution socio-familiale et le conflit des générations,
- 2) le degré de continuité de la solidarité familiale à l'égard des personnes âgées,
- 3) le style de vie des personnes âgées. A travers ces trois axes, il s'agit de saisir les nouveaux statuts et rôles des personnes âgées, de décrire les modalités

publiques et privées de la solidarité intergénérationnelle, et de voir comment la quotidienneté est vécue par les PA sur les plans de la sociabilité et de l'activité (entre autres).

## **I. Evolution socio-familiale et générations**

Il est très probable que le passage d'une image positive à une image négative des personnes âgées est du à la modernisation de la société marocaine, et plus particulièrement, aux difficultés dues à la nucléarisation de la famille dans le sens où cette nucléarisation est mal gérée et mal vécue. En effet, le passage d'une famille communautaire<sup>1</sup> à une famille nucléaire (sans moyens adéquats) s'est traduit par la dégradation du statut des personnes âgées, par la perte de leurs rôles traditionnels et par l'émergence du conflit des générations.

### **I.1. De la famille communautaire à la famille nucléaire**

La famille marocaine traditionnelle remplit, comme toute famille de type communautaire, quatre fonctions majeures : la résidence commune, la coopération économique et la reproduction (Gittins 1988 : 19).

Au niveau de la résidence commune, tous les enfants mâles, mêmes parfois les mariés, restent avec le père sous le toit familial. Par conséquent, la personne âgée ayant des fils ne se retrouve jamais seule, abandonnée au cours de la vieillesse. C'est pour cette raison qu'un proverbe marocain affirme que « la maison où l'on ne donne naissance qu'à des filles est une maison déserte ». Les filles partent après leur mariage. C'est donc dans ce cadre que toute la vie de l'individu (masculin) se déroule, et chaque génération familiale (père, enfants, petits-enfants) trouve un statut et un rôle au sein de ce modèle familial communautaire. Mais il est évident que cette co-résidence familiale multi-générationnelle n'était pas le reflet d'un choix libre, mais une contrainte structurelle, systémique (Delbès 2005 : 83). La co-résidence de la famille communautaire pouvait prendre une forme plus mitigée, allant vers le modèle de la proximité résidentielle : « le type de famille dominant au Maroc est polynucléaire, comportant deux ou plusieurs ménages, relativement indépendants les uns des autres, ayant chacun son propre logement, mais vivant dans la même collectivité et assez rapprochés les uns des autres, et échangeant

---

<sup>1</sup> En sociologie de la famille, la notion de famille étendue renvoie à la famille-souche et à la famille communautaire. Ce sont là deux types différents de la famille étendue. Le Maroc n'a connu que le type de famille communautaire. Aussi faut-il cesser d'employer la notion de famille étendue et être plus précis en employant le terme de famille communautaire.

des prestations entre eux »? (Abzahd 1985 : 342). Il est légitime de se demander dans quelle mesure ce type de famille est statistiquement dominant, la nucléarisation de la famille ne s'accompagnant pas dans un premier temps du moins de la proximité résidentielle (intergénérationnelle).

La coopération économique entre les membres de la famille communautaire se fait de manière automatique du fait que la famille peut être une entreprise, une unité de production. Tout au long de sa vie, le père (patriarce) dispose de la force de travail de ses enfants, les garçons notamment. Ce type familial est basé sur l'indivision des biens, préservée par le mécanisme du mariage endogamique (Tillion, 1965).

Au niveau de la reproduction, la famille communautaire marocaine est une famille à haute fécondité afin d'être économiquement productive et rentable et afin de perpétuer la lignée patrilinéaire (Dialmy, 1985). Mais la grande fécondité était également perçue comme la sécurité sociale de l'avenir, tant pour les hommes que pour les femmes. Pour les deux sexes, l'enfant est un facteur de valorisation et de stabilisation sociales, mais il est aussi le garant d'une vieillesse protégée contre les aléas de la maladie. De plus, à la campagne, l'enfant est source de richesses plutôt que de dépenses : selon son sexe, l'enfant est mobilisable dès 6-7 ans dans les travaux des champs, les corvées d'eau et de bois, le commerce ou l'artisanat (UNICEF, 2001). Il s'ensuit que la logique malthusienne était bannie dans le raisonnement patriarcal : « plus il y a de bouches, plus il y a des bras ». Proverbe marocain d'orientation marxiste avant la lettre, l'enfant n'étant pas considéré comme un consommateur, mais comme une force de travail productrice (et protectrice).

Pour réaliser une haute fécondité, une activité sexuelle continue était demandée aux hommes. A la différence de la femme censée prendre sa retraite bio-sexuelle à la ménopause, la logique patriarcale de la famille communautaire refuse l'inactivité sexuelle à l'homme, quel que soit son âge. Aussi l'homme âgé se refuse-t-il à devenir sexuellement vieux. Aphrodisiaques, polygamie simultanée ou successive, mariage intergénérationnel avec grand écart d'âge, tous ces recours montrent que la vieillesse n'est pas patriarcalement censée délivrer des passions de la chair. Ces passions sont un rouage fondamental dans le bon fonctionnement de la machine patriarcale. Au Rif, l'Amghar, c'est le vieux, le grand, l'homme puissant. La polygamie indique sa force et sa puissance et son honneur grandit à mesure que grandit le nombre de ses femmes et de ses terres (Jamous, 1995).

Pour l'homme âgé, veuf ou divorcé, le remariage est non seulement accepté, mais fortement encouragé. L'homme, quel que soit son âge, ne peut pas rester sans femme. Outre les raisons sexuelles (plaisir et fécondité), l'homme a besoin d'une épouse pour s'occuper de la maison, et de lui. Par contre, il est mal vu pour une femme âgée de se remarier. Elle est censée être ménopausée (donc sans désir sexuel selon la bio-psychologie patriarcale), et censée être capable de s'occuper d'elle-même. Elle est d'abord perçue comme mère, c'est-à-dire comme femme ayant déjà accompli sa mission (Premare, 1976).

En dehors de ce cadre « totalitaire » que constitue la famille communautaire, il n'y a aucune existence (ou prise en charge) possible pour l'individu. L'individu en lui-même est un non-sens. Ce type de famille est en effet à orientation autarcique, et le lien social en entier se limite en dernière analyse à l'espace de la maison et de la parenté. La solidarité entre les membres de la famille communautaire est mécanique (pour reprendre l'expression de Durkheim).

Ce type de famille s'organise selon le modèle pyramidal, hiérarchisé et autoritaire. Là, l'importance de la séniorité dans la définition des âges sociaux et dans la distribution des pouvoirs est indéniable. La séniorité est en effet la clé de l'insertion de l'individu dans les espaces publics de pouvoir. Des termes comme shaykh et amghar renvoient à la fois à la séniorité et au pouvoir. Au sommet de la pyramide (que constitue la famille communautaire), le patriarche incarne le pouvoir suprême sur tout le reste de la famille. C'est « l'ancien, le vieux, l'aîné, celui qui savait... (il a) deux types de savoir : une sorte de savoir-vivre, de savoir sur la vie, qui est un savoir qui progresse avec le statut d'âge et un savoir-faire relevant de la « spécialisation », plutôt orienté vers le savoir technique, le savoir rituel, le savoir généalogique, et dont on « hérite » en partie » (Sardan 1994 : 132). C'est pour cette raison que Max Weber avait défini les personnes âgées comme les experts dans les traditions (locales en particulier). Et les détenteurs de ces traditions, ajouterons-nous, et qui essaient de les maintenir vivantes et de les reproduire.

Cette expertise fait de la personne âgée la personne-référence qui transmet la tradition et le savoir, par l'exemple de son action quotidienne, par le contage, par l'arbitrage, par le conseil... Et du coup, le senior se transforme en seigneur, en objet de crainte et de respect. Le patriarche a le prestige, le pouvoir et la sagesse. Dans une telle société, la guidance est assurée par les vieux : c'est la gérontocratie. Notons ici, au passage, que le groupe des anciens jouissait d'un respect qui tenait, en partie, au fait qu'il était peu nombreux. La longévité exceptionnelle des vieux était attribuée à la protection des dieux.

L'âge conférait également de l'autorité aux femmes : le pouvoir de parler aux hommes, de les conseiller, le pouvoir sur les fils, le pouvoir sur les brus (Premare, 1976) ... Un savoir technique était également associé aux vieilles, mais c'est surtout un savoir magique au service du mal dans l'espace domestique (Goichon, 1929). Ainsi, à la différence du savoir de l'homme âgé, savoir respectable et exemplaire, le savoir de la vieille femme est le savoir de l'entremetteuse, celui de la sorcière. Prenant sa retraite à la ménopause, la femme est considérée comme vieille dès cet âge là... Mais l'image de la mère âgée reste valorisée. Le « paradis est sous les pieds des mères » avait averti le prophète de l'islam. Tout comme le père, la mère est dispensatrice de bénédiction (ou de malédiction), donc ayant le pouvoir de déterminer la trajectoire sociale de l'enfant, et de ciseler son imaginaire islamique (Dialmy, 1991).

Les personnes âgées étaient par conséquent l'objet de soins, d'attention, d'entretien. C'était à la fois une nécessité économique et un devoir religieux. Le succès économique, le succès tout court dépendait de la bénédiction, de la dette que l'on rend aux parents, du contre-don différé. C'était aussi une manière de donner l'exemple à ses propres enfants, de leur montrer la nécessité de constituer un réseau de solidarité fort et durable.

*CORAN : " Nous avons commandé à l'homme le bien envers ses père et mère (XLVI Al Ahqaf, 14/15).*

*Ton Seigneur a décrété que vous n'adoriez que Lui et marquez de la bonté à vos père et mère. Si l'un d'eux ou tous les deux doivent auprès de toi atteindre la vieillesse, ne leur dis pas « Fi » et ne les brusque point, mais dis-leur des paroles vertueuses. Incline vers eux l'aile de la déférence, par mansuétude et dis : « Seigneur ! Sois Miséricordieux envers eux comme ils le furent quand ils m'élevèrent tout petit » (Al Isra XVII, 23/24/25) (Blachère, 1980)".*

Cette description devenue idéal typique de la famille marocaine traditionnelle souffre probablement d'une forte idéalisation, d'une double idéalisation, celle de la société pré-capitaliste, celle de la personne âgée. Quoiqu'il en soit, la modernisation a miné ce modèle et l'a contraint à se transformer, voire à disparaître. Le travail des femmes, l'augmentation du niveau de vie, la contestation du pouvoir patriarcal et de l'autorité, la désacralisation de la sexualité et du mariage, l'émergence de l'enfant et des jeunes, la montée de l'individualisme sont les traits saillants de la

modernisation. Cette modernisation s'est répercutée (et se répercute encore) au niveau de la famille par le passage à une famille nucléaire dès les années 1950 (Baron et Pirot, 1955). Celle-ci, conjugale, égalitaire et ouverte, tend à être fondée sur la valeur de l'authenticité. L'épouse et l'enfant y émergent comme individus ayant leur mot à dire dans les prises de décision. Les contraintes économiques et institutionnelles et la relation hiérarchique qui emprisonnaient l'individu tendent à reculer.

Selon la théorie structuro-fonctionnaliste, dans la famille nucléaire, le jeune quitte les parents lorsqu'il se marie pour fonder une nouvelle unité domestique. Ce type de famille ne resserre pas les liens de solidarité entre générations parce qu'il est ouvert et caractérisé par la circulation des enfants. Et en principe, ce sont différentes institutions de l'Etat qui prennent en charge les parents âgés et démunis. La famille nucléaire présuppose donc la présence d'un Etat fort qui permet l'ouverture, l'esprit individualiste de l'économie de marché. Tel ne semble pas être le cas au Maroc. La régression statistique continue des ménages unipersonnels (7,9% en 1960, 7,3% en 1982, 4,3% en 1994, 4% en 1995) en est un indice révélateur. Faute de moyens financiers, de moins en moins de personnes arrivent à vivre seules et à se passer des réseaux de la solidarité familiale. Cela est encore bien plus évident pour les personnes âgées. La « mort » de la famille communautaire, l'apparition d'une famille nucléaire en mal d'identité, l'émergence d'une société de plus en plus guidée par le profit et l'opportunisme sont des processus qui rendent difficile la situation des personnes âgées et qui posent de manière accrue la question de la solidarité intergénérationnelle en particulier, et celle des rapports intergénérationnels de manière plus générale.

## **I.2. Les rapports entre générations**

Le vieillissement de la population signifie la coexistence prolongée des générations, c'est-à-dire une plus grande durée de compagnonnage, et par conséquent des influences réciproques et mutuelles entre les jeunes et les personnes âgées.

La notion de génération a une fonction symbolique d'organisateur du temps familial et général. Elle permet de distinguer entre générations familiales (enfants/parents/grands-parents) et générations du *welfare* (jeunes en cours de formation/actifs et retraités) (Caradec 2001 : 38). Pour les statisticiens et démographes, la notion de génération est synonyme de cohorte et renvoie à la totalité des individus nés à la même période. Pour le sociologue Mannheim, elle

renvoie à un groupe qui a la même vision du monde. C'est pendant la jeunesse que se forme cette vision. Une génération se forme pendant la jeunesse et s'achève à l'orée de l'âge adulte. Mannheim distingue entre la génération potentielle ou personnes nées à la même époque sans émerger comme ensemble social faute d'un événement socio-historique marquant, et entre la génération effective qui se constitue lors des ruptures, des événements fondateurs (résistance nationale, guerre de libération, réformisme moderne, école de pensée...). Cela crée un espace référentiel commun, un même état d'esprit, une même sensibilité.

De manière générale, les jeunes sont plus perméables et réceptifs au changement tandis que les personnes âgées ont toujours un rôle déterminant dans la transmission de la culture (orale surtout) et dans la sauvegarde de l'authenticité. Au niveau familial, les rapports fondés sur le devoir et le respect s'estompent pour céder la place à une plus grande proximité affective, à une plus grande complicité. C'est l'érosion de l'image du patriarce autoritaire et inaccessible. Le rapport père-enfant est moins marqué par la distance relationnelle. En 1990, si 52,2 % des chefs de ménages à Fès pensaient encore qu'il faut être sévère avec les enfants, 27 % sont pour la persuasion, et 19 % pour les laisser agir librement (CERED, 1990). En ville, le baiser sur la main est de plus en plus remplacé par la bise sur la joue.

De manière générale, les personnes âgées se sentent agressées par cette génération montante qui mélange assurance et agressivité et qui parle haut et fort, qui fait taire les vieillards grâce à son instruction et à cause de son impolitesse. Le poids numérique de la jeunesse l'aide à se faire entendre mais rend problématique son accès à la vie active.

Eu égard à une socialisation différente renvoyant à des époques différentes, les rapports intergénérationnels sont parfois conflictuels et tendus. Jeunes et vieux s'attachent à des valeurs différentes et ont des besoins et des aspirations différents. Les personnes âgées constituent une force de conservatisme, représentent l'esprit traditionnel et incarnent la résistance au changement. Elles accusent la société de décadence eu égard aux nouvelles mœurs et critiquent la superficialité des jeunes et leur personnalité artificielle. De leur côté, les jeunes se sentent supérieurs et nécessaires. Ils sont plus instruits et mieux qualifiés, ils sont fonctionnels et représentent l'avenir, ce qui risque de donner lieu à une fracture sociale.

## II. La solidarité intergénérationnelle

La solidarité intergénérationnelle de type traditionnel résiste-t-elle aux mutations sociales et familiales ? Dans quelle mesure la ville de type moderne, anonyme et impersonnelle, joue-t-elle le même rôle de protecteur social que jouait jadis le *douar* ou la *médina*? Jusqu'où la famille nucléarisée peut-elle remplir la même fonction de pourvoyeur social que jouait jadis la famille communautaire? Peut-on affirmer, comme Benham (1994), que les familles nucléaires ne sont pas isolées et restent intégrées dans un réseau de parenté solidaire? La solidarité entre générations, qui était à la base de l'organisation familiale communautaire, est-elle aujourd'hui reprise et assurée par l'Etat ? Celui-ci en assure-t-il la gestion centralisée, équitable et généralisée? L'Etat a-t-il mis en place des structures d'aide aux personnes âgées ?

### II.1. La solidarité publique

Dans les pays du Sud, «lorsqu'il existe des régimes de retraite, ils sont souvent limités au secteur public ou à certaines catégories de travailleurs, et leur couverture est généralement faible et les prestations servies modestes» (Loriaux 1999 : 40). Dans quelle mesure ce constat pessimiste s'applique-t-il au Maroc ? Le Maroc est-il entré dans la civilisation de la retraite? Combien de personnes âgées marocaines sont-elles couvertes par la catégorie de la retraite ?.

De manière générale, au Maroc il n'y pas de lois garantissant aux personnes âgées des prestations de solidarité publique hors du cadre de l'activité professionnelle déclarée. Par conséquent, les personnes âgées ne disposent pas généralement de revenus suffisants importants issus de la pension d'où un faible taux de couverture retraite : 20% seulement de la population sont couverts par le système obligatoire de retraite. (2)

Par ailleurs, « le montant de la retraite minimum n'est pas suffisant pour éviter que les personnes âgées ne se retrouvent en situation de pauvreté : la retraite minimum versée par la CNSS équivaut à 30 pour cent du salaire minimum industriel garanti (SMIG) (ou environ 20 pour cent du salaire moyen dans le secteur manufacturier) et celle versée par la CMR équivaut à 45 pour cent du SMIG (ou environ 25 pour cent du salaire moyen des agents de la fonction publique) » (Banque Mondiale, 2001, 62). Par conséquent, il est nécessaire de réviser le système des pensions afin d'atténuer les ravages de l'inflation sur les retraités.

Au niveau du privé, le code du statut personnel d'inspiration islamique reprend l'obligation religieuse de prendre en charge les parents démunis et impose la pension alimentaire parentale aux enfants adultes. Cette obligation ne prend pas en considération la situation réelle des enfants adultes supposés à la fois verser une pension alimentaire à leurs parents et prendre en charge leurs propres enfants. On peut supposer que cette génération intermédiaire (génération pivot ou génération sandwich) focalise son aide sur les enfants dans le cadre d'une société ouverte sur l'avenir. De plus, les allocations familiales déjà sommaires ne sont pas étendues aux parents âgés à charge. D'où l'importance idéologique surtout, c'est-à-dire sans base matérielle adéquate, de la solidarité privée familiale ascendante pour faire face au « risque dépendance » des parents âgés.

L'ENF 1995 a révélé que Dans le milieu rural, 46,2% de chefs de ménages comptent sur leurs enfants pour les prendre en charge lors de leur vieillesse. Le revenu de l'activité, la retraite, l'épargne viennent après. Ce vœu est corrélé, en plus de la ruralité, au grand nombre d'enfants et à l'analphabétisme (CERED 1996 : 126-127).

*"S'il est vrai qu'avec l'apparition et le développement de l'Etat-providence, des fonctions qui relevaient principalement de la famille, comme l'éducation des enfants, la pourvoyance aux vieillards et aux malades, ont été progressivement et partiellement relayés par la collectivité, le passage du risque individuel au risque social, qui fonde le principe de la protection sociale, n'a pas pour autant retiré à la famille sa place de micro-système de solidarité, mais l'a redéfinie dans une négociation permanente avec l'Etat". (Attias-Donfut Claudine, Lapierre Nicole, 1994 : 9).*

## **II.2. La solidarité privée familiale**

Bergston définit un modèle microsociale de la solidarité entre les générations basé sur six liens : la solidarité affective, la solidarité structurelle (co-résidence et proximité géographique), la solidarité associative (fréquence des contacts), la solidarité fonctionnelle (aides fournies et reçues), la solidarité consensuelle (concordance des opinions) et la solidarité normative ou partage des mêmes valeurs (Bergston, Olander, Haddad 1976 ; Bergston, Roberts 1991). L'idéal serait de rendre compte de ces six dimensions de la solidarité intergénérationnelle dans la société marocaine. De son côté, François de Singly distingue entre trois types de réseaux : les réseaux de solidarité ou les parents pour lesquels on sacrifie temps, argent et efforts, les réseaux

d'autoprotection constitué par les parents à qui on demande de l'aide, les réseaux d'affinité composé des parents avec lesquels on s'entend et avec qui on a de l'intimité (Singly 1993).

La solidarité privée se fonde sur quatre motivations : la réciprocité, l'affection, les normes d'obligation et les besoins de la personne aidée (Künmeund et Rein 1999). Ce fonctionnement à la dette (due aux parents âgés) fonde le lien familial. En effet, la circulation du don à travers les générations familiales obéit à une logique combinant le lien et le bien. Cette logique assure la continuité du lien familial dans le temps : les échanges sont différés, chaque fois repris par la génération des enfants adultes. Cependant, il faut noter que la solidarité familiale constitue un anti-marché dans la mesure où don et contre-don intra-familiaux échappent aux règles mercantiles dans le cadre d'une réciprocité à la fois généralisée et déséquilibrée.

La solidarité familiale revêt deux formes majeures : services et transfert de biens (prêt d'argent, prêt non financiers, dons d'argent, dons en nature, recommandation, aides diverses, soins) d'une part, hébergement et prise en charge d'autre part. En Occident, le passage de la famille communautaire à la famille nucléaire est passage à un type de famille qui donne de l'argent et qui rend des services plus qu'elle n'héberge la personne âgée (Lacoste-Dujardin 1991 : 217). Ce comportement confirme et infirme à la fois la thèse de T. Parsons : d'une part il montre l'éclatement résidentiel de la famille (étendue), d'autre part il indique que la famille nucléaire n'est pas isolée de son réseau de parenté et que les échanges et services perdurent au-delà de la décohabitation des enfants.

Qu'en est-il de la famille marocaine ? Les membres de la famille se soutiennent-ils mutuellement comme par le passé ? Dans quelle mesure les parents âgés bénéficient-ils de services et de transferts de biens et d'argent ? Dans quelle mesure sont-ils pris en charge de la part de leurs enfants adultes ?

### **II.2.1. La solidarité cohabitationnelle**

Au Maroc, l'urbanisation, tout en signifiant la contraction du logement, ne signifie pas pour autant une contraction parallèle et conséquente de la taille de la famille. Certes, le type prédominant est celui de la famille nucléaire (70% des ménages) mais qui dit famille nucléaire marocaine dit une famille composée d'un noyau conjugal avec des enfants non mariés et des parents ascendants ou collatéraux. Ce type de famille est moins étendu horizontalement car il est plus réduit au niveau d'une génération en raison de la baisse de la

fécondité. Mais c'est un type de famille qui est plus étendu verticalement en raison de l'allongement de la durée de vie. Plusieurs générations cohabitent et par conséquent il y a un risque évident de mal vivre la nucléarité : le couple a moins de chances d'éclore, le processus de démocratisation intra-familial est entravé.

L'Enquête Nationale sur la Famille (CERED 1996) a révélé que quatre personnes sur neuf vivent dans des ménages complexes, ceux-ci constituant le tiers des ménages. Plus d'un ménage complexe sur trois abrite une personne âgée au moins. Ce phénomène est plus rural qu'urbain: 42,1% contre 31% (CERED, 1996). En ville la cohabitation des ménages est difficile, eu égard à l'exiguïté du logement comme il a été signalé plus haut. De plus, le surpeuplement des logements périurbains conduit à des attitudes et des comportements pathologiques (Dialmy 1995). Les familles de trois générations et plus représentent 26,8% en milieu rural et 17,5% en milieu urbain (ENF 1995). En milieu rural, les familles multigénérationnelles « permettent d'éviter le morcellement de la terre et de maintenir ainsi des exploitations de taille viable, de diminuer les dépenses de production, d'habitat, de transports pour les achats en gros, et de biens durables et ce grâce à l'économie d'échelle, et de disposer d'un statut social respectable au niveau local » (CERED 1996 : 47).

Selon les données de l'ENNVM de 1998/99, le Maroc connaît une fréquence d'isolement très faible des personnes âgées. En effet, seulement 3% des personnes âgées vivent seules, soit un effectif absolu de 61 931 personnes. Ces figures sont respectivement de 3,4% correspondant à 35137 individus en milieu urbain et 2,7% représentant 26794 individus en milieu rural. Le sexe féminin est plus touché par cet isolement.

En 1995, le pourcentage des personnes âgées isolées s'est élevé à 4,4%. Cela rejoint l'idée que les pays à revenu faible connaissent un taux très faible de personnes âgées qui vivent seules. Plus le niveau de vie s'élève, plus cette probabilité s'élève aussi.

**Tableau 1. Types de ménage avec membres  
de 60 ans et plus**

<b>Résidence Type de ménage</b>	<b>Urbain</b>	<b>Rural</b>	<b>Ensemble</b>
Unipersonnel	3,6	5,2	4,4
Nucléaire (couple)	4,4	4,7	4,6
Couple + enfants célibataires (biparental)	23,5	23,6	23,6
Monoparental	6,3	3,6	4,9
Complexe (plusieurs noyaux conjugaux)	62,2	62,9	62,5
Total	100	100	100

Source : Enquête Nationale sur la Famille 1995

La faiblesse de l'isolement résidentiel des personnes âgées vient du fait que, en 1994, la majorité d'entre elles sont mariées (65%). Les célibataires ne représentent que 1,7%, les veufs 31% et les divorcés 2%. La majorité des veufs et des divorcés sont de sexe féminin : les personnes âgées de sexe féminin arrivent très rarement à se remarier après la dissolution de mariage ou le veuvage.

Le phénomène de l'isolement est plus urbain et peu fréquent. « Les marocains âgés vivent généralement entourés des membres d'un réseau de solidarité familiale. En effet, très peu vivent dans des ménages unipersonnels ou en couple... Toutefois, sous l'effet des transformations socio-économiques qui traversent la société marocaine, il semble que cette solidarité ait atteint ses limites» (Lfarakh 1999 : 66), néanmoins l'espace domestique reste ouvert à tout membre de la famille, surtout aux plus âgés.

Cependant, cette question de la co-résidence intergénérationnelle commence à poser la question du pourquoi. La co-résidence ne va plus de soi. Pourquoi a-t-elle lieu alors ? Est-ce le désir de vivre ensemble afin de recréer l'ambiance de la famille communautaire ? Est-ce pour des raisons de santé ? Est-ce pour des raisons financières économiques ? Est-ce à cause d'un problème de logement ? Est-ce suite à une séparation ou à un veuvage ? Est-ce pour éviter la solitude ? Est-ce en raison d'une collaboration professionnelle ? La réponse aux motifs de la co-résidence est essentielle pour mieux comprendre le phénomène, sa persistance et/ou son retour.

En fait, il faut noter à ce propos que la proportion des personnes âgées hébergées par un de leurs enfants ne dépassait pas 6,5% en 1995 (CERED 1996). Ce pourcentage ne varie pas significativement en fonction du nombre d'enfants parce que l'hébergement ne se fait qu'en cas d'extrême nécessité, le handicap ou la maladie chronique du parent âgé.

Mais il faut aussi se demander dans quelle mesure la proximité géographique entre parents de différentes générations n'est pas un nouveau modèle de co-résidence qui concilie entre tradition et modernité, entre famille communautaire et famille nucléaire. Des résidences séparées mais rapprochées, à proximité les unes des autres afin de préserver à la fois l'intimité et la distance, sont-elles entrain de faire leur apparition ?

Par ailleurs, la cohabitation intergénérationnelle par solidarité familiale « ne se fait pas toujours au profit des générations des personnes âgées... Le cas inverse est observé particulièrement en raison de la montée du chômage des jeunes et de la hausse du coût de la vie » (Lfarakh 1999 : 66).

« La proportion des chefs de ménages âgés de 60 ans et plus qui hébergent au moins un de leurs enfants, tous âges confondus, s'élève à 84,6% en milieu urbain et à 83,4% en milieu rural » (ENF 1995/CERED 1996 : 50). Vu que la fécondité était élevée il y a quarante ans, les personnes âgées d'aujourd'hui sont appelées à subvenir aux besoins de leur descendance. Ainsi, à l'âge de 60 ans ou plus, un chef de ménage assume la responsabilité de 2,4 enfants en moyenne en milieu urbain (et de 3,2 enfants en milieu rural). La « fécondité délibérée » (tardive) génère des enfants à charge à 60 ans, un âge où la vitalité et la force de travail sont émoussées. Elle a cependant un aspect positif, celui de faire éviter le risque d'isolement à la personne âgée. Certes, vivre dans une famille multigénérationnelle est un phénomène corrélé à des femmes pauvres (qui n'ont pas d'autre choix), mais la co-résidence entraîne en général un mieux-être pour les personnes âgées. Dans une société où l'individu ne sait pas encore vivre seul, vivre en famille est l'une des conditions du bien-être.

### **II.2.2. Dons et services**

Quels dons et services les personnes âgées reçoivent-elles de leur descendance ? Combien de dons et de services reçoivent-elles ? Ces dons et services sont-ils réguliers, fréquents ou occasionnels ?

Le pourcentage des chefs de ménages âgés de 60 ans ou plus qui reçoivent un don d'un de leurs enfants au moins est de 37,6% en milieu urbain et de 33,6% en milieu rural (Doudich 2000 : 78). Ces pourcentages varient significativement avec le nombre des enfants. Plus on a d'enfants, plus la probabilité des dons s'élève ainsi que leur fréquence et leur valeur. En milieu urbain, elle passe de 12,5% pour les parents âgés ayant un seul enfant à 33,9% pour ceux ayant cinq enfants puis à 47,7% pour ceux ayant huit enfants. En milieu rural, elle passe, respectivement, de 17,4% à 32,7% et à 37,4%.

Le don est mieux adapté que le prêt à l'esprit de la solidarité familiale ascendante. Le don est ici un contre-don, une dette rendue en dernière analyse, une réciprocité étalée sur toute une vie. Ce don ne se dit pas, il est humilité et non occasion de vanité et d'ostentation. En principe, il est désintéressé. L'aide de subsistance dans le sens enfants-parents vise essentiellement à satisfaire les besoins matériels de parents âgés ou à revenus insuffisants (CERED 1996 : 97). Ces dons en argent se substituent à la prise en charge, c'est-à-dire à l'hébergement. On constate ainsi que « la tendance à réduire la dimension de la famille ne s'accompagne pas nécessairement d'une diminution du soutien qu'apporte la famille aux personnes âgées » (Loriaux 1999 : 42). Cette forme de soutien qu'est le don d'argent fait taire le sentiment de culpabilité qu'un enfant adulte peut ressentir quand il ne veut pas ou ne peut pas héberger ses parents âgés.

Au niveau des services, les femmes de la génération-pivot assument le rôle de s'occuper des autres, enfants et personnes âgées. Et ce sont également les femmes parmi les plus âgés qui bénéficient le plus de la solidarité ascendante.

La solidarité privée peut se faire sans qu'il y ait cohabitation, et cela permet de sauvegarder l'autonomie et l'indépendance de chacun. Mais de plus en plus, cette aide n'est plus automatique et mécanique. Elle dépend de la qualité des relations entre la personne âgée et ses enfants adultes, ainsi que des histoires conjointes des membres de la famille. « Aussi la question des relations familiales nécessite-t-elle de dépasser l'analyse dans laquelle le rôle de la famille est réduit aux seules fonctions de fournisseur de services et de pourvoyeur de capital social » (Bonvalet et Lelièvre 2005 : 45). Par conséquent, le devoir de solidarité familial s'efface parfois devant les mésententes et les conflits. En effet, « les conflits familiaux, les mésententes et les ruptures ont tendance à entraver les solidarités, car celles-ci reposent sur une proximité affective et relationnelle ». (Attias Donfut 1997). Mais dans une société non sécularisée comme le Maroc, le poids de la religion fait que le sens du devoir filial et de la dette envers les parents reste un moteur puissant de la solidarité familiale. Au niveau idéologique, il se maintient tel quel même si au niveau pratique il rencontre des difficultés en raison de considérations économiques et sociales.

Mais « que peut faire la solidarité privée lorsque les parents sont des retraités sans retraite et les enfants des actifs sans travail et que cette situation n'est pas atypique ou exceptionnelle mais généralisée »? (Loriaux 1999 : 177). C'est le cas au Maroc. Une solidarité importante ne peut donc s'exercer parce

que les politiques sociales ne sont pas généreuses à l'égard des personnes âgées. Rappelons ici que les aides publiques renforcent les aides privées plus qu'elles ne les évincent (Rein 1996). Plus on possède, plus on peut donner et recevoir. Par conséquent, l'aide privée ne saurait se substituer à l'aide publique et ne peut fonctionner correctement sans cette dernière.

Au Maroc, les transferts privés et les transferts publics circulent tous dans le même sens, ascendant : les adultes actifs financent effectivement à la fois la retraite des personnes âgées et l'aide privée ascendante. Cette situation n'est-elle pas pathologique? Dans les pays développés qui sont entrés dans la civilisation de la retraite, « les transferts privés entre les générations circulent en sens inverse des transferts publics » (Attias-Donfut 1995), c'est-à-dire dans le sens descendant. Ce sont les personnes âgées qui aident financièrement les générations familiales plus jeunes.

### **III. Mode de vie**

Quel est le mode de vie des personnes âgées? Comment se déroule leur vie quotidienne? Est-elle marquée par le bien-être?

Une telle interrogation nous impose de traiter de deux points : 1) l'entourage des personnes âgées, leur sociabilité et affectivité, 2) l'oscillation des personnes âgées marocaines entre activité et oisiveté,

#### **III.1. L'entourage : sociabilité et affectivité**

Le phénomène du vieillissement démographique débouche sur l'existence de familles de trois, quatre, voire de cinq générations. Mais l'existence de plusieurs générations dans une famille ne garantit nullement l'existence de relations effectives entre les membres des différentes générations, qu'il s'agisse de relations affectives, financières, d'entraide ou d'hébergement. Aussi la notion d'entourage est-elle investie comme outil pour l'analyse de l'évolution des réseaux individuels de la personne âgée. L'étude de l'entourage permet de saisir la nature et la fréquence des contacts au niveau de la vie quotidienne. Certes, il y a des personnes âgées qui sont seules dans le sens où elles sont sans descendance vivante et n'ayant plus d'ascendant. Cela représente un risque, une fragilité. Mais ce qui est davantage fragilité, c'est de ne pouvoir compter sur personne, c'est de n'avoir personne à contacter. La notion d'entourage dépasse le seul cercle familial. «Ce concept vise à élargir le groupe de référence de l'individu en tenant compte des réseaux des parents, des frères et sœurs, des enfants co-résidents ou non, des conjoints et de leurs parents ainsi que de toutes

les personnes avec qui l'individu a co-résidé à un moment de sa vie et d'autres personnes qui, apparentées ou non, ont joué un rôle clé dans la vie de l'individu » (Bonvalet et Lelièvre 1995).

La baisse de la mortalité retarde le moment où l'on se retrouve seul, la date d'entrée dans le veuvage est retardée. L'événement majeur reste la mort du compagnon de toujours. Et ce sont les femmes qui se trouvent en effet davantage en situation de veuvage, vulnérabilité liée à la fois au genre et à l'âge. Des résistances culturelles contre le remariage des veuves s'expriment encore de nos jours : se marier à une veuve est de mauvais augure, malencontreux. La probabilité de refaire sa vie (se remarier) est donc plus faible pour les femmes. « Les femmes sont donc doublement pénalisées : à leur plus forte probabilité de subir le veuvage s'ajoute une plus grande difficulté de fonder un nouveau foyer » (Delbès 2005 : 75). Leur morbidité plus grande ainsi que leur précarité économique leur font cumuler les désavantages. Aussi sont-elles plus fréquemment hébergées par un de leurs enfants adultes contrairement aux hommes veufs qui forment une union tardive et qui auraient tendance à choisir des compagnes plus jeunes.

Certes, au 3<sup>ème</sup> âge, les divorces comme les nouvelles unions sont rares. De même, la « grande amitié », la « simple compagnie », la découverte de l'amour entre personnes âgées, voire vivre en couple sans être marié, sont des phénomènes quasi-absents. La libéralisation des mœurs ne semble pas les toucher.

Au niveau des contacts, « l'examen des affinités et la fréquence des contacts permet d'aller plus loin dans l'analyse des relations au sein de la famille » (Bonvalet, Lelièvre 2005 : 55). Au Maroc, la visite des parents est prescrite comme un devoir religieux impérieux, c'est le mode de contact le plus conseillé pour s'informer de l'état de santé de la personne âgée, la réconforter. C'est une « intimité à distance » qui préserve tant que c'est possible l'autonomie de chacun. L'éloignement ne signifie pas rupture ou affaiblissement des liens intergénérationnels. Mais à l'image de la solidarité fonctionnelle, les contacts, à travers les rencontres, les appels téléphoniques, les lettres et les télégrammes, sont le résultat du jeu des distances géographiques et affectives au cours de la vie. Ces contacts pourraient également varier en fonction du sexe de la personne âgée, et en fonction du sexe de ses enfants. De manière générale, l'attention portée aux parents âgés se répartit entre les enfants. Dans certains cas, un partage implicite des rôles s'effectue au sein de la fratrie. Par exemple,

s'il y a un enfant adulte célibataire, c'est lui qui cohabite avec le parent âgé et qui s'en occupe.

Dans certains cas, il y a «déprise» : êtres moins sociables, ayant moins d'interlocuteurs et de conversation, les personnes âgées abandonnent certaines relations. Le besoin de plaire les abandonne. Malgré cela, le suicide des personnes âgées suite à l'isolement et/ou à la dépression est quasi-inexistant au Maroc.

Certaines personnes âgées, tout en ayant des proches parents en vie, vivent dans des maisons pour vieillards, des maisons de bienfaisance. Les enfants commencent à oser y mettre un parent âgé. L'Entraide Nationale (qui relevait du Ministère de l'Artisanat et des Affaires Sociales dans les années 1980) affirme l'existence de 36 unités à cette période. Ces unités abritaient à l'époque 2808 personnes (Ministère de l'Artisanat et des Affaires Sociales 1982 : 11). Quelques personnes âgées préfèrent vivre dans ce type d'institution, au nom de la dignité, afin de ne rien devoir à une bru, afin de ne pas gêner un descendant.

De manière générale, selon des enquêtes qualitatives<sup>2</sup>, les personnes âgées qui résident dans ces maisons sont sans famille, c'est-à-dire sans descendance. Leur passage dans les institutions vient pallier l'absence de famille.

### **III.2. Entre activité et oisiveté**

Les personnes âgées oscillent entre l'engagement actif (soit comme source de revenu soit comme épanouissement de soi) et le retrait (repos et déprise).

#### **III.2.1. L'activité économique**

De nombreuses personnes continuent de travailler au-delà de 60 ans voire à un âge plus avancé. La retraite à 60/65 ans est liée à une économie de type moderne qui couvre l'ensemble de la population. Comme ce n'est pas le cas au Maroc, et eu égard à la précarité et à la vulnérabilité, 41,2 % de personnes âgées de 60 et plus de sexe masculin sont actifs en 1994 (contre 5 % de femmes). Par rapport à 1994, ce pourcentage a baissé pour les hommes pour qui il était de 46,5% et a augmenté pour les femmes (4,7 %). A défaut d'une pension de retraite décente ou d'une rente satisfaisante les individus sont contraints à continuer de travailler après 60 ans. Le pourcentage des personnes âgées actives est plus grand dans le milieu rural, le risque de précarité et de

---

<sup>2</sup> Entretiens avec quelques personnes âgées à "Associations islamique Fassie de Bienfaisance", le 5/12/2005. Dialmy.

pauvreté y étant plus grand. Privé d'une source formelle de revenu (retraite ou rente), dépourvu d'une activité économique adéquate, beaucoup de personnes âgées se lancent dans des activités de survie relevant de l'économie informelle.

*"A 60 ans, certains laissent fleurir l'envie de s'amuser, de rire et même de refaire du sport. C'est le cas de Haj Hamid, homme élégant qui, depuis sa retraite partielle, à 65 ans, tient la caisse de son bureau de tabac ouvert au quartier Souissi de Rabat. "Ni mon père, ni mon grand père n'avaient pris de retraite. Ils ont travaillé jusqu'à leur mort, alors j'en ferai autant", explique-t-il. Haj Hamid a cette joie de vivre et cette habilité à attirer la sympathie bien commune aux actifs du troisième âge. Même si les conditions sociales diffèrent, il y a plusieurs similitudes. Dans sa jovialité, Driss, gardien de voitures à Casablanca, rappelle un homme bien moins âgé. À le voir bouger dans tous les sens, bavarder et blaguer jusqu'à une heure tardive de la journée, on a du mal à croire qu'il a 72 ans. Pourtant, tous les jours, il est fidèle à son poste de travail. C'est que la vieillesse n'est pas seulement un problème de mental". (Nassir, 2005)*

La faiblesse du niveau de vie après 60 ans est également le produit d'une fécondité tardive, plus présente dans le milieu rural également. Dans ce milieu, le facteur âge n'est pas automatiquement discriminant en ce qui concerne l'emploi. Le problème de l'employabilité des seniors ne se pose pas dans le milieu rural et il n'existe pas encore de concurrence entre les jeunes et les seniors sur le marché du travail rural. Par conséquent, la population âgée active rurale est plus nombreuse que l'urbaine. Il faut souligner également le fait que plusieurs branches d'activité en milieu urbain sont régies par des lois qui limitent l'âge de d'activité à 60 ans.

Mais pour certains, l'avance en âge est simplement poursuite de l'activité informelle antérieure, ce qui signifie une absence de coupure. Pour d'autres, il s'agit d'ajouter de la vie aux années et pas seulement les années à la vie. Continuer de travailler est en effet une manière de réussir l'avancée en âge (Huyck 1974), ce qui permet de développer un sentiment de satisfaction vitale. Or être satisfait de sa vie actuelle et passée (Atchley 1980) est également une manière de réussir sa vieillesse. Ce sentiment de satisfaction dépend de l'activité qu'on a eue et de la gratification que l'on en a retirée.

### **III.2.2. Quotidienneté et temps libre**

Comment la personne âgée, inactive au sens économique, vit-elle au quotidien ? Comment écoule-t-elle son temps libre, tout son temps étant libre ?

Développe-t-elle des activités nouvelles ? La perte des principaux rôles sociaux assumés et valorisés durant la vie de travail entraîne-t-elle un sentiment d'humiliation et de diminution ? Quelles sont les réactions au vieillissement ? La vieillesse est-elle vécue en termes de perte : celle de l'estime de soi, celle de la confiance en soi ?

La classique « mélancolie d'involution » apparaît vers l'âge de 55 à 60 ans. Une dépression peut apparaître suite à un changement important dans l'existence, la retraite en l'occurrence.

*"Il n'est pas rare que certaines personnes ressentent un vide et sont comme prises dans un tourbillon, dont elles ne savent pas se tirer. S'ils se laissent aller, les retraités sont souvent de mauvaise humeur, inquiets, coléreux, difficiles à vivre, pauvres, malades, ou même dépressif. « Il y a souvent des troubles qui surgissent dans la vie des personnes âgées avec l'arrêt de l'activité. Le rythme journalier se perturbe, avec beaucoup de temps libre » (Nassir, 2005)*

Par ailleurs, le mauvais vieillissement est aussi la conséquence de l'urbanisation dans le sens où la ville, en plus du fait qu'elle isole davantage la personne âgée, lui est difficilement accessible et manipulable. Marcher en ville, traverser ses rues, parcourir ses longues distances, prendre les transports publics, voilà un échantillon de problèmes pratiques que rencontrent les personnes âgées, fussent-elles originaires de la ville. La ville moderne est trop grande, trop impersonnelle, trop anonyme. Mais contrairement à ce qui se passe en France, par exemple, où la personne âgée est casanière, se replie sur soi et sur les loisirs domestiques (Delbès et Gaymu 1995), sur l'intérieur, il nous semble que la personne âgée marocaine continue de sortir pour retrouver les gens à la mosquée, au café ou simplement dans la rue. La rue marocaine est vivante. La « classique » peur de la personne âgée à sortir dans la rue n'est pas si classique que cela en milieu marocain. Certes, sortir dans la rue concerne davantage les hommes, car les hommes marocains ne sont pas habitués à rester à la maison. L'espace domestique est davantage le royaume des femmes, c'est à la fois leur repère et leur repaire. Mais pour les femmes âgées, la rue est devenue également un espace de rencontre, de bavardage. Les sorties des femmes dans l'espace public ne sont plus aussi réglementées qu'autrefois.

Regarder la télévision n'est pas non plus un palliatif à la solitude ou une sociabilité de substitution. C'est l'isolement en milieu marocain qui est plutôt

difficile. Regarder la télévision est une activité qui se déroule à l'extérieur pour les hommes, au café, en compagnie des copains.

*"Dans le petit bois avoisinant la gare routière de Rabat, il marche péniblement sous le vent. Manteau gris usé, sac à l'épaule, bonnet enfoncé sur les oreilles et embonpoint, c'est un fonctionnaire à la retraite, âgé de 68 ans. Il s'approche à petits pas d'un groupe de personnes âgées et se cherche une place parmi eux. Les retrouvailles sont chaleureuses. Presque tous les jours, Driss retrouve sa petite bande. Ensemble, ils cherchent toutes sortes d'occupations, jeux de cartes ou simples bavardages... Depuis 8 ans maintenant qu'il est à la retraite, il a fini par sortir de sa coquille pour adhérer à cette routine. « Pas facile de s'habituer au vide soudain, à la sensation d'être inactif et à la santé de plus en plus fragile », s'exclame-t-il. « Mais on s'accroche grâce au soutien de la famille ». (Nassir, 2005)*

L'activité de la lecture suppose également la possibilité de s'isoler mais aussi le goût (et l'habitude) de la lecture, et puis de manière plus prosaïque, savoir lire. Or il y a 92,9 % d'analphabètes parmi les 65 ans et plus en 1994 (81% hommes, 98,7% femmes).

Une plus grande fréquentation des cinémas, des théâtres (peu nombreux), des restaurants et des concerts par les personnes âgées reste à démontrer, quoique très peu probable. Le jardinage-loisir et le bricolage passe-temps pour les hommes sont des coutumes occidentales qui ne sont pas encore très enracinées dans la société marocaine. Ce sont des activités qui restent liées à une élite urbaine et qui ne sont pas nécessairement corrélés aux personnes âgées. Il en est de même pour les loisirs extérieurs comme aller au restaurant, voyager, faire de la gymnastique, du *jogging* ou de la marche. A son tour, le tourisme n'est pas plus corrélé aux personnes âgées.

Par contre, des pratiques religieuses comme le pèlerinage et la prière quotidienne à la mosquée (cinq fois par jour) ont toujours été des pratiques plus observées chez les personnes âgées. Mais la fonction latente de cette pratique religieuse intensifiée chez les personnes âgées est double : contenir l'angoisse de la mort à travers une pratique rituelle obsessionnelle d'une part, aider à vivre le temps cyclique et routinier de la vieillesse comme un temps linéaire et progressif qui rapproche de Dieu et qui élève vers lui d'autre part. La pratique religieuse intense empêche les sentiments d'angoisse, d'oisiveté et d'inutilité. Elle rassure l'individu et lui procure un sentiment de satisfaction de soi, fondamental dans le bien-être de la personne âgée. L'image dominante de la

personne âgée est d'être un musulman tranquille, paisible et pacifiste, non mobilisable dans l'action islamiste. Les pratiques religieuses surrogatoires empêchent de ressentir le vieillissement comme une perte. Les effets négatifs de la diminution du pouvoir d'achat et de la perte d'une activité productrice et valorisée, celui de l'exclusion de la part des plus jeunes (refusant l'image d'une vieille femme qui leur fait peur), sont contenus par une foi intense. Celle-ci préserve la personne âgée de la perte de l'estime de soi.

Rares sont les personnes âgées qui s'engagent dans l'action associative de manière générale. Celle-ci est déjà en elle-même une activité fort récente qui remonte aux années 1980. Elle devient de plus en plus à la mode eu égard à sa poly-fonctionnalité. Cette mode commence à toucher les personnes âgées en tant que personnes retraitées et non pas en tant que personnes âgées. Les personnes retraitées commencent en effet à constituer des associations ou à participer à des associations existantes. Exploiter le temps libre et le mettre au service de la communauté, retrouver un sentiment d'utilité sociale à travers le bénévolat sont des idées qui commencent à faire leur chemin dans les villes. L'image positive du *senior* engagé dans la vie associative fait son apparition mais ne touche que des personnes âgées peu représentatives de l'ensemble de cette classe d'âge.

Dans le milieu rural, les personnes âgées gardent leur poids social et symbolique. Elles gardent les responsabilités rituelles, celles des prières, des fêtes collectives, des danses et chants. Les appellations *raïss* et *shaykh* ont encore une signification pratique au niveau de la vie quotidienne. Le prestige des vieux est encore là. Ils participent, s'ils ne les dirigent pas, aux grands événements de la vie (naissance, circoncision, mariage, mort...)

## Conclusion

Certains estiment que la crise du vieillissement est un paradigme catastrophiste. Ni le secteur privé (familial mal nucléarisé) ni le secteur public (l'Etat) ne répondent aux besoins des personnes âgées dans les pays en développement

Après l'adoption mondialisée du néolibéralisme qui marque la fin de l'Etat providence, les pouvoirs publics marocains soulignent de plus en plus l'importance de la solidarité intergénérationnelle au sein de la famille. Par conséquent, l'entraide et le soutien intra-familiaux deviennent des enjeux de politiques publiques. Face à la difficulté d'ériger un système de retraite généralisé à l'ensemble des personnes âgées et de promouvoir des institutions

de prise en charge adaptées, la priorité est donnée au renforcement des réseaux familiaux de solidarité.

Certes, la solidarité intergénérationnelle est nécessaire au maintien du lien social, à sa consolidation. Cependant, l'aide familiale n'est pas un droit acquis, elle est source de dépendance, elle est surtout aléatoire (et parfois impossible) dans un contexte de problèmes économiques dont certains deviennent structurels. Il est donc clair que sans le soutien des politiques sociales publiques, la solidarité familiale s'épuise face à l'allongement de la durée de vie, face à l'augmentation du nombre des personnes âgées, face aux besoins des jeunes en matière de formation et d'emploi...

Dans ces conditions, mettre tout sur le dos de la seule solidarité familiale, c'est accélérer le processus de dissolution de la famille, son éclatement. Car de profondes interférences existent entre transferts privés et transferts publics, ces derniers étant redistribués à l'intérieur de la famille. Aussi les personnes âgées ne doivent-elles pas être exclues des transferts publics.

Une politique social-démocrate fonderait la protection sociale sur la citoyenneté et octroierait des droits sociaux selon une logique de besoins, favoriserait l'autonomie des personnes âgées auxquelles des aides pour la dépendance peuvent être versées directement. L'image idéalisée de la famille étendue d'autrefois risque surtout d'emprisonner les femmes dans le soin domestique (non salarié, non reconnu, non comptabilisé). Un degré de concordance minimale se doit d'exister entre la base matérielle et la base idéologique dans la prise en charge familiale des personnes âgées. En d'autres termes, le principe de la solidarité familiale doit avoir les moyens d'être correctement mis en œuvre. Quant il y a hiatus entre le principe et les moyens, le discours sur la négligence risque d'être développé par les personnes âgées. Ce discours « est une fenêtre à travers laquelle on peut voir comment le monde moderne a profondément altéré le contrat social entre les générations » (Sokolovsky 2001 : 163). Précisions que la modernité dont il s'agit ici restera inachevée tant qu'elle ne reconnaît pas à sa juste valeur l'apport des personnes âgées à travers l'institution d'un système de retraite qui assure l'équité intergénérationnelle.

L'enjeu est donc d'entrer dans la civilisation de la retraite de manière à enjoindre à une partie de la population de ne pas travailler tout en lui assurant une indépendance financière, quitte à retarder l'âge de la retraite.

Dans l'état actuel des choses, on peut au moins penser à instituer un système d'aide publique (sous forme d'allocations familiales surtout, ou d'exonération fiscale) aux familles qui prennent en charge une personne âgée dépendante sans revenu. L'Etat ou la sécurité sociale peuvent également penser à étendre aux parents les prestations médicales accordées aux fonctionnaires.

Il est également nécessaire de développer les institutions de prise en charge des personnes âgées, d'améliorer celles qui existent déjà. Les mentalités évoluent déjà dans ce sens. D'autant plus qu'avoir une vie décente au cours de la vieillesse s'inscrit dans une logique de droit des personnes âgées au nom de leur citoyenneté, au nom de ce qu'elles ont donné à la nation. Par conséquent, de nouvelles images de la vieillesse sont à imposer, à mettre en œuvre, celles d'une vieillesse digne, citoyenne, intégrée et autonome. Mais les personnes âgées doivent surtout être considérées comme une ressource pour le développement, et doivent être protégées à ce titre par la société. C'est à partir de ce paradigme citoyen que des associations doivent participer à la solidarité nationale en faveur des personnes âgées, défendre leurs droits humains et lutter contre leur précarité.

Une politique publique de logement pourrait également faire de la proximité résidentielle entre générations familiales un de ses principes de base. Cela privatiserait de nombreux services en résolvant quelques problèmes quotidiens des personnes âgées sans les inconvénients de la cohabitation. En effet, la proximité résidentielle préserve l'autonomie de chacun, elle est un juste milieu entre les contraintes et les aspirations dans un univers relationnel. Elle améliore la qualité du lien familial et transforme la famille en famille choisie, aimée. Elle favorise également la suprématie du couple conjugal, base de la démocratie, sans que cela ne conduise à la mort de la parenté solidaire. L'intimité à proximité est un juste milieu entre l'intimité partagée et l'intimité à distance. Ce nouveau familialisme fait que « la famille se trouve ainsi propulsée au cœur des enjeux de la crise de l'Etat-providence... elle est de plus en plus conçue comme une des ressources potentielles de régulation des problèmes sociaux » (Martin 2002 : 112). Mais ce néo-familialisme concorde avec la culture marocaine et en représenterait la continuité. « La famille sans personnes âgées est une famille sans racines », affirme Bagdouri avec justesse (Bagdouri 1985 : 117).

Tout au long de ce chapitre, le manque de données empiriques sur les personnes âgées a été criant. Aussi est-il hautement nécessaire de développer la

« gérontologie sociale »<sup>3</sup>, discipline qui « s'intéresse à tous les changements que l'âge provoque dans les relations sociales de l'homme, ainsi qu'aux incidences économiques de la retraite et de l'invalidité progressive des grands vieillards » (Encyclopedia Universalis, 2003). Plus particulièrement, il faut réaliser des enquêtes sur les transferts financiers familiaux intergénérationnels, sur les préférences des personnes âgées en matière de style de vie, sur le meilleur moyen de soutenir les personnes âgées, sur les personnes âgées en émigration... Ces enquêtes seraient une occasion de (re) donner la parole aux personnes âgées.

---

<sup>3</sup> L'expression de « gérontologie sociale » apparaît en 1954, sous la plume de C. Tibbits.

## Bibliographiques

- Abzahd M., 1985. « La famille maghrébine », in *La famille au Maghreb*. Rabat : AMEP, pp. 329-355.
- Lamghari Mohamed, 1998. « Fécondité: niveaux, tendances et déterminants », in *Population et développement au Maroc*, Rabat : CERED.
- Aqerrout Hamid, 2004. « Réforme des retraites au Maroc: une nécessité impérieuse ». [http://www.menara.ma/Infos/includes/detail.asp?article\\_id=4657&lmodule=Maroc](http://www.menara.ma/Infos/includes/detail.asp?article_id=4657&lmodule=Maroc) (consulté le 15 novembre 2005).
- Atchley R. C, 1980. *The Social Forces in Later Life*, CA, Wadsworth, Belmont.
- Attias-Donfut Claudine, Lapierre Nicole, 1994. « La dynamique des générations », in *Génération et filiations*, Attias-Donfut claudine, Lapierre Nicole (eds), *Communications*, n° 59, pp. 5-13.
- Attias Donfut C, 1995. *Les solidarités entre générations : vieillesse, familles, Etat*, Paris : PUF.
- Attias Donfut C, 1997. *La famille Providence*. Paris : La Documentation Française.
- Attias Donfut, 2002. « Des générations solidaires », in *Familles, permanence et métamorphoses*. Paris : Editions Sciences Humaines, pp. 113-123.
- Azammam Said, 1998. « Personnes âgées au Maroc », in *Population et développement au Maroc*. Rabat : CERED, pp. 81-91.
- Baron A-M, Pirot Henri, 1955. «La famille prolétarienne». Rabat : *Cahiers des Faits et Idées*, n° 5.
- Bagdouri M., 1985. « Aperçu sur la place et le rôle des personnes âgées dans la famille marocaine », in *La famille au Maghreb*. Rabat : AMEP, pp. 117-122.
- Balier et al, 2003. « Gériologie », in *Encyclopedia Universalis*, Universalis 9.0, Cédérom, Lyden : Brill.
- Banque Mondiale, 2001. « Royaume du Maroc. Mise à jour de la pauvreté ». Rapport No. 21506-MOR. Volume I. Rapport principal. 30 mars 2001
- Batrah Aziz, 2005. « Les hôtes de la maison de bienfaisance », in *Al Ahdath al Maghribiya*, 15 mai 2005, p. 8 (en arabe).

- Benham D, 1994. *Le devenir de la famille : dynamiques familiales dans différentes aires culturelles*, Paris : UNESCO/Publisud.
- Bergston VL, Olander EB, Haddad AA, 1976. "The Generation Gap and Aging Family Members : Toward a Conceptual Model", in Gubrium JF (ed), *Time, Roles and Self in Old Age*. New York : Human Sciences Press, pp. 25-41.
- Bergston VL, Roberts REL, 1991). "Intergenerational Solidarity in Aging Families : An Example of Formal Theory Construction", *Journal of Marriage and the Family*, n° 53, pp. 856-870.
- Blachère R, 1980. *Coran*, Paris : Maisonneuve et Larose.
- Bonvalet Catherine et Lelièvre Eva, 1995. « Du concept de ménage à celui d'entourage : une redéfinition de l'espace familial », *Sociologie et Sociétés*, Vol. 27, n° 2, pp. 177-190.
- Bonvalet Catherine et Lelièvre Eva, 2005. « Relations familiales des personnes âgées », *Retraite et Société*, n° 45, pp. 44-67. Paris : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.
- Bourdelaïs P, 1993. *L'âge de la vieillesse*, Paris : Odile Jacob.
- Bytheway B, 1995. *Ageism*, Buckingham : Open University Press.
- Caldwell J. C (1981). "The Mechanisms of Demographic Change in Historical Perspective", *Population Studies*, 35 (1), pp. 5-27.
- Caradec Vincent, 2001. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris : Nathan, 127 p.
- CERED, 1990. *Famille à Fès*, Rabat : Ministère du Plan, 190 p.
- CERED 1990b. *Ménages. Variables socio-démographiques*. Rabat : Ministère du Plan/Direction de la Statistique.
- CERED, 1996. *Famille au Maroc. Les réseaux de solidarité familiale*, Rabat : Ministère chargé de la Population, 341 p.
- Delbès C. et Gaymu J., 1995. « Le repli des anciens sur les loisirs domestiques », *Population*, n° 3, pp. 689-720.
- Delbès Christiane, 2005. « Situations matrimoniales et ménages des personnes âgées », *Retraite et Société*, n° 45, pp. 70-87. Paris : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.
- Dialmy Abdessamad, 1985. *Femme et sexualité au Maroc*. Casablanca : Editions Maghrébins (en arabe)

- Dialmy Abdessamad, 1991. *Féminisme soufi. Conte fassi et initiation sexuelle*. Casablanca : Afrique-Orient.
- Dialmy Abdessamad, 1995. *Logement, sexualité et islam au Maroc*, Casablanca : EDDIF, 394 p.
- Dialmy Abdessamad, 2000a. *Sexualité et Politique au Maroc*. Rabat : FNUAP (Rapport inédit), 112 p.
- Dialmy Abdessamad, 2000b. « Le rôle du père est-il fini? Naissance du grand éducateur, la télévision », *Al Ittihad al Ichitiraki*, Casablanca, N° 6276, 15 Octobre 2000, p. 6 (en arabe).
- Dialmy Abdessamad, 2005. « Le terrorisme islamiste au Maroc », *Social Compass*, Volume 52, N° 1, mars 2005, pp. 67-82.
- Direction de la Statistique, 1998-1999. *Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages (ENNVN)*, Rabat : Ministère du Plan.
- Dou Arrachad Ahmed, 2005. « Des femmes qui ont refusé la chaleur familiale pour la maison des vieux », in *Al Ahdath al Maghribya*, 6 juillet 2005, p.7 (en arabe).
- Doudich Mohamed, 1999. « Pauvreté des personnes âgées : profil, déterminants et issues », in *Les défis socio-économiques du vieillissement démographique au Maroc*, Rabat : Association des Démographes Marocains, pp. 71-83.
- Gittins Diana, 1988. «What is the family? Is is universal ? », in *Family Bonds and Gender Divisions*, ed. Bonnie Fox. Toronto : Canadian Scholar's Press, pp. 43-65.
- Goichon A-M, 1929. *La femme de la moyenne bourgeoisie fassia*. Paris : REI.
- Gotman A (1999). « Géographies familiales, migrations et générations », in Bonvalet C, Gotman A, Grafmeyer Y (dir), *La famille et ses proches : l'aménagement des territoires*. Paris : INED, Travaux et Documents, Cahier n° 143, pp. 69-133.
- Guillemard A.M, 1972. *La retraite, une mort sociale*, Paris : Mouton.
- Héran F, 1988. « La sociabilité, une pratique culturelle », *Economie et Société*, n° 216, pp. 3-22.
- Huyck M. H, 1974. *Growing Older*, Prentice Hall : Englewood Cliffs.
- Jamous Raymond, 1981. *Honneur et Baraka*. Paris : Maison des Sciences de l'Homme.

- Künemund H et Rein M., 1999. "There is more to receiving than needing", *Ageing and Society*, Vol 19, pp. 93-121.
- Lacoste-Dujardin, 1991. « De la grande famille aux nouvelles familles », in *L'Etat du Maghreb*, Camille et Yves Lacoste (Dir). Paris : La Découverte, pp. 215-218.
- Lalive d'Epinau C et al, 1983. *Vieillesse*, Saint-Saphorin : Editions Georgi.
- Lalive d'Epinau C et al, 1999. « Comment définir la grande vieillesse ? », *L'Année gérontologique*, pp. 64-83.
- Lfarakh Abdellatif, 1999. « Transition démographique et vieillissement au Maroc », in *Les défis socio-économiques du vieillissement démographique au Maroc*. Rabat : Association des Démographes Marocains, pp. 59-69.
- Legaré J. F., 1995. « Qualité de vie ou quantité de vie : un défi pour les sociétés industrielles », *La sociologie des populations*, pp. 463-480.
- Loriaux M., 1999. « Vieillir au Nord et au Sud : l'avenir du vieillissement mondial et la nouvelle alliance des âges », in *Les défis socio-économiques du vieillissement démographique au Maroc*. Rabat : Association des Démographes Marocains, pp. 29-43.
- Martin Claude, 2002. « Solidarités familiales : l'illusion du renouveau », in *Familles, permanence et métamorphoses*. Paris : Editions Sciences Humaines, pp. 107-112.
- Ministère de l'Artisanat et des Affaires Sociales, 1982. *Rapport National sur le vieillissement*, Rabat : MAAS, 21 p.
- Ministère de l'Emploi, de la Formation professionnelle, du Développement social et de la Solidarité, 2002. *Rapport National sur le Vieillissement*. Rabat.
- Nassir Chifaa, 2005. « Que faire de nos vieux ? », *Maroc Hebdo*, n° 647, du 8 au 14 avril 2005, pp. 34-35.
- Paillat I. P, 1989. *Passages de la vie active à la retraite*, Paris : PUF.
- Premare A-L, 1976. « La mère et la femme dans la société familiale traditionnelle au Maghreb », *Bulletin de psychologie expérimentale*, Vol. XXVI.
- Rein Martin, 1996. « La solidarité intergénérationnelle : étude dans cinq pays », *Retraite et société*, n° 14, pp. 74-93.

Rhissassi Fouzia, 2004. « La vieillesse des femmes pauvres : cas de la maison de bienfaisance de Kénitra », in *Femmes et Etat de droit*. Rabat : Chaire UNESCO La femme et ses droits, pp. 71-90.

Rovira Eduardo Rodriguez, 2002. “Social Discrimination of the Aged”, in *Conferences 1998-2001*. Madrid : Abumar Grandparents in Motion/Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, pp. 210-215.

Sardan Jean-Pierre Olivier de, 1994. « Séniorité et citoyenneté en Afrique pré-coloniale », in Attias-Donfut Claudine, Lapierre Nicole (eds), *Génération et filiations*, Communications, n° 59, pp. 136.

Singly François de, 1993. *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris: Nathan, 128 p.

Sokolovsky Jay, 2001. « Living Arrangements of Older Persons and Family Support in Less Developed Countries », in *Living Arrangements of Older Persons*. New York : United Nations, Special Issue N° 42/43, pp. 162-192.

Tillion Germaine, 1965. *Le harem et les cousins*. Paris : Seuil.

UNICEF, 2001. *Analyse de la situation de l'enfant au Maroc*. Rabat : UNICEF.

## **Chapitre IV**

### **Santé et personnes âgées au Maroc**



## **Chapitre IV**

### **Santé et personnes âgées au Maroc**

#### **Introduction**

L'histoire de l'humanité connaît aujourd'hui un phénomène nouveau, à savoir l'accroissement extraordinaire et continu de la population des personnes âgées dans le monde.

Il s'agit d'un phénomène simple qui reflète les énormes succès de notre époque représentés principalement par l'amélioration des conditions de vie et les progrès sans cesse croissants de la médecine.

Le vieillissement de la population s'associe à une morbi-mortalité croissante. Pour une prise en charge adéquate des problèmes de santé du sujet âgé, les professionnels doivent repérer les principales maladies évolutives et reconnaître la vulnérabilité dans les activités de la vie quotidienne. L'une des caractéristiques de la santé des personnes âgées est la grande fréquence de la polyopathie, la quasi-totalité d'entre elles souffrant simultanément de plusieurs problèmes de santé chroniques. Au fil des années, les altérations physiques ou psychiques qui résultent de ces pathologies vont s'ajouter à celles directement liées à la sénescence, favorisant la survenue de déficiences de différentes natures (motrices, organiques, visuelles, auditives, mentales). Ces déficiences sont de gravité très variable, source d'incapacité et de handicap et donc d'un surcoût pour les individus, la famille et les finances publiques.

On regrette le très faible nombre de documents et surtout d'enquêtes portant spécifiquement sur la population âgée au Maroc. Cela est vrai dans le domaine social, médico-social et sanitaire. Cela est d'autant plus regrettable que l'absence d'information dans ces domaines empêche d'identifier avec certitude des priorités, notamment en termes de santé publique.

Ce chapitre tentera de décrire, à travers quelques études nationales, le profil pathologique des personnes âgées au Maroc et la stratégie adoptée par le Ministère de la Santé dans le domaine de la santé tout en proposant un ensemble de suggestions susceptibles d'adapter notre système de santé aux besoins des personnes âgées.

## **I. Etat des lieux du système de santé au Maroc**

### **I.1. Niveau de santé**

En raison des transitions démographiques et épidémiologiques, le système de santé marocain est confronté à une double charge de morbidité. Celles en général inhérentes aux pays en développement représentées essentiellement par les maladies transmissibles et les problèmes de santé de la mère et de l'enfant, et celles qui caractérisent les pays industrialisés à savoir les maladies non transmissibles (diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers...) et les traumatismes et accidents de toute nature.

Outre les progrès réels relevés, il existe au sein de la population marocaine d'importantes différences au niveau de l'état de santé et du statut de morbidité qui sont liées à des inégalités socio-économiques et au mode d'habitat (urbain, rural). L'exclusion sociale en matière d'emploi, d'éducation et de logement favorise l'exclusion des services de santé.

Ces facteurs d'exclusion, le retard de développement du monde rural notamment en infrastructure de base, ainsi que le mode de financement actuel de la santé, régressif et inégalitaire, sont directement responsables de la répartition inégale des services de santé au Maroc.

### **I.2. Offre de santé**

L'offre de soins au Maroc est assez consistante et assez diversifiée (BENNIS A., 2002). Le système de production de soins est organisé essentiellement en 3 secteurs (Tableau 1).

## **Tableau 1 : Principaux composants de l'offre de soins de santé au Maroc (Secteur public)**

### **Secteur public**

Ministère de la Santé

- Réseau de soins de santé de bases
- Réseau hospitalier
- Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
- Hôpitaux publics hors CHU
- Instituts et laboratoires nationaux

Ministère de la défense

- Hôpitaux et autres services de santé des FAR

Ministère de l'éducation nationale

- Service de médecine scolaire

Ministère de l'enseignement supérieur

- Service de médecine universitaire

Collectivités locales

- Bureaux municipaux d'hygiène

Autres departments

- Unités de préventions sanitaires collectives
- Unités de transport sanitaire

Service de médecine pénitentiaire

### **Secteur privé**

Cabinets médicaux et de médecine dentaire

Cabinets de soins paramédicaux

Laboratoires de biologie médicale et d'anatomie pathologique

Cliniques

Officines de pharmacie

Fournisseurs de matériel et biens médicaux

Etablissements de transport médical

### **Secteur privé dit à but non lucratif**

Structures des mutuelles

Etablissements du Croissant Rouge Marocain

Etablissements des ligues et fondations

### **Autres structures**

Cliniques de la Caisse nationale de sécurité sociale

Services médicaux de certaines administrations

Consultations médicales de certains établissements publics

Etablissements sanitaires de certains établissements publics

Structures sanitaires de certaines entreprises privées

Etablissements d'institutions étrangères

### **Médecine traditionnelle et herboristerie**

### **I.2.1. Le secteur public de santé :**

C'est de loin le plus important et le seul à être réparti sur tout le territoire. Il déploie des structures de santé de base où l'essentiel des programmes prioritaires de santé publique est délivrée à la population, notamment les actions de prévention et de lutte contre les principaux facteurs de morbidité. Il déploie aussi un réseau hospitalier important avec 85% de la capacité litière du pays. Ce secteur a le mérite de prendre en charge les problèmes de santé de la population pauvre, dans la mesure où ils peuvent y accéder et bénéficier de la gratuité des services en présentant un certificat d'indigence.

### **I.2.2. Le secteur privé :**

Il a connu un essor remarquable depuis les années 80, prenant en quelque sorte le relais de la panne de l'investissement public, surtout dans les grandes villes et surtout en direction des soins ambulatoires ou de haute technologie.

### **I.2.3. Le secteur privé à but non lucratif :**

Il est représenté par les établissements de soins des mutuelles, du croissant rouge marocain, certains établissements des ligues et fondations. On peut également ajouter les cliniques de la caisse nationale de sécurité sociale, structures participant considérablement dans le domaine de l'hospitalisation.

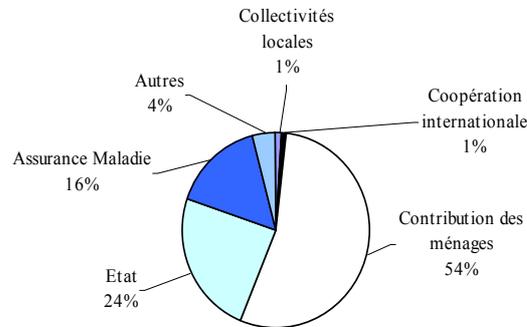
Ce qui caractérise le système de production de soins de santé au Maroc, ce n'est pas tant son insuffisance en valeur absolue, mais surtout sa trop forte concentration autour des grands axes de développement urbain et le cloisonnement excessif entre ces différentes composantes. Les patients assurés ou solvables s'adressent préférentiellement au secteur privé, alors que les patients non assurés ou insolubles n'ont, la plupart du temps, d'autres recours que de s'adresser au secteur public ou à la médecine traditionnelle (dans certains milieux sociaux, notamment en milieu rural, cette dernière option prime sur celle du secteur de santé public).

## **1.3. Financement de la santé :**

La dépense globale de la santé a été en 1997/1998 d'un peu plus de 15 Milliards de dirhams soit environ 550 DH par habitants (Bennis.A, 2002). Cette dépense représente 4,5% du PIB, soit un pourcentage des plus bas parmi ceux des pays ayant un développement économique similaire (5,6% du PIB pour la Tunisie, 5,8% pour l'Iran, 9% pour la Jordanie, 9,8% pour le Liban).

Les ménages constituent la principale source de financement avec 53,7% de l'ensemble des dépenses. Vient ensuite l'Etat avec 24% et l'assurance maladie qui ne participait que'avec 16% de la dépense courante avant la mise en place du nouveau code qui prévoit une couverture de 35%. Les principales sources de financement sont représentées dans le graphique 1.

**Figure 1 : Principales sources de financement de la santé au Maroc**



Ils sont suivis par le Ministère de la Santé avec un budget qui reste insuffisant. D'après My Driss Zine Eddine El Idrissi (2002) ce budget :

- représente actuellement près de 5 % du budget général de l'Etat contre 7 % dans les années soixante,
- ne dépasse pas 175 DH par habitant contre plus de 300 DH dans des pays à développement économique similaire,
- représente près de 1 % du PIB contre 1,7 % dans les années soixante et contre une moyenne dépassant 2 % pour la majorité des pays au même niveau de développement économique.

Cependant il note que l'évolution du budget du Ministère de la Santé per capita et en DH constants montre que l'Etat a déployé des efforts eus égard à ce secteur.

De nombreux autres départements ministériels participent au financement public du système de santé en général. On peut citer:

- Les Collectivités locales : financement des activités sanitaires au bénéfice des Bureaux marocain d'hygiène, au ONG et au Ministère de la Santé

- Le Ministère de l'Agriculture : contrôle sanitaire des abattoirs, des cultures... (prévention sanitaire collective)
- Le Ministère de l'Education Nationale : santé dans le milieu scolaire
- Le Ministère de l'Enseignement Supérieur : santé dans le milieu universitaire et paiement des salaires des médecins enseignants travaillant pour le compte du MS
- Le Ministère de la Justice : Médecine pénitentiaire
- Le Ministère du Développement Social : promotion de la santé dans le milieu du travail (prévention sanitaire collective)
- Les Forces Armées Royales et la Protection Civile : santé militaire et services d'urgence.

Après le financement public viennent les mutuelles et les assurances parmi lesquelles on trouve:

- Les mutuelles des agents publics et assimilés qui sont au nombre de neuf (Forces Armées Royales, Poste, Enseignement, Administration Centrale, Collectivités Locales, Forces Auxiliaires, Police, Office d'Exploitation des Ports, Douanes) sont chapeautées par la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) qui gère pour leur compte l'assurance maladie du secteur commun. Ces mutuelles couvrent les salariés et les retraités ainsi que leurs ayants droit. Le taux de couverture des prestations assurées est assez élevé.
- Les mutuelles internes (régimes internes) sont des assurances maladie offertes et gérées par des Etablissements et Entreprises Publics (OCP, ONCF, CNSS (AMO), RAM, Régie des Tabacs, Bank Al Maghreb, Banque Populaire...) au profit de leurs employés.
- La Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM) couvre essentiellement des employés de 256 entreprises travaillant dans les secteurs des Banques et des hydrocarbures.
- Les compagnies d'assurance privées couvrent les employés de quelques entreprises privées (un peu plus de 3.000 unités).

Enfin on retrouve l'aide internationale qui vient de la part de plusieurs pays donateurs et organisations internationales, qui participent activement au financement des activités sanitaires et des travaux connexes. Ce financement a représenté, en 1997/98, un peu plus de 1% de la dépense globale de santé. Soit l'équivalent d'un peu moins de 5% du budget global du MS et 12% de ce même budget hors salaires.

La grande question qui reste posé est de savoir comment notre système de santé répond aux besoins des personnes âgées ? En raison du manque d'études nationales multicentriques qui se sont intéressées à ce sujet, ce chapitre fera

référence à deux études, l'une réalisée en 2000 au CHU de Rabat (Kartite R, Mrissi Z, 2000) et l'autre, en 2004 dans les structures sanitaires de la ville de Fès (Sniter K, 2004). La première étude s'est intéressée aux modalités de prise en charge des personnes âgées dans certains services hospitaliers, la deuxième avait comme objectif de connaître la réponse du système de soins aux besoins des personnes âgées.

Les résultats des deux études se ressemblent et se complètent. La synthèse des données nous amène à mettre en exergue les résultats suivants :

#### **1.2.4. Offre de soins inadaptés à la personne âgée :**

##### **1.2.4.1. Sur le plan médical :**

Plusieurs défaillances sont notées aussi bien en milieu ambulatoire qu'en milieu hospitalier

#### **La gériatrie et la gérontologie**

**La gériatrie et la gérontologie sont deux disciplines complémentaires** dont l'une, la gériatrie s'inscrit dans le champ de l'autre, la gérontologie. Toutes deux visent à la connaissance du vieillissement humain et des pratiques permettant d'en améliorer le cours.

**La gérontologie** regroupe l'ensemble des connaissances issues tant des sciences humaines que de la biologie et des données statistiques. Elle concerne à ce titre des sociologues, psychologues, anthropologues, ethnologues, philosophes, historiens, démographes, économistes ...qui s'y retrouvent à côté des biologistes et des médecins. Cette liste n'est pas limitative. Tous ceux qui s'intéressent au vieillissement dans ces disciplines ne se considèrent pas forcément comme gérontologues.

**La gériatrie** est la médecine telle qu'elle doit être appliquée à la personne âgée, de la prévention au traitement à la prise en charge. Une approche pluridisciplinaire médico-psycho-sociale de la personne âgée constitue la base de la pratique gériatrique. Elle doit se retrouver dans la démarche individuelle du médecin et se concrétiser dans la composition pluridisciplinaire des équipes sous des formes variées, aussi bien à l'hôpital qu'en milieu institutionnel ou à domicile.

► En milieu ambulatoire :

Pour les personnes âgées, le centre de santé constitue le premier niveau de contact avec le système de soins public. Les résultats notés sur les lieux lors d'une enquête réalisées dans un centre de santé de la ville de Fès (Centre de santé de Doukkarat) (Sniter K, 2004) montrent quelques faiblesses qui peuvent compromettre sérieusement la qualité des soins prodigués à cette population. Parmi ces faiblesses il y a lieu de citer :

- Le délai d'attente est souvent trop long (30 minutes en moyenne),
  - Attente et inconfort dans un environnement peu propice à fournir une sécurité psychologique (encombrement, pénurie des bancs...),
  - La priorité est donnée aux autres tranches d'âge cibles de programmes sanitaires comme les enfants, les femmes enceintes, les femmes sous contraception...,
  - La durée de la consultation est de l'ordre de 3 minutes, ce qui est très insuffisant pour une évaluation approfondie de l'état de santé des personnes âgées,
  - Le personnel médical et paramédical n'a aucune formation sur la gériatrie ou la gérontologie,
  - Le dépistage des maladies de la vieillesse est limité à la clinique, le diagnostic et le suivi para-clinique (bilan biologique, radiologique ou fonctionnel) s'effectuent au niveau des hôpitaux ou des structures du privé,
  - En dehors des médicaments délivrés dans le cadre de certains programmes sanitaires (diabète, tuberculose ...), le malade âgé se trouve dans l'obligation d'acheter la quasi-totalité des médicaments prescrits.
- En milieu hospitalier :
    - Absence de structures spécialisées en gériatrie prenant en considération les particularités du sujet âgé,
    - Absence d'une approche pluridisciplinaire pour faire face aux multiples problèmes présentés par la personne âgée.
    - Les caractéristiques propres du sujet âgé sont méconnues par le personnel soignant, et ne sont pas pris en considération dans l'approche des soins,

**1.2.4.2. Sur le plan psychosocial :**

Le malade âgé est quelques fois traité de handicapé et d'infirme et non pas d'un malade ordinaire qui cherche à se faire soigner comme les autres. De plus, les personnes âgées interviewées accusent les professionnels de santé de

manque de communication et d'explication sur leur état de santé. On note également l'absence d'une prise en charge psychosociale des personnes âgées étant donné le manque d'encadrement de l'entourage familial et le peu d'intérêt qu'on accorde à la dimension psychologique et sociale du patient.

#### **I.2.4.3. Sur le plan économique :**

Le coût des services prodigués est très élevé par rapport au pouvoir d'achat de la population étudiée. De plus, les certificats d'indigence ne couvrent pas tous les frais médicaux hospitaliers.

#### **I.2.5. La non disponibilité des ressources :**

##### **I.2.5.1. Ressources humaines :**

- absence de professionnel spécialisé en matière de géro-geriatrie,
- pénurie en personnel infirmier (comme c'est le cas de l'hôpital Ibn El Khateb de Fès où un infirmier avait en moyenne à sa charge 31 lits).

**I.2.5.2. Ressources financières :** la place des personnes âgées est inexistante dans les prévisions budgétaires dans toutes les structures de soins sites d'études (hôpitaux polyvalents et spécialisés, centres de santé).

**I.2.5.3. Les équipements :** les structures sanitaires ne prennent pas en considération les besoins matériels et techniques adaptés aux personnes âgées : conditions inadéquates d'hébergement (hôtellerie, sanitaire, alimentation) et matériel technique inadapté voire inexistant.

#### **I.2.6. Des lacunes fonctionnelles dans la filière des soins :**

- Manque de coordination inter-structures de soins,
- Rupture de la continuité des soins : la prise en charge post-hospitalière n'est ni préparée ni coordonnée avec les autres acteurs du système de soins,
  - La famille n'est pas prise en compte en tant que partenaire dans la prise en charge du patient âgé,
  - Le système d'orientation souffre de beaucoup de défaillances à type de court-circuitage de soins de premier niveau, des délais des rendez-vous lointain.
  - Absence de conduite standardisée pour une prise en charge gériatrique globale et adaptée.

L'analyse de ces données permet de dévoiler plusieurs dysfonctionnements qui compromettent la réponse du système de soins aux besoins de nos aînés. Il

est temps de réfléchir sérieusement à cette problématique et essayer d'adapter le plus rapidement possible notre système de santé aux spécificités de cette tranche d'âge longtemps négligée. En raison du vieillissement progressif de la population marocaine, un plan d'action pour la prise en charge des personnes âgées devrait être élaboré et intégré dans les programmes sanitaires du ministère de la santé.

Les enjeux économiques et sociaux de ce vieillissement sont considérables et ses conséquences sur les dépenses de santé et les dépenses sociales doivent être mesurées et prises en compte. Le système de santé au Maroc doit en effet se préparer à répondre aux besoins de cette population, tant en terme de soins médicaux qu'en termes de prise en charge de la dépendance. La mise en œuvre de ces politiques en direction de la population âgée nécessite toutefois au préalable une connaissance chiffrée aussi précise que possible des enjeux démographiques et épidémiologiques.

## **II. Situation sanitaire des personnes âgées :**

### **II.1. Spécificités des études épidémiologiques chez les personnes âgées :**

Les instruments de mesure se traduisent par des données statistiques ou épidémiologiques descriptives exprimées par les indicateurs de mortalité, de morbidité ou combinant les deux.

Toutefois, Il existe des spécificités liées aux études portant sur la santé des personnes âgées (Ankri J, 2004):

- La première concerne la définition de la population, en particulier quand il s'agit d'études transversales. A partir de quel âge parle-t-on de population âgée et jusqu'à quel âge les enquêtes nous fournissent-elles des données suffisamment fiables ? Les enquêtes transversales chez les sujets âgés ne permettent pas de documenter la genèse des événements antérieurs à l'enquête et n'éclairent en rien le dilemme « maladie ou vieillissement ». Seuls les études longitudinales évitent ce genre de problèmes mais on ne peut que regretter leur faible nombre,
- La mesure peut également se révéler délicate quant à la collecte des variables du passé et tout particulièrement chez les personnes âgées présentant une détérioration intellectuelle. Le recours dans ces cas aux informations (familles notamment) peut amplifier le biais de mémoire sélective ou de subjectivité,

- Au-delà d'un certain âge, il faut souligner le fait que l'étude d'un lien entre un facteur et une maladie ne porte plus que sur les survivants à cet âge. Puisque la mortalité croît avec l'âge, on dit donc toujours suspecter une élimination différentielle des sujets par rapport aux variables étudiées pouvant réduire la relation susceptible d'exister entre le facteur et la maladie,
- Les facteurs de confusion, dont l'épidémiologie sait classiquement tenir compte, croissent avec l'âge. Plus l'âge est élevé, plus la probabilité d'avoir été exposé à un plus grand nombre de facteurs est élevée. L'augmentation de la fréquence des polyopathologies implique un éventail plus large de caractéristiques susceptibles de confondre la relation étudiée.

## II.2. Résultats de quelques enquêtes :

Les études épidémiologiques faites à l'échelle mondiale sont très nombreuses, elles ont intéressé essentiellement les pays occidentaux touchés précocement par le phénomène du vieillissement. A l'échelle nationale, on ne dispose pas encore d'études épidémiologiques faites spécifiquement pour cette tranche d'âge. Quelques études ont porté sur certaines villes comme Fès, Rabat ou Larache. Ceci fait que la généralisation des résultats obtenus ne peut que partiellement être transposée à l'échelle de tout le Royaume. Ces enquêtes nous permettent, néanmoins, d'avoir une idée sur la prévalence des maladies les plus répandues et le profil pathologique du sujet âgé marocain.

- L'étude réalisée en 2003 dans la ville de Fès a intéressé un petit échantillon de 100 personnes âgées de 60 ans et plus, dont 80% sont âgés entre 60 et 75 ans et 20% ont plus de 75 ans (56% sont des femmes). Ces personnes interviewées venaient soit pour une consultation de médecine générale dans des centres de santé soit pour une consultation spécialisée dans des structures hospitalières. L'objectif de cette étude était de savoir comment notre système de soins répondait aux besoins des personnes âgées <sup>(SNITER K, 2004)</sup>.
- L'étude réalisée en 2005 à Larache qui s'est fixée trois objectifs :
  - déterminer la prévalence des sujets âgés qui ont consulté les urgences du Centre hospitalier de Larache pendant le mois de Janvier 2005,
  - connaître les pathologies les plus fréquentes et les motifs des consultations aux urgences,
  - se faire une idée sur les modalités de prise en charge médicale.

Cette étude n'a pas encore été publiée mais a fait l'objet d'une communication lors des 6èmes journées médicales de Larache (Oudrhiri M, 2005).

- L'étude faite à Rabat en 1999 qui s'est intéressée à la prise en charge des personnes âgées dans les services hospitaliers d'Avicenne (Kartite R, Mrissi Z, 2000).

Une description détaillée de la situation sanitaire des personnes âgées ne se conçoit que sur des études multicentriques incluant un échantillonnage représentatif et précisant un ensemble de données spécifiques du grand âge. A défaut de telles études, nous ne pouvons que reprendre les résultats des études nationales déjà mentionnées en les comparant, chaque fois que possible, à ce qui est rapporté dans les études internationales (essentiellement occidentales).

### **II.2.1. Utilisation des services de santé par les personnes âgées :**

#### **II.2.1.1. En milieu ambulatoire :**

Les centres de santé constituent assez souvent le premier niveau de contact des personnes âgées avec le système de soins public. C'est principalement au niveau de ces centres que se font le dépistage précoce, la prise en charge et le suivi des pathologies chroniques, ainsi que toutes les interventions qui vont de paire.

L'étude qui a été faite dans un centre de santé de la ville de Fès (CS Doukkarat) (Sniter K, 2004), durant l'année 2003, a enregistré 30701 consultations, dont 7062 étaient faites par des personnes âgées de 60 ans et plus, soient 23% de l'ensemble des consultations ou encore du patient sur quatre. Le nombre de contact par personne âgée par médecin est relativement élevé par rapport à la moyenne nationale (0,8), il est de l'ordre de 2 à 3 contacts par personne âgée par médecin par an.

#### **II.2.1.2. En milieu hospitalier :**

Les centres hospitaliers ont pour mission d'accueillir et soigner la population qui fait appel à leurs services, lors de la phase aigüe de la maladie ou de l'accident ; cette prise en charge se fait dès l'arrivée au service d'urgence que les usagers consultent plus facilement (sans rendez vous).

Les personnes âgées constituent une part non négligeable parmi les usagers des urgences. A l'hôpital Ibn Al Khateb de Fès, les statistiques recensées pour

l'année 2003 mettent en évidence 44355 passages aux urgences, dont 3365 sont liées aux personnes âgées de 60 ans et plus, soient 7,5% de l'ensemble des admissions (Sniter K, 2004). A l'hôpital de Larache, le mois de janvier 2005 avait enregistré 2093 passages, 191 patients avaient 60 ans et plus, soient 9,12% (Oudrhiri M, 2005). Sur cette dernière étude, nous avons constaté que ce sont les personnes âgées qui se faisaient le plus hospitalisés : 28,8% contre 6% pour les adultes jeunes. Ces données sont également retrouvées dans la littérature. En Janvier 2002, une enquête nationale Française a été réalisée auprès d'un échantillon de 240 000 passagers dans 150 services d'urgence, 14% des patients avaient plus de 70 ans et plus de la moitié parmi eux nécessitaient une hospitalisation contre seulement 19% pour le reste de la population (HCP,2005). Une autre étude Tunisienne montrait que le taux d'hospitalisation annuel moyen était de 15% pour les personnes âgées contre 4,6% pour le reste de la population (Ben Salem K, Soltani M, Riahi M et al, 1999).

Si on prend l'effectif des patients âgés hospitalisés dans les services hospitaliers marocains, on constate qu'il est élevé dans les services médico-chirurgicaux (Tableau 2 et figure 2) et faible dans les services de psychiatrie (Tableau 4).

**Tableau 2 : Effectif des patients au niveau de certains services au CHU Avicenne de Rabat durant l'année 1999**

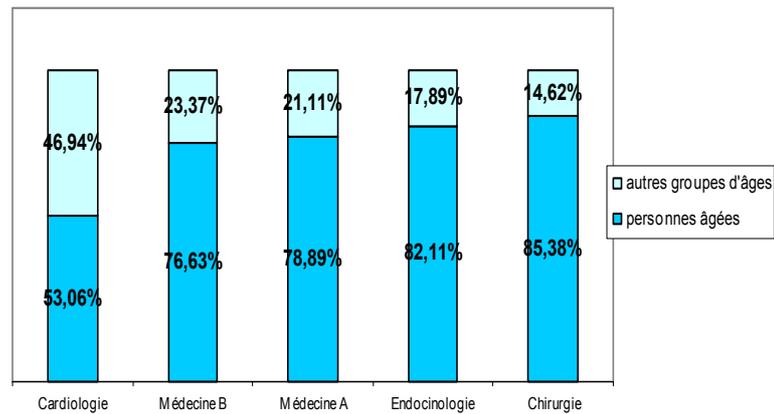
Hôpital	Service	Effectif total des patients	Nombre de personnes âgées	(%)	sexe masculin	sexe féminin
Ibn Sina Rabat	Chirurgie D (chirurgie vasculaire)	843	282	33,45	201 (71,28%)	81 (28,72%)
	Médecine A (Médecine Interne)	1217	186	15,28	105 (56,45%)	81 (43,55%)
	Urologie B	1303	398	30,54	358 (89,95%)	40 (10,05%)
	Neurochirurgie	494	78	15,79	54 (69,23%)	24 (30,77%)
Moulay Abdallah Rabat	Chirurgie carcinologique	515	123	23,88	58 (47,15%)	65 (52,85%)

Source : KARTITE R, MARISSI Z, 2000, Mémoire IFCS. 2000

Les personnes âgées hospitalisées constituent une part importante parmi l'ensemble de la population, l'effectif varie de 14,6% à 46,9% à Fès

(graphique 2) et de 15,2% à 33,4% à Rabat (tableau 3). Le nombre le plus important est noté au niveau du service de Cardiologie à Fès et le service de Chirurgie vasculaire à Rabat étant donné la fréquence des pathologies cardiovasculaires chez les personnes âgées. En ce qui concerne la répartition par sexe, on note une prédominance masculine au niveau des services d'urologie, de chirurgie vasculaire et de neurochirurgie du CHU de Rabat. Cette différence n'était pas significative dans les services hospitaliers de Fès à l'exception du service d'endocrinologie (62,47% pour les femmes et 37,53% pour les hommes).

**Figure 2 : Proportion de la population âgée dans les admissions de certains services de l'hôpital Ibn Khateb de Fès durant l'année 2003**



Source : SNITER K. Mémoire INAS. 2004

Une faible proportion des personnes âgées est hospitalisée dans les services de psychiatrie (1,85% à Salé et 2,5% à Fès) comme le montre le tableau 4.

**Tableau 3 : Effectif des patients âgés hospitalisés dans les services de psychiatrie (Salé et Fès)**

Hôpital	Effectif total des patients	Effectif des patients âgés	Pourcentage
Arrazi Salé (1999)	1298	24	1,87
Iben Al Hassan Fès (2003)	1656	42	2,5

Source : KARTITE R, MARISSI Z, Mémoire IFCS 2000 et SNITER K, 2004. Mémoire INAS. juillet 2004

Ce pourcentage faible trouve son explication dans le fait que le patient âgé n'est hospitalisé que dans des conditions extrêmes (agitation, agressivité et danger pour la famille et la communauté). Cette attitude est adoptée par le staff médical pour les raisons suivantes :

- conditions d'hébergements inadaptés pour les patients âgés ;
- personnel insuffisant et non formé aux particularités des personnes âgées ;
- risque élevé de maltraitance et de sévices causé par les autres malades ;
- impossibilité d'assurer un suivi médical multidisciplinaire pour des malades polyopathologiques.

La durée moyenne de séjour est élevée, elle varie de 14 à 21 jours dans les services hospitaliers étudiés à Rabat, et 7,7 à 11 jours à l'hôpital Ibn Al Khateb à Fès (Tableau 5).

**Tableau 4 : Durée moyenne de séjour dans les services étudiés à Rabat et Fès**

Hôpital	Services	Durée moyenne de séjour
Ibn Sina Rabat	Médecine A	21 j
	Chirurgie D	16,2 j
Moulay Abdellah Rabat	Chirurgie carcinologique	14 j
Ibn Al Khateb Fès	Endocrinologie	11 j
	Chirurgie	8,1 j
	Cardiologie	7,7 j

Source : KARTITE R, MARISSI Z, Mémoire IFCS 2000 et SNITER K, 2004. Mémoire INAS. juillet 2004

Elle est plus élevée au CHU de Rabat par rapport à l'hôpital Ibn Al Khateb de Fès (CHR). Il est clair que le CHU constitue généralement le dernier recours pour les patients chez qui le diagnostic ou la prise en charge thérapeutique est difficile. Le séjour sera donc plus prolongé. En France la durée moyenne de séjour dans un service de gériatrie aigu augmente avec l'âge, elle passe de 8,9 jours entre l'âge de 65 à 74 ans à 9,6 jours entre l'âge 75 à 84 ans et 12,7 jours au-delà de 85 ans (Mouquet Mc, 1996).

### Les maladies chroniques

Les personnes âgées ont une probabilité élevée d'être atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques, et les individus qui échappent à toute pathologie chronique dans la dernière partie de leur vie sont des exceptions. Les prévalences de nombreuses maladies chroniques fréquentes augmentent fortement avec l'âge : diabète sucré, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, maladies cérébrovasculaires, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, rhumatismes dégénératifs, dépression, presbycousie, cataracte, dégénérescence maculaire de l'œil liée à l'âge, cancers.

Certains sujets âgés cumulent plusieurs maladies chroniques, ce qui définit la **polypathologie**. Ces maladies chroniques influencent fortement la santé des personnes âgées, et leur retentissement sur l'autonomie fonctionnelle est souvent bien plus marqué que celui du vieillissement lui-même.

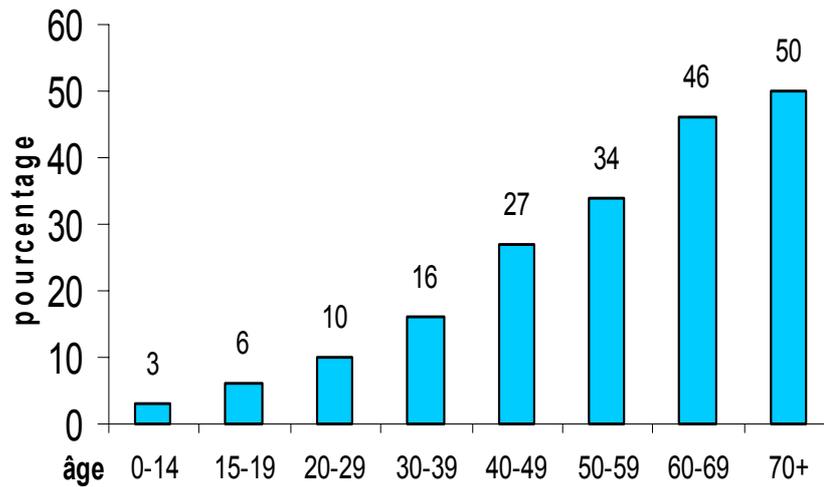
Une autre conséquence des maladies chroniques est l'utilisation de médicaments de façon chronique. Le nombre moyen de médicaments consommé augmente avec l'âge. La consommation de plus de trois médicaments est très fréquente chez les sujets âgés et définit la **polymédication**. Cette situation expose à un risque accru d'effets indésirables des médicaments.

### II.2.2. Prédominance des pathologies chroniques :

Il apparaît à travers les différentes études épidémiologiques mondiales que les maladies non transmissibles prennent une part prépondérante dans la morbidité et elles sont responsables de la très grande majorité des décès. En effet, le paysage pathologique a radicalement changé. Il est dominé par les maladies chroniques au détriment des pathologies infectieuses qui préoccupaient l'histoire de la médecine dans la majeure partie du vingtième siècle. Ces affections chroniques surviennent de façon le plus souvent tardivement, après 50 ans pour la majorité des cas, et intéressent aussi bien les pays riches que ceux pauvres, industrialisés ou en développement. Elles sont durables, exigent des soins prolongés, ne sont pas guérissables au sens strict du mot et laissent des séquelles sources d'incapacité et de handicap.

Le graphique 3 présente les proportions des personnes souffrant d'au moins une maladie chronique selon l'enquête sur la population et la santé familiale (EPSF).

**Figure 3 : Proportion des personnes ayant déclaré avoir au moins une maladie chronique selon l'âge**



Source : Enquête EPSF. Ministère de la santé. Maroc 2003-04

Il permet de constater une tendance à la hausse des proportions des malades chroniques au fur et à mesure que l'âge augmente. A partir de 60 ans, presque une personne enquêtée sur deux (46%) déclare souffrir d'au moins une maladie chronique.

Par ailleurs, le taux de handicap retrouvé dans cette enquête est illustré dans le tableau 5.

**Tableau 5 : Taux de handicap (pour mille) selon les groupes d'âges, par milieu de résidence et par sexe**

Groupe d'âge	Milieu de résidence						Ensemble			Effectif
	Urbain			Rural			Sexe			
	H	F	Ens	H	F	Ens	H	F	Ens	
<b>0-14</b>	6,8	5,8	6,3	10,7	8,4	9,6	8,7	7,0	7,9	19859
<b>15-19</b>	15,7	7,6	11,4	13,8	14,2	14,0	14,8	10,4	12,5	6797
<b>20-29</b>	21,5	9,8	15,2	13,6	10,8	12,1	18,2	10,2	13,9	11256
<b>30-39</b>	19,4	11,6	15,1	29,3	21,5	25,2	23,1	15,1	18,8	8506
<b>40-49</b>	25,5	13,5	19,2	33,5	19,0	25,7	28,4	15,5	21,5	6997
<b>50-59</b>	28,9	20,1	24,5	35,8	21,8	28,5	31,6	20,8	26,1	4278
<b>60-69</b>	37,3	30,2	33,5	45,7	21,6	33,3	41,0	26,5	33,4	2804
<b>70+</b>	77,4	65,4	71,1	85,7	59,8	74,1	81,7	62,9	72,5	2300
<b>ND</b>	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
<b>Ensemble</b>	19,9	12,7	16,1	22,3	15,4	18,8	20,9	13,8	17,2	62815

Source : EPSEF 2003-04. Ministère de la santé

Ainsi, ce taux augmente de manière très nette au fur et à mesure que l'âge s'accroît. Il est de 33‰ à 60-69 ans et 73‰ à 70 ans et plus, avec toutefois des proportions d'hommes handicapés supérieures à celles des femmes.

### **II.2.3 Mortalité et morbidité des adultes âgés :**

Dans les pays en développement, 42% des décès d'adultes surviennent chez les personnes âgées de 60 ans et plus, contre 78% dans les pays développés (OMS,2003). Cette

différence peut être expliquée par les écarts qui

caractérise ces deux types de pays en termes d'expérience. En effet, une durée de vie moyenne plus longue est associée à des risques de mortalité et un

#### **Les déterminants de la santé**

La bonne et/ou la mauvaise santé des individus et des populations dépendent de déterminants multiples de nature variée.

Chez les individus, les déterminants sont endogènes comme le patrimoine génétique, l'âge, le sexe, ou exogènes individuels comme les revenus, le niveau culturel, la profession, les relations sociales, les habitudes de vie (régime alimentaire, consommation de substances toxiques, comportement sexuel, activité physique). Ces habitudes de vie interfèrent avec la susceptibilité génétique pour fixer le niveau de certaines constantes biologiques et physiologiques qui, lorsqu'elles sont élevées, constituent des facteurs de risque de maladie (hypertension artérielle, diabète, surcharge pondérale, hypercholestérolémie ...). Elles sont contraintes par les normes sociales et dépendent des conditions d'existence individuelles et des structures sociales.

Les services sanitaires et sociaux constituent aussi un déterminant de la santé. Ils agissent essentiellement, tant au niveau individuel qu'au niveau de la population, par l'intermédiaire de facteurs liés aux recours (niveau de protection sociale et accessibilité des services) et aux prestations professionnelles (qualité des procédures de prise en charge).

Le rôle des déterminants est infiniment complexe, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques. Les déterminants sont souvent multiples, agissent en chaîne, sur une très longue période ou ont agi longtemps avant que ne survienne un état pathologique. Les déterminants connus n'expliquent que partiellement la survenue des maladies.

nombre de décès plus élevé à la vieillesse de vie L'analyse des causes de mortalité chez le sujet âgé est souvent rendue difficile en raison de l'intrication d'états pathologiques multiples lors des décès.

Les principales causes de mortalité et morbidité n'ont guère changé depuis une dizaine d'années. Ce sont les affections cardiovasculaires représentées essentiellement par les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux qui pèsent le plus lourd dans la charge de morbidité et qui constituent les deux principales causes de mortalité. Dans les pays développés, ces deux pathologies sont responsables de plus de tiers (36%) des décès. Par exemple, en France, 32% des décès sont dus aux maladies cardiovasculaires, la deuxième cause est représentée par les cancers avec respectivement 29% des décès chez les hommes et 23% chez les femmes (Senat Français, 2005).

Le profil des causes de mortalité dans les pays du Maghreb semble se rapprocher de plus en plus de celle des pays développés. En Tunisie, les maladies cardiovasculaires prédominent avec 38,3% des causes de décès, vient ensuite les cancers (14,8%), les pathologies respiratoires (12%), les pathologies métaboliques (10,5%) et une faible part de causes infectieuses (3,5%) (La presse, 2005). Au Maroc, l'étude des causes de mortalité en milieu urbain chez les plus de 65ans a montré les pourcentages suivants : 40% pour les maladies cardiovasculaires, 13% pour les cancers, 11% pour le diabète, 7% pour les maladies de l'appareil respiratoire et 3% pour la tuberculose pulmonaire (Ministère de la Santé du Maroc, 2003). Il est également intéressant de signaler que dans les deux pays du Maghreb, il existe une grande ressemblance des prévalences des causes de décès.

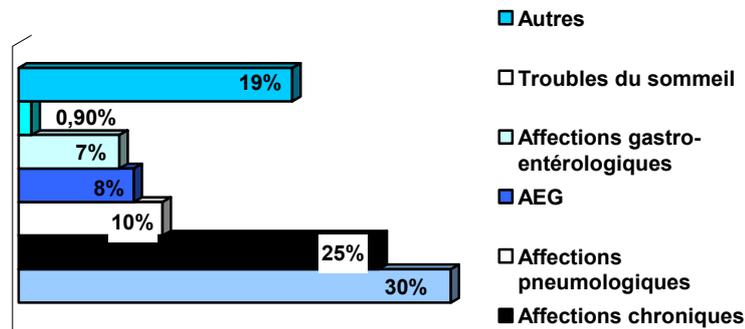
Selon quelques études qui se sont intéressées spécifiquement à la population âgée, afin de connaître les principaux motifs de consultation ou d'hospitalisation dans les structures sanitaires, les causes de morbidité sont variables en fonction :

- des circonstances de la consultation : urgences hospitaliers ou centre de santé ;
  - structure fréquentée : hôpital polyvalent ou spécialisé ;
  - type de recrutement dans un service hospitalier.
- **Centre de santé**

Ainsi, l'étude faite en 2003 dans un centre de santé à Fès (Sniter K, 2004) montre que les motifs de recours à la consultation médicale sont dominés par

les douleurs de toute nature (30%) et les pathologies chroniques (diabète, HTA...) (25%) (graphique 4).

**Figure 4 : Motifs de recours des personnes âgées au centre de santé Dokkarat (Fès) en 2003**

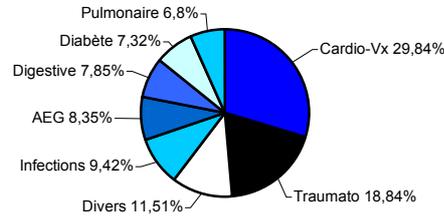


Source : SNITER K, INAS. 2004

- **Urgences hospitalières**

L'analyse de l'étude qui a été réalisée en 2005 dans les urgences de l'hôpital de Larache (Oudrhiri M, 2005) permet de constater que les motifs des consultations les plus fréquents sont la pathologie cardiovasculaire et traumatologique (graphique 5).

**Figure 5 : Motifs de consultation des personnes âgées aux urgences de l'hôpital de Larache en janvier 2005**

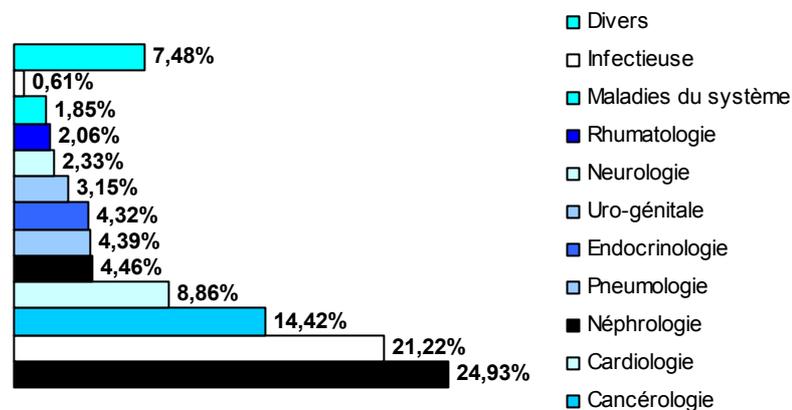


Source : Oudrhiri, M. Communication orale Larache Mai 2005

- **Dans un service hospitalier**

Les données utilisées sont puisées dans une étude épidémiologique réalisée en 1999, au service de médecine A au CHU de Rabat (Harmouche H, Ghadouane M, Aouni M, 1999), qui avait comme objectif de connaître le type et la prévalence des pathologies du sujet âgé dans le service. Il en ressort que sur les 1456 dossiers qui ont été colligés sur une période de 10 ans, la moitié des patients ont entre 60 et 65 ans et l'âge moyen est de 66 ans. Une légère prédominance masculine est notée, 837 hommes contre 619 femmes soit un sexe ratio de 1,35. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont les maladies digestives (24,93%), les maladies hématologiques (21,22%), les cancers (14,42%) et les maladies cardiologiques (8,86%) (graphique 6)

**Figure 6 : Répartition en fonction de la nature de la pathologie dans le service de médecine A au CHU de Rabat**



Source : Service de Médecine A CHU Rabat 1999

### II.2.3.2 Description des pathologies des personnes âgées :

Le problème des études faites dans des contextes particuliers risque de passer à côté d'un certain nombre de problèmes. On peut se faire une idée sur des pathologies fréquentes mais ceci ne peut être pris comme référence car certaines maladies n'ont pas été recherchées ou ne faisaient pas partie des objectifs de l'étude. Il est nécessaire de reprendre les pathologies les plus fréquentes du sujet âgé en rappelant chaque fois que possible des données épidémiologiques nationales ou à défaut internationales. Rappelons qu'une

caractéristique de la santé de la population âgée est l'association de pathologies multiples, chroniques et souvent invalidantes.

#### **II.2.3.2.1. Les maladies cardiovasculaires :**

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées dans le monde et ont une corrélation étroite avec la qualité de vie au cours de la vieillesse. Les principales maladies rencontrées chez le sujet âgé sont :

- **l'insuffisance cardiaque** : elle représente une des premières causes d'hospitalisation chez les patients de plus de 75 ans, avec un taux élevé de réhospitalisation de l'ordre de 30% dans les trois mois qui suivent leur sortie (LYE M., 1994). Au Maroc, l'insuffisance cardiaque a constitué 28,26% des motifs d'hospitalisation dans un service de cardiologie (Sniter K, 2004). Ses deux grandes causes sont la maladie coronaire et l'hypertension artérielle. Son diagnostic est difficile à cause des atypies sémiologiques existants chez les personnes âgées.
- **l'hypertension artérielle** : L'enquête nationale menée par le Ministère de la Santé, communiquée le 28 Février 2001, montre que la fréquence de l'hypertension artérielle est de 33% (Ministère de la santé,2001). C'est la deuxième maladie chronique rapportée dans l'enquête auprès des ménages (11%) (Azemat M, Abdelmouneim A ,2005).
- **La maladie coronaire**, liée à l'athérombose responsable d'une ischémie myocardique, s'exprime souvent par une évolution chronique ponctuée d'épisodes de décompensation, parmi lesquels figure l'infarctus aigu du myocarde. On ne dispose pas encore de données statistiques sur la prévalence des cardiopathies ischémiques dans notre pays, ils pourraient être la première cause d'hospitalisation, de morbidité et de décès (Bennis A ,2005).
- **Les troubles du rythme cardiaque** : la fibrillation auriculaire constitue le trouble du rythme cardiaque le plus fréquent chez le sujet âgé. C'est typiquement une maladie du sujet âgé de plus de 65 ans, la prévalence augmente avec l'âge : inférieur à 1% avant 60 ans, elle dépasse 6% chez les patients au-delà de 80 ans (Levy S , 2004). On ne dispose pas de données épidémiologiques concernant cette maladie au Maroc.
- **Les accidents vasculaires cérébraux** : Frappant chaque année entre 100 000 et 145 000 personnes et considérés comme la première cause

d'handicap acquis chez l'adulte en France, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent une urgence médicale imposant l'admission sans retard dans une filière spécialisée de prise en charge (Le Monde, 2005). Ils sont dus à un défaut de circulation sanguine dans le cerveau, résultant le plus souvent (au moins 80 % des cas) d'une occlusion artérielle (ischémie), qui peut aboutir à un infarctus cérébral et à la mort des neurones dans le territoire qui n'est plus irrigué. Plus rarement (pas plus de 20 %), ils sont provoqués par une hémorragie consécutive à la rupture d'une artère cérébrale.

Au cours du vieillissement, les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires se multiplient et bien évidemment, le temps d'exposition s'allonge. Pour ces deux raisons, le risque de développer une affection cardiovasculaire augmente et dans tous les cas dépasse le risque des personnes d'âge moyen. Dans la mesure où les facteurs de risque ne sont pas contrôlés, ce qui est le cas le plus souvent, il est important de pouvoir apprécier le risque absolu de maladies cardiovasculaires chez les personnes âgées. Deux objectifs doivent être privilégiés :

- développer des stratégies de prévention :
  - abstention de fumer ;
  - préservation d'une alimentation équilibrée ;
  - pratique d'une activité sportive régulière.
- Insister sur la bonne observance thérapeutique :
  - traitement de l'hypertension artérielle, du diabète et des dyslipidémies ;
  - traitement préventif de l'athérosclérose par les anti-agrégants plaquettaires
  - réduction pondérale.

#### **II.2.3.2.2. Les cancers :**

La probabilité de développer un cancer s'accroît avec l'âge et comme l'espérance de vie augmente régulièrement, le nombre global des cancers augmente. La particularité des cancers du sujet âgé réside dans le fait que le diagnostic est souvent porté tardivement :

- les personnes âgées sont souvent exclues des actions de dépistage systématique ;
- le suivi médical n'est pas toujours au même niveau que celui des jeunes sujets.

Certains cancers sont plus fréquents que d'autres chez la personne âgée. C'est notamment le cas du cancer de la prostate chez l'homme, du cancer du sein chez la femme, des cancers colorectaux ou gastriques chez l'homme et la femme (Jasmin C, 2004).

Durant l'année 1999, 123 patients âgés de 60 ans et plus ont été hospitalisés dans le service de chirurgie carcinologique de l'hôpital Moulay Abdellah de Rabat, les cancers les plus fréquemment enregistrés sont (Boudhaimi M, 2000):

- les cancers du sein : 16,26%
- les cancers du rectum : 9,76%
- les cancers de l'estomac : 5,69%
- les cancers du larynx : 5,69%
- les cancers de l'ovaire : 4,88%

La pathologie cancéreuse est un motif important d'hospitalisation chez les patients âgés dans le service de Médecine A à Rabat (Harmouche H, Ghadouane M, Aouni M, 1999). Si on regroupe les hémopathies malignes (cancers du sang) et les tumeurs solides, la pathologie cancéreuse sera la première cause d'hospitalisation : 440 cas, soit 29,53%. Les causes les plus fréquentes sont :

- pour les hémopathies malignes :
  - le Lymphome Malin Non Hodgkinien : 38,18%
  - les leucoses : 29,09%
  - le myélome multiple : 19,54%
  - la maladie de Hodgkin : 11,36%
- pour les tumeurs solides :
  - le cancer primitif du foie : 27,14%
  - le cancer de l'estomac : 20,95%
  - le cancer colorectal : 15,71%
  - le cancer de la prostate : 9,52%

#### **II.2.3.2.3. Les problèmes visuels :**

Les déficiences visuelles graves bilatérales représentent un sérieux problème de santé publique chez les personnes âgées de plus de 60 ans du fait de l'étroite corrélation entre vieillissement et cécité. Les problèmes de l'ophtalmo-gériatrie doivent donc être sérieusement pris en considération. Les 3 causes majeures de troubles visuels sont :

- **La cataracte :** Une enquête sur les causes et la prévalence des déficiences visuelles réalisée en 1992 a permis d'identifier la cataracte sénile comme principale cause de cécité au Maroc (45,5%) et de malvoyance (43,1%) (Negrel A D, Khazraji Y C, Azelmat M, 1997). Il faut noter que 9% des aveugles sont déjà opérés de cataracte mais ne possèdent pas de verres correcteurs et ne bénéficient donc pas de l'apport de cette opération.
- **Les glaucomes :** sous toutes leurs formes et principalement le glaucome primitif à angle ouvert se classe au 2ème rang avec une prévalence de 14,3% des causes de cécité (Laghmari M, Mohcine Z, 2000). Elles sont souvent de diagnostic tardif car leur installation est insidieuse et nécessite des moyens de diagnostic. Leur traitement est médicochirurgical.
- **La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) :** correspond à une altération plus ou moins importante, voire à une destruction de la région centrale de la rétine, la macula, partie de l'œil responsable de la vision précise. C'est la principale cause de baisse de vision dans les pays développés après 60 ans. Sa prévalence augmente progressivement avec l'âge. Avant 55 ans, elle est de 1,6% et atteint 27,9% après 75 ans (Rachid R, 1999).

#### **II.2.3.2.4. Les troubles ostéo-articulaires :**

Deux maladies sont extrêmement fréquentes chez les personnes âgées : l'ostéoporose et l'arthrose.

- **L'ostéoporose :** Un nombre important de femmes marocaines sont menacées d'ostéoporose. Cette maladie qui attaque la masse osseuse du corps est devenue ainsi un problème de santé publique. Le chiffre de la population féminine atteinte de cette maladie n'est pas disponible (Maroc hebdo International , 2001). L'ostéoporose est le résultat d'une perte osseuse progressive qui diminue la densité et l'épaisseur des os les rendant ainsi fragilisés. Le risque de morbidité causée par l'ostéoporose est sérieux. Il se présente sous forme de tassements des vertèbres ou de fractures des os long, notamment les fractures du col du fémur, et pouvant engendrer un inconfort et un handicap considérable. Ces fractures sont souvent causées par des traumatismes légers. Une étude réalisée au CHU de Casablanca montre que la cause des fractures de l'extrémité supérieure

du fémur était dans 70% des cas due à une chute banale (Boudhaimi M, 2000).

• **L'arthrose** : Elle touche 6 millions de personnes en France, c'est la seconde cause d'invalidité après les maladies cardiovasculaires. Très douloureuse et handicapante, l'arthrose du genou affecte une femme sur trois au-delà de 65 ans. Même si le traitement reste le plus souvent médical et symptomatique, environ 30 000 prothèses de genou sont posées par an (Fondation de l'avenir, 2005). Au Maroc, l'arthrose est un motif fréquent de consultation en rhumatologie. Une enquête

de la Société Marocaine de Rhumatologie a été menée en 1997 auprès des Rhumatologues qui lui sont affiliés a permis d'inclure 3373 patients. L'arthrose est le 3<sup>ème</sup> motif de consultation (17,2%) derrière la pathologie vertébrale commune (30,2%) et les rhumatismes inflammatoires (21,5%) (Hajjaj-Hassouni N, Hassouni F, Guedira N et al, 1998). On ne dispose pas encore de données concernant la prévalence de cette maladie dans la population âgée. L'enquête réalisée auprès des ménages sur les maladies chroniques et les handicaps a montré que l'arthrose est la maladie la plus fréquemment citée par les personnes enquêtées (14%).

#### **II.2.3.2.5. L'incontinence urinaire :**

L'incontinence est un symptôme fréquent et invalidant. C'est le premier signe clinique déclaré par l'échantillonnage des personnes âgées interviewées à

### **La fragilité**

La notion de fragilité paraît aujourd'hui la plus adaptée pour prendre en compte l'hétérogénéité de la population âgée. Si elle est plus complexe que la simple démarche consistant à fixer des seuils d'âge, le concept de fragilité recouvre la notion intuitive d'« âge physiologique » utilisé depuis longtemps par les médecins, par exemple dans certaines discussions d'indications chirurgicales ou d'autres traitements agressifs.

Dans la littérature internationale, cette fragilité est désignée par frailty. Chez les sujets âgés fragiles il est désigné par le terme de frail elderly. La présence de facteurs de fragilité indique qu'en situation de stress (hospitalisation, maladie aigue, accident iatrogène, chirurgie...), le risque de complications est élevé : perte d'autonomie supplémentaire, complications de décubitus, pathologies en cascades, entrée en institution. Inversement, l'absence de facteur de fragilité permet d'espérer que ces risques sont moindres.

Les principaux facteurs de fragilité chez les personnes d'âge avancé sont :

- Age supérieur à 85 ans
- Perte d'autonomie fonctionnelle pour un acte de la vie quotidienne
- Altération des fonctions cognitives
- Baisse des réserves nutritionnelles
- Support social inadéquat (solitude, veuvage, pauvreté)
- Sédentarité, confinement, instabilité posturale
- Troubles sensoriels mal compensés
- Déficience rénale ou hépatique
- Dépression
- Nombre de médicaments élevés
- Polyvathologie

Fès (21%) (Sniter.K, 2004). Il s'agit d'un sujet souvent tabou, à tel point que les patients mettent de 5 à 7 ans avant de consulter après les premiers symptômes. Pourtant, la majorité des incontinences peut être prévenue, traitée ou contrôlée, alors que les personnes qui en souffrent, et même les soignants, l'ignorent (CARRASCO V, BAUBEAU D , 2003) .

#### **II.2.3.2.6. La dénutrition :**

Les modifications physiologiques du vieillissement exposent les personnes les plus âgées au risque de dénutrition et ce d'autant plus qu'elles souffrent de maladies chroniques surajoutées. Elle constitue le principal facteur de mauvais pronostic chez la personne âgée. Les conséquences de la dénutrition sont importantes : diminution de la force musculaire avec risque de chute, sensibilité accrue aux infections, anémie, complications cutanées (escarres) ... La dénutrition augmente 2 à 6 fois la morbidité infectieuse et multiplie par deux voire par quatre le risque de mortalité (Lesourd B, 2004). Malgré cela, la dénutrition est faiblement identifiée et peu traitée chez les sujets âgés, bien que la perte de poids soit un indicateur aisé de la personne à risque.

#### **II.2.3.2.7. La pathologie iatrogène :**

La polymédication est, chez le sujet âgé, habituelle et souvent légitime. Mais elle augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements, et elle a un coût élevé. En France, 67 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont acquis au moins un produit pharmaceutique en un mois versus 35 % pour les moins de 65 ans. En moyenne, la consommation journalière s'établit à 3,6 médicaments par personne âgée de 65 ans et plus. Les femmes consomment plus que les hommes (3,8 versus 3,3). Près de 50% de la consommation pharmaceutique concerne les sujets de plus de 60 ans et environ 10% des admissions hospitalières des sujets âgés sont liés directement ou indirectement à un accident médicamenteux (Legrain S, Lacaille S, 2005). Au Maroc, on ne dispose pas encore de données précisant l'ampleur de ce problème. Mieux prescrire chez le sujet âgé est ainsi un enjeu de santé publique.

#### **II.2.3.2.8. La démence d'Alzheimer :**

Selon l'OMS, la démence d'Alzheimer toucherait 25 millions de personnes dans le monde. Au Maroc, on ne connaît pas le chiffre exact de personnes souffrant de cette pathologie (Ghazi S, 2005).

Cette maladie est une démence dégénérative et évolutive qui touche essentiellement les sujets âgés de plus de 65 ans. Elle affecte les capacités mentales et physiques, les émotions et les comportements de la vie du malade et se manifeste par des troubles de mémoire, du langage et de la communication ainsi que du jugement et du raisonnement.

La cause spécifique demeure inconnue. On relève cependant l'influence de plusieurs facteurs dont l'âge, les facteurs génétiques et héréditaires ainsi que les habitudes alimentaires, le niveau d'instruction et la présence de risques vasculaires.

Au Maroc, la maladie d'Alzheimer reste largement méconnue du grand public et nettement sous-médicalisée. Par contre un motif fréquent de consultation des personnes âgées au niveau des hôpitaux psychiatrique. Une proportion de 45,14% des patients âgés ayant eu recours à l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan de Fès, en 2003, avaient un syndrome démentiel (Sniter K, 2004). Ce pourcentage était de 35% dans l'étude réalisée en 1999 au centre psychiatrique universitaire Ibn Rochd de Casablanca (Eddal A, Kadiri N, 1999). Il est important d'établir un diagnostic précoce dans le but de faire bénéficier le malade de traitements spécifiques et espérer ralentir l'évolution de cette maladie, qui, à ses débuts, est insidieuse et progressive.

#### **La perte d'autonomie fonctionnelle**

On parle de perte d'autonomie fonctionnelle lorsque l'individu a perdu la capacité d'effectuer sans aide les actes de la vie quotidienne. On distingue :

- Les actes de base de la vie quotidienne : l'incapacité d'en réaliser un ou plusieurs sans aide définit une dépendance sévère : se déplacer, assurer son hygiène personnelle, s'alimenter, aller aux toilettes, s'habiller.

- Les activités instrumentales de la vie quotidienne recouvrent des actes plus élaborés et l'incapacité à en réaliser un ou plusieurs sans aide définit une dépendance modérée ou légère : faire ses courses, utiliser les transports en commun, assurer le ménage, laver le linge, préparer le repas, prendre ses médicaments, gérer son budget, utiliser le téléphone

... La perte d'autonomie fonctionnelle implique l'existence d'aide pour que les personnes concernées puissent vivre dans des conditions acceptables. Au domicile, cette aide peut être apportée par l'entourage naturel (conjoint, enfants, proches) et/ou par des aides professionnelles : aide ménagère, auxiliaire de vie, infirmier libéral. La prise en charge au domicile des personnes lourdement dépendants demande une forte mobilisation de ce réseau et une bonne organisation et coordination des différents intervenants.

La perte d'autonomie constitue le principal motif d'entrée en institution dans les pays occidentaux.

### **II.2.3.2.9. La dépression :**

La dépression du sujet âgé est un trouble sous diagnostiqué et sous traité. Les symptômes sont considérés comme une composante normale du processus de vieillissement. Elle représente un fardeau de taille pour les individus et leur famille. Elle n'est pas seulement cause de morbidité mais aussi de mortalité. Plusieurs études montrent que la prévalence de la dépression peut atteindre 15% chez les plus de 65 ans (Salzmar C, Schneider Ls, Lebowitz Bd , 1993). La prévention du suicide est un des principaux objectifs thérapeutiques en psychogériatrie. En occident, les personnes âgées sont en fait plus prédisposées au suicide que les sujets plus jeunes (Conwell Y, 1999).

Au Maroc, selon une étude réalisée au centre psychiatrique universitaire Ibn Rochd de Casablanca (Eddal A, Kadiri N , 1999) a concerné tout consultant auprès de consultants âgés de 60 ans et plus durant le deuxième semestre de l'année 1999, 54% des malades présentaient un syndrome dépressif. De nombreuses plaintes étaient somatiques et risquaient de cacher la nature réelle des troubles.

La détection de la dépression chez le sujet âgé nécessite un traitement approprié et efficace. Pour cela, une approche multidisciplinaire s'avère nécessaire. En effet, une prise en charge globale passe par l'amélioration de l'état de santé sur le plan somatique et par un bon soutien social.

### **III. Stratégies et programmes adoptés au Maroc :**

L'OMS définit le concept de « Vieillir en restant actif » comme « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse » (OMS, 2004).

Le vieillissement en bonne santé joue un rôle central dans le développement. *« Une bonne politique dans le domaine du vieillissement bénéficie à tous. Elle permet en premier lieu de diminuer le nombre des décès prématurés aux stades les plus productifs de la vie. Elle entraîne également la réduction des incapacités et une augmentation du nombre des personnes jouissant d'une bonne qualité de vie et participant activement à leur société tout en vieillissant. Enfin les dépenses de santé, frais médicaux et services de soins seront amoindris »* (2002).

Récemment encore, les politiques de santé s'intéressaient essentiellement à l'enfance et à l'âge adulte, car l'espérance de vie était relativement courte. La

proportion de la population qui survivait au-delà de 60 ans était très faible et posait donc en général peu de problèmes sanitaires. De nos jours, l'allongement sensible de l'espérance de vie qui, souvent, va de paire avec un mode de vie malsain (tabac, habitudes alimentaires inappropriées, précarité...) s'est traduit par l'émergence d'un certain nombre de maladies non transmissibles, donnant ainsi naissance à de nouveaux besoins en soins plus marqués chez les personnes âgées. C'est pourquoi la question du vieillissement de la population prend un intérêt particulier au sein du Ministère de la Santé. Aussi, ce département a réalisé de nombreuses actions depuis 1999 en coopération avec l'OMS et ce dans le cadre des projets dits « priorités émergentes ».

### **III.1. Actions entamées :**

#### **- Action en matière de santé**

- La mise en place au sein du Ministère de la santé d'un service de la réhabilitation et de la gériatrie rattaché à la Direction de la Population : Ce service est chargé, entre autres, de développer le programme de la gériatrie. Il constitue un centre de liaison avec le Secrétariat Chargé de la Famille, de l'Enfance, et des Personnes Handicapées, les autres départements à caractère social, la Société Marocaine de Gériatrie, les Organisations non gouvernementales en faveur des personnes âgées et les organisations internationales et ce, pour coordonner toutes les actions visant la protection sociale des personnes âgées. Recemment, ce service a été renforcé de deux médecins et une Kinésithérapeute.
- Réalisation depuis 2003 d'un programmes de formation et de spécialisation en gériatrie et en médecine physique et de réadaptation, pendant une année, au niveau de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, France, au profit des médecins résidents ou internistes marocains.
- Actuellement 11 médecins gériatres sont déjà formés et affectés au niveau des provinces et préfectures du Royaume. Cinq autres intégreront la formation à partir de l'année 2006.
- L'objectif de cette formation étant de disposer d'au moins un médecin gériatre par province et préfecture dans les prochaines années.
- Démarrage de l'enseignement des soins pour personnes âgées depuis 2002 dans les Instituts de Formation aux Carrière de Santé (IFCS). Un module d'enseignement en gériatrie, a été intégré dans le cursus de formation des étudiants au niveau de ces Instituts.

- Démarrage de la mise en place d'espace s'occupant des soins aux personnes âgées au niveau de certains hôpitaux (Rabat, Casablanca, Oujda).
- Réalisation en septembre 2005 d'une consultation au Maroc par un expert de l'OMS, pour aider le Ministère de la Santé à élaborer une stratégie nationale pour la prise en charge des soins en santé des personnes âgées. Cette proposition de stratégie sera validée par les instances du Ministère de la Santé à l'occasion d'un atelier qui sera organisé au mois de décembre 2006.
- Organisation par la Société Marocaine de Gériatrie de cours de perfectionnement en gériatrie au profit des médecins internistes participant chaque année au congrès national de la Société Marocaine de Médecine Interne.

### **III.2. Evaluation :**

Il est clair que les initiatives prises par le Ministère de la Santé pour la promotion de la santé des personnes âgées sont encourageantes. Cependant, certains problèmes risquent d'entraver la bonne continuité des différentes initiatives déjà mentionnées.

- La mise en œuvre des actions proposés par le Ministère de la Santé, en collaboration avec l'OMS, la coopération Internationale et les Facultés de Médecine et de Pharmacie du Royaume et dont on peut citer à cet égard :
  - 1) la poursuite des efforts entamés dans le cadre de la mise en œuvre de la couverture médicale de base et de la réforme hospitalière, en vue d'améliorer l'accès et la qualité des soins destinés à la population de manière générale, y inclus les personnes âgées ;
  - 2) la réalisation des études épidémiologiques en vue d'identifier les problèmes et les besoins de cette catégorie de la population en soins et services de santé ;
  - 3) l'institution de la spécialité en gériatrie au niveau des Facultés de Médecine et de pharmacie du Royaume ;
  - 4) la mise en place de l'enseignement de la gériatrie au cours des études de médecine pour les étudiants de fin d'étude médicales.

- 5) Assurer la formation continue des professionnels de santé médicaux et paramédicaux travaillant dans les structures de soins de santé de base ou dans le milieu hospitalier, en matière de gériatrie ;
- 6) la mise en place d'unités de prise en charge des personnes âgées au niveau des services hospitaliers périphériques.
- 7) l'amélioration de l'accès aux soins et aux structures d'aide aux personnes Agées.
- 8) la restructuration du Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie en Division de la Réhabilitation physique et de la Gériatrie
  - Les réformes récentes qui ont touché le système d'AMO n'ont pas pris en considération un certain nombre de maladies chroniques fréquentes, graves et coûteuses chez les personnes âgées. Nous citerons la maladie d'Alzheimer, la dépression, l'ostéoporose, l'arthrose, l'adénome de prostate ou encore le problème d'incontinence urinaire.
  - Les institutions qui hébergent les personnes âgées ne sont pas ou très peu médicalisées. Les soins médicaux reposent sur des associations de médecins bénévoles dont la continuité n'est pas toujours assurée.
  - La grande proportion de ces institutions héberge un mélange de différentes catégories de population qui sont obligées de cohabiter dans le même pavillon. Les personnes âgées cohabitent parfois avec des malades psychiatriques instables, ce qui représente un danger pour ces derniers ;
  - La faible sensibilisation du grand public aux problèmes des personnes âgées. De rares émissions ont été diffusés dans nos chaînes de télévision ou de radio. Ces émissions coïncident souvent avec la célébration le 1er octobre de chaque année de la journée mondiale des personnes âgées.

## **IV. Recommandations**

Toutefois l'amélioration de la réponse de notre système de santé aux besoins en soins des personnes âgées, les recommandations suivantes peuvent être proposées.

### **IV.1. Recommandations Générales :**

- Relancer le Comité National pour les Soins aux Personnes Agées : Afin de promouvoir la santé des personnes âgées au Maroc. Les participants à ce comité peuvent être issus des ministères de la santé (service de

réhabilitation et gériatre) et du développement social, des agences sous tutelle (entraide nationale), les représentants des ONG impliqués dans ce volet, les doyens de la faculté de médecine, les directeurs des IFCS, les présidents de la Société Marocaine de Gériatrie et de l'Association médicale de Gérontologie, les médecins gériatres, les centres de recherche socio-démographiques et épidémiologiques. La présence de ces différents intervenants permettra au comité d'avoir une approche globale et complémentaire sur toutes les questions concernant les personnes âgées. Cette instance sera la mieux placée pour déterminer les priorités nationales aussi bien sur le plan sanitaire, que social ou réglementaire et législatif.

- Organiser des activités de plaidoyer pour susciter plus d'intérêt des décideurs aux questions des personnes âgées. La place des personnes âgées doit être précisée et les problématiques spécifiques de cette population doivent être prise en compte.

- Procéder à un diagnostic de la situation médico-sociale des personnes âgées. Pour cela, la réalisation d'études épidémiologiques et démographiques spécifiquement centrées sur les personnes âgées est nécessaire afin de dresser un état des lieux précis et identifier leurs besoins réels.

## **IV.2. Recommandations spécifiques :**

### **IV.2.1. Sur le plan sanitaire :**

- Dissocier le service central de la gériatrie du service de la réhabilitation. Ce service doit être renforcé dans son rôle et dans ses moyens. C'est le véritable noyau qui devrait permettre d'assurer les liaisons avec tous les services, les ministères et les organismes concernés par la question des personnes âgées.

#### **Pluridisciplinarité des soins**

La pluridisciplinarité des soins mobilise des acteurs de formation et de compétences différentes comme les médecins, les infirmier(e)s, les aides-soignant(e)s, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les podologues, les assistant(e)s social(e)s, les bénévoles....

Le terme interdisciplinarité décrit une prise en charge mobilisant les compétences de plusieurs praticiens ayant des spécialités différentes.

- Faire bénéficier les étudiants en médecine d'un module de gériatrie afin qu'ils puissent être sensibilisés aux particularités de la prise en charge gériatrique,
- Instaurer une formation continue du personnel soignant. Elle pourra être assurée par des séminaires organisés par les sociétés savantes (notamment la Société Marocaine de Gériatrie) et par des stages pratiques de perfectionnement à l'étranger,
- La bonne organisation des soins se base sur une bonne coordination et une continuité des soins. Pour cela, il est recommandé les mesures suivantes :
  - les centres de soins de santé primaire doivent être accessibles et adaptés aux besoins des personnes âgées. Ces établissements sont dans une position idéale pour assurer un contact régulier et approfondi, ainsi que les soins continuels dont les personnes âgées ont besoin dans leur communauté. Une formation sur les particularités de la prise en charge gériatrique devrait être instaurée et généralisée à tout le personnel médical et infirmier.
  - La prise en charge des personnes âgées doit être globale et pluridisciplinaire. C'est l'équipe gériatrique qui intervient d'une façon complémentaire et efficace. La transversalité de l'approche permet l'amélioration de la qualité des soins. Il est donc nécessaire d'élargir la formation dans le domaine de la géronto-gériatrie à tous les membres de l'équipe gériatrique que sont les infirmiers, les kinésithérapeutes, les diététiciens, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les psychologues, les assistantes sociales ...
  - L'un des aspects principaux communs à notre société, est la responsabilité collective de la famille à l'égard de tous ses membres, vieux et jeunes. C'est la famille qui assure l'essentiel des soins à la maison. Elle a besoin d'être aidée, soutenue et encadrée dans toutes les démarches apportées à leurs proches.
  - La volonté de maintenir les personnes âgées dans leur milieu familial doit s'accompagner de la mise en place de structures d'aide composées essentiellement d'auxiliaires de vie et d'infirmières pouvant intervenir et soulager la famille.

- Des actions de prévention doivent être menées pour éviter la perte d'autonomie, qui a des conséquences lourdes pour l'individu, la famille et la société. Cette prévention se situe à deux niveaux :

- La prévention primaire : éducation pour la santé destinée aux personnes âgées et axée sur l'apprentissage des bonnes habitudes d'hygiène de vie, les dangers de l'automédication et l'utilité de la vaccination (anti-grippal et anti-pneumococcique) chez les personnes fragiles,

- La prévention secondaire : consiste à repérer le plus précocement possible des symptômes de maladies évoluant à bas bruit et pouvant occasionner un handicap : défaillances sensorielles (l'ouïe, la vision), instabilité à la marche, incontinence d'urines, troubles de la mémoire...

- L'AMO et les mutuelles doivent prendre en considération les problématiques spécifiques des personnes âgées. Un certain nombre de maladies doivent figurer sur la liste des maladies prises en charge établie comme la maladie d'Alzheimer, la dépression, l'ostéoporose ou l'arthrose. Les nomenclatures d'actes médicaux et paramédicaux doivent prendre en compte la possibilité d'intervention à domicile.

- Le fonctionnement des foyers de personnes âgées doit être amélioré. Un règlement interne précisant les conditions d'accès doit être élaboré. Il n'est pas normal de mélanger toutes les catégories d'âge dans un seul bâtiment ; de même, il est inacceptable de garder les patients psychiatriques déséquilibrés dans ces foyers. Il est plus convenable de réserver des résidences pour les personnes âgées mettant à leur disposition un personnel suffisant et des moyens techniques dont ils peuvent avoir besoin (déambulateur, lits et chaises adaptées, sanitaire individualisé ...). Les soins doivent absolument être organisés, adaptés et poursuivis régulièrement au niveau de ces institutions. Un système de convention avec les médecins spécialistes des hôpitaux ou du secteur privé peut être mise en place.

#### **IV.2.2. Sur le plan social :**

- L'Islam insiste sur la nécessité pour les individus et la collectivité de prendre un grand soin des personnes âgées. Il serait utile d'insister sur ces principes dans les prêches du vendredi ou dans des émissions religieuses de la radio ou la télévision

- Les personnes âgées qui n'ont personne pour s'occuper d'elles ont également besoin d'une aide et d'un soutien. Le maintien à domicile peut ne

pas être la solution adéquate chez des personnes fragiles, en perte d'autonomie et nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire quotidienne. Leur placement dans des institutions adaptées devrait être envisagé

- Le grand public devrait être informé et sensibilisé au sujet des problèmes touchant les personnes âgées ainsi qu'au sujet des services qui sont actuellement disponibles pour ces personnes.
- Les médias doivent être fortement impliqués dans la sensibilisation du grand public. Des émissions d'information et d'éducation sanitaire et des débats sur le sujet du vieillissement doivent être programmés régulièrement.

## **Conclusion**

Le vieillissement de la population est un phénomène démographique inéluctable se traduisant par l'accroissement de la proportion et du poids des personnes âgées dans notre société. Il faut garder à l'esprit que ces personnes ont participé, pendant leur jeune âge, au développement socio-économique du pays et qu'elles méritent en contrepartie respect, estime et protection médicale et sociale. Cette prise en charge nécessite une attention particulière et des connaissances spécifiques pour assurer des soins optimaux. La réalisation d'études épidémiologiques et démographiques centrée sur la population âgée est donc une nécessité. Elle permettra d'une part, de préciser la prévalence de certaines maladies fréquentes dans cette tranche d'âge (maladies cardiovasculaires, maladie d'Alzheimer...) et d'autre part, de déceler les priorités pour établir des programmes d'action appropriés.

Une approche globale et intégrée de la problématique du sujet âgé est à élaborer et à mettre en œuvre afin d'édifier un plan gouvernemental pour le bien être des personnes âgées et des membres de leur familles.

## Bibliographie

1. ANKRI J, 2004. « Les autres pathologies du sujet âgé : données épidémiologiques ». **In** : *Livre blanc de la Gériatrie Française*. Gériatrie 2004. p. 59-68
2. AZELMAT M, ABDELMOUNEIM A. *Maladies chroniques et handicaps*. Enquête sur la population et la santé familiale 2003-04. DPRE/DPE/SEIS. Ministère de la santé. Maroc, 2005.
3. BENNIS A. *Le système de soins de santé au Maroc*. Disponible sur : [http://www.sante.gov.ma/smsm/cmm\\_web/Le\\_systeme\\_de\\_soins.htm](http://www.sante.gov.ma/smsm/cmm_web/Le_systeme_de_soins.htm)
4. BENNIS A. *Ordonnance BASIC pour le coronarien stable*. Actualités thérapeutiques en cardiologie. 2005, La lettre du Triatec n°3
5. BEN SALEM K, SOLTANI M, RIAHI M et al. *La morbidité hospitalière du 3ème age dans la région sanitaire de Monastir (Tunisie)*. La Tunisie Médicale, Vol 77, n°4, 1999 ; 209-214.
6. BOUDHAIMI M, 2000. *Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les sujets âgés*. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, Université Hassan II. Thèse n° 387
7. CARRASCO V, BAUBEAU D. *Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale*. Etudes et résultats, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). N° 212, Janvier 2003.
8. Circulaire NOI 7339/E du 12/09/2005. *Régime d'assurance maladie obligatoire de base*. Ministère des finances et de la privatisation. Maroc
9. CNSS infos, Bulletin d'information Trimestriel n°11 Février 2005
10. CONWELL Y. « Suicide in elderly ». **In**: *Schneider LS et al. Edf: diagnostic and treatment of depression in late life: results of the NIH Consensus development conferences; 1999*
11. CRIMMINS E M, SAITO Y. *Change in the prevalence of diseases among older americans: 1984-1994*. Demographic research. Vol 3, 9; 2000
12. EDDAL A, KADIRI N. *La dépression chez le sujet âgé*. Les Cahiers du Médecin 1999. Tome III, 26 : 38-39

13. Fondation de l'avenir. *Artères et articulations : Les dernières avancées 2005*. 4ème Congrès de la Fondation de l'Avenir 6 décembre 2005, Paris. Disponible sur : <http://www.fondationdelavenir.org/fondation.asp?Fiche=Presse>
14. GHAZI S. *L'Alzheimer, une maladie et un drame familial*. Le Matin 27 décembre 2005. Disponible sur : <http://www.lematin.ma/journal/article.asp?id=soc&ida=52342>
15. HAJJAJ-HASSOUNI N, HASSOUNI F, GUEDIRA N et al. *Prévalence des maladies rhumatismales observées au Maroc*. Rev.Rhum, Paris, 1998, 761
16. HARMOUCHE H, GHADOUANE M, AOUNI M. *La pathologie du sujet âgé dans un service de Médecine Interne*. Les Cahiers du Médecin 1999. Tome III, 26 : 35-37
17. HCP. *Résultats RGPH 2004*. Disponible sur : <http://www.recensement.hcp.ma>
18. HERRERO J. *La gériatrie en Espagne*. Rev Gériatrie 1987 ; 12 : 394-400
19. JASMIN C. *Cancers chez les personnes âgées : l'état d'urgence*. La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie. 2004, Tome XI, 104, 197
20. KARTITE R, MARISSA Z, 2000. *Prise en charge d'un patient âgé au niveau d'une unité de soins hospitalière*. IFCS. Rabat, 75p
21. LAGHMARI M, MOHCINE Z. *Profil de l'handicap visuel au Maroc, objectif et stratégies de prévention*. Bulletin SMSM. Tome XI, n°5, Décembre 2000
22. La Presse. *Gériatrie : Grandes pathologies : des chiffres qui parlent*. Tunisie- 27/02/05
23. LEGRAIN S, LACAÏLE S. *Prescription médicamenteuse du sujet âgé*. Encycl Méd Chir. AKOS, 2005 ; 3-1040
24. Le Monde. *Les accidents vasculaires cérébraux, à traiter en urgence*. Article paru dans l'édition du 14/09/05.

25. LESOURD B. *Escarres : importance de l'état nutritionnel dans leur prise en charge en gériatrie*. La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérologie. 2004, Tome XI, 105, 253-258
26. LEVY S. *Fibrillation atriale*. Rev Prat 2004 ; 54 : 258-65
27. LYE M. *Congestive heart failure*. Overview. Card Elderly 1994; 2: 53-55
28. Maroc hebdo International. *L'ostéoporose, un problème de santé publique*. n° 479 : 34, 28 sept-4 octobre 2001
29. Ministère de la santé. *Enquête nationale sur les facteurs de risque cardio-vasculaire au Maroc*. Division de l'épidémiologie. Communiqué du 28 février 2001
30. Ministère de la santé. *Les indicateurs de santé*. Division de la planification la statistique et l'informatique. SEIS, 2003. Maroc
31. Ministère de la santé. *La mortalité urbaine par cause*. Division de la planification la statistique et l'informatique. SEIS, 1989-1990. Maroc.
32. Ministère de la santé. *Mission du Dr Anthony Fiorini, consultant de l'OMS dans le domaine des soins de santé des personnes âgées*. Division de la coopération. 1999. Maroc
33. MOUQUET MC, 1996. « Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée » **In** : *Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993. Tome I*. Documents statistiques n°274. Sesi, 253p
34. NEGREL A D, KHAZRAJI Y C, AZELMAT M. *La cataracte cécitante au Maroc*. Eastern Mediterranean Health Journal. Vol 3, 1, 1997, 108-113
35. OMS. *Le vieillissement en bonne santé joue un rôle central dans le développement*. Communiqué OMS/24. 9 avril 2002
36. OMS. *Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre*. EB 115/29, 2 décembre 2004
37. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde : Les défis actuels de la santé dans le monde*. 2003, 24p
38. OUDRHIRI M. *La prise en charge du sujet âgé aux urgences*. Communication : 6èmes journées médicales de Larache, 27-28 mai 2005

39. RACHID R. *Les manifestations ophtalmiques de la sénescence*. Les Cahiers du Médecin 1999. Tome III, 26 : 18-19
40. SALZMAR C, SCHNEIDER LS, LEBOWITZ BD. *Antidepressant treatment of very old patients*. American journal of geriatric psychiatry. 1993; (1): 42-48
41. SENAT, 2005. *Premières rencontres sociales du sénat - La santé*. Disponible sur : [www.senat.fr/colloques/rencontres\\_sociales](http://www.senat.fr/colloques/rencontres_sociales)
42. SERMET C, 2004. « Démographie et état de santé des personnes âgées ». In : *Livre blanc de la Gériatrie Française*. Gériatrie 2004. p. 25-32
43. SNITER K, 2004. *La réponse du système de soins aux besoins des personnes âgées*. INAS. Rabat, 84p
44. VALKENBRUG A. *Epidemiologic considerations of the geriatric population*. Gerontology 1988; 34: 2-10
45. ZHU N. *Déterminants de l'état de santé et de la dépense médicale des personnes âgées en Chine*. CERDI Disponible sur : [http://www.cerdi.org/colloque/Sante2003/Programme\\_des\\_XXVIemes\\_JES.pdf](http://www.cerdi.org/colloque/Sante2003/Programme_des_XXVIemes_JES.pdf)

## **Chapitre V**

### **Régimes de retraite au Maroc**



## **Chapitre V**

### **Régimes de retraite au Maroc**

#### **Introduction**

Phénomène universel, le vieillissement de la population touche tous les pays du monde à des degrés et à des rythmes différents : « en 1990, près d'un demi milliard de personnes, soit légèrement plus de 9% de la population mondiale étaient âgées de plus de 60 ans. En 2030, ce nombre aura triplé, atteignant 1,4 milliard.

Cependant, l'importance et surtout le rythme d'évolution de ce vieillissement diffèrent d'un pays à l'autre : le doublement de la proportion des personnes âgées de 9% à 18% en France s'est effectué sur 140 ans, alors qu'en Chine ce passage n'a nécessité que 34 ans. » (1).

Au Maroc, comme dans la plupart des pays en développement, le vieillissement de la population est largement plus rapide : de 2000 à 2040, soit en l'espace de 40 ans, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus va pratiquement tripler en passant de 7,3% à 20%.

Ce vieillissement de la population ne manquera pas de poser à notre pays d'énormes défis qu'il s'agit de relever, en particulier dans le domaine des soins de santé et de la retraite.

En matière de retraite, les mutations, tant économiques que sociales, que le Maroc connaît, et continuera de connaître, limitent de plus en plus le champ d'action des systèmes traditionnels d'entraide sociale (solidarité familiale, tribale ....) et nécessitent l'extension ou la mise en place de systèmes institutionnels de retraite.

En effet, il s'agit essentiellement tout d'abord de réformer les régimes existants en vue de consolider leurs équilibres à long terme et d'élargir par la suite la couverture de la retraite aux populations qui n'en disposent pas actuellement.

Cette problématique met au centre des débats l'avenir et la viabilité des systèmes de retraite, particulièrement ceux qui sont gérés en répartition.

Dans de tels régimes où les pensions versées aux retraités sont financées par les cotisations payées par les salariés, il est évident qu'à taux de

remplacement<sup>(1)</sup> égal, plus le rapport entre ces deux populations augmente, plus l'effort de cotisation sera important.

Aussi et pour analyser les incidences de ce vieillissement de la population sur le financement des régimes de retraite, la présente étude abordera les points suivants :

1. Fonctionnement des principaux régimes marocains : Dans cette partie, le fonctionnement des régimes marocains (Régime des pensions civiles, Régime des pensions militaires gérés par la CMR, Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR), Régime de la CNSS, Régime de la CIMR, Régimes particuliers) sera décrit et où l'accent sera mis en particulier sur les aspects techniques et financiers de ces régimes.

2. Evolutions des structures démographiques : Cette partie détaillera les évolutions futures de la population marocaine sous l'incidence des évolutions des espérances de vie et de l'indice synthétique de fécondité.

Dans ce cadre, il sera procédé à une analyse des différents groupes qui composent cette population en faisant ressortir en particulier l'évolution du ratio population 15-59 ans / population de 60 ans et plus, ratio central pour l'évaluation du coût de financement des régimes de retraite.

L'analyse de l'évolution de la démographie du système de retraite marocain et de ses conséquences sur les équilibres de ces régimes sera abordée dans une deuxième phase.

Les répercussions du vieillissement de la population sur les équilibres du système marocain de retraite étant différentes, selon que l'on se trouve face à un régime universel généralisé à toute la population ou face à une couverture partielle assurée par plusieurs régimes, un troisième volet sera consacré à cette problématique.

3. Diagnostic du système marocain de retraite : Cette partie s'attachera à mettre en lumière les faiblesses de notre système de retraite tant sur les plans institutionnels que de ses modes de fonctionnement (hétérogénéité, absence de contrôle et d'une tutelle unique, lacunes de la coordination entre régimes de retraite... que sur le plan de la couverture retraite.

La situation actuelle de notre système de retraite pouvant largement s'expliquer par des rendements excessifs de nos régimes ; une deuxième partie

---

<sup>(1)</sup> rapport entre pension et salaire d'activité

détaillera les différents facteurs qui expliquent cette générosité (faiblesse des taux de cotisation, générosité des modes de liquidation des pensions, importance des rendements des régimes, etc.).

Dans une troisième partie, une attention toute particulière sera accordée aux perspectives à moyen et long terme du système de retraite marocain ; notamment à la dette implicite (voir la signification en 3.3.1) générée par le système et à l'évolution des taux de cotisation futurs à même d'assurer l'équilibre de ces régimes.

4. Réforme du système marocain de retraite : L'importance de la dette implicite que les régimes marocains ont générée, les niveaux élevés des taux de cotisation futurs nécessaires à l'équilibre imposent une réforme du système.

Aussi, cette partie présentera t-elle les différentes options de réforme possibles dans ce domaine : réforme paramétrique (augmentation de l'âge de mise à la retraite, redéfinition de l'assiette de liquidation des pensions, réduction des taux d'annuité, etc.) et réforme systémique (régime à deux piliers : régime de base à prestations définies en répartition, régime complémentaire à cotisations définies en capitalisation).

A ce propos, un volet sera consacré à une présentation succincte des avantages et inconvénients des deux modes de financement de la retraite (répartition, capitalisation).

L'un des éléments essentiels que toute réforme se doit de prendre en considération est celui qui se rapporte aux droits acquis par les affiliés au système avant sa réforme. Un autre aspect tout aussi important concerne la définition des populations cibles visées par la réforme.

Aussi, une partie sera t-il réservé aux différentes manières de définir ces droits acquis ainsi que les populations auxquelles la réforme s'adresse.

La problématique de l'extension de la couverture retraite aux populations qui n'en disposent pas actuellement, fera l'objet d'un examen détaillé.

Enfin, il reste à signaler que bien plus que de rechercher des développements théoriques à la problématique de la retraite, ce chapitre essaie plus simplement de décrire la réalité marocaine.

## **I- Fonctionnement des principaux régimes de retraite**

Le système de retraite marocain se compose de :

- quatre régimes de base obligatoires : régime des pensions civiles, régimes des pensions militaires, régime général du RCAR et régime de la CNSS
- deux régimes complémentaires : régime complémentaire du RCAR et régime de la CIMR
- trois régimes internes : régime de l'OCP, régime de l'ONE et régime de Banque Al Maghrib (les régimes de l'ONCF, de l'ODEP et celui de la Régie des Tabacs ont été absorbés par le RCAR)
- d'un certain nombre de régimes particuliers soit gérés par la CMR, en particulier celui des anciens résistants, soit spécifiques à certaines catégories : régime des ministres, régimes des parlementaires, régime des avocats du barreau de Casablanca, pensions exceptionnelles...

La problématique du vieillissement de la population et ses interactions avec les équilibres des régimes de retraite limitent le champ aux seuls régimes d'une certaine importance ; à savoir les trois régimes de base qui couvrent la population civile et le régime de la CIMR.

### **I.1. Régime des pensions civiles**

La Caisse marocaine des retraites est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière qui gère deux régimes contributifs ; à savoir le régime des pensions civiles et le régime des pensions militaires et un certain nombre de régimes non contributifs, en particulier le régime invalidité institué au profit des fonctionnaires civils et militaires et le régime des anciens résistants.

Le régime des pensions civiles a été créé par la loi n° 011-71 pour couvrir les fonctionnaires civils titulaires de l'Etat et des collectivités locales et leurs ayants droit contre les risques de vieillesse et d'invalidité résultant d'un accident de travail (décès en activité) en plus de l'octroi d'allocations familiales.

Les affiliés à ce régime cotisent à hauteur de 9% (10% en 2006) sur l'ensemble de leur rémunération brute. Les employeurs contribuent au même taux, ramenant ainsi la cotisation totale à 18% (20% en 2006).

Les pensions de retraites, servies à l'âge normal de départ à la retraite (en général 60 ans) sont allouées à raison de 2,5% par année de service sur la base

de la dernière rémunération d'activité. Le taux d'annuité est ramené à 2% en cas de départ anticipé sauf dans le cadre de l'opération Intililaka où les pensions sont calculées sur la base de ce taux lequel est porté à 2,5% quand le retraité atteint l'âge normal de la retraite.

En cas d'invalidité suite à un accident de travail qui entraîne un taux d'IPP supérieur ou égal à 25 % (décès en activité), les affiliés à ce régime et leurs ayants droit bénéficient de pensions directement prises en charge par les employeurs et non financées par le régime des pensions civiles.

Sur le plan technique et financier, le régime fonctionne en répartition provisionnée (primes échelonnées) avec constitution de réserves qui doivent à tout moment être au moins égales à deux fois la moyenne des dépenses constatées sur les trois derniers exercices. Si ce minimum venait à être atteint, les taux de cotisation sont réajustés de façon à rétablir l'équilibre du régime sur une période de 10 années au moins et à reconstituer les réserves nécessaires.

## **I.2. Régime des pensions militaires**

Le régime des pensions militaires, institué par la loi 013-71 au profit des fonctionnaires militaires et étendu par la suite aux personnels de rang et d'encadrement des Forces auxiliaires en 1974, offre à ses affiliés les mêmes garanties que celles assurées par le régime des pensions civiles.

Si le fonctionnement de ce régime ressemble à celui des pensions civiles, il présente néanmoins plusieurs différences qui tiennent pour l'essentiel à :

- des âges de mise à la retraite déterminés en fonction des grades et qui débutent à partir de 45 ans
- des taux de cotisation différents de ceux en vigueur pour le régime des pensions civiles (21%) et avec un partage part salariale-part patronale de 1/3 – 2/3
- des bonifications qui viennent majorer les années de service de 1/6 et de 1/12 respectivement pour les militaires et les forces auxiliaires en plus de celles éventuelles allouées pour campagnes de guerre
- une reconnaissance de l'invalidité liée à un accident du travail dès un taux d'IPP de 10%.

Ces différences participent au déficit structurel que ce régime n'a cessé d'enregistrer depuis plusieurs années : déficit qui n'a pu être comblé que grâce aux avances du régime des pensions civiles. L'apurement de ces avances en

2003 ne prémunit nullement à l'avenir ce régime contre un retour à des situations de déséquilibre ; seules des réformes profondes sont à même d'assurer son équilibre à long terme.

Dans ce cadre, il y a lieu de mentionner le relèvement du taux de cotisation en 2006 à 30% et l'augmentation de l'âge de mise à la retraite de 3 à 5 ans selon les grades.

### **I.3. Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR)**

Pour assurer une ouverture retraite au profit des salariés non titulaires de l'Etat et des collectivités locales, le RCAR a été créé en 1977 (Dahir portant loi n° 1-77-216 du 4 octobre 1977) sous la forme d'une institution dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le RCAR couvre également tous les salariés des établissements publics soumis au contrôle financier de l'Etat.

Le RCAR se compose de deux régimes :

- un régime général obligatoire où la cotisation est fixée à 18% (6% de part salariale et 12% de part patronale) assise sur un salaire plafonné égal à quatre fois le salaire moyen du régime et qui évolue d'année en année au même taux que celui enregistré par ce salaire moyen (11 350 dirhams/mois en 2004)
- un régime complémentaire facultatif où les salariés et leurs employeurs peuvent cotiser pour chaque part à hauteur de 3% de la tranche de rémunération au-delà du plafond du régime général.

A signaler que bien que facultatif, ce régime complémentaire, une fois la convention d'adhésion signée, devient obligatoire pour tous les employés dont la rémunération dépasse le plafond du régime général.

Les pensions de retraite servies par le régime général, en général à 60 ans, sont assises sur le salaire moyen de carrière revalorisé et déterminées à raison de 2% par année de service ; pensions qui sont revalorisées chaque année au même taux que celui enregistré par le salaire moyen du régime.

En cas de départ anticipé, les pensions subissent un abattement de 0,4% par mois d'anticipation avec un maximum de 24%.

Le régime sert également des allocations familiales aux retraités ayant des enfants à charge.

Contrairement à tous les régimes de base, le régime général du RCAR est financé selon un système mixte qui allie répartition et capitalisation : la cotisation salariale et la moitié de la contribution patronale, soit 12%, sont inscrites dans un livret individuel ouvert au nom de l'affilié et capitalisées à 4,75% l'an. L'autre moitié de la contribution patronale sert à financer le fonds invalidité-décès (1%), le fonds des allocations familiales (0,65%) et le fonds de péréquation (4,35%) : fonds qui sont gérés tous en répartition.

Lors de la liquidation d'une pension de retraite, le capital constitutif<sup>(2)</sup> de cette pension est financé par le solde du livret individuel et par un prélèvement sur le fonds de péréquation. En ce qui concerne les pensions d'invalidité ou de décès en activité, le complément aux capitaux constitutifs est prélevé du fonds invalidité-décès, et en cas d'insuffisance, il est fait appel au fonds de péréquation. Ainsi, toutes les pensions liquidées se trouvent couvertes par des réserves mathématiques<sup>(3)</sup>.

#### **I.4. Régime de la sécurité sociale (CNSS)**

Le régime de la sécurité sociale a été institué par le Dahir n° 1-59-148 au profit des salariés du secteur privé de l'industrie, du commerce et des services. L'extension de ce régime a tout d'abord concerné les marins pêcheurs à la part en 1964, les salariés de l'agriculture en 1982, et enfin à ceux de l'artisanat en 1993.

La CNSS assure au profit de ses affiliés quatre types de prestations ; à savoir les prestations familiales (allocations familiales, aides sanitaires familiales), les prestations à court terme (indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité, allocations au décès, remboursements du congé de naissance), les prestations de long terme (pensions d'invalidité, de vieillesse, de survivants) et tout récemment des prestations dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Au titre de la branche des prestations à long terme, objet de cette partie, la cotisation est fixée à 11,89% assise sur un salaire plafonné actuellement à 6000 dirhams/ mois et répartie à hauteur d'1/3 à la charge du salarié et de 2/3 de contribution patronale. Pour les marins pêcheurs à la part, les cotisations sont

---

<sup>(2)</sup> Montant actualisé nécessaire pour la couverture de toutes les échéances de pension à partir de leur date d'effet

<sup>(3)</sup> Montants actualisés à la fin de l'année nécessaires pour le paiement futur de toutes les échéances de pension

assises sur les recettes brutes du bateau de pêche, soit 4,65% pour les chalutiers et 6% pour les sardiniers et palangriers.

En contrepartie de ces cotisations, la CNSS octroie des pensions :

- de retraite à l'affilié, qui atteint l'âge de 60 ans (55 ans pour les mineurs qui ont travaillé au fond pour une durée au moins égale à 5 ans) et qui justifie de 3240 jours d'assurance, égales à 50% d'un salaire de référence déterminé comme à la moyenne des 96 derniers salaires soumis à cotisation. Cette pension est majorée de 1% pour chaque période supplémentaire de 216 jours d'assurance, dans la limite toutefois d'un maximum de 70%
- d'invalidité non consécutive à un accident de travail ou à une maladie professionnelle si l'affilié justifie d'au moins 1080 jours d'assurance dont 108 pendant les 12 mois civils qui précèdent le début de l'incapacité de travail suivie d'invalidité. Cette pension se détermine de la même manière que celle octroyée en cas de retraite sauf que le salaire de référence pris en considération représente la moyenne des 12 ou 60 derniers mois précédant la date d'invalidité
- de retraite anticipée que les salariés âgés de 55 à 59 ans et qui totalisent au moins 3240 jours d'assurance peuvent demander, mais sous réserve de l'accord de leur employeur et du paiement par ce dernier à la CNSS, d'une prime qui préserve la neutralité actuarielle de la branche des prestations à long terme.

Sur le plan financier, le régime est géré selon la technique de la prime échelonnée : les taux de cotisation sont fixés de manière à assurer l'équilibre du régime sur une période minimale de cinq ans , les réserves du régime ne devant jamais être décroissantes. Autrement dit, dès que les cotisations et les produits financiers deviennent insuffisants pour couvrir les dépenses, les taux de cotisation sont relevés et aucun prélèvement sur les réserves n'est autorisé.

### **I.5. Régime de Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR)**

Bien que créé en 1949 avant le régime de la CNSS, le régime de la CIMR joue actuellement le rôle d'un régime complémentaire facultatif pour les salariés du secteur privé.

Ce régime est géré par la CIMR, association d'employeurs qui fonctionne selon les dispositions du Dahir du 15 novembre 1958.

Au cours de son évolution, ce régime a connu plusieurs réformes dont la plus importante est celle intervenue en 2003.

En effet, avant cette date, la gestion du régime s'effectuait selon un système mixte capitalisation / répartition où les cotisations salariales (3 à 6%) étaient confiées aux sociétés d'assurances et gérées en capitalisation sous forme de rentes différées à 60 ans alors que les contributions patronales (3 à 6% également) étaient encaissées par la CIMR qui les gérait en répartition.

Les points acquis en contrepartie des cotisations salariales et des contributions patronales sont cumulés jusqu'à l'âge de la retraite et transformés totalement ou partiellement en pension selon que l'affilié choisit ou non l'option capital :

- en cas d'option capital (largement la plus fréquente), la société d'assurance verse à l'affilié un capital et la CIMR déduit du total des points acquis par l'affilié un nombre de points équivalent à celui que la rente correspondant à ce capital aurait généré
- en cas d'option rente, la CIMR verse au retraité la totalité de sa pension et récupère auprès de la société d'assurance la rente que les cotisations salariales ont générée
- La réforme de 2003 a introduit plusieurs modifications au fonctionnement du régime dont les plus importantes peuvent être articulées autour des points suivants :
  - la CIMR récupère les cotisations salariales des années 2003 et postérieures, alors qu'auparavant elles étaient versées aux sociétés d'assurances
  - ces cotisations sont inscrites dans un livret individuel (virtuel) et capitalisées selon un taux de rendement et un taux de revalorisation fixés chaque année par le Conseil d'administration de la caisse.

Pour ces cotisations, la CIMR a conservé l'option capital qui, si elle est choisie lors du départ à la retraite, fait cependant perdre à l'affilié la moitié des points acquis depuis 2003.

Toutefois, il y a lieu de noter que les cotisations salariales antérieures à 2003 continuent à être gérées comme de par le passé.

- dans le but de ramener le rendement du régime(4) à 10%, la CIMR a décidé de fixer la valeur de liquidation(5) du point à son niveau actuel, de faire évoluer le salaire de référence à 4% l'an et ce jusqu'en 2010
- la surprime, non génératrice de droits à la charge exclusive des employeurs, a été portée de 10 à 30% sur une période de cinq ans
- les majorations pour enfants à charge ont été supprimées pour les nouveaux retraités
- les pensions ne sont revalorisées qu'à 0,7% par an jusqu'en 2010.

## **1.6. Régimes internes**

En premier lieu, il faut relever que ces régimes internes auraient dû être intégrés au sein du RCAR ou en être exclus après examen par la commission instituée par l'article deux du Dahir portant création de ce régime.

De plus, et depuis leur création, ces régimes ont fonctionné sans réelle autonomie, ni sur le plan juridique ni sur le plan financier, par rapport aux établissements au sein desquels ils ont été créés.

Le processus d'absorption par le RCAR n'a pu être entamé que depuis l'année 2002 pour des raisons qui tiennent, pour l'essentiel, à la transformation du statut juridique de ces établissements, à la politique de recentrage de leurs activités sur leurs missions principales et à la faiblesse des assises démographiques de ces régimes qui menacent leur viabilité.

Ce processus a débouché à ce jour sur l'intégration des caisses internes de l'ONCF, de la Régie des Tabacs, de l'ODEP, de l'ONE et de l'OCP.

## **II. Evolution des structures démographiques**

### **II.1. Démographie du Maroc**

Deux facteurs clés sont à prendre en considération pour expliquer l'évolution future de la démographie de notre pays : l'espérance de vie à la naissance et l'indice synthétique de fécondité.

---

(4) Montant de la pension acquis en contre partie d'un dirham de cotisation

(5) Valeur d'un point de retraite considérée lors de la liquidation d'une pension

### II.1.1. Evolution de l'espérance de vie

D'après les récentes prévisions du CERED, l'espérance de vie à la naissance s'établira en 2034 à 77,5 ans (75,8 ans pour les hommes et 79,2 ans pour les femmes) contre 71,8 ans en 2004 et seulement 65,04 ans en 1987.

**Tableau 1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance 1987-2034 (Variante moyenne) Ensemble du Maroc**

Années	Hommes	Femmes	Ensemble
1987	63,7	66,4	65
1994	66,3	69,5	67,9
2004	70,6	73	71,8
2009	71,6	74,2	72,9
2014	72,6	75,4	74
2019	73,4	76,4	74,9
2024	74,2	77,4	75,8
2029	75	78,4	76,7
2034	75,8	79,2	77,5

Source : Projections actualisées par le CERED, à paraître.

Plus significative pour les régimes de retraite est l'espérance de vie à l'âge de départ à la retraite pour laquelle il n'existe malheureusement pas de prévisions. Cette espérance de vie va certainement enregistrer des améliorations notables : les gains en espérances de vie s'enregistrent en général aux âges les plus bas et aux âges les plus élevés.

Les statistiques, établies de 1980 à 1994 montrent en effet qu'en milieu urbain, par exemple, cette espérance de vie s'est sensiblement améliorée : en l'espace de 10 ans elle a enregistré un gain de 2.18 années pour les hommes et de 2.37 années pour les femmes, soit pratiquement une année tous les quatre à cinq ans.

**Tableau 2: Evolution de l'espérance de vie à 60 ans 1980-1994 Milieu urbain**

Années	Hommes	Femmes
1980	17.72	18.33
1987	17.67	19.82
1990	19.90	20.70
1994	18.04	20.00

Source : CERED : Situation et perspectives démographiques du Maroc 1997

Pour les régimes de retraite fonctionnant aussi bien en répartition qu'en capitalisation, cet allongement de l'espérance de vie induira des dépenses plus élevées du fait d'un service de pension sur des durées de plus en plus longues.

### II.1.2. Evolution de l'indice synthétique de fécondité

Le tableau ci-après résume l'évolution de l'indice synthétique de fécondité entre 1994 et 2034.

**Tableau 3: Evolution de l'indice synthétique de fécondité : 1994-2034 (variante moyenne)**

Années	ISF
1994	3,28
2004	2,47
2009	2,23
2014	2
2019	1,93
2024	1,85
2029	1,83
2034	1,8

Source : Projections actualisées par le CERED, à paraître.

D'après les estimations du CERED, cet indice va enregistrer une forte baisse entre 2004 et 2024 en passant de 2,47 à 1,85. Par la suite, l'indice synthétique de fécondité se stabilisera aux alentours de 1,8 enfant par femme.

### II.1.3. Situation à moyen et long terme

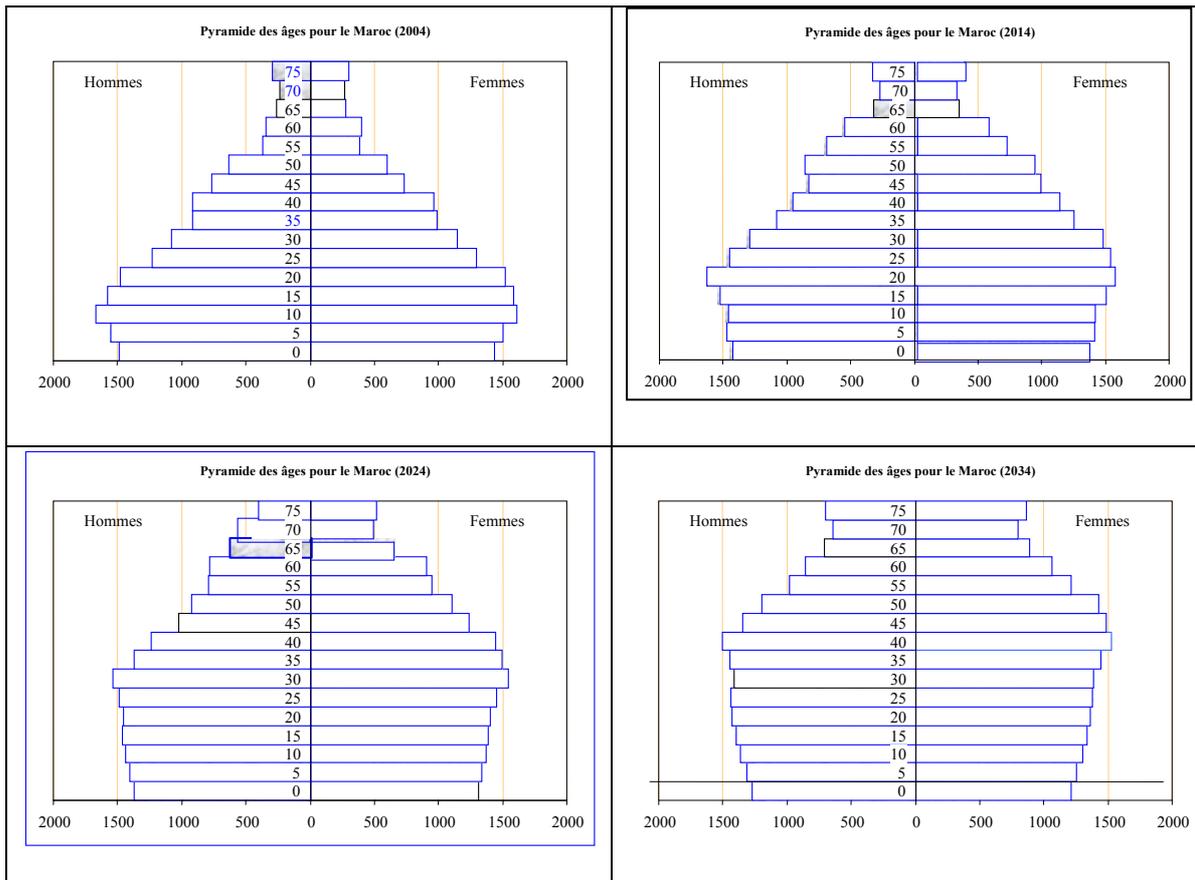
Les quatre pyramides d'âge ci-après illustrent l'évolution de la population du Maroc d'ici à 2034 :

- celle du début de la période reflète une situation qui se caractérise par une forte natalité : en 2004, près de 31 % de la population est âgée de moins de 15 ans ;
- par la suite, l'impact de l'allongement de l'espérance de vie va se traduire par un "grossissement" du sommet de la pyramide : de 2004 à 2034, la part des 65 ans et plus dans la population totale du Maroc passera de 5,5% à 11,8%, soit un dédoublement en 30 années ;
- la baisse de l'indice synthétique de fécondité se reflétera par un "rétrécissement" du bas de la pyramide : en l'espace de 30 ans, les moins de 15 ans ne représenteraient plus que 19,8% de la population totale.

Pour résumer, on peut affirmer qu'en raison de l'effondrement de la fécondité, la part des jeunes de moins de 15 ans dans la population totale ne cesserait de diminuer entre 2004 et 2034. A l'opposé, à l'autre extrémité des groupes d'âge, le poids relatif de la tranche d'âges des plus de 60ans, se mettrait à croître, amorçant ainsi le processus dit de vieillissement démographique séculaire, en fait, plus exactement d'inversion de la pyramide des âges.

Les pyramides ci-après illustrent bien cette tendance.

**Figure 1 : les pyramides d'âges 2004-2014, 2024 et 2034**



Source : Projections actualisées par le CERED, à paraître.

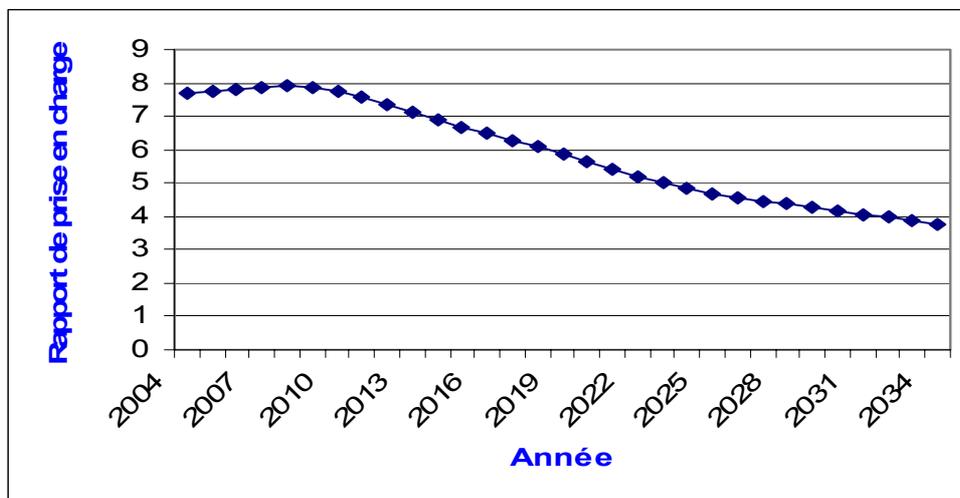
#### II.1.4. Le rapport de prise en charge des personnes âgées

Dans un système de retraite par répartition, l'évolution des taux de cotisation est étroitement liée à celle du rapport de prise en charge des personnes âgées<sup>(6)</sup>.

L'examen du graphique ci-après montre une évolution légèrement croissante jusqu'en 2008 où ce rapport va se situer à 7,9. Au delà de cette année, ce rapport va connaître un rythme à la baisse plus soutenu pour atteindre 3,8 en 2034, soit une baisse de moitié de ce qu'il était en 2004.

Ainsi, si en 2004 la pension d'un retraité est financée théoriquement par 7,9 actifs, en 2034 c'est seulement 3,8 actifs qui vont financer la pension d'un retraité. Les taux de cotisation nécessaires à l'équilibre du système de retraite risquent de ce fait d'atteindre des niveaux insupportables.

**Figure 2 : Evolution du rapport de prise en charge des personnes âgées 2004-2034**



<sup>(6)</sup> - parfois aussi dénommé rapport actif sur retraité qui représente la population en âge d'activité rapportée à celle en âge de retraite - inverse du ratio de dépendance

## II.2. Démographie du système de retraite marocain

La place qu'occupe le secteur de la retraite sur le plan économique et social peut être située à travers quelques grandeurs caractéristiques:

- couverture de presque 2,4 millions d'actifs pour un montant de cotisations (salariales et patronales) de 17,32 milliards de dirhams ;
- paiement de 14,96 milliards de dirhams de prestations au bénéfice de 0,73 millions de pensionnés ;
- constitution de réserves (cumulées) de 92,99 milliards de dirhams.

**Tableau 4 : Evolution de la situation des régimes de retraite 1993-2003<sup>(7)</sup> Montants en millions de dirhams**

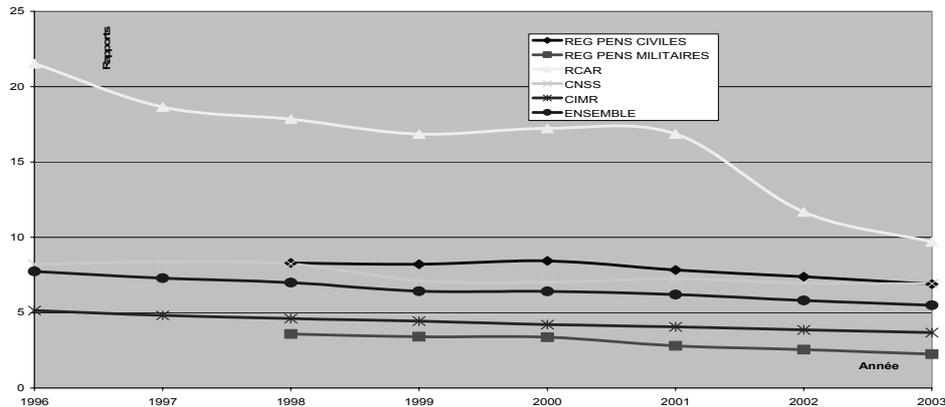
Année	Cotisants	Cotisations	Retraités	Bénéficiaires	Prestations	Rapport actifs/retraité	Réserves
1996	2 139 114	7 693	347 106	498 153	6 952	7,73	32 210
1997	2 187 556	9 637	374 068	543 062	8 178	7,29	38 452
1998	2 205 017	11 110	392 099	570 302	9 009	6,99	45 124
1999	2 179 687	12 003	407 323	591 186	10 052	6,42	55 310
2000	2 293 176	12 944	426 665	618 373	10 809	6,41	60 195
2001	2 337 186	13 727	449 270	650 827	11 827	6,20	67 345
2002	2 383 781	14 678	481 017	694 753	13 503	5,81	76 844
2003	2 388 177	17 332	503 197	726 537	14 957	5,49	92 986

Source : Ministère des finances : Rapports d'activité des régimes de retraite

Sur la période 1996-2003, le rapport démographique (ensemble des régimes) a baissé de 2,25 points passant de 7,73 à 5,49 et s'inscrit donc dans la tendance d'évolution de la démographie nationale.

<sup>(7)</sup> Les effectifs n'incluent pas ceux des régimes complémentaires

**Figure 3: Evolution du rapport démographique des régimes de retraite 1996-2003**



S'agissant de l'incidence de l'évolution des structures des ménages marocains sur les équilibres des régimes de retraite marocains, plusieurs éléments concourent à déterminer le poids des reversions dans la charge totale en prestations :

- En premier lieu, il faut noter que dans le système marocain les pensions de survivants ne sont servies qu'au (x) conjoint(s) et aux orphelins. La seule exception à cette règle se rapporte aux pensions d'invalidité de la CMR où une pension peut également être allouée aux ascendants
- En second lieu, la charge de réversion reste relativement peu élevée : par rapport aux pensions principales, ces pensions de survivants se situent à hauteur de 25,28% pour la CNSS, 20,18% en ce qui concerne la CIMR et 20,95% pour la CMR
- Enfin, il y'a lieu de préciser que la charge de ces prestations reste déterminée pour l'essentiel par les règles de réversion beaucoup plus que par la composition de la famille :

- la réversibilité entre orphelins (ainsi qu'entre conjoint et orphelins) et l'âge du plus jeune orphelin sont beaucoup plus déterminants que le nombre d'orphelins. Le poids des pensions d'orphelins reste en dépit de ces considérations d'un poids relativement modéré car ces pensions sont

temporaires et servies en général jusqu'à l'âge de 16 ans et de 21 ans en cas de scolarité

- l'évolution des taux de nuptialité peut certainement influencer la part des pensions de survivants dans l'ensemble des prestations servies. Cette influence serait d'autant plus significative qu'elle interviendrait aux âges élevés, les probabilités de décès aux âges jeunes sont relativement très faibles. En plus, la différence d'âge entre conjoints est la aussi déterminante : plus le conjoint survivant est moins jeune, plus la charge du régime serait plus importante.

### **II.3. Régime universel- régimes particuliers**

Qu'il soit en répartition ou en capitalisation, tout système de retraite subit, à différents degrés, l'influence de l'évolution démographique du pays.

Cependant, la démographie d'un régime particulier, quoique subissant l'évolution de la démographie générale, évolue, et en tout cas à court et moyen terme, sous l'incidence d'autres facteurs, en particulier le rythme de croissance de l'économie nationale, la capacité de cette économie à créer de nouveaux emplois... : la fonction publique ne recrute pas, par exemple, en fonction du nombre d'habitants du Maroc.

A l'inverse, il faut relever que la démographie d'un régime universel (applicable à l'ensemble de la population) se confond avec celle de la démographie générale. Ainsi, les répercussions de la démographie générale sur le système de retraite marocain sont intimement liées à la politique d'extension de la couverture retraite que notre pays va adopter. Une politique active dans ce sens se traduira par une augmentation immédiate du nombre de cotisants alors que celle des retraités ne se fera sentir que beaucoup plus tard.

### **III. Diagnostic du système de retraite marocain**

La description, même très résumée, du fonctionnement des régimes de retraite présentée ci-dessus suffit à illustrer la très large hétérogénéité du système de retraite marocain.

L'examen du fonctionnement de ce système montre à l'évidence les problèmes auxquels il est confronté et les lacunes qui handicapent son développement.

### **III.1. Faiblesses du système**

#### **III.1.1. Absence d'une loi cadre :**

En premier lieu, il convient de signaler que le secteur de la retraite au Maroc n'est régi par aucune loi générale qui organise l'ensemble du secteur.

En effet, ce secteur se caractérise plutôt par la coexistence d'une multitude de régimes de retraite soumis à des dispositions aussi différentes les uns des autres quant à leur cadre juridique, leur champ d'application, leurs ressources, la nature de leurs prestations, leur mode de gestion ; ainsi qu'aux règles de contrôle les régissant.

Sur le plan des statuts juridiques, on peut citer à titre d'exemple le cas des régimes internes qui, à l'heure actuelle, n'ont pas encore été soumis à l'examen de la commission de l'article 2 du Dahir créant le RCAR, comme la loi l'exige, et qui continuent à fonctionner sans cadre juridique précis.

La CIMR, quant à elle, continue à être gérée par une association patronale, régie uniquement par le Dahir du 15 Novembre 1958, sans aucune assise juridique en matière de retraite.

#### **III.1.2. Dispersion de la tutelle:**

La diversité des cadres juridiques régissant ces régimes s'est traduite par la multiplicité des intervenants au niveau administratif et dont l'action s'est limitée, pour l'essentiel, au contrôle des budgets de fonctionnement, sans se préoccuper de celui largement primordial des cotisations et des prestations et de la viabilité de ces régimes.

C'est ainsi que cette tutelle s'est trouvée et reste encore dispersée entre différents départements ministériels (Ministère de l'emploi, Ministère des finances, Ministère de la modernisation des secteurs publics), voire au sein d'un même ministère.

#### **III.1.3. Insuffisance du contrôle financier:**

Actuellement, l'Etat n'exerce son contrôle que sur les régimes de retraite érigés en établissements publics : contrôle qui a été inscrit dans une vision administrative plutôt que technique pourtant indispensable pour juger de la viabilité de ces régimes.

Bien plus, certains choix à caractère budgétaire ont été pris au détriment de cette viabilité, tels que les dérogations de certains régimes internes à

l'obligation d'adhésion au RCAR en raison de la charge qu'auraient dû supporter ces établissements pour la couverture des engagements du régime interne des montants largement plus importants.

La nature de ce contrôle doit être modernisée pour prendre en considération la spécificité des engagements des régimes de retraite qui par essence portent sur des opérations à long terme.

#### **III.1.4. Insuffisance des réserves techniques:**

La nature et le niveau des réserves techniques à constituer, dépendent du système de financement du régime de retraite et varient selon qu'il s'agit d'un système de capitalisation, d'un système de répartition ou d'un système mixte.

A ce propos, la situation des régimes marocains est fort contrastée et varie:

- de la constatation de réserves mathématiques intégrales nécessaires à la couverture des pensions des bénéficiaires pour le RCAR, et des rentes de capitalisation gérées par les sociétés d'assurances, dans le cadre du régime mixte de la CIMR d'avant la réforme de 2003
- à la constitution de réserve de prévoyance par les régimes financés selon le modèle de la prime échelonnée (régimes de la CNSS et de la CMR). Ces réserves ne couvrent cependant pas l'intégralité des engagements, mais sont destinées simplement à assurer une certaine stabilité au régime.

#### **III.1.5. Diversité des règles de couverture des réserves :**

A ce niveau, il convient de préciser qu'en absence de dispositions communes fixant les modalités de couverture des réserves techniques constituées, les régimes de retraite effectuent des placements en représentation des réserves sur la base soit:

- d'une libre décision du conseil d'administration (CIMR) ;
- en application d'une obligation de dépôt auprès d'un organisme financier spécialisé (CNSS) ;
- d'une simple énumération d'une liste de placements autorisés (RCAR) sans quotas précis ;

- en conformité d'une spécification précise de quotas par type de placements (CMR) qui prend en considération les règles de sécurité admises en la matière.

Pour les régimes internes qui disposent de réserves, la couverture est assurée soit par des titres placés au nom du régime (cas de l'ancien régime de l'ONE) soit par des créances constatées sur l'établissement public mère en contrepartie d'un taux de rémunération garanti (cas de l'ancien régime de l'OCP).

### **III.1.6. Absence d'un plan comptable spécifique et uniforme:**

Le secteur souffre également de l'absence d'un plan comptable applicable à tous les régimes qui soit en conformité avec les règles de régularité, de sécurité et de transparence communément admises en la matière.

Il est bien vrai que si sans qu'aucune obligation ne leur est imposée en la matière, chacun de ces régimes a mis en place de son côté son propre plan comptable, l'absence d'un cadre commun constitue un handicap à tous les travaux de consolidation ou de comparaison entre régimes par exemple.

Ce dispositif comptable, qui reste à élaborer, doit en outre comporter une obligation de réalisation de bilans actuariels périodiques et inclure aussi un dispositif statistique le plus homogène et le plus fiable possible.

### **III.1.7. Lacunes de la coordination entre régimes de retraite :**

La loi de coordination des régimes de prévoyance sociale, adoptée en 1993, est venue corriger une incohérence du système de retraite marocain dans le sens où un affilié, ayant été successivement affilié à plusieurs régimes, pouvait se retrouver sans pension s'il ne justifie, au niveau de chaque régime, des périodes de stage exigées pour l'ouverture de droits à pension.

Cette loi a ainsi énoncé le principe de la totalisation, au niveau de chacun des régimes concernés, de toutes les périodes d'affiliation passées auprès des différents régimes pour l'ouverture de droits à pensions. Si, après totalisation, ce droit est reconnu, le régime en question liquide une pension au prorata des périodes d'affiliation passées auprès du régime.

Dans les faits, la portée de cette loi est restée très limitée dans la mesure où les transferts des droits du RCAR à la CMR, en cas de titularisation, constituent l'essentiel des passages d'un régime à l'autre et que l'obligation de ces transferts de droits n'a pas été abrogée, pour des considérations d'ordre

purement budgétaires de court terme, alors que la CMR inscrivaient des droits qu'elle doit bien honorer à long terme.

Finalement, cette obligation a été supprimée en 2006 et chaque régime va dorénavant supporter la charge des périodes d'affiliation qui lui reviennent.

### **III.1.8. Dépendance par rapport à l'Etat et aux employeurs:**

Les régimes de retraite ne se trouvent pas à l'abri de certaines décisions que le gouvernement peut prendre dans le cadre de sa politique sociale.

Il en est ainsi des récentes dispositions visant la reliquidation par la CMR des pensions des anciens retraités d'avant 1990 et ceux d'avant 1997 sur la base de la totalité du dernier salaire d'activité à l'instar des pensions liquidées à partir de 1997.

Cette décision, si elle peut se justifier sur le plan social, pose néanmoins des problèmes d'ordre financier qui peuvent fragiliser encore d'avantage les équilibres de la CMR.

En effet, le financement de cette opération n'aurait t-il pas dû être assuré par l'ensemble de la collectivité nationale et non être mis à la charge des seuls affiliés de la CMR ?

L'apurement des arriérés de l'Etat, envers cette caisse pour 11 milliards de dirhams sans intérêts de retard, relève aussi de ce manque d'indépendance des régimes de retraite vis-à-vis de l'Etat et qui subissent le contrecoup des contraintes qui pèsent sur le budget général.

Pour ce qui concerne la CNSS, une disposition particulière de ce régime qui mérite d'être relevée stipule que les affiliés de ce régime acquièrent des droits dès lors qu'ils sont simplement déclarés et qu'ils figurent sur les relevés transmis à la caisse et ce indépendamment du paiement effectif des cotisations.

Cette disposition, conjuguée à d'autres facteurs, a incité certains employeurs à se soustraire à leurs obligations de verser à la CNSS les cotisations et contributions mises à leur charge.

Face à cette situation, trois textes d'"amnistie" ont été pris en 1980, 1990 et 1999 qui visent à exonérer les entreprises du paiement des amendes, pénalités de retard, astreintes, etc., et parfois même d'une partie du principal. Une modification récente du texte, régissant la CNSS, a même donné pouvoir au Directeur général de cette caisse d'accorder certains allègements de ces frais.

Dans ce cadre, la réglementation du régime de la CNSS doit être alignée sur celles des autres régimes qui, pour préserver leurs équilibres, n'inscrivent de droits qu'après paiement effectif des cotisations et contributions.

### **III.1.9. Faiblesse de la couverture retraite**

Le Maroc se caractérise par un faible taux de couverture retraite : 20% seulement de la population sont couverts par le système obligatoire de retraite. (2)

Il y a lieu, à ce propos, de rappeler que les régimes obligatoires mis en place n'ont été institués qu'au profit des travailleurs salariés qu'ils soient fonctionnaires civils et militaires de l'Etat, des collectivités locales ou des établissements publics, ou employés du secteur privé. Aucun dispositif obligatoire n'existe pour les autres catégories de la population active (indépendants, professions libérales ...).

Il est à relever également, qu'en dépit de cette obligation, la couverture des salariés n'est pas exhaustive au niveau du secteur privé pour diverses raisons qui s'expliquent pour l'essentiel par l'importance du secteur agricole, de celle du secteur informel, des sous-déclarations, de l'inadaptation du modèle et des procédures face aux caractéristiques socio-économiques des populations visées.

### **III.2. Rendements excessifs**

La "générosité" des régimes de retraite marocains se manifeste à travers plusieurs indicateurs qui vont des taux d'annuité élevés aux conditions de liquidation des pensions plus qu'avantageuses.

#### **III.2.1. Rendements**

Il peut sembler parfois que les pensions offertes par certains régimes soient faibles tant qu'on ne prend pas en considération les cotisations qui ont été payées pour l'acquisition de ces droits.

Dans le but justement de mettre en parallèle cotisations et prestations, il est utile de déterminer les rendements des régimes : rendements qu'il est d'usage de calculer comme les rapports entre :

- le taux d'annuité et le taux de cotisation pour les régimes en annuités

- la valeur de liquidation et la valeur d'acquisition pour les régimes en points.

**Tableau 5 : Rendement des régimes de retraite année 2005**

		Taux d'annuité/valeur de liquidation	Taux de cotisation/valeur d'acquisition <sup>(8)</sup>	Rendement
	Régime des pensions civiles	2,5%	18%	13,89%
Régime de la CNSS	18 jours d'assurance par mois	3,50%	11,89%	29,44%
	26 jours d'assurance par mois	5,06%	11,89%	42,52%
	RCAR – régime général	2%	18%	11,11%
	Régime de la CIMR	11,64 dhs	15,92*6 dhs	12,19%

A l'évidence, ces rendements se montrent particulièrement élevés en comparaison avec les taux de retour sur investissement, les rendements des marchés financiers et les taux de croissance de l'économie nationale.

Une autre singularité que ce tableau révèle se rapporte au régime de la CNSS qui présente le rendement le plus élevé, alors même que la pension maximum qui peut être octroyée à un retraité paraît faible en valeur absolue (4200 dirhams/mois) comparativement à celles allouées par les autres régimes.

### **III.2.2. Assiettes de liquidation des pensions**

Pour déterminer le montant des pensions à allouer aux retraités, certains régimes prennent en considération le dernier ou les derniers salaires d'activité.

Ainsi, pour la CMR le calcul de la pension se base sur le dernier salaire alors que la CNSS prend en compte les salaires des 96 derniers mois d'activité.

Cette méthode, outre le fait qu'elle n'établit pas de corrélation entre l'effort de cotisation fourni et la prestation octroyée, favorise les "promotions de dernière minute" et introduit une certaine iniquité entre des affiliés ayant eu des profils de carrière différents mais qui arrivent à l'âge de la retraite avec le même niveau de rémunération.

---

<sup>(8)</sup> Coût d'achat d'un point de retraite, utilisé pour transformer les cotisations en points

### **III.2.3. Rythme d'acquisition des droits**

Concernant ce point, la "générosité" du système se retrouve essentiellement au niveau du régime de la CNSS où un affilié qui travaille à plein temps se voit crédité de 26 jours d'assurance par mois. A ce rythme, l'acquisition de 50% des droits à pension ne nécessite qu'un peu plus de 10 années alors que pour des taux équivalents, le RCAR requiert 25 ans et la CMR 20 ans.

### **III.2.4. Majorations et bonifications**

Pour les enfants élevés jusqu'à l'âge de 16 ans, certains régimes accordaient des majorations de pensions qui peuvent représenter jusqu'à 30% de la pension.

Toutefois, il faut relever que dans la plupart des cas, ces majorations ont été fortement réduites sinon totalement supprimées.

D'autres régimes (régime des pensions militaires, régime interne de l'OCP) allouent des bonifications qui peuvent atteindre 20% : une année de travail est décomptée dans le calcul de la pension pour 1,20 année.

### **III.2.5. Validation des services passés**

Si certains régimes, en particulier lors de leur mise en place, ont procédé à des validations de services passés à titre gratuit totalement ou partiellement, la CIMR demeure toutefois le régime où la politique des validations gratuites a été plus largement utilisée.

La réforme de 1993 a cependant mis fin à ces validations gratuites au profit du paiement des cotisations adéquates eu égard à l'importance de cette pratique et à ses répercussions négatives sur la pérennité de la caisse.

### **III.2.6. Revalorisation des pensions**

Si l'un des objectifs des régimes de retraite est de maintenir constant le pouvoir d'achat des pensions qu'ils servent, la politique suivie dans ce domaine par certains régimes a été plutôt excessive.

En effet, la CIMR a pratiqué durant de nombreuses années des revalorisations annuelles à deux chiffres dépassant de loin le rythme d'évolution de l'indice du coût de la vie.

Pour sa part, le RCAR répercute automatiquement et annuellement sur les pensions qu'il sert toute augmentation du salaire moyen du régime. Pour un régime qui fonctionne aux 2/3 en capitalisation, ce mécanisme de revalorisation, inspiré de la répartition, demeure toutefois complètement

déconnecté des rendements financiers que les placements des réserves permettent de réaliser.

Avec la baisse continue des rendements financiers que l'on observe depuis plusieurs années, cette disposition à défaut d'être corrigée, risque de peser lourdement sur les équilibres à long terme du régime.

### **III.2.7. Pension minimum**

Le fonctionnement des régimes de retraite repose sur le principe de la solidarité au sein des mêmes générations (et entre générations) et doit se révéler en particulier à travers une politique de redistribution des plus "riches" vers les plus "pauvres".

L'institution de pensions minimum s'inscrit dans ce cadre et explique la mise en place par la CNSS et la CMR de mécanismes qui portent à 500 dirhams/mois toute pension principale qui n'atteint pas ce seuil.

Il est certain que l'utilité sociale de ces minima ne peut être discutée dans la mesure où ils contribuent à la lutte contre la pauvreté. Deux observations restent cependant à relever à ce propos :

- cette solidarité ne constitue-t-elle pas la contrepartie d'une solidarité en sens inverse des plus "pauvres" vers les plus "riches", lesquels, à défaut de statistiques précises dans ce domaine, doivent très certainement bénéficier d'une espérance de vie plus longue ?
- le financement du différentiel entre ces pensions et les montants des pensions tels qu'ils résultent de l'application des dispositions des régimes devrait-il relever de la solidarité entre les affiliés des régimes ou de la solidarité nationale, auquel cas le budget général de l'Etat devrait être mis à contribution ?

### **III.2.8. Taux de remplacements**

Toutes ces dispositions aboutissent en fin de compte à un niveau élevé des taux de remplacement.

En comparaison avec les autres pays, les taux offerts par certains régimes marocains sont excessifs. Il est très rare en effet qu'un seul régime de base offre un taux de remplacement de 100% à l'instar de la CMR où, pour une carrière de 40 ans, un affilié peut partir à la retraite avec une pension équivalente à son dernier salaire d'activité.

En plus, ces taux peuvent être très largement dépassés dans le cas par exemple d'une affiliation à la CNSS et à la CIMR où les pensions servies par ces deux régimes peuvent atteindre 120 à 130% du dernier salaire d'activité.

La fiscalité appliquée en matière de prélèvements sur pensions étant plus avantageuse que celle qui frappe les salaires conduit à des taux calculés en nets beaucoup plus importants : en matière d'IGR, un abattement de 40% non plafonné est autorisé en ce qui concerne les pensions, alors que pour les salaires cet abattement n'est que 17% dans la limite de 2000 dirhams/mois.

### III.3. Perspectives à moyen et long terme

La nécessité d'une réforme du système de retraite marocain n'apparaît clairement qu'au vu des résultats des projections effectuées dans le cadre du statu quo. En effet, il est essentiel de prévoir quels seraient les équilibres de ces régimes à législation constante et sous des hypothèses qui soient les plus réalistes possibles.

#### III.3.1. Dette implicite

La dette implicite d'un régime de retraite mesure, à une

#### Dette implicite et bilan actuariel

Le terme d'implicite est utilisé dans le sens où les engagements des régimes de retraite par répartition ne figurent pas sous une forme explicite dans les comptes de ces régimes.

Les droits acquis auprès d'un régime de retraite comprennent deux parties : ceux relatifs aux bénéficiaires de pension et ceux qui se rapportent aux actifs.

L'évaluation de la dette du régime vis-à-vis des pensionnés ne pose pas de problèmes conceptuels particuliers.

Par contre, celle relative aux droits acquis par les actifs, peut faire l'objet d'interprétations plus ou au moins larges (4) :

- la méthode rétrospective pure se base sur l'ancienneté et le salaire de référence (assiette de liquidation de la pension) détenus à la date de calcul de la dette
- la méthode rétrospective avec salaire de référence qui serait dévolu à l'âge de la mise à la retraite. Cette méthode peut se justifier du fait de la promesse faite à l'affilié de déterminer sa pension sur la base du salaire de référence de fin de carrière
- la méthode prospective qui tient compte des droits aussi bien passés que futurs, ainsi que des cotisations futures.

Pour couvrir son passif, le régime dispose des réserves déjà constituées et des cotisations futures.

La confrontation de tous ces éléments actualisés permet de dresser un bilan actuariel et de dégager soit un excédent soit un déficit.

Couverture	Engagements
Réserves	Droits des pensionnés
	Droits passés des actifs
Cotisations futures	Droits futurs des actifs
Déficit	Excédent
TOTAL	TOTAL

Un bilan actuariel peut être élaboré soit en caisse fermée vis-à-vis des nouveaux affiliés, soit en caisse ouverte qui intègre ces nouveaux affiliés.

Enfin, il reste à préciser que quelle que soit la méthode retenue, l'évaluation des éléments d'un bilan actuariel reste très sensible en particulier aux hypothèses prises quant à l'évolution future de la mortalité des affiliés et à celle du taux technique.

Les tables de mortalité doivent être prospectives pour permettre une évaluation la plus précise possible de cette dette. Le choix du taux technique doit être le plus raisonnable possible : un taux élevé conduit à une dette faible et inversement un taux faible aboutit à une évaluation très forte.

date donnée, les engagements pris par ce régime aussi bien vis-à-vis des bénéficiaires de pension (retraités, invalides, conjoints, orphelins), que vis-à-vis des actifs ayant déjà acquis des droits.

Les évaluations effectuées par les experts de ces caisses de retraite montrent toute l'ampleur des déséquilibres futurs que ces régimes auront à affronter.

Selon les estimations avancées par ces experts, cette dette se monte à l'équivalent d'une année de PIB. (2)

Il s'agit là d'un montant énorme qui, pour être couvert, doit mobiliser toutes les richesses créées par le pays pendant toute une année.

Les réserves constituées et les cotisations futures des affiliés actuels sont largement insuffisantes pour couvrir l'intégralité de cette dette et l'essentiel de l'effort à fournir va certainement peser sur les actifs actuels et futurs.

Il y a lieu cependant de relever que, par rapport à cette problématique, la situation des régimes est très contrastée ; le régime des pensions civiles et celui de la CNSS sont les plus exposés, alors que le RCAR l'est beaucoup moins eu égard à son régime mixte et aux réserves importantes dont il dispose déjà.

### **III.3.2. Taux de cotisation d'équilibre**

La baisse continue du rapport actifs/retraité observée depuis plusieurs années, et qui va certainement se poursuivre dans les années à venir, et les déséquilibres que les régimes vont enregistrer imposent entre autres solutions l'augmentation des taux de cotisation en vue de ramener ces régimes à des situations d'équilibre sur des périodes plus ou moins longues.

Le régime des pensions militaires, déséquilibré depuis de longues années, devrait être largement réaménagé ; la dernière augmentation de la part patronale de 7 à 14% est à l'évidence insuffisante pour assurer la pérennité de ce régime.

Pour assurer son équilibre sur une période de 40 à 50 ans , le régime des pensions civiles doit quant à lui hisser dès à présent ses taux ( en termes de taux lissés) de cotisations à plus de 30% alors qu'ils ne sont actuellement que de 18% (20% en 2006).

De même, les équilibres du régime de la CNSS requièrent, pour une période équivalente, des taux de cotisation qui représentent presque le double des taux actuels : ces taux doivent passer de 11,89% à plus de 20%.

Par contre, si les taux de cotisation du RCAR sont pour l'instant suffisants, la part de ces taux réservée à la répartition devrait certainement être revue à la hausse dès le début des années 2020.

Pour ce qui concerne le régime de la CIMR, les études menées dans ce sens montrent que la réforme entreprise en 2003 peut assurer une évolution favorable du régime sur une longue période avec une réserve toujours positive. Cette évolution reste largement tributaire de la capacité du régime à mobiliser de nouveaux affiliés.

#### **IV. Réforme du système de retraite marocain**

Toute réforme d'un régime de retraite, quelle soit paramétrique ou systémique, pose deux problèmes essentiels et étroitement liés, et qui doivent être clairement posés :

- il s'agit en premier lieu de définir, de la manière la plus précise qui soit, la notion de droits déjà acquis par les affiliés auprès de l'ancien régime, droits qui seront à transférer dans le nouveau système
- le second problème se rapporte à la population cible visée par la réforme.

##### **IV.1. Droits acquis**

A ce niveau, une distinction est à opérer entre les droits acquis par les bénéficiaires de pension et ceux acquis par les actifs actuels présents dans le système à la date de la réforme.

La première de ces catégories de droits ne soulève aucun problème particulier du fait que les montants des pensions sont déjà déterminés et connus avec précision.

Les droits acquis par les actifs peuvent par contre faire l'objet des interprétations les plus diverses.

- Dans un régime qui impose des périodes de stage (3240 jours d'assurance pour le régime de la CNSS par exemple) avant l'ouverture de droits à pension, un affilié qui à la date de la mise en œuvre de la réforme n'a pas franchi ce seuil, peut-il être considéré comme ayant acquis ou non des droits ?
- Dans un régime par annuités, le contour de ces droits peut-il être limité seulement à l'ancienneté acquise à cette date ou être étendu à un

prorata de la pension à servir à l'âge de la mise à la retraite, telle que cette pension aurait été calculée si l'ancien régime avait continué à fonctionner sans subir de réforme ?

- Les avantages annexes tels que les bonifications et les majorations de pensions peuvent-ils être considérés comme acquis à la date du changement du système ou seulement à l'âge de mise à la retraite et selon la réglementation introduite par la réforme ?
- Un coefficient d'abattement de ces droits peut-il être envisagé ?
- Les droits des bénéficiaires de pension peuvent-ils être aussi réduits ?

## IV.2. Populations cibles

A quelles populations, parmi les actifs, la réforme sera-t-elle appliquée ? Telle est la deuxième problématique sur laquelle toute réforme ne peut faire d'impasse.

La première cible visée est bien entendu celle des nouveaux cotisants qui doivent adhérer au système réformé.

L'intégration des affiliés actuels à ce nouveau système peut par contre être édictée d'une manière obligatoire ou laissée au libre choix des intéressés.

Sous réserve des réponses qui seraient apportées à la question des droits acquis évoquée ci-dessus, l'intégration obligatoire de ces actifs peut porter aussi sur les droits futurs qu'ils vont acquérir auprès du nouveau régime.

Par ailleurs, cette intégration peut être généralisée à tous les actifs présents dans le système à la date de la réforme ou bien ne

### Triangle maudit de la répartition

Si l'on note T le taux de cotisation, S le salaire moyen soumis à prélèvement, C le nombre de cotisants, P la pension moyenne et R l'effectif des retraités, on obtient l'équation de l'équilibre annuel d'un régime de retraite par répartition :

$$T \times S \times C = P \times R$$

Par une simple transformation, on en déduit :

$$T = \frac{P}{S} \times \frac{R}{C} = \text{TD} \times \text{TR}$$

Ainsi, le taux de cotisation correspond au produit du taux de remplacement (TR) et de celui de dépendance (TD)<sup>(9)</sup>.

De cette équation, il ressort que pour rééquilibrer un régime de retraite, trois solutions peuvent être envisagées : augmenter les taux de cotisation, relever l'âge de mise à la retraite (et donc diminuer le taux de dépendance) ou réduire les prestations (et donc le taux de remplacement).

Ces trois solutions sont très difficiles à mettre en œuvre, d'où le terme de "triangle maudit de la répartition" utilisé par Denis KESSLER.

concerner qu'une catégorie d'entre eux, auquel cas la frontière entre ceux qui vont être touchés par cette obligation et les autres reste à être tracée clairement en fonction de critères simples, et surtout faciles à appliquer concrètement (l'âge atteint par exemple à la date de la réforme).

### **IV.3. Répartition – Capitalisation**

La problématique du vieillissement de la population et les risques qu'elle fait peser sur les régimes de retraite n'a pas manqué de relancer le débat, passionnant et très souvent passionné, entre les défenseurs de la répartition et les partisans du financement de ces régimes par capitalisation.

Ce débat entre les deux écoles mérite d'être tracé pour faire ressortir les principales caractéristiques des deux systèmes, leurs points forts et leurs faiblesses.

Dans un système par capitalisation, les cotisations de chaque affilié sont inscrites dans un compte ouvert en son nom et capitalisées annuellement. Dans ce régime, les droits acquis sont garantis par une provision mathématique inscrite au passif du bilan du régime, elle-même couverte par différents actifs. Cette provision représente les engagements du régime vis à vis des affiliés et permet donc de faire face aux paiements de pensions le moment venu.

Par contre, le principe sur lequel repose la répartition, consiste à distribuer les cotisations versées par les assurés d'une année aux retraités de la même année. La répartition est ainsi donc un système qui se base sur la solidarité entre générations et dans lequel la garantie des droits des affiliés ne repose que sur le fait, que le moment venu, il puisse y avoir suffisamment de cotisants pour prendre en charge les pensions des retraités.

Les droits sont donc liés à la pérennité du régime, et la répartition ne se conçoit que dans le cadre de régimes obligatoires et à assise démographique très large.

Pour différencier ces deux modes de financement, l'analyse peut porter sur les aspects suivants :

- sur le plan financier, la capitalisation, à l'inverse de la répartition, par les masses des réserves qu'elle permet de constituer, est un système productif d'intérêts. Elle constitue en outre un système souple : le montant des cotisations peut augmenter ou diminuer, voire cesser même, sans mettre le régime en danger.

La répartition, quant à elle, est un système où les engagements pris sont irréversibles ; le sort des retraités en est fonction

- sur le plan démographique, en capitalisation, l'élément essentiel réside dans les placements effectués en couverture des réserves et de leurs rendements. La répartition est très peu sensible à cet aléa mais reste fortement dépendante de l'évolution démographique et du poids respectif des actifs et des retraités. Il faut toutefois relever que si le vieillissement de la population peut être entendu dans le sens de l'allongement des espérances de vie, alors les pensions auront à être servies sur des périodes plus longues que le financement soit assuré en capitalisation ou en répartition.

Par ailleurs il faut aussi noter que la capitalisation n'est pas complètement à l'abri du vieillissement de la population, entendu cette fois dans le sens d'une baisse de la natalité: la vente des actifs et leur prix, constitués par les générations précédentes, est lié au nombre des actifs présents et disposés à les acheter.

- sur le plan social, la répartition permet (dans des limites raisonnables qui ne mettent pas en danger les équilibres du régime) des validations gratuites et peut allouer des prestations à des personnes qui ont peu ou pas du tout cotisé.

Inversement, des pensions importantes ne peuvent être servies en capitalisation qu'à l'issue de très longues périodes de cotisation ou en contrepartie de cotisations élevées pour les affiliés âgés.

- sur le plan économique, la capitalisation permet de financer l'investissement par le biais des réserves à long terme qu'elle permet de constituer. La répartition, même si elle permet de constituer des réserves de moindre importance, soutient essentiellement la consommation et la demande et permet ainsi de relancer l'activité économique

- enfin et sur le plan des prestations servies, il a été démontré qu'à " plein régime " pour les deux systèmes et à cotisations égales, la capitalisation est meilleure si le taux nominal de capitalisation est supérieur à celui de la masse salariale.

La répartition prend l'avantage sur la capitalisation dans le cas contraire. (3)

Il faut cependant noter que cette comparaison ne trouve de sens que si ces conditions peuvent être maintenues sur de longues périodes, ce qui n'a pas été toujours prouvé.

Plutôt que d'opposer les deux systèmes, de plus en plus de pays recherchent la coexistence des deux modèles à travers l'institution de régimes à deux (ou trois) piliers ; le premier, de base, à gérer en répartition et le second, à titre complémentaire, à financer par capitalisation.

#### **IV.4. Réforme paramétrique**

En vue de ramener un régime de retraite à une situation d'équilibre à long terme, plusieurs paramètres peuvent être modifiés soit en agissant sur les cotisations pour les augmenter, soit en recherchant une réduction des prestations.

En effet, toute réforme (ou mise en place) se traduit fondamentalement par un délicat arbitrage entre taux de cotisation et taux de remplacement : les taux de cotisation doivent être contenus dans des limites compatibles avec les possibilités contributives des salariés et des employeurs et les taux de remplacement doivent être suffisants pour assurer une retraite en rapport acceptable avec les salaires d'activité.

Dans le cadre d'une réforme paramétrique, l'accent peut être mis sur un seul paramètre, mais en général elle comporte un "bouquet" de mesures à mettre en œuvre.

##### **IV.4.1. Augmentation des taux de cotisation**

Dans les régimes à prestations définies gérés en répartition, la montée en charge du régime impose le relèvement des taux de cotisation.

Dans ce sens, un taux de cotisation maximum à ne pas dépasser, peut être défini en fonction d'une part des possibilités des salariés et de leur pouvoir d'achat et des autres charges sociales payées par les employeurs, et d'autre part, de la compétitivité de leurs entreprises.

##### **IV.4.2. Réduction des taux d'annuités**

Il s'agit de la mesure la plus efficace pour réduire les prestations et faire baisser les taux de cotisation d'équilibre.

En plus il y a lieu de relever que la baisse des taux d'annuités se traduit automatiquement par une réduction équivalente des taux de remplacement.

##### **IV.4.3. Redéfinition des assiettes de liquidations des pensions**

Si cette redéfinition des assiettes de liquidation des pensions sur de longues périodes, voire sur la totalité des carrières, se traduit par une réduction des

dépenses, l'objectif essentiel de cette mesure est plutôt d'introduire une certaine équité entre les différents affiliés et d'établir un lien direct entre cotisations et prestations.

L'idéal serait d'intégrer l'ensemble des salaires à condition toutefois de les revaloriser d'une part (en fonction d'un index à déterminer) et que les informations détenues au niveau des régimes puissent le permettre d'autre part.

#### **IV.4.4. Augmentation de l'âge de mise à la retraite**

L'allongement des espérances de vie a conduit beaucoup de pays à relever l'âge de mise à la retraite.

Ce relèvement peut être opéré en une seule fois (passage par exemple de 60 à 65 ans), ou étalé dans le temps (relèvement par exemple de un an tous les deux ans jusqu'atteindre l'âge maximum voulu).

Cette mesure se différencie des autres dans le sens où elle permet:

- soit d'augmenter les taux de remplacement sans toucher aux taux de cotisation
- soit de diminuer les taux de cotisation sans modifier les taux de remplacement.

En revanche, l'augmentation de l'âge de mise à la retraite pose un certain nombre de problèmes liés au marché du travail. Il s'agit en effet de savoir comment absorber en même temps l'augmentation de la population active et assurer des emplois aux nouveaux arrivants et relever les taux d'activité pour les tranches d'âge les plus élevées.

#### **IV.4.5. Revalorisation des pensions**

Cette mesure, d'importance capitale pour les équilibres des régimes, pose pour les régimes marocains un double problème.

Il s'agit pour certains d'entre eux d'adopter des rythmes raisonnables en indexant par exemple les revalorisations des pensions sur l'évolution des prix au lieu des salaires (ou sur la plus faible hausse des deux).

Pour les autres, il s'agit au contraire d'introduire les mécanismes appropriés pour une revalorisation automatique et annuelle : rien ne sert en effet de servir des pensions élevées si c'est pour les maintenir à leur niveau initial et réduire au fil du temps leur pouvoir d'achat.

#### IV.4.6. Couverture avant l'âge normal de la retraite et règles de réversion

L'examen des conditions et des modalités de service des pensions de survivants (en cas de décès en activité avant l'âge normal de la retraite ou après le décès d'un retraité ou d'un invalide) révèle un certain nombre de lacunes qui concernent pour l'essentiel :

- une insuffisance de couverture en cas de décès en activité si ce décès survient après seulement quelques années de couverture

En effet, dans ce cas la pension est décomptée sur la base du nombre d'années de cotisations, ce qui conduit à des pensions très faibles. Seul le régime général du RCAR accorde gratuitement le nombre d'années restant à courir entre la date du décès et l'âge normal de la retraite dans la limite toutefois de 30 années.

Toute réforme des régimes de retraite devrait tendre à notre sens vers un rééquilibrage entre pensions de retraite et pensions de survivants en cas de décès en activité (et en cas d'invalidité aussi) : toute l'attention est en général accordée aux pensions de retraite au détriment des pensions de survivants alors qu'il est aussi essentiel dans ce cas d'assurer une

##### Régime à prestations définies – régime à cotisations définies

Dans un régime à prestations définies, la formule de calcul de la pension est déterminée et connue à l'avance (2,5% par année de service du dernier salaire d'activité par exemple)

Par contre, dans un régime à cotisations définies, les cotisations sont définies (20% du salaire par exemple) mais la prestation n'est pas connue d'avance.

Entre les deux types de régimes, il existe des différences qui tiennent à la nature :

- de l'engagement de verser ces prestations dans un régime à prestations définies alors dans l'autre régime, les prestations ne résultent que des montants des cotisations et des rendements financiers qu'elles procurent
- des créances des affiliés sur le régime qui, dans le premier cas, consistent en l'acquisition de droits, tandis qu'ils se résument à une accumulation de capitaux dans le second cas
- Ainsi le régime à prestations définies comporte un engagement de résultats, alors que le régime à cotisations définies ne comporte qu'un engagement de moyens
- des risques qui sont assumés dans le premier modèle par l'ensemble de la collectivité des cotisants et de leurs employeurs ; le salarié assumant tout seul les risques financiers en ce qui concerne le régime à cotisations définies.

Il est évident que la préférence des employeurs penche du côté des régimes à cotisations définies ; les salariés quant à eux préfèrent les régimes à prestations définies.

couverture satisfaisante.

- une inégalité de traitement entre hommes et femmes qui, à cotisations strictement identiques, avantage les conjoints de sexe féminin

En plus de l'espérance de vie plus longue des femmes que celles des hommes et donc d'une charge de prestations plus élevée, les règles de réversion sont beaucoup plus en faveur des femmes :

- pour le régime des pensions civiles, la pension de veuve est servie immédiatement alors que celle du veuf est différée à 60 ans (sauf en cas d'invalidité)
- pour le régime de la CIMR, cette pension n'est servie qu'à 60 ans pour le veuf est 10 ans plus tôt en ce qui concerne la veuve (avec possibilité d'anticipation dans les deux cas et application d'un coefficient d'abattement).
- les conditions imposées par certains régimes pour l'octroi de pensions de réversion sont telles qu'elles font perdre aux bénéficiaires de ces pensions une partie des prestations à allouer : prescriptions, arrérages qui ne commencent à courir qu'après l'introduction d'une demande de liquidation, remariage, etc.

Pour assurer une pleine protection aux survivants, toutes ces contraintes doivent être levées et ce d'autant plus que dans le cadre du calcul des taux de cotisation d'équilibre ces restrictions sont généralement ignorées.

#### **IV.5. Réforme systémique**

A l'inverse des réformes paramétriques, les réformes systémiques remettent en cause le montage financier du système de retraite.

L'un des schémas qui peut être retenu pour le cas de notre pays, et qui s'inspire des modèles adoptés par plusieurs pays, se présente sous la forme de deux régimes obligatoires qui s'articulent en deux piliers :

- un premier pilier (de base) à prestations définies fonctionnant en répartition
- un deuxième pilier (complémentaire) à cotisations définies à gérer en capitalisation

Au vu des débats relatifs au choix du meilleur mode de financement des régimes de retraite, la mise en place d'un tel système à deux piliers peut se justifier par :

- la crainte de voir les générations futures refuser de supporter tout le fardeau des augmentations des taux de cotisation qu'un régime par répartition implique
- une règle de prudence qui tend à diversifier les modes de financement et à disperser les risques.

Le passage d'un système géré en répartition vers un système à deux piliers pose cependant le délicat problème du financement du coût de la transition.

En effet, dans un tel modèle, le premier pilier en répartition va continuer à prendre en charge entre autres les pensionnés à la date de la réforme ainsi que les actifs actuels qui auraient choisi de rester dans l'ancien système, si le passage au nouveau système n'est pas obligatoire.

Ainsi, les générations de la transition ne peuvent à la fois financer le régime par répartition et cotiser auprès du régime par capitalisation.

Une solution à ce problème du financement du coût de la transition peut être envisagée sous la forme d'une gestion du deuxième pilier en répartition à travers des comptes virtuels.

L'avantage d'une telle solution serait évidemment d'établir une relation étroite entre cotisations et prestations, mais soulève, à l'inverse la question de l'utilité d'instituer deux piliers si ce n'est que pour les financer tous les deux en répartition au lieu de réaménager et de conserver l'ancien système.

Enfin, il reste à signaler que certains pays ont également institué un pilier zéro, financé par le budget de l'Etat et qui sert à toute la population des retraites de base en général d'un montant peu élevé.

D'autres pays mettent en place des structures (troisième pilier) destinées à recueillir l'épargne volontaire de ceux qui désirent se constituer des pensions supplémentaires.

Enfin, il reste à préciser, qu'indépendamment du type de système choisi et de son mode de financement, les normes techniques de base pour la viabilité du système doivent être respectées notamment le lien actuariel entre l'âge légal de départ à la retraite, le taux d'annuité (ou le taux de remplacement), le taux de cotisation et l'espérance de vie à l'âge de départ à la retraite.

#### **IV.6. Extension de la couverture retraite**

Pour hausser le faible niveau de la couverture retraite qui caractérise notre système, plusieurs actions peuvent être menées dans ce sens.

En premier lieu, il s'agit de veiller au respect de l'obligation de couverture et à l'affiliation effective de tous les salariés soumis à cette obligation par la lutte contre la fraude et l'évasion, et l'adaptation des procédures.

L'extension de la couverture retraite aux populations qui n'en bénéficient pas encore, constitue le deuxième défi que le Maroc devra relever.

Cette extension devra cependant respecter au moins les deux règles suivantes qui conditionnent, dans une large mesure, la réussite de ce projet à savoir :

- le secteur de la retraite devra tout d'abord être réformé avant d'envisager l'élargissement de la couverture.

En effet, l'importance de la dette implicite des régimes actuels et les diverses faiblesses du système imposent une réforme globale de notre dispositif.

Toute extension sans une réforme préalable ne ferait qu'aggraver la situation des régimes et accentuer davantage leurs déséquilibres à moyen et long terme, alors même que, dans le court terme, cette extension peut se traduire par une augmentation du volume des cotisations.

- la couverture des populations qui disposent de revenus suffisants pour adhérer à un régime de retraite peut être assurée soit à travers leur intégration au sein des régimes déjà existants (mais réformés), soit dans le cadre de régimes propres à mettre en place à leur profit.

La création de régimes propres doit cependant être située dans une perspective de long terme où la garantie de leur viabilité serait assurée.

Une autre alternative à cette problématique peut être envisagée à travers la mise en place de mécanismes obligatoires de solidarité et de compensation démographique et financière entre les différents régimes.

La couverture des populations démunies est beaucoup plus complexe et difficile à mettre en place, tant sur le plan de l'éligibilité que sur le plan du financement. Elle devra certainement faire appel au concours du budget général

de l'Etat et à la mobilisation de toutes les ressources que la nation peut dégager pour atteindre cet objectif.

## **Conclusion**

A l'instar des autres pays, la population du Maroc vieillit mais elle vieillit surtout à un rythme élevé.

Les conséquences sur notre système de retraite, surtout sur les régimes financés en répartition, sont inéluctables : toute augmentation du rapport actifs/retraité se répercutera d'une manière automatique sur les taux de cotisation par une hausse de même importance.

Les régimes actuels, quoique évoluant dans le contexte de la démographie nationale, ne seront pas soumis à ces risques avec la même ampleur.

Les régimes du secteur public seront plus épargnés, eu égard à la faible relation qui existe entre l'effectif de leurs affiliés et la population active. Par contre, ils devront faire face à d'autres contraintes liées à leurs possibilités très limitées en matière de recrutements de nouveaux salariés.

Les régimes du secteur privé, principal créateur de richesses et d'emplois, seront plus sensibles au vieillissement de la population ; que soit sous leur forme actuelle ou dans le cadre de l'extension de la couverture retraite.

Mais bien avant que ces changements des structures démographiques n'interviennent, les régimes marocains souffrent d'ores et déjà d'un certain nombre de lacunes et présentent de nombreuses faiblesses qui imposent une réforme profonde et immédiate, tant pour redresser leurs équilibres à moyen et long terme, qu'en vue de les préparer justement à surmonter ces futurs changements.

Il n'existe pas de modèle universel de réforme d'un système de retraite ; chaque pays choisit le sien en fonction de ses caractéristiques culturelles et sociales et en tenant compte de ses capacités financières.

Que le nouveau régime à mettre en place soit géré en répartition ou qu'il soit articulé en plusieurs piliers, il doit être cependant universel autant que possible dans le but d'éviter à notre pays tous les graves problèmes d'harmonisation et de coordination que de nombreux pays ont eu à régler et que notre pays subit déjà.

La réforme de notre système de retraite pourrait s'articuler autour de quelques points essentiels à savoir :

- la mise en place d'une loi cadre pour régir l'ensemble du secteur, l'institution d'une tutelle unique, de textes de contrôle, de règles prudentielles et de plans comptables et statistiques
- la définition d'un statut juridique propre pour les caisses de retraite, les statuts actuels d'établissements publics ou d'association ne sont guère appropriés pour l'exercice de l'activité retraite
- la fermeture du système actuel, au moins vis-à-vis des nouveaux affiliés, et leur affiliation au nouveau système réformé. La dette implicite actuelle des régimes a atteint un tel niveau qu'il n'est plus permis de l'augmenter.

En outre, la conduite et la réussite d'une réforme imposent quelques principes de base qu'il s'agit de respecter:

- toute réforme doit s'inscrire dans une vision à long terme, car rien ne peut nuire à cette réforme que de mettre en avant des objectifs de court terme, alors que les impacts à moyen et long terme peuvent être désastreux
- l'effort à fournir doit être partagé entre les générations actuelles d'actifs et de retraités et les générations futures
- pour être acceptée, cette réforme doit être définie clairement avec des objectifs précis largement discutés et approuvés par les différentes parties.

Les réformes qui ont le mieux réussi sont celles où la communication, en particulier vers les populations concernées, a été développée

- elle doit en outre être facile à gérer sur le plan technique et administratif.

Enfin, l'extension de la couverture retraite constitue un autre défi que le Maroc se doit de relever.

Cependant, étendre cette couverture, avant de réformer le système marocain de retraite, ne ferait qu'aggraver la situation des régimes à long terme alors même que les retombées à court terme peuvent être bénéfiques.

Toute extension ne peut réussir que dans le cadre d'un système réformé au préalable.

## Bibliographie

- (1) La crise du vieillissement – Rapport de la Banque mondiale sur les politiques de développement.
- (2) Scénarios de réforme pour le système de retraite marocain.
- (3) La retraite publié par l’Institut des actuaires français (IAF).
- (4) Retraites d’entreprise : Editions Francis LEFEBRE.

**Chapitre VI**  
**Orientations pour une politique en faveur**  
**des personnes âgées**



## **Chapitre VI**

# **Orientations pour une politique en faveur des personnes âgées**

### **Introduction**

Le vieillissement peut être considéré, d'abord comme un succès historique de l'humanité sur des problèmes socio sanitaires et économiques, et ce, grâce au progrès de la santé publique, aux avancées thérapeutiques et au développement socio-économique de manière générale. Toutefois, ce phénomène global pose des défis à relever en matière de développement socio économique, et de maintien de la famille comme noyau de reproduction socioculturelle qu'en matière de capacité des Etats et des communautés à prendre soin des personnes âgées<sup>4</sup>.

L'ampleur du problème et sa généralisation, aussi bien dans le monde industrialisé que dans les pays en voie de développement, lui ont donné le « caractère de crise » et ont attiré l'attention des Organisations Internationales (OI) et des pouvoirs publics qui se sont empressés d'en faire une priorité dans les actions destinées à assurer une meilleure compréhension du phénomène et de définir des politiques appropriées d'intervention. Parmi les actions phares qu'on peut citer, il y a lieu de mentionner : l'organisation de manifestations internationales (2 conférences mondiales), la journée mondiale des personnes âgées et la promulgation de textes législatifs et de conventions internationales en faveur des personnes âgées.

C'est ainsi que, durant les vingt dernières années, les questions posées dans le cadre des grandes conférences internationales consacrées à ce sujet, sont passées d'un niveau démographique et économique globale, à un niveau d'intégration sociale globale des personnes âgées, et surtout, à une continuation de leurs rôles actifs au sein de la société.

Au Maroc sur le plan institutionnel, la problématique des personnes âgées relève, de manière spécifique, du domaine de compétence du Secrétaire d'Etat auprès du Ministre du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité, chargée de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées (SEFEPH).

---

<sup>4</sup> Kevin Kinsella and David R. Phillips: Global Aging: The Challenge of Success. *Population Bulletin* Vol. 60, No. 1 2005.

Cependant, d'autres acteurs sont en charge de certains aspects spécifiques, tels que les services de santé, la couverture sociale, le revenu, l'éducation, le transport, l'habitat, etc. Cette multiplicité d'intervenants, rendu nécessaire par la diversité et la complexité des besoins des personnes âgées, souffre d'un problème de coordination, se traduisant par des difficultés d'accès aux services, la faible couverture, voire même l'inexistence de certains services.

Dans cette partie du rapport, qui a un caractère transversal, on se propose de réaliser les deux objectifs suivants : faire le bilan des politiques et stratégies adoptées jusqu'à présent, d'une part, et proposer un cadre d'orientations pour l'élaboration d'une politique nationale en faveur des personnes âgées au Maroc, d'autre part. A cette fin, nous avons retenue la structure suivante : décrire la problématique des personnes âgées, les défis et les questions qu'elle soulève ; présenter un résumé d'exemples de politiques en la matière réalisées en France, au Québec et en Inde, faire la synthèse de la politique nationale et des réalisations dans le domaine ; présenter un cadre d'orientation pour l'élaboration d'une politique nationale ; et enfin formuler des recommandations.

## **I. Problématique et défis relatifs aux personnes âgées<sup>5</sup>**

La complexité de la problématique relative aux personnes âgées réside dans les facteurs multiples et intriqués qui sont à l'origine de cette problématique et dans les défis qu'elle pose pour trouver et mettre en œuvre des solutions appropriées. Pour aborder cette problématique et la réponse qu'elle requiert, le cadre conceptuel élaboré par les Nations Unies pour encadrer la politique internationale sur le vieillissement sera utilisé en premier lieu. Il comporte quatre dimensions :

- i) les spécificités des personnes âgées ;
- ii) l'épanouissement de l'individu tout au long de sa vie ;
- iii) les rapports entre générations ;
- iv) le développement et le vieillissement des populations.

---

<sup>5</sup> Cette partie a été élaborée à partir des documents de référence suivants:1. «Cadre [www.un.org/esa/socdev/ageing](http://www.un.org/esa/socdev/ageing)»conceptuel ».Site Web :  
2. « Rapport du Secrétaire Général des NU. Assemblée Générale. 20 juillet 2000. [A55/167] » [www.un.org/french/esa/socdev/iyop/friycf.htm](http://www.un.org/french/esa/socdev/iyop/friycf.htm)Site Web :

## **I.1. Spécificités des personnes âgées :**

Les principaux défis relatifs aux personnes âgées seront débattus.

### **a. Catégories de la population âgée**

Les personnes âgées ne constituent pas une catégorie de population homogène. En effet, il existe plusieurs sous-groupes de personnes âgées qui ont des caractéristiques socio sanitaires, économiques différentes et par conséquent des besoins différents. Parmi les sous-groupes, il y a lieu de distinguer :

- Les différents groupes d'âge de plus de 60 ans ;
- Le sexe ;
- Les statuts matrimoniaux : mariés, veufs ou divorcés ;
- Le fait d'avoir ou pas une pension de retraite et l'importance de celle-ci ;
- Le milieu de résidence urbain ou rural ;
- Le fait de vivre seul ou en famille ;
- L'origine : citoyen ou migrant.

De ce fait, la problématique des personnes âgées peut être scindée en deux grandes composantes : les questions intéressant les personnes âgées en tant qu'individus, d'une part, et les questions relatives au vieillissement des populations et à ses conséquences sur la société, notamment le développement, d'autre part<sup>6</sup>.

Les questions afférentes au vieillissement individuel ont trait, d'abord, à la définition de la personne âgée, et ensuite à ses besoins spécifiques. Bien que les personnes âgées partagent un grand nombre de problèmes et de besoins avec le reste de la population, certaines questions découlent des caractéristiques et des besoins propres à ce groupe. Il s'agit de la santé et l'alimentation, de l'habitat et l'environnement, de la famille, de la protection sociale, de la sécurité du revenu, de l'emploi et de l'éducation.

### **b. Santé des personnes âgées:**

Sur le plan sanitaire, les personnes âgées constituent un groupe de population vulnérable et à risque. Cette vulnérabilité augmente avec l'âge. C'est pourquoi on a constaté une forte variation de la consommation de soins

---

<sup>6</sup> ONU. Plan international d'action sur le vieillissement.

vers des âges plus avancés<sup>7</sup>. En outre, les personnes âgées sont exposées à de nombreux risques liés aux comportements de ces personnes, aux maladies chroniques et aux conséquences de la vieillesse sur leur autonomie ou leur dépendance, leur mobilité, et leur capacité de réaliser les gestes quotidiens, etc.

De ce fait, la santé des personnes âgées est un sujet complexe qui découle donc de la transition épidémiologique. Dans un contexte de vieillissement, celle-ci modifie la nature de la demande des services de santé. En effet, les âges avancés se caractérisent par la lourdeur des pathologies nécessitant le recours à une technologie de plus en plus sophistiquée, un travail multidisciplinaire, notamment le médical et le social, le travail en réseau pour favoriser la coordination et l'utilisation des moyens, la consommation de ressources importantes, etc. Cette transition exige donc une transformation de l'offre existante en vue de son adaptation aux spécificités et aux besoins réels des personnes âgées.

Par ailleurs la gestion de la santé de cette catégorie de la population pose le problème des outils de planification à utiliser, notamment la surveillance épidémiologique, l'évaluation des interventions sur la base de l'évidence, la coordination entre les différents intervenants, notamment ceux qui opèrent en amont et en aval de l'hospitalisation, plutôt du soins.

### **c. Revenu et retraite :**

La garantie des moyens de subsistance et de la sécurité des revenus des personnes âgées est une problématique qui sévit dans à tous les pays. Souvent, les personnes âgées se trouvent dans une situation économique difficile car elles sont mises à l'écart de la population active, leurs qualifications ne sont plus reconnues, leurs économies et leurs pensions sont dévaluées. Un grand nombre d'entre elles vit alors dans la pauvreté. Dans ce contexte, la situation des femmes âgées est particulièrement préoccupante car elles vivent généralement plus longtemps que les hommes, disposent de ressources plus limitées et se voient reconnaître moins de droits par la collectivité.

---

<sup>7</sup> Pour une moyenne de cent, on est à 153 entre 60 ans et 69 ans, on est à 230 entre 70 ans et 79 ans, on est à 325 (trois fois plus que la moyenne) pour les gens de plus de 79 ans. **Source :** Ministère de la santé et de la protection sociale ; Ministère Délégués aux personnes âgées. Actes des rencontres nationales du CNRPA, des CODERPA et des CORERPA : Les retraités et les personnes âgées : enjeu de la société, défi du XXI ième siècle. Paris. Avril 2004.

Aussi, est-il essentiel pour assurer le bien-être des personnes âgées que ces individus disposent d'un revenu suffisant pendant leur retraite afin d'éviter une baisse importante de leur niveau de vie.

Cette sécurité de revenu dépend aussi des rapports entre générations et des systèmes complexes de transferts pécuniaires et non pécuniaires. Ceux-ci sont associés à l'épargne individuelle, au comportement familial et, comme dans le cas de la plupart des systèmes de sécurité sociale, aux transferts des travailleurs en activité aux retraités, aux transferts du milieu urbain vers le rural, et inter pays.

## **I.2. Epanouissement de l'individu tout au long de sa vie**

Cette deuxième dimension du cadre conceptuel met l'accent sur la nécessité de bien se préparer, à tous les âges, aux dernières étapes de la vie, dans des conditions physiques, sociales, mentales et spirituelles épanouissantes en établissant des rapports enrichissants au sein de la famille, de la collectivité et de la société. Par conséquent, « Vieillesse » ne signifie pas seulement « devenir vieux », mais, aussi « épanouissement et bien-être ».

Pour assurer son épanouissement personnel pendant les différentes étapes de la vie, l'individu doit prendre des initiatives et vivre dans un milieu favorable. On peut considérer l'épanouissement personnel comme un processus d'interaction entre l'individu et la société qui peut être mutuellement bénéfique. Au niveau personnel, cela revient à dire qu'il faut s'efforcer à la fois d'être indépendant et d'apporter sa contribution à la société tout en s'employant à assurer son propre épanouissement par l'éducation permanente, le recyclage et l'adoption d'un mode de vie sain. En effet, l'expérience et les compétences acquises durant toute la vie peuvent compenser plus ou moins certaines limitations liées à la vieillesse.

Pour sa part, la société doit accorder la même importance aux problèmes qui se posent à chacune des étapes de la vie. Un environnement favorable, familial, communautaire et social peut atténuer les effets de ces limitations.

Par conséquent, *«le vieillissement est un processus qui s'étend sur toute la vie et doit être reconnu comme tel. La préparation de la population toute entière aux dernières étapes de la vie devrait faire partie intégrante des politiques sociales et faire entrer en ligne de compte des facteurs physiques,*

*psychologiques, culturels, religieux, spirituels, économiques, sanitaires et autres* »<sup>8</sup>

L'adoption d'une stratégie en matière de vieillissement qui englobe tout le cycle de vie est comme une mesure humanitaire nécessaire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées et à l'accroissement sans précédent de l'espérance de vie.

### **I.3. Rapports entre les générations.**

La famille est le premier cercle où les générations établissent entre elles des rapports très étroits et où elles s'entraident. Elle constitue pour ses membres "le premier secours et le dernier recours". La famille connaît toutefois une évolution démographique, culturelle et socio-économique qui a des incidences sur les relations intrafamiliales, notamment sur les soins. Cette évolution met à la fois à rude épreuve les rapports entre les générations et ouvre de nouvelles perspectives dans ce domaine. En effet, à mesure que l'évolution démographique affecte les structures familiales et la solidarité inter-générationnelles, on assiste à l'apparition de perturbations et de déséquilibres pouvant être à l'origine d'iniquité entre les générations.

Les collectivités peuvent faciliter les relations entre générations à la fois dans les quartiers et entre les groupes d'intérêts particuliers. Ces groupes, tels que les organisations de personnes âgées ou de jeunes, peuvent établir de nouveaux rapports pour répondre aux préoccupations de la communauté telles que la sécurité, la protection de l'environnement, l'épanouissement culturel, les activités génératrices de revenus et autres. La collectivité peut également faciliter la communication entre les jeunes et les personnes âgées, en particulier dans le domaine de l'échange d'information sur les techniques nouvelles et anciennes et les modes de vie modernes et traditionnels. Ces relations s'avèrent donc avantageuses pour les personnes âgées et pour la société toute entière.

### **I.4. Développement et vieillissement des populations :**

L'interaction entre le vieillissement et le développement est présentée comme une question complexe pour les pouvoirs publics, étant donné les répercussions multiples, à la fois positives et négatives, qu'aurait le vieillissement sur le développement socio-économique des pays, et sur la société toute entière, notamment sur sa structure, son fonctionnement et son évolution. Dans ces conditions, les secteurs public et privé devront sans doute

---

<sup>8</sup> Plan international d'action sur le vieillissement, de 1982, par. 25.

assumer des responsabilités accrues et se charger de certaines des fonctions qui, dans les pays en développement, incombent actuellement à la famille<sup>9</sup>. Parmi, ces répercussions, il y a lieu de rapporter :

#### **i) La viabilité des économies**

Il s'agit de la viabilité des économies en relation avec l'augmentation des dépenses budgétaires consacrées aux systèmes de santé et de sécurité sociale et aux régimes de retraite, en particulier dans les pays qui ont des régimes publics de répartition, d'une part, et la quasi-absence de structures socio-économiques d'appui dans les zones rurales des pays en développement, où se trouvent la majorité des personnes âgées, d'autre part ;

#### **ii) La modification de la structure de la population économiquement active**

Ce phénomène se manifestera fondamentalement par un déséquilibre croissant entre la population active et ceux qui dépendent pour vivre des ressources matérielles produites par celle-ci. Ce déséquilibre peut avoir comme conséquences l'impact sur l'emploi, la sécurité sociale, la protection sociale, l'éducation et les soins de santé ainsi que l'investissement, la consommation et l'épargne, comme conséquences des précédents<sup>10</sup>. Et, c'est dans les zones rurales que les effets de la diminution du nombre d'actifs par rapport à celui des personnes à charge se feront le plus durement sentir et qu'il sera par conséquent plus difficile de garantir une sécurité matérielle minimale aux personnes âgées ne pouvant assurer leur subsistance que de façon limitée. Dans une certaine mesure ce phénomène pourrait être partiellement compensé, ou tout au moins être atténué, par les transferts familiaux de fonds qu'effectuent les jeunes ayant trouvé un emploi salarié dans les zones urbaines et industrielles.

#### **iii) Les personnes âgées: une ressource latente**

L'accroissement progressif de la longévité moyenne de la population, même dans les zones en développement, représente une ressource latente pour les économies nationales. Bien stimulée et utilisée, cette force pourrait aider à compenser l'exode des jeunes, à diminuer la proportion de personnes réellement en charge et donner aux personnes âgées des zones rurales le statut de participants actifs à la vie et à la production nationales, au lieu de celui de victimes passives et vulnérables du développement.

---

<sup>9</sup> ONU. Rapport de l'Assemblée Mondiale sur le vieillissement, 1982.

<sup>10</sup> Plan international d'action sur le vieillissement 2002, par. 13

#### **iv) Effets des changements démographiques :**

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, les effets des changements démographiques peuvent se résumer dans les points suivants<sup>11</sup> :

- Changement de la nature de la demande, qui sera caractérisée par un déplacement graduel vers des besoins liés aux problèmes de santé des personnes âgées, soit les maladies chroniques et leurs conséquences, c'est-à-dire la perte d'autonomie et le besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne ;
- Modification de l'offre associée à l'évolution des connaissances et des pratiques, aux progrès technologiques continus mais aussi à la modification de la nature des besoins et des attentes des générations futures de personnes âgées ;
- Effet sur les dépenses publiques de santé. En effet, la capacité financière du gouvernement de répondre à l'augmentation de la demande sera ébranlée si l'effet de la diminution de la population active sur l'évolution de la richesse collective (le PIB) n'est pas compensé par d'autres facteurs (par exemple : hausse des taux d'emploi et des revenus des personnes âgées, recul de l'âge effectif de la retraite) ;
- Effets des pressions que vont exercer les progrès technologiques continus qui engendrent une augmentation des interventions médicales et des coûts.

#### **1.5. Défis du vieillissement.**

Les principaux défis relevés dans la littérature consultée sont en relations avec les questions suivantes :

##### **a. Qui est considérée comme personne âgée ?**

S'agit il uniquement d'une question d'âge, donc de nombre d'années de vie passé, ou d'un concept et d'un construit social beaucoup plus complexe? Si on considère uniquement le nombre d'années vécu, on serait devant un des tristes paradoxes du processus de développement économique et social, puisque cette règle expose à la marginalisation sociale de la personne âgée quand elle perd le statut d'actif, à 60 ou 65 ans. Or, ce processus a pour objectif de relever le

---

<sup>11</sup> Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Québec: Orientations ministérielles sur les services offerts aux populations âgées en perte d'autonomie. février 2001.

niveau de vie général, celui de la santé et du bien-être de la population dans son ensemble, y compris les personnes âgées.

Par ailleurs, on ne peut se servir des caractéristiques de la vieillesse pour définir le troisième âge. La vieillesse ne débute manifestement plus à 60 ans comme autrefois. Ce n'est que tardivement qu'une proportion considérable de la population est frappée d'importants problèmes de santé, d'incapacité ou de perte d'autonomie, attributs physiologiques de la vieillesse. Des travaux montrent que *«un certain nombre de fonctions mentales s'altèrent chez la majorité des personnes âgées entre 80 et 85 ans. C'est donc au-delà de 75 ans et plus probablement de 80 que l'on peut parler de grand âge ou de vieillesse<sup>12</sup>»* En outre, cette dernière étape de la vie commence réellement avec la fin de la participation au marché du travail, avec des changements majeurs dans les sources de revenu, le départ des enfants de la maison familiale, et les deuils répétés à cause du décès des proches.

b. Comment mesurer le phénomène ?

Est-ce par l'âge médian, par la proportion des personnes âgées de 60 – 65 ans et plus, par le ratio de dépendance (personnes âgées / population active [20 et 64 ans] ; l'indice constitué par le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus pour 100 enfants âgés de moins de 15 ans ? ou tout cela ? Il y a aussi des propositions qui s'intéressent à la mesure de l'état de santé de la personne âgée, en se référant au modèle de l'OMS, qui définit la santé, non pas uniquement en l'absence de maladie ou l'incapacité, mais plutôt en terme de bien-être physique, mental et social. En France, par exemple, on utilise une grille pour l'évaluation du degré d'autonomie et des besoins en ressources. Cette grille mesure 10 variables en relation avec : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur, la communication à distance (Henrard et Ankri, 2003).

Donc plusieurs approches (économique, sanitaire, fonctionnelle,) indicateurs et indices sont proposés, le défi du choix s'impose sachant que chaque mesure aurait des limites et des répercussions.

c. Comment répondre aux besoins financiers, sanitaires et autres ?

Les sources de revenu, notamment les régimes de retraite, ainsi que les mécanismes de couverture sociale (système d'assurance maladie, universalité d'accès aux soins, etc.), ont montré leurs limites et leurs impacts sur le

---

<sup>12</sup> Henrard, J-C., et Ankri, J.; Vieillesse, grand âge et santé publique. Editions ENSP. 2003

développement et l'économie générale, et plus particulièrement dans les pays en développement où les ressources sont rares.

La population âgée, elle-même, vieillit de plus en plus: le «quatrième âge» (80 ans et plus) est le groupe qui s'accroît le plus rapidement parmi les personnes âgées. Le niveau de maladie et d'invalidité dans ce groupe dépasse de loin ce qu'il est dans les autres groupes d'âge et, de ce fait, les besoins de ce groupe risquent fort d'augmenter considérablement au cours du XXI<sup>ème</sup> siècle. De ce fait, le plus grand défi est la recrudescence des maladies non transmissibles. Par ailleurs, Henrard et Ankri (2003) soulèvent un autre défi celui de la définition des besoins de santé. Selon les auteurs, la reconnaissance d'un besoin est fonction de celui qui le définit. La demande d'une personne, pour être reconnue, doit être légitimée par un professionnel. Or celui-ci définit le besoin et agit en fonction de la réponse qu'il veut, ou qu'il peut ou pas apporter. Le défi dans ce cas réside dans la réduction de l'écart entre le besoin réel, perçu par la personne âgée et la définition des professionnels, qui se réfère le plus souvent à une approche normative, et à un modèle disciplinaire mettant en question une approche globale et intégrée.

d. Comment répondre aux besoins de vie en famille et en société?

Le défi dans ce cas est de comment satisfaire besoins essentiels (hygiène, alimentation, loisirs, etc.), sachant que les supports traditionnels sont en nette diminution ? Comment maintenir l'autonomie de ces personnes et les maintenir intégrées le plus longtemps possible? En effet, il y a moins d'enfants dans les familles pour s'occuper des plus âgés, les familles sont de petites tailles (famille nucléaire), la plus grande mobilité des membres de la famille, notamment au travail ; en outre, les personnes âgées ont tendance à vivre seules, et s'exposent de ce fait aux risques liés à leurs déplacements, notamment dans les maisons, la rue, les moyens de transport. Ce ci soulève un autre défi architectural et d'adaptation de l'infrastructure des services aux spécificités de la personne âgée.

e. Comment concilier entre les besoins des personnes âgées et ceux des jeunes ?

Ces deux groupes sont en compétition, ou en concurrence pour les ressources, d'où la difficulté de décision de répartition des ressources limitées, sans qu'elle ne se fasse au détriment d'une génération, ou d'une catégorie par

rapport à l'autre<sup>13</sup>. Quel équilibre trouver entre les deux choix ? Selon le rapport sur les personnes âgées de 1982, il s'agit d'un problème politique et psychologique de décider de la priorité à accorder à la satisfaction des besoins de groupes de population ne participant pas directement à la production ou à la vie sociale. On accepte peut-être plus aisément le coût de programmes en faveur des jeunes générations car on y voit un investissement pour l'avenir. En revanche, les dépenses engagées en faveur des personnes âgées, surtout lorsqu'elles ne sont pas directement liées à l'épargne personnelle ou aux prestations basées sur les salaires, sont moins facilement acceptées, en particulier lorsqu'elles pèsent lourdement sur des budgets nationaux déjà trop réduits. Donc, le défi est double, il faut à la fois investir dans les jeunes, pour ne pas hypothéquer l'avenir, et garantir une qualité de vie descente aux plus âgés.

f. Faut-il continuer à prolonger la vie, ou bien faut-il améliorer la qualité de vie ?

Autrement dit, faut-il donner de la vie, prolonger l'espérance de vie, ou donner de la qualité à la vie ? Le défi est de savoir quoi faire et comment pour réduire l'effet du prolongement de l'espérance de vie sur la qualité de vie des individus eux-mêmes et sur les coûts sociaux générés par le phénomène ?

g. Quelle politique suivre dans le cadre d'une vision de «société pour tous les âges»<sup>14</sup>

Cette politique doit être soutenable à la lumière des changements démographiques et sociétaux, capable de contribuer au développement du capital humain, qui permet l'accumulation du «capital de compétences» à travers le temps, qui améliore l'évolution continue de l'équité du genre, notamment au sein de la famille; qui renforce les choix et l'autonomie individuels, tout en recherchant simultanément à développer la solidarité au sein de la communauté ; qui encourage l'interdépendance des générations.

En conclusion, il s'avère que dans le cadre des initiatives menées à l'échelle mondiale, on assiste à un recentrage de la question du vieillissement qui reflète un effort concerté vers l'adoption d'une approche holistique et équitable visant à l'intégration des politiques dans ce secteur. Toutes les questions

---

<sup>13</sup> Peter J. Donaldson & Ellen Carnevale. World population: more than just numbers. © Copyright 1999. Population Reference Bureau, Washington, DC. Web site: [www.prb.org](http://www.prb.org).

<sup>14</sup> Le concept de *société pour tous les âges* a été développé dans Le Programme international d'actions adopté par le sommet mondial pour le développement social de Copenhague de 1995.

fondamentales, telles que l'égalité entre les sexes, le développement durable, les droits de l'homme, la mondialisation, la pauvreté et l'intégration sociale se posent aussi pour les personnes âgées. Le concept d'une société pour tous les âges marque un tournant, le passage d'une vision étroite du vieillissement considéré comme une question « annexe » à une perspective plus intégrée, remplaçant la question du vieillissement dans le cycle de vie et dans l'ensemble de la société. L'Année internationale des personnes âgées a clairement ouvert la voie en montrant les deux grands axes d'intervention : l'adoption de mesures concernant tout le cycle de vie et la prise en compte de l'évolution des perspectives de développement.

A cet effet, le Plan International d'action souligne la nature multidimensionnelle du vieillissement. Il appelle l'attention sur les capacités des personnes âgées à promouvoir une conception positive et active du vieillissement. Il comprend 62 recommandations concernant les mesures à prendre notamment dans les domaines de l'éducation, de l'emploi et de la sécurité des revenus, du logement et de l'environnement, de la santé et de l'hygiène, de la protection sociale et de la famille. Ces recommandations ont été reprises de façon plus concrète dans les objectifs mondiaux pour l'an 2001 concernant le vieillissement<sup>15</sup>.

Par conséquent, nous relevons que la problématique des personnes âgées est complexe, à cause de ses multiples déterminants, qui soulève plusieurs défis et qui nécessite une réponse politique globale et intégrée. C'est ce que nous proposons d'explorer dans ce qui suit.

## **II. Réponses politiques à la problématique des personnes âgées**

Dans les pays développés, les réponses données aux problèmes du vieillissement sont constituées, en général, par un ensemble de services d'ordre sanitaire, psychologique, social et économique parallèlement à d'autres mesures basées sur divers régimes de retraite et de sécurité sociale, des dispositions visant à encourager l'épargne tout au long de la vie et des plans de travail et de retraite souples. Par contre, les pays en développement préconisent, en général, une triple démarche afin de garantir les moyens d'existence des personnes âgées. Elle consiste à aider les familles et les structures communautaires; à donner la priorité au développement rural de façon à mettre

---

<sup>15</sup> ONU, Document n° : A/47/339, sect. III.

un terme à l'exode des jeunes; à donner aux personnes âgées la possibilité de gagner leur vie, notamment en participant à des entreprises coopératives, à des micro entreprises ou à des entreprises familiales, et en accédant à la formation et au crédit. Cependant, il est particulièrement difficile de garantir, comme il convient, les moyens d'existence des personnes âgées dans les pays nouvellement industrialisés où la population a rapidement vieilli et dans les pays en transition qui ne disposent pas des ressources et des infrastructures nécessaires. Dans ce contexte, qu'en est-il des politiques poursuivies et des grandes orientations qu'elles poursuivent ?

## **II.1.Synthèse de quelques expériences internationales :**

A la lumière de la littérature consultée et des trois études de cas présentées en annexe, il se dégage que les politiques concernant les personnes âgées et les orientations qu'elles poursuivent revêtent les caractéristiques suivantes :

- D'abord il y a lieu de signaler l'existence d'une prise de conscience quant à la problématique des personnes âgées en termes d'effectifs qui devient de plus en plus important, de besoins de ces personnes, de leurs multiples impacts sur la société, sur l'économie, et les systèmes socio-sanitaires qui les ciblent. Mais, il y a aussi une prise de conscience quant au potentiel qu'ils représentent et aux rôles qu'elles peuvent jouer. On note un changement au niveau du paradigme de «personne âgée». Ainsi, il y a un virement qui s'opère de la personne âgée assistée qui a tendance à s'isoler et à consommer sans produire, à une personne âgée active, moins dépendante et surtout contributive. Le « principe de société pour tous les âges » promu par les agences des Nations Unies commence à prendre forme.
- L'existence de politique clairement exprimée en faveur des personnes âgées. Des documents de planification et de stratégie dans le domaine sont ainsi accessibles au public. Des forums et des débats nationaux sont organisés ; c'est le cas du Québec et de la France, par exemple.
- L'existence de structures responsables pour coordonner et mettre en œuvre les politiques gouvernementales. Parmi les structures, il y a lieu de signaler, les ministères, organes habituels, mais aussi des sociétés savantes, des instances consultatives, des institutions de formation et de recherche en gériatrie et gérontologie. En outre, il faut noter avec insistance, l'existence de structures communautaires, d'associations et de volontaires qui contribuent avec force dans la mise en œuvre de l'action en faveur des

personnes âgées. Cependant, la famille demeure partout le cheval de bataille de cette action et ce malgré les multiples changements qu'elle a connus.

- La prise en considération des besoins de cette population et de son hétérogénéité, ainsi que de la situation particulière de certains groupes de personnes âgées plus démunies ou plus fragiles, comme les migrants, les réfugiés, les personnes qui ont perdu leur famille, les femmes, le milieu de résidence. Ces politiques touchent aussi les personnes en charge des personnes âgées dans un élan de solidarité sociale, mais aussi pour donner du répit à ces personnes et éviter qu'elles n'abandonnent. C'est le cas par exemple du Québec et de la France (voir annexe).
- Ces politiques aspirent à favoriser la participation et l'intégration des personnes âgées, à tous les niveaux de la société, notamment dans le processus de développement et de leur faire jouer un rôle productif tant dans leur intérêt que dans celui de l'ensemble de la société. Cette pratique est déjà en vigueur dans les pays développés, et au stade de l'énoncé politique dans les autres.
- La tendance vers le maintien à domicile, donc la désinstitutionalisation, et le maintien de l'autonomie de la personne âgée le plus longtemps possible. Tout en cherchant à lui éviter de tomber dans la solitude et dans la déprime.
- L'information des personnes âgées, de leur famille et de la société, en général, sur tout ce qui concerne ces personnes : leurs droits, les procédures administratives à suivre, les services disponibles et les conditions d'accès, les lieux et les modalités de recours et de plainte, etc. Ainsi dans les trois cas, en France, en Inde et au Québec, il y a des sites Web dédiés aux personnes âgées et au public.
- La tendance à offrir des services diversifiés sur le plan social, sanitaire, financier, personnel (besoins quotidiens d'hygiène, d'alimentation, d'approvisionnement, etc.), habitat et aussi psychologique. Notons à ce sujet, que la composante 'alimentation des personnes âgées' est présente dans le dispositif des services publics qui les ciblent, à la fois en terme de conseil et de bonnes pratiques alimentaires et aussi en terme d'approvisionnement en denrées alimentaires (voir annexe le cas de l'Inde)
- L'adoption du principe de l'intégration des soins et services offerts aux personnes âgées. Ainsi des filières de soins qui ciblent cette catégorie de

population sont en vigueur en France et au Québec. Ailleurs, il y a un problème de coordination entre les intervenants.

- L'application d'une approche basée sur les Droits des personnes âgées, lesquels droits sont indiqués, précisés dans des dispositifs juridiques et réglementaires. Dans les pays en développement, cette approche est loin d'être appliquée et la prise en charge des personnes âgées, notamment les démunies, relève, beaucoup plus du devoir de charité, de la bienfaisance et de la solidarité sociale.
- L'accès universels aux services notamment en France et au Québec. Cet accès est lié bien sûr au système de retraite et de sécurité sociale en vigueur. Dans les pays en développement, l'accès aux services essentiels pose encore des problèmes pour les diverses raisons qu'on connaît (ressources limitées, compétition entre les besoins des autres catégories de population, gouvernance, etc.).

## **II.2. Politique nationale et réalisations en matière de personnes âgées**

Dans cette partie, il sera question de la stratégie gouvernementale dans le domaine de la politique nationale en matière de personne âgée, les différents acteurs concernés par la problématique des personnes âgées, de leurs domaines d'intervention respectifs et d'une synthèse des réalisations.

### **II.2.1. La stratégie du gouvernement en matière de population âgée**

Signalons en premier lieu, qu'à part quelques actions isolées il n'y a pas de politique, ni de stratégie ou programmes spéciaux qui ciblent cette catégorie de population. La problématique des personnes âgées est intégrée dans la stratégie globale de développement social adoptée par le pays, notamment les plans de développement et récemment l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH). Les personnes âgées utilisent les services offerts au même titre que les autres groupes de population. Cependant, il est temps pour asseoir et mettre en œuvre un programme qui cible les personnes âgées, lequel programme aura pour tâche d'intégrer ce qui se fait actuellement et de le compléter pour doter le pays d'une politique cohérente et adéquate en la matière.

Selon le Rapport national sur le vieillissement de 2002 (RNV)<sup>16</sup>, la stratégie de développement sociale adoptée, donc ciblant l'ensemble de la population, s'articule autour des principales orientations suivantes:

- l'élargissement de l'accès des populations défavorisées aux services sociaux de base (en eau potable, services de santé de base, scolarisation au niveau de l'enseignement fondamental, et le logement social);
- l'intégration sociale des populations défavorisées par l'accroissement des opportunités d'emploi et la génération de revenus; (la lutte contre le chômage et les inégalités sociales) ;
- le renforcement des programmes d'assistance et de protection sociale par un bon ciblage des actions et des aides sociales en faveur des catégories vulnérables, l'augmentation des ressources réservées à ces programmes et une gestion efficace des services des filets de sécurité ;
- la réforme des systèmes de protection sociale et l'élargissement du réseau de sécurité sociale.

Cette stratégie a été concrétisée, entre autres, par le Programme des Priorités Sociales (BAJ). Selon le Rapport national sur le vieillissement de 2002, ce programme *« vise essentiellement à augmenter l'accès des catégories démunies aux services sociaux de base, à lutter contre l'analphabétisme, à étendre la protection sociale et à créer de nouvelles opportunités d'emploi. Il est composé de trois projets intégrés: l'éducation, la santé de base et la promotion nationale. Ce programme cible 14 Provinces à forte dominante rurale, considérées comme les plus démunies et dont la population vivant dans les campagnes représente 43 % de la population marocaine »*

En outre, le rapport souligne que *« les collectivités locales octroient des prestations sociales qui concernent l'approvisionnement en eau potable, l'électrification, l'assainissement, le transport ainsi que l'allocation d'une partie de la taxe d'abattage à certaines associations musulmanes de bienfaisance relevant de l'Entraide Nationale et qui disposent de pavillons réservés exclusivement aux personnes âgées »*.

Donc, et comme on peut le constater, la stratégie de développement sociale, s'adresse à une population plus large, qui comporte les personnes âgées entre autres catégories de populations vulnérables. Toutefois, on ne peut savoir, en

---

<sup>16</sup> RNV : Rapport national sur le vieillissement cité précédemment

fonction des données disponibles, dans quelle proportion la personne âgée en bénéficie.

## II.2.2 Les acteurs intervenant dans la problématique des personnes âgées au Maroc

L'examen préliminaire de la mission et des domaines de compétence des principaux acteurs permet de relever l'existence de plusieurs acteurs opérants à des niveaux différents. Ces principaux intervenants, ainsi que leurs rôles respectifs sont représentés dans la matrice suivante.

**Tableau 2 : Acteurs intervenants / concernés par la problématique des personnes âgées<sup>17</sup> :**

Acteurs	Principaux rôles ou fonctions	Niveaux d'intervention
Parlement et chambre des représentants	- Législation & Régulation - Contrôle	National
Ministère de la Santé	- Production de soins et services socio sanitaires - Sensibilisations -Planification - Formation des médecins, des infirmiers et des assistantes sociales - Régulation	National , Régional , Provincial, Local .
Ministère de l'emploi, de la formation professionnelle du développement social et de la solidarité	- Politique / planification - Production de services sociaux - Régulation - Financement, apport ressources (subvention des ONG). - Formation des assistantes sociales	National , Régional, Provincia,l Local .
Secrétariat d'Etat Chargé de la Famille de l'Enfance et des Personnes Handicapées	- Politique / planification - Production de services sociaux - Financement, apport ressources. - Régulation et plaidoyer	National, Régional , Provincia,l Local .
Haut-commissariat au plan	- Collecte d'informations et études - Coordination et planification	National, Régional .
Haut commissariat aux résistants et armée de Libération	- Plaidoyer	National
Collectivités locales	- Financement (surtaxe d'abattage)	Régional , Local

<sup>17</sup> Ce genre d'exercice connu sous le nom de 'Analyse des parties prenantes' ou 'Stakeholder analysis' est présenté à titre indicatif et ne prétend pas être exhaustif et nécessite d'être examiné et validé par les principaux intervenants qui ont la connaissance requise.

	- Appui divers - Planification	
Universités	- Formation des médecins - Formation des sociologues et travailleurs sociaux -recherche	National
Ministère des Finances	- Financement - Régulation / tutelle des caisses de retraite	National , Régional , Provincia,l Local .
Agences de développement socio économique	- Etude du milieu - Apport de ressources	Régional, Local.
Entraide Nationale	- Soutien - Prestations sanitaires	National , Local
Conseil consultatif des droits de l'homme	- Régulation - Conseil et orientation	National
Fondation Mohamed V pour la solidarité	- Financement et apport de ressources - Exécution de projets de développement social	Local L
Fonds Hassan II pour le développement économique et social	- Financement et apport de ressources	Local
Commission supérieure et commissions régionales de la population	- Planification/coordination/Plaidoyer	National, Régional, Provincial, Local.
Association des retraités	- Plaidoyer	National, Local.
Caisses de retraite	- Collecte des fonds et gestion des fonds - Allocation des pensions - Production de soins (cas de la CNSS)	National, Local
ONG, notamment les associations de bienfaisance	- Sensibilisation et soutien - Apport de ressources	Local, Communautaire.
Famille	- Soutien psycho social, matériel - Services de base - Reconnaissance, valorisation - Etc.	Micro / famille

La lecture du tableau ci-avant, donné à titre d'illustration et qui demeure par ailleurs incomplet, permet de relever l'existence de plusieurs intervenants, agissant à différents niveaux et dans des domaines très variés. Parfois même, il existe des duplications (cas de la formation des assistantes sociaux). Mais la remarque de fonds, est l'absence d'un point focal opérationnel de l'action gouvernemental qui soit le leader et la locomotive dans ce domaine. De ce fait, les actions visant cette population proviennent de multiples sources ce qui rend difficile l'identification d'une politique spécifique à cette catégorie. En outre, il faut noter la rareté des données statistiques, notamment des services utilisés par les personnes âgées, qui sont dans la plupart des cas confondus parmi les autres groupes d'âge.

En bas de ce tableau, il est fait référence à la famille, qui demeure dans notre contexte, l'acteur principal dans la prise en charge des personnes âgées, eu égard à nos valeurs de solidarité prescrite par l'Islam et la culture. D'ailleurs, le Rapport national sur le vieillissement souligne ce rôle fondamental de la famille dans la protection des personnes âgées.

### **II.2.3 Bilan des réalisations des secteurs gouvernementaux et associatifs<sup>18</sup>.**

Notons en premier lieu, que la problématique de cette catégorie de population n'a pas encore atteint une certaine ampleur pour être la cible d'une intervention spécifique ou d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique volontariste. Comme on peut le lire dans le Rapport sur la protection des personnes âgées au Maroc (RPPA)<sup>19</sup>, « *Il ressort de ces réalisations que le vieillissement ne constitue pas, à l'heure actuelle, un phénomène social proprement dit, compte tenu des considérations objectives, notamment les spécificités sociales, culturelles, civilisationnelles et religieuses qui sont des fondements solides pour la préservation de la dignité humaine* ».

Aussi la démarche suivie ci-après consiste à présenter les réalisations par secteur d'activité.

---

<sup>18</sup> NB : Ce chapitre a été rédigé, en bonne partie, à partir du RNV cité précédemment. Les autres sources complémentaires utilisées seront mentionnées aux endroits indiqués.

<sup>19</sup> Ministère de l'emploi, de la formation professionnelle, du développement social et de la solidarité. Direction de l'Entraide Nationale. Rapport sur la protection des personnes âgées au Maroc (RPPA). 2005. Rapport, en langue arabe, préparé à l'occasion de la participation du Maroc à l'atelier de travail sur la protection des personnes âgées dans les pays arabes. Atelier initié par le Secrétariat Général de la Ligue Arabe. NB : ce rapport est, presque, une simple traduction du précédent du RNV.

a. Dans le secteur de la santé :

Sur le plan institutionnel, le Ministère de la Santé a une mission fondamentale de politique de santé et de population. Il abrite une direction centrale de la population et un service de réhabilitation et de gériatrie. Ce dernier est chargé de développer des programmes de gériatrie, de coordonner toutes les actions en faveur de la protection des personnes âgées avec les partenaires gouvernementaux et associatifs.

Le Rapport national sur le vieillissement, indiqué ci-dessus, signale que « à travers l'évaluation des efforts déployés au profit des personnes âgées dans le domaine de la santé, il découle des disparités importantes selon le sexe et le milieu de résidence, l'absence d'institutions spécialisées en matière d'encadrement et d'hospitalisation pouvant satisfaire les besoins de cette catégorie de population et résoudre ses problèmes de santé».

Par ailleurs et dans le Programme du Ministère de la Santé de 2003-2007, le planificateur reconnaît « l'existence d'iniquité dans l'accès physique et financier aux soins, de transition démographique, d'amorce du vieillissement de la population et du triple fardeau de la morbidité comme conséquence de la transition épidémiologique (affections transmissibles et périnatales persistantes: 33 % de la charge globale de morbidité ; Affections non transmissibles : 56 % de la charge de morbidité globale ; Accidents et traumatismes : 11 % de la charge de morbidité globale)». Ceci dénote l'existence de besoins de santé et de services spécifiques à offrir à cette catégorie de population, d'une part, et la nécessité de réduire, sinon, d'éliminer les iniquités existantes. Notons, par ailleurs, que la personne âgée est beaucoup plus concernée par les maladies non transmissibles et les accidents, que les autres groupes, étant donné leur plus grande vulnérabilité.

Aussi, dans ce programme d'action du Ministère de la Santé, est-il prévu de développer des programmes spécifiques pour la prise en charge des populations vulnérables, notamment les personnes âgées.

Par ailleurs, il est à rappeler que l'examen sommaire de la pratique de santé publique permet de dresser les constats suivants :

- L'existence d'une structure centrale de planification.
- L'absence de service hospitalier s'occupant spécifiquement de la santé des personnes âgées.
- Le manque, voire l'absence, de personnel spécialisé dans le domaine de la

gériatrie.

- La réalisation des programmes de formation et de perfectionnement dans le domaine de la gériatrie au profit des étudiants en médecine de 6<sup>ième</sup> année.
- L'élaboration d'un module en gériatrie qui est intégré dans le cursus de formation des étudiants en médecine de 6<sup>ième</sup> année et dans le cours de formation des étudiants des instituts de formation aux carrières de santé (IFCS).
- L'existence de quelques foyers au niveau de certaines provinces et préfectures qui assurent l'hébergement, la restauration des personnes âgées démunies et sans abri.

Cependant, il faut noter que la personne âgée est prise en charge de manière globale dans le cadre des consultations curatives offertes au niveau de toute l'infrastructure sanitaire publique et bénéficie des prestations offertes par les différents programmes de santé, notamment ceux de lutte contre le diabète, les maladies rhumatismales et cardio-vasculaires, etc. Signalons, enfin, que malgré la vulnérabilité de cette catégorie de population, seule 8% des personnes qui la composent seraient couverte par un système de couverture sanitaire (Rapport sur la protection des personnes âgées au Maroc, 2005).

b. Protection sociale.

Dans ce domaine, le Maroc dispose de plusieurs systèmes de protection sociale qui font l'objet d'initiatives de réforme en vue d'une meilleure protection sociale des travailleurs, soit les futurs retraités, dans les domaines de la sécurité sociale, l'assurance obligatoire, les mutuelles, le système d'indemnités en cas d'accidents de travail, les pensions de retraite, l'habitat social, le code de travail et la mise en place d'un système d'indemnités en cas de perte de l'emploi. Cependant, le rapport signale que *«seule une minorité de personnes âgées au Maroc bénéficie de la protection sociale. Celle-ci étant le fruit d'une contribution personnelle et celle de leurs employeurs durant leur vie active. Le niveau de couverture ne dépasse pas les 20% de la population active »*

c. Actions prises en faveur de certaines catégories sociales.

Il s'agit d'actions de protection sociale des catégories suivantes :

- les marins âgés, par la mise en place de caisses de secours, d'unités sanitaires au niveau des ports, les régimes facultatifs, complémentaires, dit Addaman Albahri, la baisse de l'âge de la retraite de 60 ans à 55 ans, etc.

- les personnes âgées travaillant dans le secteur de l'artisanat, par la mise en place du régime facultatif de retraite appelé « Addaman Al Hirafi »,
- les personnes âgées victimes des accidents du travail et des maladies professionnelles, par la mise en place d'une politique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'indemnisation en cas d'atteintes.

d. Solidarité et lutte contre l'exclusion sociale.

En vue de compléter et de renforcer la couverture sociale qui ne concerne pas l'ensemble des personnes âgées, plusieurs programmes sont mis en place en vue d'appuyer les aspects de solidarité et d'intégration sociale. Cependant, ces programmes ne ciblent pas de manière exclusive les personnes âgées. A titre d'exemple, signalons que dans un bilan annuel du Secrétariat d'Etat Chargé de la Famille de l'Enfance et des Personnes Handicapées (SECFEPH)<sup>20</sup>, le mot 'personne âgée' a été cité une seule fois dans le cadre d'un nouveau projet de création d'un service d'aide médicale d'urgence (SAMU) social à Casablanca. Ce projet a comme objectif principal d'apporter l'assistance sociale et l'aide d'urgence aux personnes victimes de l'exclusion (femmes en détresse, enfants en situation difficile et personnes âgées) ; donc de lutte contre l'exclusion.

Ces programmes se basent sur les grands principes de la politique sociale et sur une approche fonctionnelle visant à impliquer les institutions ayant une grande capacité à jouer un rôle d'intermédiation sociale compte tenu de leur proximité des populations. Parmi ces programmes, le rapport indique :

- **Le programme national de lutte contre la mendicité et l'exclusion sociale.**

Il vise à mobiliser les acteurs concernés à adhérer au programme, essentiellement à travers le financement de micro projets assurant un revenu qui assure une légitimation à cette population et lui préserve sa dignité, en plus d'offrir à cette catégorie les conditions nécessaires à l'autonomie financière. Comme il vise à ancrer la culture de solidarité et à mettre en valeur l'initiative individuelle et collective,

---

<sup>20</sup> Secrétariat d'Etat Chargé de la Famille de l'Enfance et des Personnes Handicapées (SECFEPH). Bilan des actions de 2004. Projet soutenu par le SAMU International de Paris

- **Le programme de création de clubs de loisir pour les personnes âgées.**

Deux clubs ont été créés dans une première étape à Casablanca et à Laayoune, dans l'objectif de :

- Offrir un cadre convenable d'échanges et de loisirs;
- Prévenir et sensibiliser les personnes âgées aux dangers des fléaux sociaux auxquels elles sont exposées;
- Assurer les conditions de la prévention des personnes âgées des complications des maladies liées à la vieillesse;
- Assurer le conseil aux personnes âgées dans le domaine de la santé et de l'alimentation;
- Appuyer les compétences et les performances des personnes âgées ou retraitées;
- Tirer profit des expériences des personnes âgées;
- Dispenser des cours d'alphabétisation au profit des personnes âgées analphabètes par les personnes volontaires parmi elles.

- **Les programmes de sensibilisation.**

Ces programmes visent à sensibiliser l'opinion publique, à impliquer et appuyer les différents acteurs de la société civile dans les programmes de la protection sociale des personnes âgées ; de commémorer la journée mondiale des personnes âgées; d'assurer une large information au sujet de la protection de ces personnes et organiser des rencontres, des journées d'études et des ateliers autour de la protection des personnes âgées avec le renforcement du rôle des collectivités locales dans ce domaine.

e. Filets de sécurité.

Il s'agit d'un dispositif d'institutions d'assistance et de soutien, parmi lesquelles, il y a lieu de signaler :

- **L'Entraide Nationale.**

C'est un outil national pour l'insertion sociale des catégories défavorisées et pour la lutte contre la pauvreté. L'Entraide Nationale envisage de mettre en œuvre un programme visant le développement et la modernisation de l'action sociale. Ce programme vise en particulier<sup>21</sup> :

---

<sup>21</sup> Entraide Nationale. Bilan de l'action sociale 2004. Rapport disponible au site web : [www.entraide.ma](http://www.entraide.ma)

- le changement structurel dans l'organisation et le fonctionnement des institutions de charité qui abritent les personnes âgées,
- la normalisation et la généralisation d'un manuel de gestion et de contrôle,
- la révision du règlement intérieur,
- la révision du statut des Associations de bienfaisance. Dans ce cas, signalons qu'un projet de Loi (14.05) relatif aux conditions de création et de gestion des institutions de protection sociale est en cours d'adoption au niveau du parlement.

Dans le rapport, bilan 2004 cité ci-dessus, signalons que le terme 'Personne âgée' est cité une seule fois dans le paragraphe consacré à la collaboration avec les associations de bienfaisance. En outre, cette catégorie de population n'est pas citée comme population cible de l'action de cet organisme.

L'Entraide Nationale gère 44 maisons de bienfaisance de personnes âgées implantées dans diverses régions du Royaume. Ces établissements accueillent 2 308 personnes âgées et assurent des prestations dans les domaines de la santé, du social et du divertissement, et ce, en plus de l'hébergement, de la nourriture et de l'habillement. Les populations cibles bénéficiaires des prestations de ces établissements peuvent être classées en deux types: les personnes âgées qui n'ont aucun appui social et celles qui sont malades mentalement ou psychologiquement.

Les résultats préliminaires d'une étude réalisée par l'Entraide Nationale<sup>22</sup> sur l'état actuel des institutions sociales de bienfaisance se présentent comme suit :

- quatre groupes distincts de maison de bienfaisance ont été identifiés, selon leur niveau des besoins en aménagements et en équipements: état satisfaisant 142 institutions (28,40%) ; état acceptable : 213 institutions (46,20% ; état insatisfaisant 90 institutions (18%), état préoccupant 37 institutions (7,4%). Donc près du quart sont dans un état insatisfaisant ou préoccupant.
- un déficit global important en ressources humaines estimé à 1672 employés, témoignant ainsi d'un besoin en encadrement,

---

<sup>22</sup> Entraide Nationale. Rapport d'étude sur l'état actuel des institutions sociales de bienfaisance. Avril 2005. Site Web : [WWW.entraide.ma](http://WWW.entraide.ma) L'étude a concerné 500 institutions du Royaume.

- le coût journalier par pensionnaire s'établit actuellement à 9 DH et que pour atteindre un niveau de vie satisfaisant au sein des institutions, le coût journalier minimum devrait atteindre 15 DH dans une première phase et passer à 20 DH en seconde phase.

- **La Fondation Mohamed V pour la solidarité<sup>23</sup>.**

C'est un outil institutionnel chargé de l'exécution des projets de développement intégrés visant à renforcer les valeurs de la solidarité, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Elle offre également des prestations diversifiées au profit de toutes les catégories, y compris les personnes âgées. Elle a réalisé des travaux de réhabilitation et d'entretien de toutes les maisons de bienfaisance relevant de l'Entraide Nationale et accueillant les personnes âgées qui n'ont aucun soutien ou prise en charge.

- **Les organisations et associations non gouvernementales**

La scène nationale de la société civile connaît une dynamique importante à travers le développement d'un tissu associatif qui se densifie avec le temps, et ce, dans tous les secteurs d'activité. Cependant, les associations qui s'intéressent aux personnes âgées sont peu nombreuses, voire même à l'état embryonnaire, si on exclue celles qui ciblent les personnes âgées retraités appartenant à des départements déterminés, notamment ceux de la Fonction Publique, l'Administration des Douanes, l'Office National des Chemins de Fer et les Anciens Résistants.

En terme de réalisation concrète dans ce secteur, il faut mentionner :

- la création de deux associations de gériatrie en 1999.
- l'existence d'un centre pluridisciplinaire dans la ville de Larache géré par le Croissant Rouge Marocain. Ce centre assure des services gratuits dans le domaine de la santé, de l'alimentation, de l'hygiène et du divertissement au profit des personnes âgées qui bénéficient également des prestations offertes par des cliniques relevant du Croissant Rouge Marocain.
- la Fédération Nationale des Associations de Bienfaisance (FNAB). Elle est considérée comme le plus grand réseau associatif à l'échelle nationale et comprend 500 associations. Ces associations sont directement impliquées de la gestion des Maisons de bienfaisance qui abritent les personnes âgées

---

<sup>23</sup> La Fondation MOHAMED V pour la solidarité a été créée le 5 juillet 1999 sous la présidence effective de S.M le Roi Mohammed VI ;

démunies.

Au terme de la lecture de ce bilan synthétique des réalisations dans le domaine des personnes âgées, on peut se prononcer en faveur de l'existence d'un ensemble d'actions qui ciblent la personne âgée, beaucoup plus de manière indirecte. Les actions visant les personnes âgées de manière directe, en cours de développement, manquent de coordination et de 'ciment' pour leur donner le sens et la connotation de politique nationale en matière de vieillissement. Ces actions sont menées par plusieurs intervenants et visent toutes le renforcement des rapports sociaux et l'institutionnalisation de la culture de la solidarité à travers la mobilisation et l'implication de toutes les potentialités nationales en vue de la concrétisation d'une action sociale basée sur des approches préventives et curatives.

### **III. Orientation pour une politique en faveur des personnes âgées.**

Le vieillissement démographique est une tendance lourde qui est à son début dans notre société, mais dont le rythme va s'accélérer dans le futur. Cependant, il n'est pas une fatalité, ses conséquences sont connues et prévisibles et sur lesquelles, il est possible d'agir et d'influencer l'évolution.

Le cadre d'orientation proposé, pour orienter les choix politiques en la matière, est composé de trois parties consacrées respectivement à : i) les recommandations et les principes de l'ONU et de l'OMS ; ii) les objectifs à atteindre par cette politique; et iii) les implications stratégiques qui en découlent.

#### **III.1 Recommandations et principes de l'ONU et de l'OMS.**

Ces principes et recommandations suggérées ont été repris, à partir des principes de l'ONU pour aider les personnes âgées à mieux vivre les années gagnées<sup>24</sup>, d'une part, et des recommandations de l'OMS en faveur d'une réponse politique à la problématique des personnes âgées<sup>25</sup>, d'autre part ainsi qu'à partir des recommandations de la Fédération Internationale du Vieillissement.

---

<sup>24</sup> ONU. Principes des Nations Unies pour les personnes âgées. 16 décembre 1991 - Résolution 46/91

AFBAH – Solidarité Vieillesse – [www.afbah.org](http://www.afbah.org).

<sup>25</sup> WHO. Active Ageing : A Policy Framework [www.who.int/hpr/ageing](http://www.who.int/hpr/ageing)

a. Les principes de l'ONU en faveur des personnes âgées :

A ce sujet, il est noté dans le préambule du document que «l'Assemblée Générale encourage les gouvernements à incorporer chaque fois que possible les principes suivants dans leurs programmes nationaux». Ces principes recommandés sont au nombre de 18 regroupées en cinq domaines : l'Indépendance ; la Participation ; les Soins ; l'Épanouissement personnel et la Dignité de la personne âgée.

I) En matière d'Indépendance, les personnes âgées devraient:

1. avoir accès, en suffisance, aux vivres, à l'eau, au logement, aux vêtements et aux soins de santé grâce à leur revenu, au soutien des familles et de la communauté, et à l'auto-assistance.
2. avoir la possibilité de travailler ou d'avoir accès à d'autres sources de revenus.
3. pouvoir prendre part à la décision qui détermine à quel moment et à quel rythme elles se retireront de la vie active.
4. avoir accès à des programmes appropriés d'enseignement et de formation.
5. pouvoir vivre dans des environnements sûrs qui puissent s'adapter à leurs préférences personnelles et à la modification de leurs capacités.
6. pouvoir vivre au foyer aussi longtemps que possible.

II) En matière de Participation, les personnes âgées devraient:

7. rester intégrées dans la société, participer activement à la définition et à l'application des politiques qui touchent directement à leur bien-être, et partager leurs connaissances et leur savoir-faire avec les jeunes générations.
8. être en mesure de rechercher et de faire fructifier les possibilités de rendre service à la collectivité, et d'offrir bénévolement leurs services, conformément à leurs intérêts et à leurs capacités.
9. pouvoir se constituer en mouvements ou en associations de personnes âgées.

III) En matière de Soins, les personnes âgées devraient :

10. bénéficier des soins et de la protection des familles et de la collectivité dans le respect du système de valeurs culturelles de chaque société.

11. avoir accès à des soins de santé qui les aident à conserver ou à retrouver un niveau de bien-être physique, mental et émotionnel optimal et qui serve à prévenir ou à retarder l'arrivée de la maladie.
12. avoir accès à des services sociaux et juridiques capables de renforcer leur capacité d'autonomie, de les protéger et de les soigner.
13. avoir accès à des services hospitaliers capables d'assurer leur protection, leur réadaptation et leur stimulation sociale et mentale dans un environnement humain et sûr.
14. pouvoir jouir des droits de l'homme et des libertés fondamentales lorsqu'elles sont en résidence dans un foyer ou dans un établissement de soins ou de traitement; il convient, en particulier, de respecter pleinement leur dignité, leurs croyances, leurs besoins et leur droit à la vie privée et celui de prendre des décisions en matière de soins et à propos de la qualité de leur vie.

IV) En matière d'Épanouissement personnel, les personnes âgées devraient:

15. avoir la possibilité d'assurer le plein épanouissement de leurs possibilités.
16. avoir accès aux ressources de la société sur les plans éducatif, culturel, spirituel et en matière de loisirs.

V) En matière de Dignité, les personnes âgées devraient :

17. avoir la possibilité de vivre dans la dignité et la sécurité sans être exploitées ni soumises à des sévices physiques ou mentaux.
18. être traitées avec justice quelque soient leur âge, leur sexe, leur race ou leur origine ethnique, leurs handicaps ou autres caractéristiques, et être appréciées indépendamment de leur contribution économique.

b. Recommandations de l'OMS :

L'OMS préconise une réponse politique à la problématique des personnes âgées qui consiste en une série de mesures dans trois domaines essentiels : la santé, la participation et la sécurité. L'OMS recommande ce qui suit :

1. s'occuper des facteurs favorisant l'apparition des maladies et des incapacités, comme la pauvreté, de faibles niveaux d'alphabétisation ou le manque d'éducation,
2. lutter contre le tabagisme et les abus d'alcool tout au long de la vie,

3. veiller à une alimentation suffisante et équilibrée dès le plus jeune âge,
4. encourager l'activité physique à tous les âges,
5. créer des milieux sûrs et agréables pour les personnes âgées en veillant à la sécurité de la marche et en mettant en œuvre des programmes de prévention des chutes,
6. améliorer l'accès aux médicaments essentiels et sûrs et aux appareillages comme les lunettes ou les déambulateurs,
7. promouvoir la santé mentale,
8. lutter contre les troubles évitables de la vision ou de l'audition,
9. assurer la continuité des soins et la présence de soignants.

c. Recommandations de la Fédération Internationale du Vieillissement<sup>26</sup>.

Ces recommandations ont été adressées aux Nations Unies par la Fédération Internationale du Vieillissement pour faire en sorte que tous les plans nationaux sur le vieillissement :

- garantissent l'accès universel des personnes âgées à la sécurité économique, aux aliments, aux soins de santé, au logement, aux vêtements et aux moyens de transport.
- garantissent la pleine participation des personnes âgées à la vie politique et culturelle de leur collectivité.
- veillent à ce que la dignité et la qualité des soins dispensés aux personnes âgées soient établies, maintenues et protégées, et à ce que les personnes âgées ne soient pas exploitées et à ce qu'elles ne soient pas victimes de mauvais traitements physique et psychologique.
- éliminent les obstacles à l'embauche pour les personnes âgées en fournissant des chances de formation, des débouchés et des conditions de travail appropriées.
- renforcent la capacité de la famille et de la communauté à fournir des soins de base et du soutien aux personnes âgées.
- améliorent les possibilités de dialogues, d'échanges, de collaboration et de mentorat entre les générations.

---

<sup>26</sup> Fédération Internationale du Vieillissement. Déclaration de Montréal de septembre 1999. Quatrième Conférence mondiale. Plus de 1200 personnes originaires de 67 pays y ont pris part. Source : Site Web : [www.inserm.fr/age](http://www.inserm.fr/age).

- incorporent des principes de conception universelle pour garantir l'accès des personnes âgées à tous les lieux.
- renforcent la capacité des secteurs public et privé, des bénévoles et des organisations non gouvernementales à travailler ensemble pour le bénéfice des personnes âgées.

### **III.2. Objectifs à atteindre :**

Les objectifs proposés pour encadrer ces orientations politiques et traduire de manière plus pratique les principes énoncés ci-dessus sont ceux du Plan d'action international sur le vieillissement adopté par l'ONU à Vienne en 1982<sup>27</sup>, d'une part, et ceux retenus dans le cadre du Plan d'action international adopté lors de la Conférence de Madrid en 2002.

Selon le Rapport de l'Assemblée Mondiale, « *le Plan d'action devra être partie intégrante des grands programmes et stratégies internationales ; régionales et nationales... Il a essentiellement pour objet de mieux préparer les pays à affronter efficacement le vieillissement de leurs populations, ainsi que les préoccupations et besoins particuliers des personnes âgées* ».

A partir des objectifs de ce plan d'action, nous proposons les objectifs adaptés suivants, et qui demeurent d'actualité à notre sens :

- i** approfondir la compréhension des effets économiques, sociaux et culturels du vieillissement des populations sur le processus de développement ;
- ii** promouvoir la compréhension des problèmes individuels et des problèmes collectifs de développement liés au vieillissement ;
- iii** proposer et stimuler des politiques et des programmes pragmatiques visant à garantir la sécurité sociale et économique des personnes âgées et à leur donner la possibilité de contribuer au développement et d'avoir part aux avantages que celui-ci apporte ;
- iv** formuler diverses politiques et options possibles qui soient conformes aux valeurs et aux objectifs nationaux, ainsi qu'aux principes internationalement reconnus, eu égard au vieillissement de la population et aux besoins des personnes âgées ; et
- v** encourager la mise au point de méthodes appropriées d'enseignement, de formation et de recherche pour faire face au vieillissement de la population

---

<sup>27</sup> ONU. Rapport de l'Assemblée Mondiale sur le Vieillissement. Vienne 1982. A/CONF.113.31. Résolution 37/51, du 03 décembre 1982.

mondiale et favoriser, à l'échelon international, l'échange de compétences et de connaissances en ce domaine.

### III.3. Implications stratégiques:

Dans cette partie, les principales implications d'ordre stratégique, qui découlent des principes précédents, sont présentées ainsi que leurs implications opérationnelles pour mieux les traduire en pratique. Ces implications stratégiques (IS) sont :

**1 : L'adoption d'une approche basée sur le Droit et non le besoin.** Selon cette approche, il faut reconnaître les personnes comme « titulaires de droits » qui doivent être des acteurs clés dans leur propre développement plutôt que des bénéficiaires passifs recevant la charité. En effet, l'approche basée sur les besoins s'est avérée très limitée, puisque les besoins n'impliquent pas d'obligations, ils ne sont pas nécessairement universels ; ils peuvent être satisfaits par des actions relevant de la charité ou du bénévolat. Par contre, et dans le second cas, les droits sont réalisés (respectés, protégés, facilités et concrétisés) ; ils impliquent toujours des devoirs correspondants, ils sont toujours universels ; la charité et le bénévolat ne relèvent d'aucune obligation<sup>28</sup>, en dehors de l'obligation morale et religieuse.

**2 : L'adoption du nouveau paradigme «Il est possible de vieillir en bonne santé».** Les personnes âgées, lorsqu'elles sont en bonne santé, sont une ressource précieuse. Elles peuvent apporter une contribution importante et nécessaire à l'économie de leur famille, de leur communauté et de leur pays, qu'il s'agisse d'un travail officiel ou de bénévolat, selon leurs préférences et leurs aptitudes. Ainsi, le vieillissement en bonne santé est devenu un facteur essentiel de développement économique des pays. C'est ce qu'a affirmé l'OMS lors de la Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, organisée à Madrid. Selon le Dr Brundtland<sup>29</sup>, *«La bonne santé de la population est une condition préalable à la croissance économique. Avec une population âgée de plus en plus nombreuse dans le monde, nous nous attendons à un développement explosif des maladies non transmissibles, comme les cardiopathies, le cancer ou la dépression, et cette situation aura des*

---

<sup>28</sup> Rebeca Rios Kohn. Atelier de formation des formateurs sur l'approche de programmation basée sur les droits humains au Maroc. Essaouira, 7 Novembre 2005. Atelier organisé par l'UNICEF

<sup>29</sup> Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS

*répercussions humaines et sociales énormes si nous ne prenons pas tout de suite des mesures de prévention».*

Par ailleurs, il est rapporté *«qu'il est possible de vieillir en bonne santé pour peu que les différents acteurs sociaux se préparent adéquatement à bien négocier le « virage gris» ». Dans le nouveau contexte démographique, le but visé est de maintenir la population en santé le plus longtemps possible, d'optimiser son autonomie fonctionnelle et sa qualité de vie. Un tel objectif incite à agir avant que les risques, les problèmes ou leurs conséquences ne surviennent, chaque fois que c'est possible<sup>30</sup>».* Aussi et selon le docteur Alexandre Kalache<sup>31</sup> *«Une bonne politique dans ce domaine 'vieillir en bonne santé' bénéficie à tous. Elle permet en premier lieu de diminuer le nombre des décès prématurés aux stades les plus productifs de la vie. Elle entraîne également la réduction des incapacités et une augmentation du nombre des personnes jouissant d'une bonne qualité de vie et participant activement à leur société tout en vieillissant. Enfin, les dépenses de santé, frais médicaux et services de soins sont moindres».*

**3. L'apport d'une réponse durable au vieillissement des individus et des populations<sup>32</sup>.** A cette fin, les interventions publiques devront se fonder sur une solide base scientifique en matière de suivi des tendances nationales et mondiales, d'identification des problèmes émergents, de leurs ramifications en matière de politiques, et des mécanismes d'ajustement déjà existants et l'élaboration d'un cadre conceptuel et opérationnel susceptible d'apporter des réponses durables. Les principaux outils proposés sont la recherche et la collecte de données<sup>33</sup>. En matière de recherche, les travaux devraient porter en particulier sur deux domaines: le vieillissement actif et le régime approprié de soins pour les personnes âgées fragiles faisant intervenir des systèmes de soins familiaux, communautaires et institutionnels. Rappelons que les recherches montrent de plus en plus que le risque de maladies chroniques, comme le

---

<sup>30</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux (Montréal Centre): Prévenir, guérir, soigner les défis d'une population vieillissante. Rapport annuel 1999. Dépôt légal : 4e trimestre 1999.

<sup>31</sup> Alexandre Kalache (Dr), coordonnateur du programme OMS « Vieillissement et qualité de vie »

<sup>32</sup> Secrétaire Général des NU. Rapport de l'Assemblée Générale. 20 juillet 2000. [A55/167]

<sup>33</sup> Le Programme des Nations Unies sur le vieillissement, SeniorWeb et le Institute for Applied Gerontology de Vrije Universiteit (Amsterdam) ont créé une base de données sur les politiques et programmes relatifs au vieillissement qui bénéficie d'un soutien financier des Pays-Bas. [www.un.org/esa/socdev/ageing/ppoa](http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ppoa)

diabète ou les cardiopathies, a des origines qui remontent à la plus tendre enfance, et parfois même, avant.

**4. Le développement d'une politique basée sur le partenariat.** Il s'agit d'un partenariat sous toutes ses formes, notamment entre les trois principaux acteurs : le public, le privé et la société civile.

**5. La participation de la personne âgée et l'autonomie qu'elle implique.** Les personnes âgées doivent participer activement à l'élaboration et à la mise en oeuvre des politiques, y compris de celles qui les concernent particulièrement. Cette contribution, qui doit se faire sur tous les plans spirituel, culturel et socio-économique, est précieuse pour la société et devrait être reconnue et favorisée. Les dépenses pour les personnes âgées devraient être considérées comme un investissement durable. Pour obtenir cette participation et la faire durer dans le temps, il faut œuvrer pour que cette population conserve son indépendance et son autonomie.

**6. La promotion et le renforcement du rôle de la famille.** La famille, sous ses formes et structures diverses, est un élément fondamental de la société ; elle établit un lien entre les générations et elle devrait être maintenue, renforcée et protégée en accord avec les traditions et les coutumes du pays. Dans ce cas, le Rapport du Secrétaire Général des NU<sup>34</sup> souligne que « *c'est à la famille et à la collectivité qu'il incombe de s'occuper de leurs membres* ». Tout en reconnaissant « *la nature complexe de la famille, des arrangements existant entre ses membres et des structures communautaires, soulignant bien que le rôle des familles et collectivités ne doit pas être considéré comme allant de soi par les décideurs* ».

L'action au niveau familial renforce les liens de solidarité, favorise l'autonomie individuel, tout en recherchant simultanément à développer la solidarité au sein de la communauté. Cette action en faveur de la famille peut prendre des formes multiples notamment l'aide, plutôt le Droit d'avoir accès, en suffisance, aux vivres, à l'eau, au logement, aux vêtements et aux soins de santé grâce à leur revenu, au soutien des familles et de la communauté, et à l'auto- assistance. Pour les fonctionnaires, par exemple, cet appui peut prendre la même forme d'allocations familiales, au même titre que pour les enfants. En contrepartie, les personnes âgées peuvent être également une source de revenu pour les familles.

---

<sup>34</sup> ONU. Rapport du Secrétaire Général des NU. Assemblée Générale. 20 juillet 2000. [A55/167]

## **7 : Le déploiement d'une organisation de services socio- sanitaires intégrée.**

Pour orienter les choix en matière de réorganisation des services et répondre aux besoins de la personne âgée, conformément à l'ensemble des principes identifiés, trois orientations ont été retenues<sup>35</sup> :

- l'intégration des services ;
- l'accès à une gamme de services répondant à la volonté d'agir précocement et mieux adaptés à la diversification et à la complexité des besoins des personnes âgées ;
- la qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux de prestation de soins.

De ce fait, il est primordial de réfléchir sur le rôle du gouvernement central et celui des différents paliers de gouvernement, sur le degré d'intégration des services sociaux et des services sanitaires, sur la nature des prestations offertes par chacun des secteurs concernés et sur leur mode de financement respectif.

## **8 : La promotion d'une politique globale d'une Société pour tous les âges<sup>36</sup>.**

Selon le rapport cité ci-dessous, la réponse donnée par les politiques à la problématique des personnes âgées, est focalisée sur la prestation de soins de santé et la pension de retraite, pour assurer une certaine sécurité financière. Cette politique, quoique importante, demeure inadéquate et insuffisante par rapport à l'importance des besoins de la personne âgée actuelle et celle à venir, comme elle pose un problème de pérennité. Dans le nouveau modèle de société pour tous les âges, chaque âge aura sa place : la discrimination et la ségrégation involontaire fondées sur l'âge y auront disparu ; la solidarité et le soutien mutuel entre les générations y seront encouragés. Par ailleurs, il faut souligner que « *les relations intergénérationnelles remplissent une fonction vitale dans la société, tant au niveau de l'individu, de la famille et de la collectivité, qu'au niveau plus vaste de l'ensemble de la société*<sup>37</sup> ».

Du fait que le vieillissement soit un processus qui s'étend sur toute la vie, il doit être reconnu comme tel. La préparation de la population toute entière aux dernières étapes de la vie devrait faire partie intégrante des politiques sociales

---

<sup>35</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec : Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, 2001.

<sup>36</sup> Highlights of an expert consultation on developing a policy framework for a society for all ages. From the Annex of A54/268. Report of the Secretary General. International Year of Older Persons 1999: activities and legacies.

<sup>37</sup> ONU. Vieillesse : Cadre conceptuel. Site Web: [www.un.org/esa/socdev/ageing](http://www.un.org/esa/socdev/ageing)

et faire entrer en ligne de compte les facteurs physiques, psychologiques, culturels, religieux, spirituels, économiques, sanitaires et autres.

Le vieillissement, symbole d'expérience et de sagesse, peut également favoriser l'épanouissement personnel de chaque individu, selon ses croyances et ses aspirations<sup>38</sup>.

**9 : La promotion du concept de Population Agée Active.** Ce principe implique l'abandon du stéréotype de personne âgée dépendante et la prise en considération du choix des personnes et leurs circonstances et en supprimant les mesures incitatives au départ obligatoire à la retraite, et en réduisant les barrières à un emploi à temps partiel. Le concept de personne âgée active exige un environnement habilitant, qui offre des opportunités durant tous les stades de la vie à fin de développer les capacités, « le capital », et de favoriser l'ajustement des familles et des communautés, eu égard aux nouvelles tendances démographiques. L'ajustement doit être opéré au niveau individuel, familial, communautaire et du pays dans sa globalité.

En conclusion, une politique visant l'édification « d'une société pour tous les âges » implique une approche holistique du vieillissement mettant l'accent sur les possibilités à long terme, la prévention tout au long de la vie et les ajustements sociaux de la part des pouvoirs publics, des familles, des collectivités locales et des personnes âgées elles-mêmes. L'approche proposée est basée sur quatre composantes, à savoir :

- i) la contribution, ou l'apport des personnes âgées elles-mêmes ;
- ii) la capacitation ou l'action de cumuler les compétences durant toute la vie et de construire sur les acquis ;
- iii) l'enrichissement mutuel intergénérationnel au sein des familles et des communautés ;
- iv) l'ajustement de l'infrastructure nationale, dans le sens de son adaptation aux changements démographiques et autres.

---

<sup>38</sup> ONU. Rapport de l'Assemblée Mondiale sur le Vieillissement. Vienne 1982. A/CONF.113.31

## IV. Suggestions et recommandations

Eu égard aux caractéristiques de la personne âgée, et surtout son caractère à la fois vulnérable et potentiellement actif, aux recommandations et résolutions de l'ONU, notamment les Plans d'actions internationaux en la matière, et eu égard à ce qui est développé dans d'autres pays, nous proposons les recommandations suivantes.

Notons aussi que les suggestions et recommandations proposées émanent, en partie, du Rapport national sur le vieillissement et, en partie des principes de l'ONU et des éléments d'analyse contenus dans le présent rapport. Ces recommandations, au nombre de 28, ont été classées en huit axes qui se présentent comme suit :

### a. Politique et encadrement

1. Reconnaissance de la population âgée comme groupe de population vulnérable prioritaire, que sa problématique fasse partie de la politique de population de manière explicite. Concrètement, il s'agit de la désignation d'un département ministériel responsable de la coordination entre les différents acteurs impliqués dans la politique relative aux personnes âgées.
2. Révision de la mission et du rôle de l'Entraide Nationale, en veillant à la prise en charge d'une personne âgée, non pas comme un devoir de 'charité et de bienfaisance', mais plutôt de Droit de la personne âgée. L'action sociale mérite d'être modernisée, développée et restructurée dans cette perspective.
3. Création d'un organisme national d'études et de recherches sur la vieillesse avec la participation de tous les acteurs nationaux.
4. Création d'un observatoire national des droits des personnes âgées, au même titre que ceux qui existent pour les enfants et la femme.
5. Réalisation d'études et de recherches prospectives visant l'identification des besoins des personnes âgées et les méthodes permettant de les satisfaire ainsi que la détermination des contraintes.
6. Elaboration d'une charte nationale sur les droits des personnes âgées.

### b- Sécurité sociale

7. Elargissement du système de sécurité sociale pour couvrir d'autres catégories exerçant dans le secteur privé;

8. Adaptation du système d'assurance maladie obligatoire (AMO) aux besoins et spécificités des personnes âgées ;
9. Accélération de la mise en œuvre du RAMED et faire en sorte qu'il réponde à leurs besoins, particulièrement ceux qui ont un revenu limité;
  - c. Revenu et sécurité financière
10. Revalorisation des pensions allouées par les caisses de retraite selon l'évolution du niveau de vie pour assurer aux personnes âgées concernées un niveau de vie décent;
11. Réduction du prix des billets des moyens de transports publics en faveur des personnes âgées ;
12. Etude de la possibilité de donner toutes les facilités et d'assurer l'exonération nécessaire au profit des personnes âgées vulnérables pour l'obtention de documents administratifs ou pour bénéficier gratuitement des prestations publiques au niveau des Préfectures et Provinces;
13. Création d'une caisse nationale propre à la protection des personnes âgées vivant dans le dénuement.
  - d. Soins et services offerts aux personnes âgées
14. Réflexion sur les possibilités d'intégration des services médicaux et sociaux. La réponse aux besoins des personnes âgées souffre de ce 'saucissonnage', d'autant plus qu'il est difficile de séparer entre ce qui est social et soins sanitaire.
15. Adaptation de l'infrastructure sanitaire aux spécificités des personnes âgées, notamment en convertissant des lits existants pour faire de la gériatrie, en développant les compétences des professionnels de santé en gériatrie, en réaménageant l'espace physique de circulation et de communication, et en acquérant l'équipement biomédical requis, etc.
16. Amélioration du niveau des services offerts aux retraités et à leurs ayants droit.
17. Création d'infrastructures de protection sociale dans les quartiers marginalisés.
18. Développement et encadrement des foyers pour personne âgée (ex. maisons de bienfaisance).

19. Promotion et préparation des jeunes aux métiers associés aux personnes âgées. Un travail exploratoire serait requis pour identifier ces métiers et les mettre en œuvre sous la direction de l'Office Nationale de Formation professionnelle et de la promotion de l'emploi.

e. Travail associatif

20. Encadrement et développement des fondations et des associations des œuvres sociales par les secteurs concernés en vue d'offrir les services requis au profit des personnes âgées retraitées, notamment celles qui ont un revenu limité ;

21. Incitation des personnes âgées en vue de leur intégration de façon adéquate dans la vie économique et sociale, notamment dans les associations de quartier, des écoles, des foyers de jeunes, etc. en vue de bénéficier de leurs savoirs et leur permettre de faire le travail de lien entre les générations ;

f. Information et sensibilisation

22. Création d'un site Web dédié à la personne âgée. Celui-ci peut contenir, entre autres, des données sur la situation démographique, sociale, la liste des organisations qui intéressent les personnes âgées. Comme il doit mettre en exergue surtout leurs Droits, tels que les régimes de pension, les formulaires à remplir, les modalités de recours en cas de problèmes, etc.

23. Mise en place d'un programme de sensibilisation, d'éducation et de protection avec la participation de tous les intervenants.

24. Organisation de cycles de formation et d'ateliers de travail pour le renforcement des compétences des professionnelles qui oeuvrent dans le domaine de la vieillesse.

25. Dynamisation des activités organisées à l'occasion de la célébration de la journée mondiale des personnes âgées, en activant et diversifiant des campagnes de sensibilisation et d'information publique afin d'approfondir la culture de la solidarité entre les générations;

g. Famille

26. Dynamisation du rôle de la famille dans la protection des personnes âgées, leur maintien à domicile, la valorisation de leur rôle. C'est un travail de fond qu'il faut mener auprès des familles pour mettre en valeur les principes de l'Islam, et la solidarité entre les générations.

27. Adoption de programmes d'appui et de protection des personnes âgées maintenues à domicile, en milieu familial et qui se trouvent dans une situation difficile

h. Habitat

28. Commencer à réfléchir à adapter l'architecture de nos maisons, nos hôpitaux, nos rues, nos établissements et services fréquentés par les personnes âgées et à leurs spécificités. L'Ordre des architectes devrait jouer un rôle de leadership dans ce domaine. Les conseils communaux, les Wilayas, les agences de développement, les intervenants dans la conception des schémas directeurs sont directement concernés.

## Conclusion

Le vieillissement est devenu une réalité, un phénomène social mondial, et il le sera encore plus dans les décennies à venir. La population âgée est un autre groupe vulnérable qui s'ajoute à celui des jeunes, reconnus tous les deux, beaucoup plus comme des consommateurs de ressources. De ce fait, ils se trouvent en compétition pour des ressources limitées, ce qui constitue un défi et une source de complexité pour les décideurs.

Ses effets, s'ils ne sont pas très évidents aujourd'hui, ils le seront beaucoup plus demain. Le vieillissement retentit sur le développement social et économique, greffe le budget, perturbe la structure familiale et sociale, retentit sur la structure de l'emploi, etc.

Au niveau national, il y a un environnement favorable à la définition d'une politique nationale en faveur des personnes âgées qui s'inscrit dans la logique des recommandations et des principes de l'ONU en la matière. Selon ces principes basés sur les Droits, l'Etat marocain est responsable, en partenariat avec les autres acteurs du secteur privé et de la société civile, pour assurer le bien-être de la population âgée au même titre que les autres catégories de population.

Le contexte actuel est approprié pour jeter les bases d'une nouvelle politique de population qui tienne compte de la personne âgée et des nouvelles données en la matière. Cette politique doit être orientée vers un modèle de 'société pour tous les âges'. Les pratiques et les stéréotypes qui veulent que la personne âgée se retire à l'âge de la retraite, qu'elle est beaucoup plus consommatrice de ressources et dépend des autres pour satisfaire ses besoins, sont à bannir. Au contraire, il faut adopter une approche positive qui considère la personne âgée comme un capital et un acquis de la société qu'il faut savoir encore utilisés. Les personnes âgées constituent une ressource valable. Ils sont les dépositaires de la tradition, de la culture, des connaissances et du savoir-faire. Ces qualités sont essentielles au maintien de liens entre les générations. Le rôle de la personne âgée pour faire le lien, une sorte de courroie de transmission entre les générations, n'est plus à démontrer sur la scène familiale et communautaire.

Par conséquent, c'est une approche globale qu'il faut adopter qui porte sur l'ensemble de la vie, c'est-à-dire envisager le vieillissement en bonne santé déjà à un âge précoce. D'autant plus que cette approche touche plusieurs secteurs : l'éducation, l'emploi, le travail, les finances, la sécurité sociale, le développement rural et urbain, le logement, les transports et la justice. Elle

favorise donc un travail multisectoriel et multidisciplinaire. Donc ce n'est pas la vieillesse en soi qui pose problème, mais c'est plutôt le vieillissement mal préparé à l'échelle individuel, familial et collectif qui peut transformer la vieillesse en fardeau. Ce fardeau sera d'autant plus lourd et complexe à gérer, que la réponse requise tarde à venir.

## Références bibliographiques

1. Banque Mondiale. Note sur la protection sociale au Maroc. Rapport No 22486-MOR. Décembre 2002.
2. Donaldson, Peter J. & Carnevale, Ellen. World population: more than just numbers. © Copyright 1999. Population Reference Bureau, Washington, DC.
3. DGAS - Sous direction des âges de la vie - Bureau des personnes âgées. 11 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon - 75015 PARIS.
4. Entraide Nationale. Bilan de l'action sociale 2004. Rapport disponible au site web : [www.entraide.ma](http://www.entraide.ma)
5. Entraide Nationale. Rapport d'étude sur l'état actuel des institutions sociales de bienfaisance. Avril 2005. Site Web : [WWW.entraide.ma](http://WWW.entraide.ma) L'étude a concerné 500 institutions du Royaume.
6. Government of India; Ministry of Social Justice & Empowerment; Annual Report 2002-2003. Sites webs: <http://www.ilcindia.org/gov-policy.pdf>
7. Henrard, J-C., et Ankri, J.; Vieillesse, grand âge et santé publique. Editions ENSP. 2003.
8. Kalache, Alexandre, coordonnateur du programme OMS «Vieillesse et qualité de vie»
9. KANE, K. et BLEWETT, L.A.. «Quality assurance for a program of comprehensive care for older persons », Health Care Financing Review, Summer, 1993.
10. Kohn, Rebeca Rios. Atelier de formation des formateurs sur l'approche de programmation basée sur les droits humains au Maroc. Essaouira, 7 Novembre 2005. Atelier organisé par l'UNICEF
11. Ministères de l'emploi et de la solidarité, de la santé et des personnes âgées. Circulaire n° DHOS/02/DGS/SD5D/n° 2002/157 du 18 mars 2002. République Française.
12. Ministère de l'emploi, de la formation professionnelle, du développement social et de la solidarité : Rapport national sur le

- vieillissement. Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. Madrid (8-12 avril 05). Avril 2005.
13. Ministère de l'emploi, de la formation professionnelle, du développement social et de la solidarité. Direction de l'Entraide Nationale. Rapport sur la protection des personnes âgées au Maroc (RPPA). 2005. (Rapport, en langue arabe).
  14. Ministère de l'emploi, de la formation professionnelle, du développement social et de la solidarité (MEFPDSS). Rapport National sur le vieillissement (RNV). Préparé à l'occasion de la deuxième Assemblée Mondiale sur le vieillissement. Madrid (8-12 avril 05).
  15. Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Lettre du 28 mai 2003. France
  16. Ministère de la santé et de la protection sociale ; Ministère Délégués aux personnes âgées. Actes des rencontres nationales du CNRPA, des CODERPA et des CORERPA : Les retraités et les personnes âgées : enjeu de la société, défi du XXI ième siècle. Paris. Avril 2004.
  17. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS): Orientations ministérielles sur les services offerts aux populations âgées en perte d'autonomie. Québec. février 2001.
  18. Ministères des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Secrétariat d'état aux personnes âgées. Des générations en action : guide méthodologique. Novembre 2004. Travail réalisé par Mohammed Malki.
  19. ONU. Plan international d'action sur le vieillissement. Madrid. 2002
  20. ONU. Principes des Nations Unies pour les personnes âgées. 16 décembre 1991 - Résolution 46/91
  21. ONU. Programme international d'actions. Sommet mondial pour le développement social de Copenhague de 1995. Le concept de *société pour tous les ages*.
  22. ONU. Rapport de l'Assemblée Mondiale sur le Vieillissement. Vienne 1982. A/CONF.113.31 (Comporte, entre autres, la Déclaration politique et le plan international d'action)
  23. ONU. Rapport de l'Assemblée Mondiale sur le Vieillissement. Vienne 1982. A/CONF.113.31. Résolution 37/51, du 03 décembre 1982.

24. Paule Lebel ; Cahier de formation projet SIPA, 1999.
25. Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux (Montréal Centre) : Prévenir, guérir, soigner les défis d'une population vieillissante. Rapport annuel 1999. Dépôt légal : 4e trimestre 1999.
26. Rowe, John et Kahn, Robert : Se préparer à un monde plus vieux. Population Matters. Publication de la RAND<sup>®</sup>. Organisation à but non lucratif.
27. Secrétaire Général des NU. Rapport de l'Assemblée Mondiale sur le vieillissement, 1982.
28. Secrétaire Général des NU. Rapport de l'Assemblée Générale. 20 juillet 2000. [A55/167]. «Cadre conceptuel»
29. Secrétariat d'Etat Chargé de la Famille de l'Enfance et des Personnes Handicapées. Bilan des actions de 2004.
30. Secretary General. Report on the International Year of Older Persons 1999: activities and legacies. Highlights of an expert consultation on developing a policy framework for a society for all ages. From the Annex of A54/268.
31. World Health Organization. Active Ageing : A Policy Framework.

### Sites Web utilisés:

[www.un.org/esa/socdev/ageing](http://www.un.org/esa/socdev/ageing)

[www.un.org/french/esa/socdev/iyop/friycf.htm](http://www.un.org/french/esa/socdev/iyop/friycf.htm)

[www.rand.org/popmatters](http://www.rand.org/popmatters)

[www.prb.org](http://www.prb.org)

[www.who.int/hpr/ageing](http://www.who.int/hpr/ageing)

[www.personnes-agees.gouv.fr](http://www.personnes-agees.gouv.fr)

[www.afbah.org](http://www.afbah.org)

[www.accordages.com](http://www.accordages.com)

<http://nice.nisd.gov.in/>

<http://nice.nisd.gov.in/publications.php>

[http://www.harmonyindia.org/hportal/VirtualPageView.jsp?page\\_id=387](http://www.harmonyindia.org/hportal/VirtualPageView.jsp?page_id=387)

<http://www.ilcindia.org/gov-policy.pdf>

<http://www.helpageindia.org/aboutus.php>

## ANNEXE1

### Quelques expériences internationales

#### I- Le cas de la France<sup>39</sup>

En France, et depuis 1997, les moins de quinze ans sont passés sous le seuil des 20 % de la population alors que les plus de soixante ont dépassé ce seuil. Dès 2010, les Français de plus de 60 ans seront plus nombreux que ceux de moins de 20 ans. Par conséquent le phénomène du vieillissement est très évident dans ce pays. La population française est couverte par un système d'assurance maladie universelle, vis-à-vis duquel tous les citoyens et immigrés réguliers appartiennent au même système d'assurance maladie collectif, notamment les personnes âgées.

Les faits saillants de la politique française en matière de population âgée sont les suivants :

##### *a. Approche globale basée sur le Droit.*

Notons en premier lieu que la problématique des personnes âgées est gérée selon une approche basée sur le Droit et ce à travers un dispositif juridique important qui définit et protège les droits de cette catégorie de population, dont la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ; la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002<sup>40</sup> qui définit les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux, et médico-sociaux, etc.

##### *b. Encadrement de l'action française en faveur des personnes âgées.*

Les principaux acteurs intervenant dans le domaine sont :

i) Le Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, et à la famille. Il pilote et met en œuvre la politique gouvernementale dans le domaine.

---

<sup>39</sup> Sources de données : Site Web : [www.personnes-agees.gouv.fr](http://www.personnes-agees.gouv.fr)

<sup>40</sup> Cette Loi régit plus de 32 000 structures représentant plus d'un million de places et 400 000 salariés. Elle reconnaît sept droits fondamentaux dont : le respect de la dignité, la sécurité, le libre choix entre les prestations à domicile ou en établissement, l'accès à l'information, la prise en charge ou l'accompagnement individualisé et de qualité en respectant le consentement éclairé, la participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

ii) Les Instances consultatives <sup>41</sup> à savoir:

- Comité National des retraités et des personnes âgées (CNRPA).
- Comité Départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA).
- Comité Régional des retraités et des personnes âgées (CORERPA).

iii) Les associations. Il s'agit d'un tissu associatif très dense qui anime le secteur et intervient dans de nombreux domaines. Dans ce cas, nous voulons souligner leurs contributions au développement d'actions en faveur des liens entre les générations, un aspect aigu de la problématique des personnes âgées. Un travail de synthèse a été réalisé dans ce sens<sup>42</sup>.

iv) La société française de gérontologie qui est une société savante.

### *c. Programmes et actions phares en matière de personnes âgées.*

La politique française en matière de personnes âgées est assez globale et cherche à couvrir leurs besoins dans tous les domaines. Les éléments de cette politique ainsi que le dispositif mis en place, pour sa mise en œuvre, par domaine d'action et l'infrastructure de base y afférente se présentent comme suit :

**- Le programme national «Bien vieillir<sup>43</sup>».** Le but de ce programme est de *«permettre à toute personne de bénéficier pleinement de cette période de la vie ; promouvoir des comportements qui retardent les effets du vieillissement, préviennent la maladie et assurent une réelle qualité de vie»*. Il comprend deux volets: i) la promotion de la santé et du bien être, (nutrition et activité physique et sportive; ii) l'amélioration de la qualité de vie (consolidation des liens intergénérationnels, développement du rôle social des seniors dans les domaines culturel, professionnel, et touristique, lutte contre la sédentarité et la solitude, etc.).

---

<sup>41</sup> Ministère de la santé et de la protection sociale ; Ministère Délégué aux personnes âgées. Actes des rencontres nationales du CNRPA, des CODERPA et des CORERPA : Les retraités et les personnes âgées : enjeu de la société, défi du XXI ème siècle. Paris. Avril 2004.

<sup>42</sup> Ministères des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Secrétariat d'état aux personnes âgées. Des générations en action : guide méthodologique. Novembre 2004. Travail réalisé par Mohammed Malki. [www.accordages.com](http://www.accordages.com)

<sup>43</sup> C'est un Programme National pluri-annuel 2003-2005, intitulé « Bien Vieillir ».

- **Les établissements d'hébergement ou « logement-foyer ».** Ce sont des structures d'hébergement pour personnes âgées non dépendantes, constituant ainsi un substitut au logement d'origine. Il s'agit d'un groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs (restauration, blanchissage, infirmerie, animation). Ces établissements, souvent gérés par un centre communal d'action sociale ou une association, ne sont généralement pas médicalisés. Ces logements-foyers, au nombre de 3023 au 31 décembre 2003 et offrant 157 619 places, relèvent d'une double réglementation : établissement social et médico-social

- **Les Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC).** Le CLIC<sup>44</sup> est un guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées. Il évalue les besoins des personnes, élabore avec elles un plan d'aide individualisé, coordonne la mise en œuvre du plan d'aide et d'accompagnement à domicile. Il initie et développe dans le cadre de son réseau les actions de prévention du vieillissement, de soutien aux aidant naturels, de formation qui contribuent à la qualité de la vie à domicile des personnes âgées. Il joue aussi le rôle d'observatoire de la vieillesse et des problématiques liées à la dépendance et coordonne au niveau territorial l'action des acteurs impliqués. La France dénombre 529 CLIC répartis en 3 niveaux de label en fonction de leur mission. Notons enfin qu'un site Web est dédié aux CLIC ([www.personnes-agees.gouv.fr](http://www.personnes-agees.gouv.fr)).

- **L'infrastructure de soins et de réadaptation.** Dans le domaine de la santé, la prise en charge des problèmes de santé des patients gériatriques est faite dans le cadre d'une filière de soins, soit une organisation intégrée. Cette intégration est réglementée par une circulaire conjointe de trois ministères concernés<sup>45</sup>. Cette circulaire institue et insiste sur le travail en réseau, l'intégration de la problématique dans le cadre du Schéma Régional de l'Offre des Soins (SROS) et des projets des établissements. L'infrastructure et les intervenants qui composent cette filière se présente comme suit : le médecin généraliste, garant de l'approche de proximité et de l'intégration, les consultations et pôles d'évaluation gériatriques développés par les hôpitaux, l'hôpital local (en tant que premier maillon de soins hospitaliers de proximité), les services de

---

<sup>44</sup> Lettre circulaire N°DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre

Source : DGAS - Sous direction des âges de la vie - Bureau des personnes âgées. 11 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon - 75015 PARIS. Site Web : [www.personnes-agees.gouv.fr](http://www.personnes-agees.gouv.fr)

<sup>45</sup> Circulaire n° DHOS/02/DGS/SD5D/n° 2002/157 du 18 mars 2002 adressée par le Ministère de l'emploi et de la solidarité, celui de la santé et celui des personnes âgées.

médecine gériatrique existant dans les hôpitaux, les équipes mobiles gériatriques rattachées aux CHU, les services de soins de suite et de réadaptation gériatriques implantés au sein d'établissements de santé publics et privés, l'hospitalisation et les services de soins infirmiers à domicile, le Programme national de développement des soins palliatifs.

- **La lutte contre la malnutrition** dont l'objectif est de réduire le nombre de personnes âgées dénutries par des actions d'aide et de maintien à domicile, l'accès à une alimentation de qualité, la diffusion de recommandations de bonnes pratiques, l'amélioration de la formation des intervenants en institution et au domicile des personnes, etc.

- **Le système de retraite.** Dans ce cas, la France a fait le choix de la solidarité entre les générations, avec un système de répartition : les cotisations versées par les actifs au titre de l'assurance vieillesse sont utilisées pour payer les pensions des retraités. Le système de retraite français se caractérise par une grande variété de régimes (salariés du secteur privé, salariés du secteur public, professions libérales, artisans, commerçants, agriculteurs non salariés, etc.). Il existe également des régimes dits « spéciaux », qui permettent de prendre en compte la diversité des situations et des groupes professionnels. Ce système fait l'objet de réforme visant à garantir un bon niveau de pension, à préserver l'équité et l'esprit de justice et donne la souplesse à chacun de prolonger effectivement ou non sa durée d'activité<sup>46</sup>.

- **L'habitat.** Dans ce domaine, l'action vise le développement et l'intégration du "volet habitat" dans le dispositif de maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, et ce, par la prestation de services liées à l'adaptation de l'habitat.

### **1. Le cas du Québec :**

Au Québec, la politique en matière de personnes âgées est gérée par le Ministère de la Santé et des Services ainsi que par le Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine. Dans cette province<sup>47</sup>, la première moitié du XXIe siècle sera caractérisée par une population qui vieillit rapidement. Ce vieillissement se répercute également sur le marché du travail

---

<sup>46</sup> Lettre du Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. 28 mai 2003.

<sup>47</sup> Source : Institut de la statistique du Québec. Rapport 'Sous le signe du vieillissement'. Pyramides des âges de la population du Québec, 2001-2026 et 2001-2051, scénario A de référence. Site Web : [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)

qui connaît une population en âge de travailler en mutation, plus souvent en fin de carrière qu'au début, et de plus en plus difficile à renouveler. « Papy boom », pouvoir gris, gérontocratie, sont des expressions utilisées pour décrire le vieillissement démographique. Ainsi et de 965 000 qu'il est actuellement au Québec, le nombre de personnes de 65 ans et plus passera à 2,2 millions en 2031. Tout comme le nombre, la part des 65 ans et plus poursuit sa rapide ascension. De 7 % à 13 % entre 1971 et 2001, la progression accélère au point d'atteindre 27 % en 2031, puis elle se fait plus lente et amène la proportion à 30 % en 2051.

En 2003, une consultation nationale<sup>48</sup> a été réalisée qui a abouti à la proposition de recommandations qui pourraient être intégrées dans le plan d'action gouvernemental fondée sur les quatre objectifs suivants :

- changer la perception et la façon de voir les aînés dans la société;
- intervenir sur les nouvelles réalités démographiques et en documenter les effets;
- encourager et soutenir la participation sociale, civique et professionnelle des aînés en créant des ponts intergénérationnels pour permettre à la fois aux jeunes de profiter de l'expérience des aînés et aux aînés de transmettre leurs savoirs;
- susciter et promouvoir la contribution, sous diverses formes, des aînés et des futurs aînés et assurer la cohésion de l'activité gouvernementale à cet égard.

***a. Services socio sanitaires offerts aux personnes âgées :***

Au Québec<sup>49</sup>, les personnes âgées bénéficient d'une gamme de services socio sanitaires, qui se veut « mieux adaptée à la diversification et à la complexité de leurs besoins ». Cette gamme, qui était préalablement orientée surtout vers la compensation des incapacités, s'oriente de plus en plus vers les moyens de soutenir l'intervention précoce, le traitement et la réadaptation, dans

---

<sup>48</sup> Gouvernement du Québec : une pleine participation des aînés au développement du Québec. Forum des générations. Octobre 2004. Rapport de l'équipe de travail rendu public le 4 octobre 2005. Site Web : [www.consultation-aines.gouv.qc.ca](http://www.consultation-aines.gouv.qc.ca)

<sup>49</sup> MSSS. Orientations ministérielles en matière de services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie pp. 28

le cadre d'un réseau de services intégrés. La gamme de services offerts et qui doivent être disponibles, quel que soit le milieu de vie ou la région dans laquelle la personne âgée se trouve, se présente comme suit :

- L'information, la prévention et le dépistage pour agir précocement sur plusieurs problèmes que connaissent les personnes âgées et ainsi de retarder, ou même d'empêcher, l'apparition d'une maladie invalidante ou entraînant une incapacité.
- L'aide aux personnes âgées elles-mêmes, en vue de répondre à leurs besoins quotidiens et à compenser leurs incapacités, et ce par des activités diversifiées : soins d'hygiène, alimentation, activités domestiques, déplacements, activités civiques.
- L'aide aux proches comme mesure de solidarité sociale et comme moyen pour prévenir la fatigue, le stress et l'épuisement des proches.
- Les services professionnels de base. Ils représentent la part importante des soins offerts à domicile ou en établissement par le système public. Ils comprennent généralement les catégories de services suivantes: les soins infirmiers préventif, curatif et palliatif ; Les services médicaux; Les services de réadaptation et d'adaptation; Les services psychosociaux ; Les services de pharmacie ; et des services de nutrition.
- Les services professionnels spécialisés, tels que les services de gériatrie, la psychogériatrie et de réadaptation.
- Les soins palliatifs exigés par l'évolution des problèmes de santé et des modes de prise en charge des soins de fin de vie, dans le souci d'assurer la continuité et la globalité, et ce, par un meilleur encadrement des pratiques médicales et organisationnelles, une gestion appropriée de la douleur.

#### ***b. Mécanismes d'assurance qualité***

Dans ce domaine, *«l'initiative des intervenants et des gestionnaires est centrale. C'est à eux qu'appartient la responsabilité première de mettre en œuvre les moyens qui vont assurer la qualité des services, peu importe le milieu de vie des personnes»* souligne le rapport du MSSS cité ci dessus. Cinq principes importants ont été retenus pour établir des standards de qualité et guider les interventions : le respect de l'identité et de la dignité de la personne âgée, le soutien à la personne âgée pour qu'elle garde le contrôle de sa vie et de

son autonomie, le respect de son intimité, la sécurité et le confort. Parmi les moyens prévus pour assurer la qualité des pratiques et des services, l'auteur rapporte : le travail en équipe multidisciplinaire ; l'utilisation de plus en plus systématique des technologies ; l'élaboration de guides de pratique ; la participation de la population à travers des instances externes, telles que les comités d'usagers; L'accréditation via des démarches d'agrément visant à maintenir et à améliorer la qualité des services<sup>50</sup>.

Notons enfin que selon la Commission des normes du travail, la retraite obligatoire est abolie. En effet, un employeur n'a pas le droit de congédier une personne salariée pour le seul motif qu'elle a atteint ou dépassé l'âge ou le nombre d'années de service qui lui permettraient de prendre sa retraite.

## **2. Le cas de l'Inde<sup>51</sup>**

En Inde, la problématique de la population âgée se caractérise par un vieillissement prononcé, dont 80% se trouvent dans le milieu rural et 30% sont au dessous du seuil de pauvreté et une faible couverture par le système de pensions de retraite. En outre, l'Inde occupe la seconde place parmi les pays qui regroupe le plus grand nombre de personnes âgées. Dans ce vaste et peuplé pays, la politique en matière de personnes âgées est coordonnée par le Ministère de la Justice Social et de l'Empowerment'. Ce dernier dispose d'un outil scientifique et opérationnel 'The National Institute of Social Defence' qui a pour mission de conseiller le ministère dans le domaine et pour agir en tant que centre d'excellence en recherche et en formation en gériatrie et dans les aspects essentiels de la problématique des personnes âgées.

Les principaux programmes de prise en charge des personnes âgées sont les suivants :

### **1. Projet OASIS (Old Age Social and Income Security)**

Ce projet a été restructuré en 2000 par un groupe d'experts qui a soumis au ministère un rapport sur le projet OASIS qui contient la politique et les actions à entreprendre pour restructurer le système existant de prise en charge des

---

<sup>50</sup> K. KANE et L.A. BLEWETT. «Quality assurance for a program of comprehensive care for older persons », Health Care Financing Review, summer 1993.

<sup>51</sup> Cette partie a été rédigée à partir des sources suivantes: Government of India; Ministry of Social Justice & Empowerment; Annual Report 2002-2003. Sites Web utilisés: <http://nice.nisd.gov.in/>; <http://nice.nisd.gov.in/publications.php>; [http://www.harmonyindia.org/hportal/VirtualPageView.jsp?page\\_id=387](http://www.harmonyindia.org/hportal/VirtualPageView.jsp?page_id=387) <http://www.ilcindia.org/gov-policy.pdf>; <http://www.helpageindia.org/aboutus.php>

personnes âgées. Ce projet vise l'incitation des jeunes travailleurs à épargner très tôt dans la vie active de façon à assurer sa protection contre la pauvreté à l'âge avancé. A cette fin, le projet prévoit la création d'un compte personnel qui suit l'individu même s'il change d'emploi et un système de taxation de l'épargne double : élevé à l'occasion d'un retrait effectué à un bas âge (pour dissuader les gens à ne pas retirer d'argent aux moments de crise) et un taux d'intérêt intéressant pour les inciter à épargner plus. La gestion de ces fonds sera confiée à une institution spécialisée en finance.

**2. “Integrated programme for older persons”.** Il s'agit d'un programme intégré pour personnes âgées qui préconise d'apporter un soutien financier aux projets des ONGs qui visent à assurer le maintien à domicile des personnes âgées, à supporter les Centres de soins de jour et les Unités médicales mobiles et ce jusqu'à hauteur de 90% de leur coût.

**3. Programmes de soutien aux “Panchayati Raj Institutions” & “Voluntary Organisations” & “the Self-help Groups”.** Dans ce cadre, le gouvernement accorde des subsides pour la construction de centres multiservices au profit des personnes âgées.

**4. Le Projet “National Initiative on Care for Elderly” (NICE).** Cette initiative nationale de soins pour personnes âgées est un projet qui a été développée par le National Institute of Social Defence en vue d'améliorer les soins offerts à cette catégorie de population dans un milieu non institutionnel. Le projet met l'accent sur la génération de l'information, l'analyse des besoins, le développement d'interventions efficaces et l'optimisation des capacités des acteurs pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

**5. “HelpAge India”.** C'est une ONG, dont le patron est Mr. R Venkataraman, ex Président de l'Inde. Elle dispose de 32 agences régionales et couvre tout le territoire indien. HelpAge India, dont le but ultime est d'habiliter les personnes âgées à prendre les décisions qui les concernent, a changé d'orientation en passant d'un système d'action basé sur l'assistance des personnes âgées à un autre qui met l'accent sur le développement et le développement des capacités de ces personnes. Les actions privilégiées sont celles qui cherchent à générer des revenus, via des projets de micro crédits, entre autres mesures. HelpAge India gère et supporte les projets et services suivants :

- Soins Ophtalmiques dans le but de dépister et de traiter les maladies oculaires, le système de campagne est préconisé. Il en est de même pour le Cancer et la maladie d'Alzheimer.

- Unités Mobiles de soins : (MMU's) : 55 unités mobiles offrent des services à domicile aux personnes âgées dans le milieu rural et les bidonvilles.
- Income Generation Schemes : cherche à rendre les personnes âgées plus autonomes et de vivre dans la dignité par le développement d'activités génératrices de revenu
- Day Care Centers : L'Inde dispose de 98 centres de soins de jour où les personnes âgées peuvent passer du temps, rencontrer leur pairs, et même dispenser des services qui génèrent des fonds.
- Adopt-A-Gran : c'est un projet unique qui fédère les 'sponsors' qui veulent adopter des personnes âgées indigentes. 15 000 personnes ont été adoptées sous ce programme.
- Homes for the Aged : 194 maisons de vieillards destinées à ceux qui ont n'ont pas de soutien familial, abandonnées.
- Disaster Mitigation : dans ce cadre, HelpAge apporte du soutien en cas de catastrophe telle que celle du Tsunami
- Advocacy : par ce biais, HelpAge India exerce de manière continue du lobi avec les gouvernements et les groupes de pression en faveur d'une politique au profit des personnes âgées.

En outre, il faut noter la contribution d'autres départements à cette politique en faveur des personnes âgées. Ces contributions se présentent comme suit :

- Le Ministère du développement rural accorde des subventions aux personnes âgées de plus de 65 ans 'National Pension Scheme', plan transféré aux provinces et distribue du riz ou du blé (jusqu'à 10 kg par mois aux personnes éligibles),
- Le Ministère des finances prévoit plusieurs mesures dont le remboursement d'une partie des taxes payées par les personnes âgées, sont exonérés de certaines taxes, la déduction d'assurance médicale 'deduction in respect to medical insurance premia'; un taux d'intérêt majoré de 0,5% sur l'épargne, etc.
- Le Ministère de la santé et de la famille a donné ses instructions pour que les personnes âgées ne fassent pas la queue avec tout le monde et qu'ils fassent une queue séparée

- Le Ministre des Chemins de Fer accorde une réduction de 30% sur les billets de transport par train et prévoit des guichets réservés pour servir les personnes âgées.



## **Synthèse**



## Synthèse

Tout chercheur qui se lance dans l'étude du phénomène du vieillissement bute, en premier lieu, contre la difficulté de définir ce que sont les personnes âgées. En effet, la définition de cette catégorie par référence à la variable âge tout court, ou à l'âge de la retraite (60 ou 65 ans) ne semble pas faire l'unanimité. On estime que nombreuses personnes âgées maintiennent leur activité économique après l'âge de la retraite (22% d'après le RGPH de 2004), et que ce qui caractérise la vieillesse au Maroc ce n'est pas l'âge chronologique mais surtout l'aïnesse, la sortie du marché du travail, l'accentuation de la dépendance, la perte d'autonomie et la diminution de la force physique qui, pense-t-on, ne commence à affecter réellement les personnes âgées qu'après 75 ans. Cette définition varie également selon la variable du genre. D'un point de vue socioculturel, un homme âgé n'a pas le même statut qu'une femme âgée.

En outre, selon les études qualitatives, les représentations relatives aux personnes âgées au Maroc laissent transparaître une certaine ambiguïté. Elles ont tantôt l'image de personnes actives, tolérantes, sages, ouvertes d'esprit et jouissant de bonne santé ; tantôt celle de personnes retirées de la vie active, malades, maussades et intolérantes.

Loin d'avoir des expériences uniformes, les personnes âgées se caractérisent par une diversité d'appartenances et de situations. Analyser cette catégorie de la population conduit à découvrir une diversité de sous-cultures, de groupes sociaux, de sexes, d'états matrimoniaux, d'orientations politiques, et de pratiques linguistiques. Les personnes âgées diffèrent aussi les unes des autres par les ressources dont elles disposent, leur accès au soutien affectif et sanitaire et leurs rapports établis ou pas avec les systèmes de prévoyance sociale. Ces différences se répercutent sur la capacité des personnes âgées à maintenir leur autonomie et leur bien-être.

En termes généraux, il est devenu commun de distinguer entre le troisième âge qui se compose de « jeunes personnes âgées », ayant terminé l'éducation de leurs enfants et leur travail salarié et entamé, éventuellement, une vie active indépendante ; et le quatrième âge qui est souvent l'âge d'une éventuelle dépendance physique et/ou financière. On ajoute même la catégorie des « personnes très âgées » qui demeure encore très réduite du fait de l'état actuel de l'espérance de vie à la naissance au Maroc. Elle résulte d'un processus de

« vieillissement des personnes âgées ». On est, donc, face à une catégorie d'âge qui évolue d'un état particulièrement actif et autonome à un état de dépendance croissante.

Si dans les siècles passés, le poids démographique des personnes âgées était faible et ne dépassait guère 6% de la population ; si cette proportion s'est élevée à 8% selon le dernier recensement de 2004, vers 2050, la proportion des personnes âgées serait supérieure à 20%. Cette mutation de la structure de l'âge de la population aura de nombreuses implications pour l'organisation de la société.

L'augmentation de la proportion des personnes âgées parmi la population marocaine a résulté essentiellement de la réduction de la fécondité, car la mortalité peut expliquer plutôt l'augmentation des effectifs en termes absolus. En effet, en moins d'un quart de siècle, la femme marocaine a vu sa fécondité moyenne reculer de plus de la moitié, passant de plus 5,5 enfants en 1982 à près de 2,5 enfants en 2004. Cette baisse est qualifiée de rapide par comparaison à celles qu'ont connues les pays du Nord.

Quant au recul de la mortalité, son effet sur le vieillissement démographique de la population marocaine est de moindre ampleur, car il intervient plutôt, dans un premier temps, à la base de la pyramide par sa composante infanto-juvénile qui est passée de plus de 102‰ aux environs de 1982 à près de 42‰ en 2003. Dans un deuxième temps, l'effet de la mortalité devient apparent aux âges supérieurs par l'amélioration de l'espérance de vie de la catégorie des personnes âgées.

Ce changement a pu avoir lieu grâce aux progrès enregistrés en matière de nutrition, d'hygiène et de soins de santé, et surtout aux dispositions prises pour éradiquer les maladies infectieuses aux jeunes âges.

Si de nos jours, la proportion des personnes âgées (60 ans et plus) ne dépasse guère 8% (2004), il n'en demeure pas moins que le recours à des indicateurs sur le vieillissement révèle que le processus de vieillissement démographique est déjà entamé. En témoigne l'évolution sans précédent de l'indice du vieillissement qui est passé, durant les deux dernières décennies, de 15 personnes âgées pour 100 jeunes (moins de 15 ans) en 1982 à près de 26 pour 100 en 2004 (soit une progression de plus 70%). Les évolutions différentielles, par milieu de résidence, de la fécondité et de la mortalité montrent que le rythme du phénomène est plus rapide en milieu urbain (de 14% à 27%) qu'en milieu rural (15% à moins de 25%).

Du fait de la baisse soutenue de la fécondité, le phénomène du vieillissement connaîtrait une croissance spectaculaire dans les décennies à venir. D'ailleurs, le calcul de l'indice du vieillissement démographique, calculé sur la base des projections réalisées par le CERED en 1997, révèle que l'on aurait en 2024 près de 60 personnes âgées de 60 ans et plus pour 100 jeunes, rapport qui évoluerait à 80 personnes de 66 ans et plus pour 100 jeunes en 2034 voire même à plus de 100 personnes âgées de 60 ans à plus long terme.

Etant donné que le statut social dépend davantage du statut socio-économique que de l'âge. Il en est même résulté une certaine dévalorisation des personnes âgées au regard des nouvelles connaissances acquises par les jeunes. Toutefois, le respect envers elles persiste toujours, même s'il a connu un certain recul. Quelque soit l'image que l'on se forge des personnes âgées, l'attitude prédominante à leur égard ne peut être qualifiée de négligence, et moins encore, d'irrespect ou d'abandon. D'après le RGPH de 2004, 5% seulement des personnes âgées vivent seules dans leur ménage.

Dans les zones rurales où les changements socio-économiques sont restés relativement limités, les personnes âgées jouissent de conditions sociales et psychologiques relativement réconfortantes. Elles prennent les décisions importantes, et vivent entourées de leurs fils et petits-fils qui ne cherchent qu'à bénéficier de leurs prières et approbation (Ridha). Cependant, la vieillesse est mieux vécue par l'homme que par la femme. Car au même moment où la belle-mère assume la responsabilité de gérer le quotidien, et s'expose aux risques de friction avec la bru, l'homme se tient bien à l'écart des problèmes. L'homme finit sa vie, souvent en compagnie de sa femme, celle-ci vit sa vieillesse sans son conjoint en raison des écarts d'âges au mariage et de la mortalité masculine.

En milieu urbain, les loisirs des personnes âgées se limitent le plus souvent aux relations familiales et à la télévision, au moment où le cadre familial ne peut satisfaire qu'une partie de leurs besoins sociaux et culturels. Lors des deux dernières décennies, l'autorité au sein de la famille a été largement entamée, notamment en milieu urbain.

Par ailleurs, force est de constater que l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population alourdit les tâches familiales en matière d'assistance et de prise en charge. Depuis des temps immémoriaux, les femmes ont été des actrices efficaces dans l'assistance aux membres âgés de la famille. Or la participation accrue et irréversible des femmes au marché du travail, à

laquelle correspond une participation limitée des hommes dans les tâches domestiques, invite à revoir la portée du rôle de la famille en matière de solidarité.

La femme âgée semble être la plus soutenue par les membres de la famille car les hommes âgés avaient toujours, semble-t-il, plus de possibilités et de facilités pour se remarier que les femmes âgées (10% des hommes âgés non mariés contre 59% pour les femmes). Ils sont, par conséquent, plus nombreux à faire l'objet des soins du partenaire conjugal. Mais en situation de veuvage, un homme âgé souffre nettement plus qu'une femme âgée. Car si la femme bénéficie directement des soins de ses filles, souvent, l'homme âgé ne bénéficie des soins de ses fils que d'une manière partielle, limitée et indirecte.

La famille marocaine assume toujours le rôle principal dans la prise en charge des personnes âgées. Toutefois, dans certaines catégories sociales, les signes de fatigue commencent déjà à devenir tangibles. D'autant plus que des spécialistes en tous genres envahissent son champ et font apparaître les moyens qu'elle développe dans l'assistance à ses membres comme un « bricolage ». La bonne volonté et l'initiative, non assorties des indispensables savoirs et des appareils qui les mettent en œuvre, sont désormais impuissantes à résoudre une bonne partie des problèmes relatifs à la prise en charge des personnes âgées.

En plus, de nos jours, la prise en charge des personnes âgées, surtout les femmes, est assumée essentiellement par les membres de leurs ménages ou leurs familles malgré que près de 57%, parmi elles, se déclarent chefs de ménages. Cependant, la solidarité familiale pourrait, dans le futur, perdre de son intensité pour plusieurs raisons notamment suite à l'adoption, de plus en plus élargie, des valeurs qui prônent l'individualisme et la famille restreinte.

Les études réalisées par le CERED dans le cadre de l'enquête sur la famille (1995) ont bien montré jusqu'à quel point les personnes âgées sont obligées de compter sur la solidarité familiale en raison, notamment, de la précarité de leurs ressources et de l'absence des prestations sociales pour la plupart d'entre elles.

Par ailleurs, les données du recensement général de la population et de l'habitat de 2004 révèlent que, contrairement aux pays occidentaux, la quasi-totalité des personnes âgées au Maroc constituent une frange de la population cohabitant, au moins, avec un membre de la famille et, dans près de 95% des cas, les personnes âgées sont membres de ménages constitués d'au moins deux personnes, donc ne vivant pas seul.

Si l'accélération des changements socioculturels et la recrudescence des différences entre générations incitent les jeunes ménages qui se forment à choisir l'autonomie résidentielle, l'intérêt pour le maintien des solidarités interfamiliales fait pencher pour la proximité résidentielle, et donc, pour un choix combinant la création d'un espace privé relativement autonome et la préservation de liens d'entraide au-delà des frontières domestiques.

Finalement, si l'aide accordée actuellement par les jeunes adultes à leurs parents âgés est supérieure à celle qu'ils reçoivent en retour, il n'en demeure pas moins que cette solidarité intergénérationnelle est en voie de recul, et que la certitude des personnes âgées quant à sa persistance n'est plus tout à fait acquise.

Du point de vue économique, la prise en charge économique des personnes âgées, exprimée théoriquement par le rapport entre les personnes âgées (65 ans et plus) et la population en âge d'activité (15-64 ans), permettrait de mettre en évidence l'importance de la charge que devrait assumer cette dernière pour subvenir aux besoins des personnes âgées. En effet, dorénavant, les générations de jeunes actifs vont voir leur charge s'alourdir davantage avec le temps. Jusqu'à 2004, on comptait seulement 9 personnes âgées pour 100 actifs potentiels. Ce rapport va presque doubler à l'horizon 2030, et serait multiplié par quatre au terme des années 60. C'est dire l'importance de la charge économique dont devraient s'acquitter les personnes en âge d'activité durant les prochaines décennies, sachant, en plus, que cet indicateur ne tient pas compte des jeunes de moins de 15 ans.

Ceci étant dit, l'augmentation des effectifs des personnes âgées conduirait, sans nul doute, à des demandes de plus en plus importantes en soins médicaux et à des coûts de plus en plus élevés des services de santé. Ce qui placerait la question de la couverture médicale au premier plan des préoccupations citoyennes et gouvernementales. Du fait de l'élévation du ratio de dépendance des personnes âgées, les ressources disponibles feraient l'objet d'une tension croissante. Compte tenu des projections démographiques réalisées, les responsables gouvernementaux doivent s'intéresser aux développements à venir et préparer les mesures à même de satisfaire les besoins nouveaux de cette population.

Le traitement des maladies dont elles sont les principales victimes (dégénérescence, cardiopathies, diabète, cancers, problèmes visuels, maladies respiratoires, arthrose, démence d'Alzheimer, dépression, handicaps, etc.) est

particulièrement onéreux. Elles tombent plus fréquemment malades que les jeunes adultes. Cependant, si l'on ne peut accepter que la vieillesse soit identifiée avec la maladie ou le handicap, on ne peut se refuser à admettre que l'avancement de l'âge génère, de manière croissante, des problèmes de santé.

On est bien loin des temps où le paysage pathologique était surtout dominé par les maladies infectieuses. Les maladies chroniques non transmissibles représentent aujourd'hui une proportion considérable dans la morbidité et sont causes de nombreux décès parmi les personnes âgées. Elles commencent à devenir fréquentes à partir de 50 ans, et sont durables dans le sens où elles exigent des soins prolongés sans qu'elles soient définitivement guérissables, ni entièrement maîtrisables au niveau des séquelles et des complications qui en résultent. Le temps où les politiques de santé mettaient presque exclusivement l'accent sur l'enfance et l'âge adulte est désormais révolu. Car, sous l'effet de l'élévation de l'espérance de vie à la naissance et de la propagation d'un mode de vie malsain (tabac, nutrition inappropriée, précarité, pollution, etc.), certaines maladies chroniques ont commencé à occuper le devant de la scène parmi les personnes âgées, et imposent que des soins en plus grande quantité et de meilleure qualité leur soient davantage apportés.

Il faut ajouter aussi que le champ des pratiques et des spécialités médicales au Maroc ne comprend pas encore de spécialisation en gériatrie, ni non plus de programmes bien établis destinés à former des agents sanitaires dans le domaine de la gériatrie. Même les facultés de médecine n'ont pas encore développé de module dans ce sens. Les seules réalisations dignes de mentionner sont, d'une part, la création d'un service de réhabilitation et de gériatrie rattaché à la Direction de la Population au Ministère de la Santé, et d'autre part, la mise en place, en 2001, d'un module en gériatrie dans les Instituts de Formation aux Carrières de Santé.

Les centres de santé sont les principales institutions auxquelles les personnes âgées recourent pour que les pathologies chroniques dont elles souffrent fassent l'objet de dépistage, de prise en charge et de suivi. Elles représentent aussi une proportion importante des patients hospitalisés et des usagers des urgences. Leur durée de séjour à l'hôpital est relativement plus élevée que celle des autres catégories d'âge.

Sur le plan des régimes de retraite, il ressort que le système marocain en comprend plusieurs et ce, aussi bien dans le secteur privé et public, que dans le secteur semi-public. Dans le secteur privé, le payement des pensions est assuré

par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et la Caisse Interprofessionnelle marocaine de Retraite (CIMR). Dans le secteur public, les pensions des fonctionnaires sont assurées par des organismes tels que la (CMR) et le (RCAR). Le secteur semi-public qui se compose d'établissements industriels, commerciaux et bancaires tels que l'Office nationale d'électricité (ONE), la Régie des Tabacs, la Banque du Maroc, l'Office Chérifien des Phosphates (OCP) et l'Office d'Exploitation des Ports (ODEP) comprend des régimes autonomes et des caisses internes qui assurent la couverture sociale de leurs propres salariés, mais sont actuellement en voie d'intégration dans le RCAR.

Pour ce qui est des facteurs qui déterminent les caractéristiques et l'évolution le système de retraite marocain, le recours aux projections démographiques disponibles nous renseignent déjà sur le fait qu'entre 2004 et 2034 le financement de la pension d'un retraité, entre ces deux dates et pour cette même catégorie de personnes âgées, de 60 ans et plus, passerait de l'état actuel où il est assuré par 7,9 actifs à un état tout à fait préoccupant où il ne serait assuré que par 3,8 actifs, voire même moins à plus long terme.

Bien que la situation des personnes âgées appelle un ensemble structuré de prestations et services, la réalité des pratiques adoptées à leur égard laisse apparaître un amalgame de prestations non intégrées et insuffisamment inter-reliées même lorsqu'on prend en compte la seule sphère publique. En plus de l'absence d'une loi générale, le secteur de la retraite au Maroc subit toujours les effets négatifs de la multiplicité des intervenants administratifs et ministériels.

Pour ce qui est de la population cible, il faut d'abord noter que le système obligatoire de retraite ne couvre encore que le 1/5 de la population, qu'il concerne presque exclusivement les travailleurs des secteurs public et privé, et qu'il exclue toujours les indépendants, et même des salariés du secteur privé travaillant dans le secteur agricole ou ayant restés invisibles à cause du travail dans l'informel ou des sous-déclarations des employeurs. Le problème le plus préoccupant réside dans le fait que de larges couches de la population sont toujours exclues des services de la prévoyance sociale. La plupart des non salariés, des pauvres, des femmes au foyer, des jeunes chômeurs, etc. ne sont pas encore parmi les bénéficiaires. En outre, plusieurs personnes âgées subissent les effets de la faiblesse des pensions, des retards de paiement et des cotisations non payées par les employeurs.

La solidarité impersonnelle des services publics constitue, dans certains cas, une alternative aux obligations familiales et permet de décharger les familles d'une bonne partie de leurs responsabilités, sans pour autant, libérer totalement les individus de leurs dépendances personnelles. Les possibilités d'émancipation personnelle sont étroitement liées à la mise en œuvre de systèmes publics de bien-être. Ce constat s'impose du fait que la solidarité des réseaux familiaux et des rapports de voisinage n'est plus aussi évidente et généralisée qu'auparavant.

Faut-il alors élargir le champ des adhérents y compris pour ceux qui ne sont pas intégrés au marché du travail, ou bien limiter les ayants droits et rendre les droits plus conditionnels ? Ne faut-il pas reconnaître, de manière plus effective, les services que la famille rend aux personnes malades, handicapées, âgées et renforcer ses capacités d'autonomie et d'autosuffisance ?

Parallèlement aux formes multiples de la solidarité familiale, il est nécessaire d'améliorer les formes de solidarité publique qui s'exercent au sein des établissements spécialisés, de soutenir les actions solidaires émanant de la société civile, et de réfléchir à la mise en place de services professionnels itinérants.

Ceci est d'autant plus crucial que les personnes âgées sont plus exposées que la population dans son ensemble à vivre l'isolement social, l'exclusion et la pauvreté. La retraite peut conduire à la rupture des rapports qu'entretient la personne âgée avec ses amis et ses collègues; le décès du partenaire peut laisser la personne âgée toute seule dans son ménage ; et la maladie peut limiter la mobilité de la personne âgée et réduire ses chances de rencontrer les autres, même si vivre seul au Maroc ne signifie pas vivre en solitude, car la personne âgée maintient souvent des contacts divers et réguliers avec ses enfants et ses proches.

D'autre part, les rapports entre les sexes confirment le fait que le vieillissement est aussi un phénomène gendérisé. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, comme nous le montrent les résultats du RGPH de 2004. En effet, le rapport de masculinité pour les personnes dont l'âge est égal ou supérieur à 60 ans est en faveur des femmes. Il est évalué à près de 91 hommes pour 100 femmes.

En somme, le vieillissement d'une population inquiète à cause des effets négatifs qui pourraient en résulter si des mesures de prévention et de protection ne sont pas prises en temps opportun, et si les effets positifs de ce phénomène

ne sont pas identifiés et exploités. Ce phénomène préoccupe les pouvoirs publics parce qu'il appelle des dépenses budgétaires énormes dans les domaines de la santé et des régimes de retraite, et représente, donc, une menace pour la viabilité d'une économie émergente.

Aussi, est-il temps que le Maroc ait une politique cohérente et intégrée qui cible spécialement la catégorie des personnes âgées. Car tout ce qu'on a, jusqu'à l'heure actuelle, ne va pas au-delà de mesures faisant partie de la stratégie globale du pays en matière de politique sociale et de programmes tendant à promouvoir les dimensions de solidarité et d'intégration sociale. Les personnes âgées s'adressent aux services de l'Etat sans que leurs caractères distinctifs ne soient pris en considération, et sans qu'il n'y ait un mécanisme national qui se consacre à répondre, de manière spécifique, aux attentes et besoins de cette catégorie de la population. Elles finissent souvent par se perdre du fait de la persistance de multiples intervenants dans ce domaine.







.  
( 65 60)

.2004  
(L'aînesse)

%22

.  
-

.

.  
.  
.  
.  
.  
.  
.



.2003 1999 %47 .

8 ( 60)

2004 %

15

26

1982

15

100

.%70

2004

100

( %27 %14)

. (% 25

% 15)

60

2024

80

( 60)

2034

60

-

%5 2004

%10)

(

%59

( )

%57

(1995)

2004

%95

-15)

( 65)

( 64

100

9 2004

2030

15

)

(

(

)

.Géartrie

2001

(CNSS)

.(CIMR)

.(RCAR)

(CMR)

)

(ONE)

((ODEP)

(OCP)

2004  
2034 2004  
7.9  
3.8  
1997  
77 72 2003



60

100

91

.2004



## **Annexes**



## Annexe I

### Indicateurs concernant les personnes âgées

#### Evolution de l'indice de vieillissement, des proportions des jeunes et des personnes âgées par milieu entre 1960-2004 (%)

Indicateurs	1960	1971	1982	1994	2004
Ensemble					
Vieillessement à la base (-15 ans/PT)	44,4	46,2	42,2	37,0	31,2
Vieillessement au sommet (60ans+/PT)	7,2	7,0	6,3	7,1	8,0
Indice de vieillissement (60ans+/-15 ans)	16,2	15,6	14,9	19,1	25,7
Urbain					
Vieillessement à la base	41,6	44,4	37,6	32,9	28,3
Vieillessement au sommet	5,7	5,9	5,4	6,5	7,6
Indice de vieillissement	13,8	13,2	14,4	19,8	26,9
Rural					
Vieillessement à la base	45,6	47,1	45,6	41,4	34,8
Vieillessement au sommet	7,8	7,8	7,0	7,7	8,5
Indice de vieillissement	17,1	16,5	15,3	18,6	24,5

Source : Recensements de la population 1960, 1971, 1982, 1994 et 2004

#### Evolution des effectifs (en millier) des personnes âgées de 60 ans et plus selon le milieu de résidence entre 1960 et 2004. (%)

Milieu	1960	1971	1982	1994	2004
Effectifs (en milliers)					
Urbain	195	314	473	867	1 240
Rural	638	764	816	974	1 135
Ensemble	833	1 077	1 288	1 841	2 376
Pourcentage					
Urbain	23,4	29,1	36,7	47,1	52,2
Rural	76,6	70,9	63,3	52,9	47,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Recensements de 1960, 1971, 1982, 1994 et 2004

**Proportions (%) des personnes âgées de 60 ans ou plus  
selon l'état matrimonial, le milieu de résidence et le sexe, 2004**

Etat matrimonial	Urbain	Rural	Ensemble
	Masculin		
Mariés	89,7	90,8	90,2
Veufs	5,7	6,0	5,9
Autre	4,6	3,2	3,9
	Féminin		
Mariées	37,0	45,5	40,9
Veuves	57,1	51,2	54,4
Autre	5,9	3,3	4,7
	Deux sexes		
Mariés	61,5	67,7	64,5
Veufs	33,1	29,0	31,2
Autre	5,4	3,3	4,3

Source : RGPH 2004

**Taux d'analphabétisme des personnes âgées de 60 ans  
et plus selon le milieu de résidence et le sexe (%)**

Milieu de résidence	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	58,4	91,8	76,2
Rural	84,8	99,1	92,1
Ensemble	71,3	95,2	83,8

Source : RGPH, 2004

**Taux d'activité des personnes âgées de 60 ans et  
plus selon milieu de résidence et le sexe (%)**

Milieu de résidence	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	28,7	3,2	15,1
Rural	54,2	7,0	30,2
Ensemble	41,2	5,0	22,3

Source : RGPH 2004

**Répartition de la population active âgée de 60 ans  
et plus selon la situation dans la profession et le milieu (%)**

Situation dans la profession	Urbain	Rural	Ensemble
Employeur	7,5	2,9	4,6
Indépendant	55,2	77,8	69,8
Salarié	36,4	12,6	21,0
Aide familiale	0,5	6,5	4,4
Apprenti	0,4	0,2	0,3
Total	100,0	100,0	100,0

Source : RGPH, 2004

**Répartition (%) des actifs âgés de 60 ans et plus selon  
La branche d'activité et le milieu de résidence**

Secteur d'activité	Urbain	Rural	Ensemble
Agriculture, forêt et pêche	15,1	90,9	68,0
Industrie	14,2	2,3	5,9
Services	70,6	6,7	26,0
Activités mal désignées	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête emploi 2004

**Dépense annuelle moyenne par personne et répartition (%)  
des ménages selon les classes de dépenses et selon le milieu  
de résidence (ménages dont CM est âgé de 60 ans ou plus)**

Classes de dépenses <sup>52</sup>	Urbain		Rural		Ensemble	
	DAMP	%ménage	DAMP	%ménage	DAMP	%ménage
Moins de 3 542 DH	2 685	4,7	2 643	24,1	2 652	12,7
De 3 542 DH à moins de 5 032 DH	4 301	10,4	4 243	22,7	4 266	15,5
De 5 032 DH à moins de 7 046 DH	5 996	17,7	5 952	19,6	5 977	18,5
De 7 046 DH à moins de 10 881 DH	8 793	26,1	8 612	21,0	8 732	24,0
10 881 DH et plus	19 392	41,1	17 110	12,5	19 040	29,3
Ensemble	10 651	100,0	5 694	100,0	8 399	100,0

Source : Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000-2001

**Taux de morbidité déclaré, de consultation et de couverture  
médico-sanitaire selon le groupe d'âge et le milieu de résidence**

G..d'âge	Urbain	Rural	Ensemble
	Taux de morbidité		
60 ans et plus	34,6	27,9	31,4
tous âges	19,3	13,3	16,5
	Taux de consultation		
60 ans et plus	70,8	58,3	65,5
tous âges	71,7	56,3	66,0
	Taux de couverture médico-sanitaire		
60 ans et plus	12,4	1,6	7,1
tous âges	21,8	3,8	13,5

Source : Accessibilité aux soins de santé et niveau de vie .Direction de la Statistique (2002)

<sup>52</sup> Le premier quintile est composé les 20% de la population totale, les plus défavorisés. Le cinquième est, par contre, constitué des 20% les plus aisés de la population totale.

**Taux de pauvreté et de vulnérabilité chez les  
CM âgés de 60 ans et plus selon le milieu de résidence**

G.d'âge du CM	Urbain	Rural	Ensemble
	Taux de pauvreté		
60 ans et plus	12,3	21,7	16,7
Tous âges	12,0	27,2	19,0
	Taux de vulnérabilité		
60 ans et plus	31,1	47,3	38,8
Tous âges	33,4	55,4	43,5

Source: Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000-2001.  
Direction de la Statistique .

**Evolution de l'indice de séniorité par milieu entre 1960-2004. (%)**

Indicateurs	1960	1971	1982	1994	2004
	Ensemble				
Indice de séniorité (75 ans+/60ans)	20,6	23,1	24,3	21,6	25,1
	Urbain				
Indice de séniorité	18,3	23,3	21,6	19,1	23,5
	Rural				
Indice de séniorité	21,3	25,8	25,9	23,9	26,8

Source : Recensements de la population 1960, 1971, 1982, 1994 et 2004

**Répartition des actifs âgés de 60 ans et plus selon  
la branche d'activité et le milieu de résidence (%)**

Secteur d'activité	Urbain	Rural	Ensemble
Agriculture, forêt et pêche	15,1	90,9	68,0
Industrie	14,2	2,3	5,9
Services	70,6	6,7	26,0
Activités mal désignées	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête emploi 2004

**Dépense annuelle par personne selon l'âge du CM,  
le grand groupe de biens et services et par milieu**

Grand groupe de biens et services	Urbain		Rural		Ensemble	
	CM 60 ans et +	Tous CM	CM 60 ans et +	Tous CM	CM 60 ans et +	Tous CM
Alimentation	4 134	4 034	2 813	2 638	3 534	3 418
Habillement	467	530	233	227	360	397
Habitation et énergie	2 479	2 400	1 177	1 110	1 888	1 831
Equipements ménagers	366	406	237	209	307	319
Hygiène et soins médicaux	1009	886	377	298	722	627
Transports et communications	862	869	328	298	620	617
Enseignement, culture et loisirs	364	462	86	96	238	300
Autres dépenses de biens et services	614	628	267	269	456	469
Dépenses non destinées à la Consommation	355	427	176	143	274	302
DAMP (en DH courants)	10 651	10 642	5 694	5 288	8 399	8 280

Source : Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000-2001

**Taux de handicap (pour mille) selon les groupes d'âges,  
par milieu de résidence et par sexe**

Groupe d'âge	Milieu de résidence						Sexe		
	Urbain			Rural			H	F	Ens
	H	F	Ens	H	F	Ens			
0- 14	6,8	5,8	6,3	10,7	8,4	9,6	8,7	7,0	7,9
15-19	15,7	7,6	11,4	13,8	14,2	14,0	14,8	10,4	12,5
20-29	21,5	9,8	15,2	13,6	10,8	12,1	18,2	10,2	13,9
30-39	19,4	11,6	15,1	29,3	21,5	25,2	23,1	15,1	18,8
40-49	25,5	13,5	19,2	33,5	19,0	25,7	28,4	15,5	21,5
50-59	28,9	20,1	24,5	35,8	21,8	28,5	31,6	20,8	26,1
60-69	37,3	30,2	33,5	45,7	21,6	33,3	41,0	26,5	33,4
70+	77,4	65,4	71,1	85,7	59,8	74,1	81,7	62,9	72,5
Ensemble	19,9	12,7	16,1	22,3	15,4	18,8	20,9	13,8	17,2

Source : EPSF Maroc 2003-04. Ministère de la Santé

**Types de ménage avec membres de 60 ans et plus**

Résidence Type de ménage	Urbain	Rural	Ensemble
Unipersonnel	3,6	5,2	4,4
Nucléaire (couple)	4,4	4,7	4,6
Couple + enfants célibataires (biparental)	23,5	23,6	23,6
Monoparental	6,3	3,6	4,9
Complexe (plusieurs noyaux conjugaux)	62,2	62,9	62,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : Enquête Nationale sur la Famille 1995

## Annexe II. Indicateurs de suivi de la politique de population du Maroc

<b>Population</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Ensemble (en milliers)</b>					
Masculin	14 020	14 181	14 335	14 480	14 641
Féminin	14 293	14 483	14 666	14 842	15 039
Total	28 313	28 664	29 001	29 322	29 680
Rapport de masculinité	98	98	98	98	97
Densité au Km <sup>2</sup>	39,8	40,3	40,8	41,3	41,8
<b>Milieu urbain (en milliers)</b>					
Masculin	7 556	7 686	7 805	7 913	8 022
Féminin	7 779	7 930	8 068	8 192	8 317
Total	15 335	15 616	15 873	16 105	16 339
Rapport de masculinité	97,1	96,9	96,7	96,6	96,5
<b>Milieu rural (en milliers)</b>					
Masculin	6 463	6 494	6 528	6 567	6 618
Féminin	6 514	6 553	6 598	6 650	6 722
Total	12 977	13 047	13 126	13 217	13 340
Rapport de masculinité	99,2	99,1	98,9	98,8	98,5
<b>% de la population urbaine</b>	54,2	54,5	54,7	54,9	55,1

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Structure de la population (en %)</b>					
<b>Ensemble</b>					
Moins de 15 ans	33,9	33,3	32,7	32,1	31,2
15-24 ans	20,3	20,3	20,3	20,4	20,6
25-59 ans	38,1	38,6	39,1	39,6	40,2
60 ans et plus	7,7	7,8	7,9	7,9	8,0
<b>Milieu urbain</b>					
Moins de 15 ans	30,6	30,1	29,6	29,0	28,3
15-24 ans	20,0	19,9	19,9	19,9	20,0
25-59 ans	42,3	42,7	43,2	43,6	44,1
60 ans et plus	7,2	7,3	7,4	7,5	7,6
<b>Milieu rural</b>					
Moins de 15 ans	37,9	37,2	36,5	35,7	34,8
15-24 ans	20,7	20,8	20,9	21,1	21,3
25-59 ans	33,1	33,6	34,1	34,7	35,4
60 ans et plus	8,3	8,4	8,5	8,5	8,5

Source : - CERED 1997, "Situation et perspectives démographiques du Maroc". Direction de la Statistique, ENVM98. -RGPH-2004

### Répartition de la population selon des groupes fonctionnels (en milliers)

	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Population d'âge préscolaire (3 - 6 ans)</b>					
Milieu urbain	1194	1196	1193	1186	1170
Milieu rural	1284	1256	1231	1209	1188
Total	2478	2452	2424	2395	2358
<b>Population d'âge scolaire (7 - 12 ans)</b>					
Milieu urbain	1925	1932	1932	1923	1903
Milieu rural	2079	2054	2023	1985	1930
Total	4004	3986	3955	3908	3833
<b>Population en âge d'activité (en milliers)</b>					
Milieu urbain	9550	9782	10008	10225	10472
Milieu rural	6976	7095	7226	7371	7558
Total	16526	16877	17234	17596	18030
<b>Nombre de ménage</b>					
Milieu urbain	3283	3424	3570	3707	3440
Milieu rural	1933	1929	1930	1930	2225
Total	5216	5353	5497	5637	5665
<b>Taille moyenne du ménage</b>					
Milieu urbain	4,8	4,8	4,7	4,7	4,8
Milieu rural	6,7	6,7	6,7	6,7	6,0
Total	5,5	5,4	5,4	5,3	5,2

Source : - CERED 1997, "Situation et perspectives démographiques du Maroc". Direction de la Statistique, ENNV98. - RGPH-2004

### La fécondité

#### Taux de fécondité (en p. mille) par âge en 1994 et 2004

Age	1994	2004
15-19	28	19,1
20-24	114	99,0
25-29	136	126,6
30-34	152	123,2
35-39	120	81,7
40-44	71	33,7
45-49	32	10,3
ISF	3,28	2,5

Source: - RGPH-1994 et 2004

#### Indice synthétique de fécondité (ISF, enfants par femme) selon la résidence en 1994 et 2004

Résidence	1994	2004
Urbain	2,56	2,1
Rural	4,25	3,1
Ensemble	3,28	2,5

Source: - RGPH-1994 et 2004

## La nuptialité

### Part (en %) des femmes célibataires selon l'âge en 1994 et 2004

Age	1994	2004
15-19	87,2	88,9
20-24	55,6	61,3
25-29	35,1	40,7
30-34	18,3	27,3
35-39	9,2	17,8
40-44	5,0	10,9
45-49	2,1	6,8

Source: - RGPH-1994 et 2004

### Part (en %) des femmes mariées selon l'âge en 1994 et 2004

Age	1994	2004
15-19	12,1	10,7
20-24	41,4	37,0
25-29	60,3	55,7
30-34	75,1	67,5
35-39	82,0	74,5
40-44	83,6	78,7
45-49	82,5	78,2

Source: - RGPH-1994 et 2004

## Activité et chômage

	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Taux d'activité (15 ans et +)</b>					
<i>Total</i>					
Hommes	78,8	77,9	77,3	77,4	77,5
Femmes	27,9	25,5	24,9	27,3	28,4
Total	52,9	51,3	50,7	51,9	52,6
<i>Urbain</i>					
Hommes	74,0	73,5	72,7	72,6	72,5
Femmes	21,3	20,1	19,8	20,9	20,8
Total	47,0	46,0	45,4	45,9	45,8
<i>Rural</i>					
Hommes	85,4	84,2	84,1	84,3	84,1
Femmes	37,5	33,5	32,7	37,3	39,3
Total	61,4	58,9	58,5	61,0	62,0

	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Taux de Chômage</b>					
<i>Total</i>					
Hommes	13,8	12,5	11,3	11,5	10,6
Femmes	13,0	12,5	12,5	13,0	11,4
Total	13,6	12,5	11,6	11,9	10,8
<i>Urbain</i>					
Hommes	19,9	18,1	16,6	17,4	16,6
Femmes	26,7	24,7	24,2	25,8	24,3
Total	21,5	19,5	18,3	19,3	18,4

	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Population active occupée selon le secteur d'activité</b>					
<i>Ensemble</i>					
Agriculture, forêt et pêche maritime	47,2	45,2	44,4	43,9	45,8
Industrie (y compris eau, électricité et énergie)	13,0	12,8	13,3	13,4	12,7
Travaux publics	5,9	6,4	6,8	6,8	6,7
Commerce	12,1	12,5	12,5	12,8	12,7
Administration publique	5,2	5,4	5,3	5,1	4,8
Services	16,5	17,6	17,6	18,0	17,2
Activités mal désignées	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
<i>Milieu urbain</i>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Agriculture, forêt et pêche maritime	5,1	4,9	4,9	5,0	5,3
Industrie (y compris eau, électricité et énergie)	23,3	22,7	22,9	22,5	22,5
Travaux publics	8,8	8,7	9,6	9,5	9,3
Commerce	21,2	21,4	21,1	21,2	21,8
Administration publique	10,3	10,3	9,9	9,5	9,5
Services	31,1	31,9	31,6	32,2	31,5
Activités mal désignées	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
<i>Milieu rural</i>					
Agriculture, forêt et pêche maritime	82,1	81,4	81,2	80,9	80,5
Industrie (y compris eau, électricité et énergie)	4,5	4,0	4,3	4,7	4,3
Travaux publics	3,6	4,4	4,2	4,2	4,5
Commerce	4,5	4,5	4,6	4,7	4,9
Administration publique	0,9	1,0	1,0	0,8	0,9
Services	4,4	4,7	4,6	4,6	4,8
Activités mal désignées	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
<i>Agrégats économiques</i>					
PIB par habitants en DH	12340	13136	13425	13914	14844

Source : - Annuaire statistique 2001,2002,2003, 2004, 2005. Direction de la Statistique

## Habitat

	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Ensemble</b>					
Propriétaire*	73,3	74,1	-	-	68,2
Locataire	17,5	17,4	-	-	18,3
Autre	9,2	8,5	-	-	11,7
Ménages ayant accès à l'eau potable	63,4	66,0	-	-	57,5**
Ménages ayant accès à l'électricité	65,9	68,5	-	-	71,6**
<b>Urbain</b>					
Propriétaire*	62,3	63,1	-	-	56,8
Locataire	28,0	27,4	-	-	29,2
Autre	9,7	9,5	-	-	12,6
Ménages ayant accès à l'eau potable	93,0	94,4	-	-	83,0**
Ménages ayant accès à l'électricité	91,3	92,2	-	-	89,9**
<b>Rural</b>					
Propriétaire*	90,6	91,8	-	-	85,8
Locataire	1,0	1,1	-	-	1,6
Autre	8,4	7,1	-	-	9,4
Ménages ayant accès à l'eau potable	16,9	19,8	-	-	18,1**
Ménages ayant accès à l'électricité	25,8	30,1	-	-	43,2**

\* Comprend les ménages propriétaires, copropriétaires et accédant à la propriété .

\*\* Il s'agit de la proportion des ménages branchés au réseau d'eau potable et d'électricité

Source : - Indicateurs sociaux de 2002. Direction de la Statistique.2003 (RGPH 2004)

## Education et scolarisation

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
<b>Crèches</b>						
Nombre de classes	11539	3001	2956	3148	3421	3708
Nombre d'élèves	271192	67281	67791	71979	78006	84386
- dont filles	126056	31709	32445	34153	35718	40292
Nombre d'éducateurs	12215	4095	2801	3869	4110	5707
- dont éducatrices	-	3878	2754	-	-	-
<b>Kouttabs</b>						
Nombre de classes	35550	40870	39473	-	36887	36365
Nombre d'élèves	545862	696919	678815	638009	605031	604594
- dont filles	158922	240517	236680	231302	224049	226669
Nombre d'éducateurs	31737	37418	35624	36573	34556	34149
- dont éducatrices	-	5214	14772	-	-	-

Source : - Annuaire statistique 2001,2002,2003, 2004, 2005. Direction de la Statistique

<b>Taux net de scolarisation (6-11)</b>					
	<b>1999/2000</b>	<b>2000/2001</b>	<b>2001/2002</b>	<b>2002/2003</b>	<b>2003/2004</b>
Taux national	79,1	84,6	90,0	92,1	92,2
Taux pour milieu urbain	89,9	93,2	96,6	97,3	96,6
Taux pour milieu urbain (filles)	87,4	91,4	95,0	96,1	95,7
Taux pour milieu urbain (garçons)	92,2	95,0	98,3	98,6	97,5
Taux pour milieu rural	69,5	76,7	83,8	87,0	87,8
Taux pour milieu rural (filles)	62,1	70,4	78,7	82,2	83,1
Taux pour milieu rural (garçons)	76,3	82,5	88,7	91,4	92,3

Source : Département de l' Education National

## Education et scolarisation ( suite)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
<b>Enseignement primaire (secteur public)</b>						
<i><b>Ensemble</b></i>						
Nombre d'élèves	3497926	3664404	3832356	3884638	3846950	3757932
Nombre de filles	1565120	1668291	1756946	1801905	1785567	1739640
- Proportion des filles	44,7 %	45,5 %	46,1 %	46,4 %	46,4 %	46,3%
Nouveaux inscrit en 1ere année primaire	684694	683257	673406	592060	573023	571127
- dont filles	327104	329768	325269	284757	275999	275325
- Proportion des filles	47,8 %	48,3 %	48,3 %	48,1%	48,1 %	48,2%
Nombre d'éducateurs	121763	128288	132781	135199	135663	134633
Nombre d'éducatrices	45521	48924	52000	54799	56406	56892
Nombre d'établissements	5940	6213	6512	6746	6788	6832
Nombre de salles	81403	84125	86819	88589	89813	90067
Nombre de classes	-	126229	130427	133587	132979	131721
<i><b>Urbain</b></i>						
Nombre d'élèves	1795712	1850121	1888082	1882031	1859292	1806019
Nombre de filles	856979	887107	907993	907170	896690	871077
- Proportion des filles	47,7 %	47,9 %	48,1 %	48,2 %	48,2 %	48,2%
Nouveaux inscrit en 1ere année primaire	306497	305036	286442	253123	248823	242019
- dont filles	150613	149790	141433	124314	122973	119602
- Proportion des filles	49,1 %	49,1 %	49,4 %	49,1%	49,4 %	49,2%
Nombre d'éducateurs	53677	55769	56488	56398	56394	55549
Nombre d'éducatrices	29797	31113	31952	32405	32997	32789
Nombre d'établissements	2491	2554	2596	2627	2653	2643
Nombre de salles	34878	35602	35984	35952	36163	35708
Nombre de classes	-	53882	54540	54620	54133	53241
<i><b>Rural</b></i>						
Nombre d'élèves	1702214	1814283	1944274	2002607	1987658	1951913
Nombre de filles	708141	781184	857953	894735	888877	868563
- Proportion des filles	41,6 %	43,1 %	44,1 %	44,7 %	44,7 %	44,5
Nouveaux inscrit en 1ere année primaire	378197	378221	386964	338937	324200	329108
- dont filles	176491	179978	183836	160443	153026	155723
- Proportion des filles	46,7 %	47,6 %	47,5 %	47,3%	47,2 %	47,3%
Nombre d'éducateurs	68086	72519	76293	78801	79269	79084
Nombre d'éducatrices	15724	17811	20048	22394	23409	24103
Nombre d'établissements	3449	3659	3916	4119	4135	4189
Nombre de salles	46525	48523	50853	52637	53650	54359
Nombre de classes	68511	72347	75977	78967	78846	78480

## Education et scolarisation ( suite)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
<b>Enseignement privé</b>						
Nombre d'élèves	171679	177596	196756	216519	223232	264668
- dont filles	79084	84769	93526	102682	106081	125065
Nouveaux inscrit en 1ere année	46700	42568	44773	46350	49515	56385
- dont filles	22198	20136	21074	21848	23401	26408
Nombre d'éducateurs	5819	8270	9554	10354	12067	13805
Nombre d'éducatrices	-	6766	7878	8643	10114	11595
Nombre d'établissements	625	741	967	1405	1530	-
Nombre de salles	6485	7304	8698	8666	10537	11845
Nombre de classes	5897	7015	8138	8752	9218	11032

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
<b>Enseignement secondaire Premier cycle (secteur public)</b>						
<i>Ensemble</i>						
Nombre d'élèves	978520	1027719	1077264	1097729	1 134 223	1198141
Nombre de filles	420719	441920	466173	480380	503170	535818
- Proportion des filles	43,0 %	43,0 %	43,3 %	43,8 %	44,4 %	44,7%
Nouveaux inscrit en 1ere année secondaire	327614	335791	340433	345222	369458	406386
- dont filles	140208	144190	149117	153007	167147	184363
- Proportion des filles	42,8 %	42,9 %	43,8 %	44,3%	45,2	45,4%
Nombre d'éducateurs	51668	52719	53521	54012	55202	56281
Nombre d'éducatrices	18130	18663	19151	19371	20037	20913
Nombre d'établissements	941	1035	1131	1221	1206	1263
Nombre de salles	22235	23516	24366	25332	25889	26722
Nombre de classes	31156	31828	32488	32992	33166	34183
<i>Urbain</i>						
Nombre d'élèves	831277	862766	888723	889 658	909974	943698
Nombre de filles	378111	393123	408288	414 235	429384	448416
- Proportion des filles	45,5 %	45,6 %	45,9 %	46,6 %	47,2 %	47,5%
Nouveaux inscrit en 1 <sup>ère</sup> année secondaire	274126	275456	272611	272 055	289722	310439
- dont filles	124019	125610	127127	128 515	138852	148917
- Proportion des filles	45,2 %	45,6 %	46,6 %	47,2 %	47,9 %	48,0
Nombre d'éducateurs	43454	43827	43865	43708	44027	44310
Nombre d'éducatrices	16187	16489	16706	16791	17201	17629
Nombre d'établissements	669	712	727	754	782	811
Nombre de salles	18484	19224	19551	19975	20303	20562
Nombre de classes	26046	26332	26491	26475	26405	26707
<i>Rural</i>						
Nombre d'élèves	147243	164953	188541	208 071	224249	254443

Nombre de filles	42608	48797	57885	66 145	73786	87402
- Proportion des filles	28,9 %	29,6 %	30,7 %	31,8 %	32,9 %	34,4%
Nouveaux inscrit en 1ere année secondaire	53488	60335	67822	73 167	79736	95947
- dont filles	16189	18580	21990	24 492	28295	35446
- Proportion des filles	30,3 %	30,8 %	32,4 %	33,5 %	35,5 %	36,9
Nombre d'éducateurs	8214	8892	9656	10304	11175	11971
Nombre d'éducatrices	1943	2174	2445	2580	2836	3284
Nombre d'établissements	272	323	404	467	424	452
Nombre de salles	3751	4292	4815	5357	5586	6160
Nombre de classes	5110	5496	5997	6517	6761	7476

<b>Enseignement privé</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-05</b>
Nombre d'élèves	1372	15624	18357	21851	27167	33611
- dont filles	6039	5898	7888	8727	11775	14862
Nouveaux inscrit en 1ere année secondaire	4429	5136	6413	7695	10422	13066
- dont filles	2262	2144	2973	3323	4896	6135
Nombre de classes	584	542	791	718	895	-

	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
<b>Enseignement secondaire deuxième cycle</b>						
<b>Ensemble (secteur public)</b>						
Nombre d'élèves	440167	452365	484422	530761	573648	599549
Nombre de filles	199608	208060	225018	249998	270926	284563
- Proportion des filles	45,3 %	46,0 %	46,5 %	47,1 %	47,2 %	47,5%
Nouveaux inscrit en 1ere année secondaire (tronc commun)	145689	149929	159843	173522	175388	185568
- dont filles	66101	69961	74768	83396	83715	89455
- Proportion des filles	45,4 %	46,7 %	44,4 %	48,1 %	47,7 %	48,2%
Nombre d'éducateurs	32356	32672	33300	33875	34690	35675
Nombre d'éducatrices	9652	9707	9930	10190	10514	10912
Nombre d'établissements	537	562	585	602	615	640
Nombre de salles	13364	13421	13650	14037	14408	14900
Nombre de classes	14024	14370	14836	15443	16011	16809
<b>Ensemble (secteur privé)</b>						
Nombre d'élèves	31390	31355	30710	28736	29749	33860
Nombre de filles	12219	12623	11893	10700	11833	13501
- Proportion des filles	38,9 %	40,3 %	38,7 %	37,2 %	39,8 %	39,9%
Tronc commun	10502	8032	8113	8375	8964	9825
- dont filles	4116	3142	3103	3175	3484	3810
- Proportion des filles	39,2 %	39,1 %	38,2 %	37,9 %	38,9 %	39%
Nombre d'éducateurs	-	-	3174	-	-	-
Nombre d'éducatrices	-	-	635	-	-	-
Nombre de classes	1161	1013	1078	945	975	1106

Source : Annuaire statistique du Maroc 2001-2005

## Natalité et mortalité

	2000	2001	2002	2003*	2004**
<b>Taux brut de natalité</b>					
Milieu urbain	19,8	19,5	19,2	18,8	17,9
Milieu rural	24,6	24,0	23,3	22,6	23,1
Total	21,9	21,5	21,0	20,4	20,2
<b>Taux brut de mortalité</b>					
Milieu urbain	4,9	4,8	4,7	4,7	4,5
Milieu rural	7,2	7,0	6,8	6,7	7,5
Total	5,9	5,8	5,6	5,5	5,8

	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Espérance de vie à la naissance</b>					
<i>Ensemble</i>					
Hommes	67,7	68,0	68,2	68,5	70,6
Femmes	71,8	72,1	72,4	72,7	73,0
Total	69,8	70,0	70,3	70,5	71,7
<i>Urbain</i>					
Hommes	70,8	71,0	71,2	71,4	73,0
Femmes	75,1	75,4	75,6	75,9	75,5
Total	72,9	73,1	73,4	73,6	74,3
<i>Rural</i>					
Hommes	65,9	66,2	66,5	66,8	68,4
Femmes	67,8	68,1	68,4	68,7	70,6
Total	66,8	67,1	67,4	67,7	69,4

\* EPSF 200/2004

\*\* Projections non actualisées. CERED 2006

## Mortalité

	1997	2000	2004
Mortalité infantile (‰)	37 (1)	38 (2)	47,9
Mortalité des enfants de moins de 5 ans (‰)	46 (1)	46 (2)	
Mortalité maternelle (‰)	228 (1)	220 (2)	
Proportion d'accouchements assistés par un agent de santé	39,6 (1)	39,6 (2)	
Taux de couverture vaccinale	88,7 (1)		

Source : (1) PAPCHILD 1997

(2) ENSF 2003-2004

(3) RGP 2004

## Santé reproductive

	2000	2001	2002	2003	2004
Indice synthétique de fécondité	2,75	2,66	2,58	2,49	2,47
<b>Prévalence contraceptive (en %)</b>					
Méthode moderne	-	-	-	54,8 (1)	-
Méthode traditionnelle				8,2 (1)	
<b>Femmes en âge de procréation (en milliers)</b>					
Milieu urbain	4745	4911	5074	5234	4796
Milieu rural	3181	3207	3225	3241	3452
Total	7926	8118	8299	8475	8248

	2000	2001	2002	2003	2004
Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	-	-	-	90,4 (1)	-
Taux d'incidence de la tuberculose pour 100.000 habitants	95	97	97	89-	-
Taux de prévalence du VIH pour 100.000 habitants	3	3	-	3,9-	-
Dépense de santé (secteur public en % du PIB)	4,7 (2)	5,1 (2)	-	-	-
Médecins publics	5812	6160	7094	8768	9603
Généralistes	3282	3520	4100	4262	4575
Spécialistes	2530	2640	2994	4193	5028
Médecins privés	6627	6795	6861	7039	7172
Généralistes	3479	3590	3485	3465	3499
Spécialistes	3148	3205	3376	3574	3673
Nombre d'habitants/médecin	2308	2252	2123	1903	-

<b>Infrastructures sanitaires</b>					
Centre de santé urbain	557	570	583	598	607
Hôpital local urbain	42	37	36	38	41
Hôpital local rural	15	16	17	18	19
Dispensaire rural	621	635	637	652	652
Centre de santé rural communal	782	818	842	860	875
C.A.L.A	250	271	290	302	317
Hôpital général	80	87	88	92	91
Hôpital spécialisé	32	33	34	35	34
Nombre de lits par hôpital					
Général	18132	18549	18807	19071	26136
Spécialisé	6967	7022	7094	7186	7005
Nombre de lits/habitants	1144	1141	898	921	901

C.A.L.A : Centre de santé rural communal avec lits pour accouchement

Source : - Ministère de la Santé

- (1) Enquête sur la population et la santé familiale 2003-04, Ministère de la Santé

- (2) Rapport sur la santé du monde 2004 OMS

- (3) Annuaire statistique 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.

## Planification Familiale et immunisation

	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Planification Familiale</b>					
Total des services	3712087	3951784	3975773	-	-
Nouvelles acceptantes	608194	649236	593509	-	-
% des nouvelles acceptantes	14,9 %	15,6 %	13,8 %	-	-
Nombre d'années protection des époux	914332	993335	971505	-	-
% d'utilisation	22,4 %	23,9 %	22,2 %	-	-
<b>Réalisation d'immunisation</b>					
<b>Enfants</b>					
Vaccin B.C.G	-	-588992	574841	581499	436292
Vaccin V.A.R	-	-562519	564730	537697	564981
Vaccin contre l'hépatite B	-	-	547855	-	-

Source : Annuaire statistique 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.

## Autres indicateurs

### Les marocains dans le Monde en 2004

Pays	Effectif
EUROPE	2.616.871
PAYS ARABES	282.772
ASIE ET OCEANIE	5.167
AFRIQUE	5.366
AMERIQUES	178.914
<b>TOTAL</b>	<b>3.089.090</b>

Ministère des Affaires étrangères et de la coopération

### Evolution des indicateurs de la pauvreté

Indicateurs	1990	2004
<b>Proportion de la population disposant de moins de 2 US\$ par jour en PPA</b>		
- Urbain	7,8	4,3
- Rural	24,8	16,4
- Ensemble	16,8	9,7
<b>- Taux de pauvreté absolue</b>		
- Urbain	6,8	3,5
- Rural	18,8	12,8
- Ensemble	12,5	7,7
<b>- Taux de pauvreté relative</b>		
- Urbain	13,3	7,9
- Rural	26,8	22,0
- Ensemble	21,0	14,2

**Annexe III**  
**Programme de la promotion national en faveur**  
**des personnes âgées**

)

.(

41

2000

:

:( )

-1

-

-

:

-

-2

:

-

					-
					-
	:				<b>-3</b>
				:	
			14.05		
	:				
					-
		41		2005	
% 17,07					-
			.% 16,63		-
:	% 64,55				
					-
				% 44,36	
					-
				:	
<b>14.05</b>					<b>-1</b>
				:	
					-
					-

•  
•  
•

-II

-  
-  
-  
-  
-  
-

III

237		
28		
14		
2		
158		
33		
37		
3		
8		
4		
33		
93		
4		
27		
13		

161		
32		
12		
43		
21		
70		
20		
14		
152		
13		
30		
79		
33		
18		
618		
30		
24		
25		
6		
91		
35		
10		
4		
10		
4		
6		
2255		41

**Annexe IV**  
**Plan d'action arabe en faveur des personnes**  
**âgées à l'horizon 2015**

**خطة العمل العربية للمسنين حتى عام 2015**

**بيروت، 5-8 فبراير 2002**

**- مبادئ وتوجهات وأهداف**

ستند خطة العمل العربية للمسنين إلى المبادئ الأساسية التي تحكم عملية التنمية وهي "تحسين نوعية الحياة"

"مجتمع لكل الأعمار" و"حق جميع الأفراد في التنمية" وتراعي المعتقدات الدينية والقيم والتقاليد العربية والترابط الأسري التي أكد عليها ميثاق العمل الاجتماعي للدول العربية، وإستراتيجية العمل الاجتماعي في الوطن العربي وتسترشد بمبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بتعزيز المشاركة وتوفير الرعاية وحفظ الكرامة وتأمين الاستقلالية للمسنين، أي تمكينهم من الاعتماد على الذات وعدم الاتكال على الغير، وتنطلق من التوجهات والأهداف التالية:

أ- الاستفادة من التجارب والخبرات والبرامج العربية والإقليمية والدولية في وضع الخطط والسياسات الوطنية والإقليمية المناسبة؛

ب- دمج قضايا المسنين واحتياجاتهم في صلب السياسات الاجتماعية والاقتصادية، بغية إرساء سياسات شاملة ومتكاملة للتنمية الاجتماعية، مع التركيز على مبادئ التضامن والتكافل الاجتماعي؛

ج- وضع سياسات وخطط وبرامج عمل مناسبة تكفل الوصول إلى "مجتمع لكل الأعمار"، استرشادا بالتقاليد والقيم والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية السائدة في المنطقة؛

د- القضاء على كافة أشكال التمييز بين الجنسين لتحقيق المساواة بينهم في الحقوق والواجبات وضمان الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمسنين، إضافة إلى حقوقهم المدنية والسياسية عملا بالاتفاقيات الدولية؛

هـ- إعادة توجيه الخطط والسياسات الخاصة بالمسنين باعتبارهم عناصر منتجة و"رأسمالا بشريا واجتماعيا "قيما"، وتأمين دمجهم من خلال اعتماد سياسات اجتماعية واقتصادية وتعزز وحدة المجتمع وتضمن مشاركة المسنين التامة والفعالة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والدينية، والنظر إلى الشيخوخة بصفقتها نوعا من الاستثمار الدائم؛

و- وضع نظم ضمان اجتماعي وحماية متطورة وحديثة، تلبى مستلزمات تأمين العيش الكريم للمسنين و المسنات على السواء؛

ز- إيلاء اهتمام خاص للمسنات والفئات المهمشة، كالأجثين وذوي الحاجات الخاصة، بما يحقق شيخوخة آمنة، ويضمن تخفيف حدة الفقر بين المسنين والمسنات؛

ح- دعم و توطيد التعاون مع مؤسسات المجتمع المدني، ومن ضمنها المنظمات غير الحكومية لتمكينها من القيام بمهامها في الرعاية الاجتماعية للمسنين والعمل على إشراك المسنين فيها؛

ط- توفير الفرص الحياتية لنمو الإنسان عبر كافة مراحل حياته، ومن ضمنها مرحلة الشيخوخة تطبيقاً لمبدأ "حق جميع الأفراد في النمو"؛

ي- التركيز على مفاهيم التعليم مدى الحياة والتدريب وإعادة التدريب عند صياغة السياسات التعليمية والتدريبية والتأهيلية ووضع الخطط الخاصة بالمسنين؛

ك- تأكيد أهمية التضامن والتواصل بين الأجيال من أجل المحافظة على قيم التماسك الاجتماعي والترابط الأسري، والتأكيد على تكامل ادوار أفراد الأسرة وتعزيز قدراتها وإمكانياتها لرعاية المسنين؛

ل- إعداد البحوث والدراسات الخاصة بالمسنين وقضاياهم ومشاكلهم وتطلعاتهم؛

م- بناء قاعدة بيانات حول المسنين حديثة ودينامية، ومفصلة حسب الجنس، تواكب التغيرات الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية المتسارعة في المنطقة؛

ن- تيسير المعونة الفنية اللازمة لتنفيذ و متابعة وتقييم الخطط وبرامج العمل الخاص بالمسنين.

#### - بنود وتوصيات

تتمحور بنود وتوصيات خطة العمل العربية حول ثلاثة توجهات ذات أولوية اعتمدها خطة العمل الدولية للشيخوخة لعام 2002 وهي على التوالي: (أ) التنمية في عالم يتزايد سكانه تقدماً في السن، (ب) المحافظة على الصحة والرفاه حتى سن متقدمة، (ج) تهيئة مناسبة ومؤازرة لجميع الأعمار "

وعلى الرغم من ارتكاز خطة العمل العربية على هذه التوجهات، يتعين أن تتضمن، بالإضافة إلى القضايا العامة التي تطرحها الخطة الدولية، قضايا خاصة تنبع من خصوصية المجتمع العربي، ووضعت ضمن كل منها مجموعة قضايا وأهداف وإجراءات للتنفيذ على صعيد الحكومات والمنظمات غير الحكومية والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الإقليمية والدولية.

#### التوجهات ذات الأولوية

##### (أ) التنمية في عالم آخذ في الشيخوخة

استرشادا بالمبادئ التي تضمنها إعلان كوبنهاغن بشأن التنمية الاجتماعية وبرنامج العمل، وإعلان ومنهاج عمل بيجين، وإعلان اسطنبول بشأن المستوطنات البشرية (الموئل الثاني)، والتوصيات التي صدرت عن قمة الألفية والدورات الاستثنائية التي عقدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بعد خمس سنوات من عقد المؤتمرات العالمية وغيرها من المؤتمرات العالمية التي عقدت في التسعينات، وأكدت أهمية الحد من الفقر، ورغبة في أن توتي عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بنتائج إيجابية على المجتمع، وتطلعا إلى الحد من الآثار السلبية للعولمة والتكيف الاقتصادي وعمليات التحدث، لابد من السعي إلى إشراك المسنين في عملية التنمية واتخاذ التدابير اللازمة لدمجهم في المجتمع والحد من تهميشهم وتجنب إبعادهم عن المسار الرئيسي للتنمية، مما قد يؤدي إلى هدر طاقاتهم المنتجة وتحويلها إلى أعباء إضافية على المجتمع.

### القضية 1: المشاركة النشطة في المجتمع وفي التنمية

يتطلب بناء "مجتمع لكل الأعمار" إتاحة الفرصة أمام المسنين للمشاركة المستمرة في شؤون المجتمع. لذلك، لا بد من أن يقبل المجتمع مساهماتهم، وتمكينهم من المشاركة في القضايا الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والتطوعية، وتشجيع التفاعل بين الأجيال المتعددة.

الهدف 1: الاعتراف بالمساهمات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لكبار السن.

#### الإجراءات

- أ- الاعتراف بمساهمات المسنين في شؤون الأسرة والمجتمع المحلي وتشجيع هذه المساهمات،
- ب- تشجيع المسنين على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والثقافية الحكومية والتطوعية حسب إمكاناتهم وقدراتهم.
- ج- توعية إعلامية حول الإنتاجية الاجتماعية والاقتصادية لكبار السن وتقدير مساهماتهم في شؤون مجتمعاتهم،
- د- إبراز النماذج الفاعلة للمبادرات والمساهمات الجيدة التي يقوم بها الأفراد المسنون،
- هـ- دعم مؤسسات المجتمع وتمكينها من استيعاب المسنين ضمن برامجها وأنشطتها.

الهدف 2: مشاركة كبار السن في عمليات صنع القرار على جميع المستويات.

#### الإجراءات

- أ- تمكين المسنين من المشاركة في عمليات صنع القرار، ولا سيما، في القضايا التي تخص حياتهم،
- ب- إنشاء منظمات للمسنين وتفعيل دور القائم منها لتمثيلهم في عملية صنع القرار،
- ج- مكافحة التمييز الذي يمارس ضد المسنين على أساس السن.

### القضية 2: مشاركة المسنين والمسنات في قوى العمل

يتطلب مبدأ النمو عبر مراحل الحياة وتحقيق الذات أن يتمتع الأفراد كافة بالفرص المتكافئة وأن يستمر كل فرد بالعمل ما دام قادرا على العمل. لذا يعتبر العمل على إتاحة فرص العمل أمام المسنين ومكافحة أشكال التمييز التي تمارس ضدهم على أساس السن أو الجنس من المستلزمات الضرورية لمجتمع لكل الأعمار. كما يجب الاهتمام بالمسنين في المناطق الريفية والمهاجرين والفقراء الذين لهم دخل.

الهدف: تأمين فرص العمل لكل راغب فيه من المسنين.

#### الإجراءات

- أ- تأمين الأنشطة الاقتصادية المناسبة لعمل المسنين حسب إمكاناتهم وقدراتهم،
- ب- إتاحة الفرص لتشغيل المسنين بدوام جزئي وحث القطاع الخاص على تشغيلهم واحتفاض المسنين منهم من نظام المعاش التقاعدي،

ج- تيسير القروض والتسهيلات الائتمانية للمسنين ليتمكنوا من العمل لحسابهم، وتأسيس ودعم المشاريع الإنتاجية التي تشارك فيها المسنات القائمت على رعاية أسرهن، ولاسيما الأرامل والمطلقات.

د- اتخاذ التدابير اللازمة لمساعدة المسنين على تصريف منتجاتهم؛

هـ- مساعدة المسنين الذين يعملون في القطاع غير المنظم على تحسين دخولهم وإنتاجيتهم وظروف عملهم؛

و- مراعاة الاحتياجات الخاصة بالمسنين والأشخاص الذين يعيشون بمفردهم.

### القضية 3: ضمان الدخل والعيش الكريم للمسنين

يعتبر اعتماد مظلة تأمينات اجتماعية متطورة وحديثة من الاستراتيجيات الضرورية لتقدم المجتمعات وضمن الحقوق الاجتماعية والاقتصادية لشعوبها. كما أنه من الضروري قيام أنظمة حماية اجتماعية مكاملة لسياسات التأمينات الاجتماعية لحماية الأفراد غير المستفيدين من نظام التأمينات، وهم أكثر عرضة من غيرهم للتقلبات الاقتصادية التي تشهدها العديد من الدول العربية.

الهدف: تحديث نظم الحماية والضمان الاجتماعي والتأمينات ومعاشات الشيخوخة.

#### الإجراءات

أ- تأمين الحماية لفئة المسنين غير الناشطين اقتصاديا والعمل على تلبية احتياجاتهم المعيشية؛

ب- مراجعة وتطوير وإصدار تشريعات الضمان الاجتماعي بما يلبي احتياجات المسنين، وتقديم المساعدة المالية للمسنين غير المستفيدين من نظام الضمان الاجتماعي؛

ج- تأمين دخل إضافي للمتقاعد يكفل له مستوى من العيش الكريم؛

د- العمل على أن تشمل نظم المعاشات القائمة على الاشتراكات نسبة متزايدة من العاملين في القطاعين المنظم وغير المنظم، وضمان سلامة نظم المعاشات الرسمية وقدرتها على الوفاء بالتزامها وشفافيتها؛

هـ- وضع برامج مبتكرة للحماية الاجتماعية لصالح العاملين خارج نطاق الاقتصاد المنظم، ومن ضمنهم العاملون بدون أجر في مجال الرعاية؛

و- ضمان المساواة والعدالة بين الجنسين في نظم الحماية؛

ز- العمل العاجل من أجل تنظيم الحماية لتأمين حد أدنى من الدخل للمسنين الذين ليس لهم مصدر رزق، ولاسيما الذين يعيشون بمفردهم ويكونون أكثر عرضة للفقر؛

ط- اتخاذ تدابير لمكافحة تفاقم التضخم على تربيئات المعاشات والإدارات وربطها بسلم غلاء المعيشة؛

ي- النظر في إنشاء نظام عام للمعاشات غير قائم على الاشتراكات يمول من الإيرادات العامة؛

ك- وضع مؤشرات للمراقبة ولخفض نسبة الفقر.

### القضية 4: مكافحة فقر المسنين

يمثل المسنون الفئات الأكثر تضررا من الفقر في البلدان العربية، سواء أكان في المناطق الريفية أو في ضواحي المدن أو المناطق الفقيرة منها. وعلى الرغم من الجهود الحثيثة التي تبذلها الدول العربية كافة لمكافحة هذه المشكلة، تعتبر إمكانات العديد منها غير كافية للتخفيف من المعاناة التي يزرح تحتها غالبية المسنين الذي يعيشون في تلك المناطق.

الهدف: العمل على حد من الفقر والتخفيف من آثاره على المسنين.

#### الإجراءات

أ- مراعاة الاحتياجات الخاصة بالطاعنين في السن الذين يعيشون بمفردهم؛

ب- مساعدة المسنين على الحصول على فرص عمل مناسبة لتجنب الفقر؛

ج- اتخاذ التدابير اللازمة وتصميم برامج مبتكرة لمحاربة الفقر بين المسنين والحد من معاناتهم؛  
د- دعم المشاريع الإنتاجية الصغيرة المدرة للدخل التي يقوم بها كبار السن

#### القضية 5: التنمية الريفية والهجرة والتحول الحضري

يعاني المسنون في المناطق الريفية من قصور في البنية الأساسية وضعف القاعدة الاقتصادية، كما يعانون من فقدان الدعم الأسري التقليدي من جراء هجرة الشباب إلى المدن. وتزيد هذه الأوضاع من تهميش المسنين ومعاناتهم، ولاسيما المسنات منهم.

الهدف 1: تحسين ظروف الحياة والبنية الأساسية في المجتمعات المحلية الريفية وتعزيز الروابط بين المناطق الحضرية والريفية

#### الإجراءات

أ- تأمين كافة أوجه الدعم للمزارعين المسنين لتمكينهم من مواصلة عملهم وتحسين مردوده؛  
ب- تشجيع إنشاء التعاونيات الريفية لتصريف الإنتاج والحصول على المواد الزراعية بأفضل الأسعار؛

ج- ربط اقتصاد الريف في سياق الاقتصاد العام للبلد؛

د- ضمان الحماية لفئة المسنين من غير الناشطين اقتصاداً، ولاسيما المسنات منهم، والعمل على تلبية احتياجاتهم المعيشية الأساسية؛

الهدف 2: دمج المهاجرين من المسنين في مجتمعاتهم المحلية الجديدة.

#### الإجراءات

أ- تصميم تدابير لمساعدة المهاجرين من المسنين على استدامة أمنهم الاقتصادي، ومن ضمنها استحقاقات من قبيل المعاشات التقاعدية؛

ب- ضمان حقوق الشباب المهاجر للإسهام في نظام تقاعدهم عند عودتهم إلى وطنهم الأصلي؛

ج- اتخاذ تدابير على المستوى المحلي، كإنشاء مراكز للمسنين، لمنع أو معادلة الآثار السلبية للتحوّل الحضري.

#### القضية 6: الحصول على التعليم والتدريب

يعد التعليم بعداً أساسياً من إبعاد التنمية المستدامة. ويتطلب تحقيق المجتمع القائم على المعرفة الأخذ بسياسات لإتاحة فرص الحصول على التعليم والتدريب مدى الحياة، واستمرار التعليم والتدريب ضروري لضمان استمرار إنتاجية المجتمعات.

الهدف 1: تكافؤ الفرص مدى الحياة في التعليم المستمر والتدريب وإعادة التدريب والتوجيه المهني

#### الإجراءات

أ- إتاحة الفرص أمام المسنين لمتابعة دراستهم بدون تمييز؛

ب- تنظيم دورات تدريبية للمسنين لاستخدام تكنولوجيا المعلومات؛

ج- تكثيف البرامج التدريبية وإعادة التأهيل لاستمرار المسنين في العمل المنتج؛

د- إدخال قضايا المسنين في المناهج الدراسية واعتماد التأهيل المجتمعي لإعداد الناشئة لمختلف المراحل العمرية.

الهدف 2: الاستغلال التام لقدرات الناس في جميع الأعمار، ومن ضمنهم المرأة المسنة.

#### الإجراءات

أ- تمكين المسنين من العمل باعتبارهم مربين ومستشارين؛

ب- تشجيع المتطوعين من المسنين على استغلال مهاراتهم في العمل مع سائر الأجيال في إطار المجتمع المحلي؛

ج- إتاحة الفرص لتبادل المعرفة والخبرات بين الأجيال واستخدام التكنولوجيا الحديثة في إطار البرامج التعليمية؛

د- تشجيع المسنين على الاستفادة من خدمات الجامعات المفتوحة؛

هـ- تنظيم حملات إعلامية تستهدف التوعية بضرورة تغيير أنماط الاستهلاك الشائعة والتعريف بطرق وأساليب التوفير والادخار، وإبراز مزاياها ومردوداتها المستقبلية في الوفاء بمتطلبات الحياة في مرحلة الشيخوخة وما بعد التقاعد.

#### القضية 7: التضامن بين الأجيال

يمثل التضامن بين الأجيال على المستويات كافة، في الأسر والمجتمعات المحلية والمجتمع، مبدأ توجيهيا لتحقيق مبدأ "مجتمع لكل الأعمار"، كما أن التضامن شرط أساسي للتلاحم الاجتماعي. ويستأثر العمل على تعزيز أواصر التعاون والتكافل بين الأجيال بأهمية كبرى في الحفاظ على وحدة المجتمع وتماسكه.

الهدف 1: تعزيز التضامن بين الأجيال من خلال التبادل والتواصل.

#### الإجراءات

أ- تنظم حملات إعلامية تثقيفية حول فهم الشيخوخة لجميع الفئات العمرية؛

ب- وضع مبادرات لتعزيز التبادل المستمر بين الأجيال وتدريب الناشئة على الأنشطة الموجهة لفائدة المسنين ضمن النوادي في المؤسسات التعليمية وغيرها؛

ج- إتاحة الفرص أمام كافة الفئات العمرية لعقد اللقاءات بينها؛

د- تشجيع التبادل بين الأجيال بصفته شرطا أساسيا للتنمية الاجتماعية؛

هـ- تشجيع الشباب على تقديم الخدمات للمسنين، باعتباره جزءا من الخدمة الوطنية والتعليم المدني؛

و- حث الجيل الجديد على العناية بالمسنين (مكافآت، ومساعدات مادية وجوائز)؛

ز- تقديم الدعم للأسرة التي تقوم بإعالة المسنين من العجزة والمقعدين وذوي الحاجات الخاصة.

#### ب) المحافظة على الصحة والرفاه حتى سن متقدمة

لقد سعت الدول العربية إلى تأمين الرعاية الصحية اللازمة لرعاياها من المسنين، إلا أنهم مازالوا بحاجة إلى المزيد من الخدمات الحيوية، كتأمين الرعاية الطبية والتمريضية المنزلية، وزيادة عدد العيادات والمراكز الصحية للمسنين، وتأسيس أقسام متخصصة بطب الشيخوخة في المستشفيات. ولا بد من اتخاذ الإجراءات الوقائية لحماية المسنين في منازلهم بالعمل على تطبيق معايير السلامة على الأدوات المنزلية والمنتجات الغذائية، وإثارة الوعي بالإفراط في استعمال العقاقير والأدوية، على أن تراعى في تأمين هذه الخدمات المساواة بين الرجال والنساء، وما تتطلبه كل فئة من رعاية خاصة.

#### القضية 1: الصحة والرفاه مدى الحياة

تعتبر محافظة المسنين على صحة جيدة من المستلزمات الأساسية لسعادتهم ورفاههم، لأن الصحة تضمن لهم الاستقلالية، أي الاعتماد على ذاتهم وعدم الاتكال على الغير. وتعتبر الوقاية وتأخير المرض والعجز، استثمارا لصالح الفرد فحسب، بل لصالح المجتمع أيضا، بما يوفره من أعباء على الموارد. لذلك، من الضروري تأمين سبل التغذية السليمة، الوقاية من المرض، الحد من آثار التلوث، لضمان رفاه الإنسان مدى الحياة.

الهدف 1: تعزيز الصحة والرفاه مدى الحياة وتأمين الخدمات الصحية لجميع المناطق بدون تمييز على أساس السن أو الجنس.

#### الإجراءات

أ- إعطاء الأولوية لتحسين الحالة الصحية للفقراء والفئات المهمشة من السكان؛

ب- اتخاذ التشريعات والإجراءات الكفيلة بالحد من أنواع التلوث، وخفض التعرض للتلوث على امتداد مراحل العمر بدءاً بمرحلة الطفولة، ومراقبة الغذاء الضار ووضع معايير السلامة؛  
ج- اتخاذ تدابير تشريعية لمنع شراء الدواء بدون وصفة طبية للحد من الإفراط في استعمال العقاقير.  
د- مكافحة انتشار العادات الصحية الضارة، كالإدمان على التدخين والكحول، وعدم سلامة العادات الغذائية وانعدام النشاط الجسمي، والتركيز على إتباع العادات الصحية السليمة؛  
هـ- وضع أهداف لتحسين صحة المسنين وتأخير عجزهن تستهدف الشيخوخة التي تصيب النساء كهشاشة العظام وغيرها من الأمراض

الهدف 2: وضع سياسات لوقاية المسنين من الاعتلال  
الإجراءات

أ- اتخاذ تدابير وقائية عبر المراحل الحياتية كافة والتركيز على إتباع العادات الصحية السليمة؛  
ب- اتخاذ تدابير في المرافق العامة لحماية المسنين من الوقوع؛  
ج- تأمين الكشف الصحي المجاني للمسنين أو بأسعار مخفضة؛  
د- حمل شركات التأمين على قبول طلبات التأمين الصحي للمسنين بأسعار مخفضة؛  
هـ- توعية أفراد المجتمع والمسنين بالإجراءات الصحية والوقائية التي تمكنهم من الاستماع بصحة بدنية ونفسية جيدة وشيخوخة سعيدة؛  
و- التركيز على تدريب المسنين على أساليب الرعاية الذاتية وتدريب العاملين في رعايتهم؛  
ز- تنظيم حملات توعية لتعريف المجتمع باحتياجات المسنين وحقوقهم وطبيعة ما قد يتعرضون له من مشاكل صحية ونفسية، وكيفية التعامل معها؛  
ح- اتخاذ الإجراءات اللازمة لإعطاء المسنين بطاقات تسهل لهم المعاملة التفضيلية في شتى المرافق والمستشفيات.

الهدف 3: تأمين التغذية السليمة لجميع المسنين  
الإجراءات

(أ) تأمين الوجبات الغذائية للمحتاجين من المسنين؛  
(ب) توعية المسنين وتشجيعهم على تناول الغذاء الصحي المتوازن؛  
ج- تشجيع التغذية الصحية مدى الحياة ابتداء من مرحلة الطفولة، مع إيلاء عناية خاصة لضمان التغذية الملائمة للنساء سنوات الإنجاب؛  
د- توعية المسنين والمجتمع كافة بالاحتياجات الغذائية للمسنين؛  
هـ- دمج الاحتياجات الغذائية للمسنين في المناهج التدريبية المخصصة لجميع موظفي الصحة والرعاية.

القضية 2: تأمين الرعاية الصحية للجميع وعلى قدم المساواة

يواجه المسنون عقبات مالية وقانونية تحول في الأغلب دون استفادتهم من أوجه الرعاية الصحية الأساسية لحمايتهم من الأمراض الجسمية والعقلية والنفسية التي تصيبهم في المراحل المتأخرة من حياتهم.

لذلك، يجب على الحكومات والمجتمع المدني والقطاع الخاص التعاون من أجل اعتماد نظام تأمين صحي شامل تتاح خدماته لكافة الفئات بدون تمييز على أساس السن أو الجنس أو الإمكانات المادية.

الهدف 1: تأمين الرعاية الصحية المتكافئة للمسنين بدون تمييز  
الإجراءات

أ- تطوير وتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية لتلبية احتياجات المسنين وتأمين العلاج الصحي المجاني أو بأسعار مخفضة أو بأسعار مخفضة لتكون بمتناول المسنين كافة في جميع المناطق، ومن ضمنها المناطق الريفية والناحية؛

ب- تثقيف المسنين وتمكينهم من الاستخدام الفعال للخدمات الصحية واختيارها؛

ج- اتخاذ الإجراءات اللازمة للقضاء على التمييز على أساس السن أو الجنس في تأمين الخدمات الصحية والرعاية؛

د- تزويد المسنين بالمعلومات اللازمة حول أنواع الخدمات الصحية المتيسرة وكيفية الاستفادة منها؛  
هـ- تأمين خدمات طبية وتمريضية للمسنين في المنازل، وخدمات متخصصة بطب الشيخوخة، وعيادات صحية متنقلة تجوب المناطق الريفية والناحية؛

و- تأمين الأدوية الأساسية والضرورية والأدوات السمعية والبصرية وأطقم الأسنان والأجهزة الطبية للمسنين المحتاجين، إما مجاناً أو بأسعار مخفضة؛

الهدف 2: تطوير وتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأساسية لتلبية احتياجات المسنين وكفالة دمجمهم في عملية التنمية.

الإجراءات

أ- دعم المجتمعات المحلية في تأمين خدمات الرعاية الصحية المتكافئة للمسنين؛

ب- دمج الطب التقليدي في برامج الرعاية الصحية الأساسية حيثما يكون مناسباً ومفيداً؛

ج- تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية الأساسية والاختصاصيين الاجتماعيين على المبادئ الأساسية لعلم الشيخوخة؛

د- وضع تشريعات وآليات لتنظيم تأمين الخدمات الصحية للمسنين

الهدف 3: إشراك المسنين في وضع وتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأساسية والطويلة الأجل

الإجراءات

(أ) إشراك المسنين في تخطيط برامج الرعاية الصحية وتنفيذها وتقييمها؛

(ب) الاستفادة من قدرات المسنين في إطار الخدمات الصحية الأساسية والطويلة الأجل؛

ج- استحداث سجلات وطنية لأصحاب الكفاءات من المسنين يمكن استثمارها في دعم القطاع الأهلي وفي عملية التنمية على نطاق أشمل.

القضية 3: تدريب القائمين بالرعاية الصحية

تتوقف نوعية نظام الرعاية الصحية على نوعية الأطر الطبية والاجتماعية المؤهلة. لذا من الأهمية بمكان إتاحة فرص التدريب المستمر للعاملين في مجال الشيخوخة، وتأسيس فروع طب الشيخوخة وعلم الشيخوخة لإعداد أعضاء الفريق الطبي العاملين مع المسنين، وإتاحة فرص الحصول على المعلومات وعلى التدريب الأساسي اللازم.

الهدف 1: تأمين المعلومات والتدريب للمتخصصين في الطب والرعاية الاجتماعية ولمساعيهم

الإجراءات

أ- وضع برامج تدريبية تتعلق بعلم وطب الشيخوخة والترويج لها؛

ب- إنشاء أقسام متخصصة بطب الشيخوخة في المستشفيات، واستحداث تخصصات في علم

الشيخوخة وطب الشيخوخة وتشجيع الطلبة على التخصص فيها؛

ج- إعداد وتدريب الأطر الطبية والاجتماعية لتهيئة فريق العمل المتخصص لرعاية المسنين؛

د- تزويد الاختصاصيين في الرعاية الطبية والاجتماعية ببرامج التعليم المستمر حول صحة المسنين

ورفاههم ورعايتهم؛

هـ- إجراء الدراسات والبحوث المتخصصة وتقديم الدعم اللازم لها.

#### القضية 4: المسنون والإعاقة

يعتبر المسنون من أكثر الفئات تعرضاً للإصابات التي قد تعوقهم جسدياً أو عقلياً. ويستلزم هذا الواقع تكثيف الجهود من أجل تشجيع المسنين على الاستقلالية، وتمكينهم من المشاركة الكاملة في جميع الأنشطة الاجتماعية.

الهدف 1: تأهيل المسنين ذوي الحاجات الخاصة لاحتفاظ بالحد الأقصى من القدرات الوظيفية طوال حياتهم والعمل على إشراكهم التام في المجتمع تأمين الرعاية المناسبة لهم.

#### الإجراءات

أ- تأمين التأهيل والرعاية المناسبة للمسنين ذوي الاحتياجات الخاصة، ليحصلوا على حقوقهم في الخدمات والمساعدة، ويحققوا الانخراط الكامل في المجتمع؛

ب- توعية المجتمع والمسنين بأسباب الإعاقة وتأمين المعلومات عن كيفية الوقاية منها في مراحل العمر المختلفة؛

ج- وضع برامج للعلاج النفسي ونشر المعلومات حول أمراض الشيخوخة؛

د- تأمين أنواع العلاج التي يمكن أن تخفض معدلات الإعاقة، مثل إزالة المياه البيضاء من العين وتغيير مفصل الحوض، وتيسيرها للمسنين كافة؛

هـ- تأمين الأطراف الاصطناعية لذوي العاهات الجسدية من المسنين المحتاجين، إما مجاناً أو بأسعار مخفضة؛

و- تهيئة البيئة وتأمين الخدمات التي تساعد المسنين ذوي الحاجات الخاصة على التكيف مع بيئتهم

#### (ج)- تهيئة بيئة مناسبة ومؤازرة لجميع الأعمار

تعتبر تهيئة بيئة تمكينية داعمة لجميع الأعمار من الأهداف الرئيسية لحقوق الإنسان، وأياً كانت الظروف، من حق المسنين جميعاً العيش في بيئة تعزز قدراتهم وتمكنهم من المساهمة في تنمية مجتمعاتهم المحلية. ويشمل ذلك تيسير حصولهم على الخدمات الأساسية، كالسكن المناسب لقدراتهم الوظيفية، لكي يتمكنوا من التنقل بسهولة، وتأمين كافة أنواع الدعم للمسنين المحتاجين. وتظهر المعطيات أن الدول العربية كافة ما زالت تعتمد على أسرة المسن في تأمين السكن، التي تعتبر من أقدّر المؤسسات الاجتماعية على تلبية احتياجات المسن المادية والمعنوية وحاجته إلى الانتماء والإحساس بالطمأنينة. فلبقاء المسن داخل أسرته دور إيجابي في تدعيم القيم الإيجابية، ما يؤثر في التنشئة الأسرية والاجتماعية، كما يؤمن لأفراد التوجيه والرعاية والمحبة ويقاوم اتجاه التفرد الذي أضعف بعض قيم الأسرة المثالية.

أما بالنسبة إلى الرعاية الاجتماعية فتشير المعطيات إلى غالبية الدول العربية قدمت الدعم المادي للجمعيات الأهلية التي تعنى بالمسنين واتخذت الإجراءات اللازمة لرفع القيود والضرائب عنها، كما عمدت إلى إتاحة الفرص أمام المسنين للمشاركة في تنمية مجتمعاتهم المحلية.

وما زال تأمين معظم الخدمات الاجتماعية الأساسية محصوراً بالقطاع الحكومي، بسبب الدور المركزي الذي تضطلع به، ولقد كانت بعض الدول العربية رائدة في مجال تشجيع إنشاء الأندية الترفيهية، التي تمكن المسن من ممارسة هواياته، والتعاونيات التي تقدم له الخدمات الاجتماعية، وإعطاء الحوافز للشباب لتشجيعهم على المساهمة في تقديم الرعاية. وبات من المهم إعطاء أولوية للعناية بالمسنين في الدول العربية، ولاسيما أولئك الذين يفقدون أسرهم من جراء الحروب والنزاعات المسلحة، بتوفير الأسر البديلة وتأمين خط ساخن للإغاثة وغير ذلك من التدابير المبتكرة.

## القضية 1: البيئة السكنية والمعيشة

حدد إعلان اسطنبول وخطة الموئل الثاني هدفا في توفير السكن المناسب للجميع. ويشكل السكن المكان الطبيعي للمسنين ضمن بيئة تمنحهم الرعاية الأزرمة، وتؤمن لهم استقرار العيش والراحة النفسية. ويحتاج المسنون إلى منازل تلائم قدراتهم الوظيفية لكي يتمكنوا من التنقل بسهولة مع مراعاة البيئة المناسبة وما يرافقها من أماكن عامة لخدمة الأجيال كافة. ولا بد من الاهتمام الكافي بتأمين وسائل النقل الصديقة للمسنين والملائمة لاحتياجاتهم وقدراتهم الوظيفية، ليمكنوا من الوصول إلى مراكز الخدمات.

الهدف 1: تأمين السكن في البيئة المحلية.

### الإجراءات

- أ- تهيئة البيئة المحلية لتأمين السكن المناسب للأجيال كافة؛
- ب- منح التسهيلات الائتمانية أو التخفيضات الضريبية للأسر الراعية لأعضائها من المسنين لإنشاء أو شراء مساكن بقروض تفضيلية؛
- ج- تشجيع إنشاء الجمعيات السكنية التي يساهم فيها القطاعان العام والخاص ؛
- د- تأمين أنواع مساكن ملائمة يختار بينها المسنون بحرية واستقلالية، وتحدد تصاميمها ومواقعها بما يتوافق مع حاجاتهم ، وتكون تكاليفها في متناولهم ،
- هـ- تأمين تسهيلات مادية للمسنين لإعادة تأهيل منازلهم، فتصبح خالية من العوائق التي تحول دون تنقلهم بسهولة وحرية فيها؛
- و- تقديم الدعم المادي للمسنين للعيش في منازل خاصة أو مع الأقارب؛
- ز- ربط المساكن ذات الكلفة المناسبة بخدمات المساعدة الاجتماعية ؛
- ح- وضع قاعدة بيانات خاصة بالإسكان تراعي عنصري السن والإعاقة.

الهدف 2: تهيئة بيئة صديقة

### الإجراءات

- أ- مراعاة احتياجات وقدرات المسنين في تصميم الأبنية والمرافق العامة ؟
- ب- إقامة مساكن وأماكن عامة مشتركة بين الأجيال من خلال التصميم المناسب ؛
- ج- إنشاء المرافق الترفيهية العامة وإعدادها لخدمة مجتمع تتعايش فيها الأجيال كافة

الهدف 3: تأمين وسائل النقل الصديقة للمسنين

### الإجراءات

- أ- تأمين وسائل كافية وملائمة لحاجات المسنين في المناطق كافة باستيرادها أو استحداثها أو إعادة تصميمها؛
- ب- تصميم طرق أكثر أمانا تسهل حركة التنقل وتراعي سلامة المسنين ؛
- ج- تأمين النقل المجاني أو منح تخفيضات وتعريفات خاصة بالمسنين.

## القضية 2: الرعاية الاجتماعية

يحتاج المسنون إلى الرعاية الاجتماعية التي تكفل لهم العيش الكريم، ولا بد من توسيع قاعدة الخدمات التي تؤمنها الدولة لهم من مادية ومعنوية ودعم المؤسسات والمنظمات التي ترعى شؤونها، وتأمين الخدمات التي تتيح لهم المشاركة مع غيرهم من الأجيال في تنمية مجتمعاتهم المحلية . وتجدر بنا الإشارة هنا إلى أن المجتمع العربي يعاني من الحروب والنزاعات المسلحة وعدم الاستقرار السياسي، الأمر الذي من الممكن أن يلقي على عاتق المسن مسؤولية رعاية صغار السن والأيتام وحتى مسؤولية رئاسة الأسرة أي رعايتها وإعالتها

الهدف: تأمين الرعاية الاجتماعية المتكاملة

## الإجراءات

- أ- إتاحة الفرص لتعزيز العلاقات بين الأجيال والترابط على صعيد العمل الاجتماعي داخل المجتمعات المحلية؛
- ب- تأمين أوجه الرعاية الاجتماعية لمساعدة العائدين من المهاجرين المسنين على إعادة التكيف مع بيئتهم الأصلية؛
- ج- تأمين دور لرعاية المسنين ووضع المعايير الخاصة بها وتطوير برامجها وهيكلها الإدارية والتنظيمية، وتزويدها بالإمكانات المادية اللازمة والأطر البشرية المؤهلة؛
- د- إعداد الاختصاصيين الاجتماعيين وتدريب العاملين في رعاية المسنين؛
- هـ- تمكين المسنين من المشاركة في المجالات الاجتماعية والثقافية والترفيهية؛
- و- حث الشباب على المشاركة في تأمين الخدمات والرعاية الاجتماعية للمسنين وتشجيع مساهمة المسنين في الأنشطة التي تنظم لصالحهم؛
- ز- تشجيع إنشاء جمعيات وتعاونيات وروابط للمسنين، وتأمين أوجه للعمل معها؛
- ح- تطوير أشكال الرعاية المؤسسية وإتاحتها لإعداد أكبر من المسنين المحتاجين إليها واستحداث أنماط أخرى من الرعاية مثل الأسر البديلة والرعاية المنزلية وجليس المسن؛
- ط- تأمين خدمات توجيه وإرشاد خاصة بالمسنين؛
- ي- وضع برامج لإعداد المسنين لمرحلة التقاعد وبرامج الوقاية من العجز؛
- ك- تشجيع المسنين على العمل التطوعي والمساعدة الذاتية.

### القضية 3: سوء المعاملة

قد يتعرض المسنون لسوء المعاملة النفسية والمادية أو حتى الجسدية، ويحجمون عن طلب المساعدة بدافع الخوف، فتتفاقم أوضاعهم الصحية والحياتية، مما يستدعي تضافر الجهود للحد من الإساءة للمسنين ووضع التشريعات والقوانين الكفيلة بحمايتهم.

الهدف 1: مكافحة سوء معاملة المسنين.

## الإجراءات

- أ- رصد ممارسات سوء معاملة المسنين، إن حدثت للحد منها، واتخاذ التدابير اللازمة لمكافحتها صونا لكرامتهم وحقوقهم؛
- ب- إصدار التشريعات والقوانين بحماية المسنين في الدول العربية التي تفتقر إليها؛
- ج- تعزيز المؤسسات القضائية أو الاجتماعية المختصة لتتولى حماية المسنين؛
- د- تنظيم حملات توعية حول سوء معاملة المسنين وسبل الوقاية منها، وتوعية المسنين بموضوع المواطنة والحقوق المدنية وضروب غش المستهلك؛
- هـ- وضع خدمة "الخط الساخن" لإغاثة المسنين في الحالات الطارئة، ومن ضمنها حالات التعرض للعنف والأزمات الصحية.

### القضية 4: التصورات المتعلقة بالشيخوخة

يستأثر موضوع الحفاظ على صحة سليمة بأهمية متزايدة مع التقدم في السن، ونتج عن ذلك طلب متزايد على الرعاية الصحية والمعاشات وغيرها من الخدمات الاجتماعية. ومع تضخم الكلفة المالية لهذه الخدمات، بات المسنون يصبون عبئا على الاقتصاد، وتبدلت القيم والمفاهيم والنظرة الإيجابية التي كان قوامها الاحترام والخبرة، لتحل محلها صورة الضعف والتعبئة. فلا بد من مكافحة الأفكار المسبقة والسلبية، وتوجيه الإعلام نحو إعادة الاعتبار للمسنين وتقديرهم في المجتمع.

الهدف 1: تعزيز النظرة الإيجابية إلى الشيخوخة.

## الإجراءات

أ- حث وسائل الإعلام على إبراز الصورة الإيجابية للمسنين، والتركيز على مساهمتهم في المجتمع وتنظيم حملات توعية حول الشيخوخة، بصفقتها مرحلة من مراحل العمر، وتوجيه الأجيال الصاعدة والحنين للتواصل والتعامل فيما بينهم؛

ب- العمل على تضمين الكتب المدرسية معلومات عن مساهمات جميع الأعمار في المجتمع؛

ج- تشجيع إقامة حفلات التكريم للمسنين يشارك فيها أفراد من جميع الأعمار؛

د- تعزيز دور المنظمات غير الحكومية التي تعنى بقضايا المسنين وتعبئة مواردهم، لإشراكهم في أعمالها ليس باعتبارهم مستفيدين من هذه المنظمات، بل أعضاء فاعلين في برامجها.

## القضية 5: دعم الرعاية الأسرية

تشهد الأسرة العربية تغيرات عديدة تعوقها عن أداء دورها في رعاية المسنين خاصة، كما تؤدي إلى تفاقم العديد من المشاكل النفسية والصحية والاجتماعية التي تحد من قدرات المسنين على التكيف مع المتغيرات الجديدة، كما تحد من الأدوار المختلفة التي يمكن أن يقوموا بها ضمن الأسرة أو خارجها.

الهدف: تعزيز ودعم تماسك الأسرة العربية

## الإجراءات

أ- سن التشريعات التي تكفل رعاية المسنين ضمن أسرهم؛

ب- وضع برامج التوعية الأسرية حول التعايش من المسنين ورعايتهم؛

ج- دعم دور الأسرة في رعاية المسنين من خلال ترسيخ العادات والتقاليد والقيم التي تشجع على احترام المسنين ورعايتهم ضمن الأسرة.

د- تأمين الدعم المادي والخدمات الاجتماعية للأسرة لتمكينها من رعاية أفرادها المسنين؛

هـ- تقديم دعم خاص للمسنات الأرمال وغير المتزوجات؛

و- وتوجيه وسائل الإعلام كافة إلى تعزيز دور الأسرة وتكريسها بصفقتها محيطا طبيعيا وبيئة أساسية لرعاية المسنين؛

ز- تقديم المساعدة للفائمين بالرعاية من المسنين والأسر التي يقومون برعايتها، عن طريق المساعدات الاجتماعية والإرشاد والمعلومات، وتعزيز الدور الإيجابي للأجداد والجدات في تنشئة أحفادهم.

## القضية 6: دور المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني الأخرى

يشكل تضافر جهود كافة القطاعات في المجتمع والتنسيق فيما بينها أداة فعالة لحسن استعمال الموارد المتاحة من أجل تأمين الرعاية المتكاملة للمسنين. ومع الدور الرئيسي الذي تضطلع به المنظمات الحكومية في هذا المجال، إن للمجتمع المدني بكافة منظماته دورا مكملا لعمل الحكومات لابد من تطويره وتعزيزه من أجل الإرتقاء برعاية المسنين إلى المستوى المطلوب.

الهدف: دعم المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني الأخرى العاملة في رعاية المسنين

## الإجراءات

أ- تأمين الدعم المادي ومنح التخفيضات الضريبية والإعفاءات من الرسوم للمنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني الأخرى العاملة في رعاية المسنين؛

ب- تشجيع منظمات المجتمع المدني على تأمين وتطوير البرامج الخاصة برعاية المسنين؛

ج- وضع آليات تعاون وتنسيق وطنية كافة المنظمات الحكومية وغير الحكومية العاملة في رعاية المسنين

وضع المعايير اللازمة لتنظيم عمل المؤسسات الرعائية للمسنين؛

د- تشجيع مشاركة المنظمات غير الحكومية باعتبارهم أعضاء فاعلين في خدماتها وبرامجها.

#### القضية 7: دمج قضايا المرأة المسنة في صلب برامج التنمية الاجتماعية

تشير التغيرات الديمغرافية إلى تزايد في نسب المسنات وأعدادهن يفوق تزايد أعداد المسنين. يعزى ذلك إلى بقائهن على قيد الحياة لمدة أطول. ويزداد وضع تازما مع تقدمها في السن، وسيما بعد فقدان زوجها، لأنها تواجهه، عادة، حواجز اجتماعية وثقافية وتشريعية تحول بها دون نيل حقوقها الاجتماعية والاقتصادية، وهي، وبالتالي، بحاجة إلى مساعدات خاصة بها.

الهدف: وضع برامج خاصة بالمسنات تؤمن لهن مستوى من العيش الكريم.

#### الإجراءات

- أ- مراعاة الاحتياجات الخاصة بالنساء المسنات والطاعنات في السن اللواتي يعشن بمفردهن؛
- ب- تيسير القروض والتسهيلات الائتمانية للمسنات، لتمكينهن من العمل لحسابهن، وتأمين المساعدة المادية للعاملات في القطاع غير المنظم؛
- ج- تأسيس ودعم المشاريع الإنتاجية التي تشارك فيها المسنات القائمات على رعاية أسرهن، ولا سيما الأرامل والمطلقات في المناطق كافة، وتأمين المساعدة المادية للجندات اللواتي يعنين بتربية أحفادهن أو إعالتهم بسبب الحروب ولأسباب أخرى؛
- د- مكافحة أشكال التمييز على أساس الجنس في التشريعات والقوانين وفي تطبيقها، فهي تحد من استفادة المسنات من المعاشات التقاعدية والمشاركة الكاملة في عملية التنمية؛
- هـ- تأمين الحماية للمسنات الناشطات اقتصاديا، وتلبية احتياجاتهن المعيشية، وحمايتهن من العنف وسوء المعاملة؛
- و- تعزيز وتطوير مشاركة المسنات في عمليات صنع القرار حول القضايا التي تمس حياتهن؛
- ز- إتاحة الفرص أمام المرأة لمحو الأمية أو متابعة التأهيل والتعليم، بغية تمكينها ماديا من الاعتماد على الذات؛
- ح- تشجيع مساهمات المسنات في شؤون المجتمع المحلي.

#### القضية 8: النزاعات والحروب

الهدف: تأمين الرعاية والحماية للمسنين في حالات النزاعات المسلحة والحروب والاحتلال

#### الإجراءات

- أ- حث المنظمات الدولية على الاضطلاع بمهامها والتدخل السريع لحماية وضمان حقوق الإنسان للمسنين الذين يعانون من الاحتلال والحصار والحروب؛
- ب- التوعية والتعريف بمضمون إعلان الأمم المتحدة بشأن النساء والأطفال أثناء الطوارئ والمنازعات المسلحة (1984)؛
- ج- تفعيل دور جمعيات حقوق الإنسان المحلية والعربية والدولية في ملاحقة ومقاضاة مجرمي الحرب الذين يرتكزون الفظائع بحق المدنيين، ومن ضمنهم المسنين؛
- د- تلبية الاحتياجات الأساسية للمسنين المتأثرين بحالات النزاع المسلح أو الحرب أو الاحتلال أو الحصار؛
- هـ- إعطاء الأولوية للمسنين في خطط وتأمين الإغاثة وتأمين الخدمات والسلع لهم، وخاصة المسنين الذين يعلنون أسرهم.

## **Annexe V**

# **DÉCLARATION POLITIQUE SUR LE VIEILLISSEMENT MADRID 2002**

Cette déclaration politique contient 19 articles, qui se résument ainsi :

Article 1 : Agir au niveau national et international selon trois orientations prioritaires : les personnes âgées et le développement, la promotion de la santé et du bien-être, la création d'environnements porteurs et favorables.

Article 2 : Reconnaître la transformation démographique sans précédent qui est en place qui fera passer le nombre de personnes âgées de 600 millions à 2 milliards d'ici 2050. Cette transformation sera plus rapide dans les pays en développement (la population âgée de ces pays devrait quadrupler d'ici 2050). Toutes les sociétés doivent permettre à leurs personnes âgées de réaliser leur potentiel et de participer pleinement à tous les aspects de la vie.

Article 3 : Instaurer dans tous les gouvernements nationaux une " société pour tous les âges " ; réaffirmer les conclusions de l'Assemblée mondiale de 1982 et les principes de 1991 (vois détails à 1.1) : indépendance, participation, soins, accomplissement de soi et dignité.

Article 4 : Favoriser la coopération internationale afin de faciliter la mise en œuvre du plan d'action.

Article 5 : Protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales incluant le droit au développement ; éliminer la discrimination incluant celle fondée sur l'âge. Reconnaître la dignité des personnes âgées et éliminer les mauvais traitements, l'abus et la violence.

Article 6 : Considérer le vieillissement comme un résultat positif et favoriser l'utilisation des qualités humaines et de l'expérience des personnes âgées comme atouts pour la croissance des sociétés.

Article 7 : Placer le vieillissement parmi les priorités du développement et des stratégies d'élimination de la pauvreté ; faire en sorte que tous les pays en développement participent pleinement à l'économie mondiale.

Article 8 : Incorporer le vieillissement dans les stratégies, politiques et mesures sociales et économiques afin de tenir compte des besoins et des expériences des hommes et des femmes âgées.

Article 9 : Protéger et porter assistance aux personnes âgées en cas de conflit.

Article 10 : Faire appel aux qualifications, à l'expérience et à la sagesse des personnes âgées pour participer à l'amélioration de la société.

Article 11 : Reconnaître l'importance de la recherche internationale sur le vieillissement afin de bien appuyer les politiques sur le vieillissement.

Article 12 : Les personnes âgées devraient avoir la possibilité de travailler aussi longtemps qu'elles le souhaitent et continuer ainsi de participer à la vie économique, politique, sociale et culturelle de leur société.

Article 13 : Reconnaître que les gouvernements sont responsables des politiques sur le vieillissement ; reconnaître également la nécessité de travailler avec les autorités locales, la société civile, les ONG afin de mettre en œuvre les plans d'action.

Article 14 : Offrir aux personnes âgées un accès universel et équitable aux soins de santé (physique et mentale). Reconnaître que les nouveaux besoins vont nécessiter de nouvelles approches en matière de soins et traitements. Favoriser les capacités d'action des personnes âgées, notamment pour la dispensation de ces soins.

Article 15 : Reconnaître l'importance des familles, des bénévoles, des collectivités et des associations qui viennent compléter les actions des gouvernements.

Article 16 : Reconnaître la nécessité de renforcer la solidarité et le partenariat entre les générations et encourager des relations mutuelles entre elles.

Article 17 : Reconnaître la nécessité de mettre en place une véritable collaboration entre les administrations nationales et locales, les organismes internationaux, la société civile, le secteur privé, les institutions (santé et éducation) et les personnes âgées pour l'application du plan d'action.

Article 18 : Souligner l'importance de l'aide de l'ONU auprès des gouvernements afin de faciliter la mise en œuvre du plan d'action.

Article 19 : S'assurer que tous les acteurs de tous les pays, individuellement ou collectivement, participent à la réalisation du Plan d'action.

## **Annexe VI**

### **Objectifs du plan d'action de MADRID 2002**

Ce Plan d'action inscrit le phénomène du vieillissement dans un contexte global de développement, permettant aux personnes âgées de vieillir dans la sécurité et la dignité et participer à la vie économique, sociale et culturelle de leur communauté. Ce Plan d'action repose sur trois grandes orientations :

- personnes âgées et développement
- promotion de la santé et du bien être des personnes âgées
- création d'un environnement porteur et favorable

À chacune de ces orientations sont associés des thèmes auxquels se greffent un ou plusieurs objectifs, et différentes mesures de mises en œuvre ; ce plan d'action se résume ainsi :

Orientation I : Les personnes âgées et le développement

#### **Thème 1 : Participation active des personnes âgées à la société et au développement**

Objectif 1 : Reconnaissance de la contribution sociale, économique, culturelle et politique des personnes âgées (10 mesures concrètes)

Objectif 2 : Participation des personnes âgées à la prise de décision à tous les niveaux (3 mesures concrètes)

#### **Thèmes 2 : Emploi et vieillissement de la population active**

Objectif 1 : Possibilités d'emploi pour toutes les personnes âgées qui souhaitent travailler (14 mesures concrètes)

#### **Thème 3 : Développement rural, migration et urbanisation**

Objectif 1 : Amélioration des conditions de vie et de l'infrastructure dans les zones rurales (8 mesures concrètes)

Objectif 2 : Lutte contre la marginalisation des personnes âgées en milieu rural (5 mesures concrètes)

Objectif 3 : Intégration des migrants âgés à leur nouvelle communauté (7 mesures concrètes)

#### **Thème 4 : Accès au savoir, à l'éducation et à la formation**

Objectif 1 : Égalité de chances et traitement équitable tout au long de la vie en ce qui concerne l'éducation permanente, la formation et la reconversion, ainsi que l'orientation professionnelle et les services de placement (8 mesures concrètes)

Objectif 2 : Pleine exploitation du potentiel et des compétences des personnes de tous âges, compte des avantages offerts par l'expérience accumulée au fil des ans (6 mesures concrètes).

#### **Thème 5 : Solidarité entre les générations**

Objectif 1 : Renforcement de la solidarité par le biais de l'équité et de la réciprocité entre les générations (7 mesures concrètes)

#### **Thème 6 : Lutte contre la pauvreté**

Objectif 1 : Atténuation de la pauvreté des personnes âgées (8 mesures concrètes)

#### **Thèmes 7 : Sécurité des revenus, sécurité/protection sociale et prévention de la pauvreté**

Objectif 1 : Promotion de programmes permettant à tous les travailleurs de bénéficier d'une protection/sécurité sociale de base, notamment, s'il y a lieu, d'un régime de retraite et d'assurance invalidité, et de prestation de maladie (8 mesures concrètes)

Objectif 2 : Garantie d'un revenu minimum suffisant à toutes les personnes âgées, particulièrement aux groupes désavantagés sur les plans social et économique (5 mesures concrètes).

#### **Thème 8 : Situation d'urgence**

Objectif 1 : Accès égal des personnes âgées à la nourriture, au logement et aux soins médicaux, ainsi qu'aux autres services pendant et après les catastrophes naturelles et autres situations d'urgence humanitaire (12 mesures concrètes)

Objectif 2 : Renforcement de la participation des personnes âgées au rétablissement et à la reconstruction des communautés, ainsi qu'à la reconstitution du tissu social à la suite de situations d'urgence (6 mesures concrètes)

Orientation II : Promotion de la santé et du bien être des personnes âgées

### **Thème 1 : Promotion de la santé et du bien-être tout au long de la vie**

Objectif 1 : Réduction des effets cumulatifs augmentant le risque de maladie et la dépendance qui peut en résulter chez les personnes âgées (8 mesures concrètes)

Objectif 2 : Élaboration de politiques de prévention des troubles de la santé chez les personnes âgées (10 mesures concrètes)

Objectif 3 : Accès à une alimentation et à une nutrition adéquates pour toutes personnes âgées (9 mesures concrètes)

### **Thème 2 : Accès universel et équitable aux services de santé**

Objectif 1 : Élimination des inégalités sociales et économiques fondées sur l'âge, le sexe ou tout autre motif afin que les personnes âgées bénéficient d'un accès équitable et universel aux soins de santé (7 mesures concrètes)

Objectif 2 : Développement et renforcement des services de soins de santé primaires afin de répondre aux besoins des personnes âgées et de promouvoir leur participation au processus (5 mesures concrètes)

Objectif 3 : Mise en place d'un continuum de soins de santé pour répondre aux besoins des personnes âgées (6 mesures concrètes)

Objectif 4 : Participation de personnes âgées au développement et au renforcement des services de santé primaires et de soins de longue durée (4 mesures concrètes).

### **Thème 3 : Les personnes âgées et le VIH/sida**

Objectif 1 : Mieux évaluer les incidences du VIH/sida sur la santé des personnes âgées, aussi bien celles qui sont séropositives que celles qui s'occupent de proches touchés par le VIH/sida (2 mesures concrètes)

Objectif 2 : Fournir des informations adéquates, une formation à la prestation de soins, des traitements, des soins médicaux et un appui social aux personnes âgées touchées par le VIH/sida et aux personnes qui s'occupent d'elles (3 mesures concrètes)

Objectif 3 : Renforcer et reconnaître la contribution que les personnes âgées apportent au développement en soignant des enfants atteints de maladies

chroniques, notamment du VIH/sida, ainsi que leur rôle en tant que parents de substitution (4 mesures concrètes)

#### **Thème 4 : Formation des personnes qui dispensent des soins de santé et des spécialistes de la santé**

Objectif 1 : Fournir des informations et une formation améliorées aux spécialistes de la santé et aux paraprofessionnels sur les besoins des personnes âgées (3 mesures concrètes)

#### **Thème 5 : Besoins des personnes âgées en matière de santé mentale**

Objectif 1 : Mise en place de services psychiatriques complets pour les personnes âgées (prévention, intervention précoce, traitement et suivi) (10 mesures concrètes)

#### **Thème 6 : Les personnes âgées et les handicaps**

Objectif 1 : Maintien d'une capacité fonctionnelle maximale tout au long de la vie et promotion de la pleine participation des personnes âgées atteintes de handicap à la vie sociale (10 mesures concrètes)

Orientation III: Créer un environnement favorable et porteur

#### **Thème 1 : Logement et cadre de vie**

Objectif 1 : Action en faveur du " vieillissement sur place " dans la communauté, en tenant dûment compte des préférences individuelles et en offrant aux personnes âgées des possibilités de logements abordables. (10 mesures concrètes)

Objectif 2 : Meilleure conception des logements et du cadre de vie, afin de favoriser une vie indépendante avec prise en compte des besoins des personnes âgées, notamment handicapées (4 mesures concrètes)

Objectif 3 : Mise à la disposition des personnes âgées de moyens de transport plus accessibles et abordables (3 mesures concrètes)

#### **Thème 2 : Soins aux personnes âgées et assistance à ceux qui assurent ces soins**

Objectif 1 : Mise en place à l'intention des personnes âgées d'un continuum de prestation de soins, d'origines diverses, et assistance aux prestataires de soins (10 mesures concrètes)

Objectif 2 : Aider les personnes âgées, notamment les femmes, à assumer leur rôle de prestataires de services (4 mesures concrètes)

### **Thème 3 : Abandon, mauvais traitement et violence**

Objectif 1 : Élimination de toute forme d'abandon, de sévices et de violence à l'encontre des personnes âgées (7 mesures concrètes)

Objectif 2 : Mise en place de services de soutien permettant de faire face aux cas de mauvais traitements des personnes âgées (5 mesures concrètes)

### **Thème 4 : L'image que l'on donne des personnes âgées**

Objectif 1 : Renforcer la reconnaissance par le grand public de l'autorité, de la sagesse, de la productivité et des autres importantes contributions des personnes âgées (8 mesures concrètes).