

Inégalités et difficultés sociales dans la vieillesse au Maroc. Mise en évidence des limites des solidarités privées et de besoins croissants en matière de protection sociale

SAJOUX Muriel*
LECESTRE-ROLLIER Béatrice**

À l'instar de l'ensemble des pays du Sud (Pison, 2009), et notamment des pays du continent africain (Golaz et al., 2012), le Maroc va connaître dans les prochaines décennies un fort vieillissement démographique caractérisé à la fois par la croissance du poids relatif des aînés et par une très forte gérontocroissance (augmentation du nombre des aînés). Les personnes âgées de 60 ans et plus, au nombre de 2,7 millions en 2010, représentent pour l'heure moins de 9 % de la population marocaine totale (8,4 % exactement). En 2030, le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans aura plus que doublé, atteignant 5,8 millions de personnes qui représenteront alors 15 % de la population totale du pays. En 2050, le nombre d'aînés devrait atteindre 10,9 millions d'individus et représenter le quart de la population marocaine. « *Le vieillissement de la population représente, sans doute, la caractéristique démographique la plus spectaculaire que connaîtra le Maroc dans les trois ou quatre prochaines décennies* » (Cered, 2005, p. 58).

La rapidité et l'ampleur du vieillissement à venir impose aux chercheurs de s'interroger sur la nature et l'efficacité des solidarités intervenant dans la vieillesse, tout en cherchant à déterminer si les bases qui fondent aujourd'hui celles-ci seront à même de faire face à la métamorphose démographique à venir.

Inégalités et vulnérabilités dans la vieillesse au Maroc : éléments de cadrage

L'analyse des caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population âgée marocaine, bien que cette dernière soit hétérogène, fait apparaître plusieurs sources de vulnérabilité (Sajoux et Nowik, 2010). Nous soulignerons ici tout particulièrement les vulnérabilités des aînés liées au déficit de protection sociale et aux difficultés qu'ils rencontrent en matière d'accès aux soins de santé.

* Université de Tours – CITERES UMR 7324.

** Université Paris-Descartes, UMR 196 CEPED.

Protection sociale et vieillesse au Maroc

Une faible couverture en matière de retraites et des inégalités au sein des retraités

Au Maroc, seule une faible proportion des personnes âgées perçoit une pension de retraite. En effet, les résultats de l'ENPA¹ indiquent que seulement 16,1 % des plus de 60 ans en perçoivent une (HCP, 2008). Les différences liées au genre sont particulièrement fortes : si 30,4 % des hommes de cette tranche d'âges sont pensionnés, seulement 3 % des femmes le sont. En ne considérant que les personnes de 60 ans et plus déclarant avoir déjà travaillé, 32 % des hommes et 10 % des femmes perçoivent une pension en 2006. La singularité du monde rural apparaît très fortement : seulement 6,5 % des ruraux perçoivent une retraite à l'issue de leur vie active, contre 46,2 % des citadins.

Mais la dichotomie entre pensionnés et non pensionnés ne résume pas à elle seule les inégalités socio-économiques observables au sein de la population âgée marocaine. Outre les éléments inhérents au parcours de vie qu'ont eu les aînés et qui leur a permis, ou pas, de se constituer un patrimoine sur lequel ils peuvent éventuellement s'appuyer dans la vieillesse, plusieurs sources d'inégalités peuvent être identifiées au sein de la population des retraités. Les régimes de retraite en vigueur au Maroc sont des systèmes contributifs de type bismarckien. Ces régimes sont à base socio-professionnelle et les pensions perçues dépendent de la carrière de l'ex-cotisant devenu retraité. Les inégalités dans le niveau des pensions versées sont notamment fonction du secteur (privé ou public) dans lequel ont travaillé les pensionnés et du niveau des salaires antérieurement perçus (Benjelloun et al., 2011).

La santé : un risque social globalement peu couvert par les solidarités publiques

En matière d'assurance maladie, on retrouve également un déficit de couverture de la population âgée, avec à nouveau de fortes disparités liées au genre et au milieu de résidence. Ainsi, seulement 13,3 % des personnes interrogées lors de l'ENPA ont déclaré avoir une telle couverture, cette proportion s'élevant à 22,4 % en milieu urbain et à 3,2 % seulement en milieu rural.

Les résultats de l'Enquête Nationale sur les Revenus et les Niveaux de Vie des Ménages (ENRNVM) 2006-2007 indiquent quant à eux que seuls 15,8 % de l'ensemble de la population marocaine (tous âges confondus) dispose d'une couverture médico-sanitaire (25 % en milieu urbain et 3,8 % en milieu rural). En milieu rural, ce taux est égal ou inférieur à 5 % quelle que soit la tranche d'âge considérée. En milieu urbain, ce sont les 35-59 ans qui ont le taux de couverture le plus élevé (30,6 %), suivis par les moins de 15 ans (29,3 %) qui bénéficient probablement du statut d'ayant-droit. Les personnes âgées de 15 à 34 ans sont également peu couvertes en matière médico-sanitaire (18,2 %). En ce qui concerne les personnes âgées de 60 ans et plus, on retrouve un fort contraste entre les deux milieux de résidence avec des niveaux de couverture proches de ceux constatés lors de l'ENPA : 21,5 % en milieu urbain, 3,1 % en milieu rural.

Un régime fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des démunis, le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), est actuellement mis en place dans le pays. Des

¹ Enquête Nationale sur les Personnes Âgées (ENPA 2006). Cette enquête a porté sur 2 500 ménages regroupant 3 010 personnes âgées.

critères précis permettent de déterminer si un demandeur est éligible ou pas et selon quelles modalités. Les personnes éligibles au RAMED et reconnues en situation de pauvreté² ont droit, sans avoir de contribution à verser, aux prestations médicales disponibles dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat. Les personnes éligibles au RAMED mais reconnues en situation de vulnérabilité³ doivent quant à elles acquitter une contribution annuelle de 120 DH par personne et par an, dans la limite d'un plafond de 600 DH par ménage quel que soit l'effectif des personnes le composant. Ce dispositif devrait permettre, à terme, d'alléger les contraintes financières de nombreuses familles en matière d'accès aux soins et donc d'améliorer la situation de nombre de personnes âgées. Parmi les personnes qui sont bénéficiaires de droit au RAMED figurent les pensionnaires des « établissements de bienfaisance », désormais dénommés Établissements de Protection Sociale (EPS). Parmi les différents types d'EPS existants figurent les établissements hébergeant des personnes âgées démunies et sans soutien appelés *Dar Al Moussinine*⁴.

Évolution de la mortalité aux grands âges : constats et questionnements

Les études relatives à la mortalité au Maroc (voir par exemple Bencheikh et Fassi Fihri, 2012), ou l'intégrant comme élément essentiel de l'approche développée (Sajoux, 2010), mettent souvent en avant les progrès réalisés en matière de recul de la mortalité aux jeunes âges tout en soulignant la persistance de disparités internes (notamment entre milieux de résidence). La mortalité maternelle est également couramment étudiée. Mais, à notre connaissance, la mortalité aux grands âges a été très peu, voire pas du tout, abordée. Le fait de disposer désormais de tables de mortalité issues de deux enquêtes distantes d'une vingtaine d'années (les Enquêtes Nationales Démographiques à Passages Répétés 1986-1988 et 2009-2010) permet d'analyser la manière dont a évolué la mortalité aux différents âges. Nous utilisons ici les résultats de ces deux enquêtes pour analyser les évolutions de la mortalité au-delà de l'âge de 60 ans.

Appréhendée à partir de l'évolution de l'espérance de vie à 60 ans, la mortalité aux grands âges paraît dans un premier temps avoir reculé. Pour les hommes, cette espérance de vie a progressé de 1,6 an passant de 17,9 ans en 1986-1988 à 19,5 ans en 2009-2010. Dans le même temps, elle a progressé de près de deux ans pour les femmes, passant de 19,7 à 21,6 ans. Mais les évolutions relevées pour chacun des deux milieux de résidence font apparaître des disparités internes importantes (Tableaux 1 et 2). Si l'espérance de vie à 60 ans des femmes a augmenté de 2,9 ans en milieu urbain (de 19,8 ans à 22,7 ans), elle n'a gagné qu'1,3 an en milieu rural (de 19 à 20,3 ans). Et ce contraste apparaît encore plus fort pour les hommes : le gain est, en un peu plus de 20 ans, de 3,6 ans en milieu urbain (de 17,7 à 21,3 ans), alors qu'en milieu rural l'espérance de vie à 60 ans a diminué de 0,2 an (de 17,7 à 17,5 ans). Ces évolutions semblent traduire de plus grandes difficultés à faire face, en milieu rural, aux problématiques médico-sanitaires spécifiquement liées à la vieillesse, en particulier pour les hommes âgés.

² « Sont reconnues en situation de pauvreté, les personnes dont le revenu pondéré est inférieur ou égal à 3.767 DH par personne et par an lorsqu'elles sont résidentes en milieu urbain, ou dont le score patrimonial est inférieur ou égal à 28 lorsqu'elles sont résidentes en milieu rural. » www.ramed.ma

³ « Sont reconnues en situation de vulnérabilité, les personnes résidentes dans le milieu urbain dont le revenu pondéré est supérieur à 3.767 DH par personne et par an et inférieur ou égal à 5.650 DH par personne et par an et les personnes résidentes en milieu rural dont le score matrimonial est supérieur à 28 et inférieur ou égal à 70. » www.ramed.ma

⁴ Qui signifie « Maison des personnes âgées ».

Tableau 1. Espérances de vie des hommes au-delà de 60 ans selon le milieu de résidence, Maroc, 1986-1988 et 2009-2010

Espérance de vie à l'âge x (E_x)	Milieu URBAIN			Milieu RURAL		
	ENDPR 1986-1988	ENDPR 2009-2010	Progression de E_x entre les deux enquêtes	ENDPR 1986-1988	ENDPR 2009-2010	Progression de E_x entre les deux enquêtes
E_{60}	17,67	21,3	3,63	17,68	17,5	-0,18
E_{65}	14,75	17	2,25	14,33	13,4	-0,93
E_{70}	12,06	12,9	0,84	11,6	9,7	-1,9
E_{75}	8,7	9,3	0,60	8,83	6,6	-2,23
E_{80}	5,72	6,3	0,58	5,23	4,5	-0,73

Source : Enquêtes Nationales Démographiques à Passages Répétés (1986-1988 et 2009-2010)

Tableau 2. Espérances de vie des femmes au-delà de 60 ans selon le milieu de résidence, Maroc, 1986-1988 et 2009-2010

Espérance de vie à l'âge x (E_x)	Milieu URBAIN			Milieu RURAL		
	ENDPR 1986-1988	ENDPR 2009-2010	Progression de E_x entre les deux enquêtes	ENDPR 1986-1988	ENDPR 2009-2010	Progression de E_x entre les deux enquêtes
E_{60}	19,82	22,7	2,88	18,96	20,3	1,34
E_{65}	16,09	18,3	2,21	15,46	16,1	0,64
E_{70}	12,64	14	1,36	11,44	12	0,56
E_{75}	8,58	10,1	1,52	8,09	8,5	0,41
E_{80}	5,85	6,8	0,95	5,37	5,7	0,33

Source : Enquêtes Nationales Démographiques à Passages Répétés (1986-1988 et 2009-2010)

Ce contraste entre milieu rural et milieu urbain apparaît encore plus nettement au fur et à mesure que l'on considère les espérances de vie à des âges de plus en plus élevés. Ainsi, en milieu urbain, l'espérance de vie à 70 ans a progressé de 0,8 an pour les hommes (de 12,1 à 12,9 ans) entre les deux ENDPR, et de 0,6 an (de 5,7 à 6,3 ans) à 80 ans. En milieu rural, elle a par contre reculé de près de 2 ans (de 11,6 à 9,7 ans) à 70 ans et de 0,7 an (de 5,2 à 4,5 ans) à 80 ans. Exprimés en valeurs relatives, les contrastes entre milieux urbain et rural apparaissent encore plus fortement : l'espérance de vie des hommes à 60 ans a progressé de 20 % en milieu urbain et diminué de 1 % en milieu rural ; à 70 ans elle a progressé de 7 % en milieu urbain et diminué de 16 % en milieu rural ; à 80 ans elle a progressé de 10 % en milieu urbain et diminué de 14 % en milieu rural. La mortalité aux grands âges évolue donc pour les hommes en sens opposé selon le milieu de résidence considéré. Il s'agit non seulement d'évolutions opposées, mais aussi d'évolutions de niveaux très différents. On peut ainsi constater un gain d'espérance de vie aux grands âges relativement élevé pour le milieu urbain (de 20 % à 60 ans et de 10 % à 80 ans), alors

que la perte d'espérance de vie apparaît particulièrement forte à partir de l'âge de 70 ans en milieu rural (– 16 % à 70 ans, – 25 % à 75 ans⁵, – 14 % à 80 ans).

En ce qui concerne l'espérance de vie des femmes à 70 et 80 ans, les évolutions sont certes différenciées entre les deux milieux de résidence mais, contrairement à ce qui a été constaté pour les hommes, il y a dans les deux milieux de résidence un gain d'espérance de vie à ces âges-là. Il reste cependant nettement moindre en milieu rural. Ainsi, alors que l'espérance de vie des femmes à 70 ans a progressé de 1,4 an en milieu urbain (passant de 12,6 à 14 ans), elle n'a progressé que de 0,6 an en milieu rural (passant de 11,4 à 12 ans). L'espérance de vie des femmes à 80 ans a quant à elle progressé de 1 an en milieu urbain (passant de 5,8 à 6,8 ans), alors qu'elle n'a progressé que de 0,3 an en milieu rural (passant de 5,4 à 5,7 ans).

On doit envisager l'hypothèse que des erreurs de déclaration d'âge⁶ lors des enquêtes aient pu impacter le sens et l'ampleur des évolutions observées en matière de mortalité aux grands âges. Néanmoins les données nous paraissent mettre en relief plusieurs types de questionnements particulièrement importants à considérer :

- Le déficit de prise en charge médico-sanitaire spécifiquement adaptée aux besoins des aînés est-il le principal responsable de cette augmentation de la mortalité des hommes âgés ruraux et du moindre recul de la mortalité des femmes âgées vivant en milieu rural ?
- Les contrastes entre milieux de résidence traduisent-ils le moindre accès aux soins médicaux qu'ont connu les ruraux tout au long de leur vie, les faisant ainsi arriver dans la période de vieillesse en ayant accumulé de plus forts problèmes de santé que leurs homologues urbains ?
- Comment expliquer que la mortalité, en milieu rural, recule légèrement aux grands âges pour les femmes, alors qu'elle semble au contraire s'intensifier pour les hommes ?
- Les solidarités privées, fortement sollicitées durant la phase de vieillesse, sont-elles plus efficaces en milieu urbain qu'en milieu rural ? Ou bien apparaissent-elles plus efficaces en milieu urbain car elles ont à faire face à un moins grand déficit en matière de solidarités publiques ?

Chacun de ces questionnements mérite en lui-même d'être approfondi à travers des recherches, et notamment des enquêtes de terrain, spécifiques.

Certains éléments issus des résultats de l'Enquête Nationale sur les Revenus et les Niveaux de Vie des Ménages (ENRNVM) 2006-2007⁷ nous permettent de fournir une première approche de la manière dont est perçue la demande de soins de santé selon l'âge et le milieu de résidence.

Demande de soins de santé selon l'âge : quelques enseignements tirés de l'ENRNVM 2006/2007

Les résultats de cette enquête permettent de connaître l'avis des chefs de ménage sur la nature des dépenses qui leur ont posé le plus de problèmes au cours des dix dernières années précédant l'enquête.

⁵ Le fait que l'espérance de vie à 75 ans des hommes ruraux ait baissé d'un quart entre les deux ENDPR apparaît assez singulier, d'autant que l'on ne retrouve pas la même évolution pour les femmes rurales de la même tranche d'âges. Même si des erreurs dans les déclarations des âges peuvent avoir affecté les résultats obtenus, cette évolution statistiquement mesurée nous semble mériter de plus amples investigations.

⁶ Il n'est en effet pas rare au Maroc, et tout particulièrement en milieu rural, que des personnes aujourd'hui (très) âgées ne connaissent pas de manière exacte leur année de naissance ou bien que celle-ci ait été déterminée, lors de l'établissement de papiers d'identité, avec une marge d'erreur plus ou moins importante par rapport à la réalité biologique.

⁷ Haut-Commissariat au Plan (HCP), 2010.

Ces résultats font apparaître qu'au cours de la période 1997-2007, pour l'ensemble des chefs de ménage, c'est le poste alimentation qui leur a posé le plus de soucis (18,3 %), suivi des postes habillement et *soins de santé* qui ont été tous deux cités par 16,3 % des chefs de ménage. En comparant ces résultats avec ceux obtenus lors d'une précédente enquête (période 1991-2001), on s'aperçoit de la diminution relative du poste alimentation auparavant cité par 31,3 % des chefs de ménage, ainsi que de celle du poste habillement (cité auparavant par 21,7 % puis par 16,3 % des chefs de ménage), et en revanche de l'augmentation (15,9 et 16,3 %) des problèmes posés par les dépenses de soins de santé. Les postes de dépenses qui posent sur la période récente nettement plus de soucis aux ménages qu'ils n'en posaient auparavant sont les dépenses d'habitation et d'équipement, les dépenses de transports, les dépenses de loisirs et celles de transferts.

Les *dépenses de soins de santé* sont plus souvent considérées comme problématiques par les chefs de ménage ruraux (17,1 %) que par les chefs de ménage vivant en milieu urbain (15,9 %). En prenant en compte en outre le sexe et l'âge du chef de ménage, les résultats sont plus complexes à interpréter : les hommes chefs de ménage vivant en ville citent moins fréquemment (15,4 %) que leurs homologues ruraux (17,3 %) ces dépenses comme problématiques, tandis que c'est la situation inverse qui prévaut pour les femmes chefs de ménage (17,9 % en milieu urbain contre 16 % en milieu rural). Mais en lien avec certains des questionnements soulevés dans le paragraphe précédent, il faut relever que ces dépenses sont perçues comme plus problématiques par les hommes chefs de ménage en milieu rural que par les femmes chefs de ménage en milieu rural.

Au-delà de 60 ans, 19,1 % des chefs de ménage (20 % en milieu rural et 18,5 % en milieu urbain) sont préoccupés par les dépenses de santé, contre 15,5 % des chefs de ménage âgés de 35 à 44 ans. Pour chaque tranche d'âge des chefs de famille, la fréquence avec laquelle sont citées les dépenses de santé est plus grande en milieu rural qu'en ville. De plus, pour chacun des deux milieux de résidence, cette fréquence croît avec l'âge du chef de ménage à une exception près : en milieu rural, les chefs de ménage les plus jeunes (âgés de 15 à 24 ans) citent ces dépenses comme problématiques pour 19,5 % d'entre eux (soit presque autant que les chefs de ménage de plus de 60 ans de ce milieu de résidence).

Lorsqu'on compare les taux de morbidité⁸ par milieu de résidence, et compte tenu des éléments cités précédemment, on pourrait *a priori* être surpris des plus faibles taux en milieu rural qu'en milieu urbain : 11,7 % contre 15,3 %. On relève cette différence pour chacun des deux sexes : le taux de morbidité (déclaré par les enquêtés) est de 12,6 % en milieu urbain contre 9,3 % en milieu rural ; pour les femmes, ces chiffres sont respectivement de 17,8 et 14 %. Il est bien entendu important de souligner que ces indicateurs sont sensibles à la perception qu'ont les individus de leur état de santé. Cette perception est influencée par de nombreux facteurs et les taux de morbidité ici présentés peuvent ne pas correspondre aux réalités physiologiques. Il est en effet probable qu'un nombre important de personnes, en particulier dans les campagnes, se considèrent comme non malades car elles n'ont pas eu accès à des professionnels de santé à même de qualifier objectivement leur état de santé. Néanmoins, en se basant sur la seule perception des individus, on note que le taux de morbidité varie de 8,8 % pour les personnes âgées de 15 à 34 ans (10 % en milieu urbain et 7,4 % en milieu rural) à 27,2 % (28,8 % en milieu urbain et 25,5 % en milieu rural).

⁸ Il s'agit du pourcentage de personnes ayant déclaré avoir été malades ou blessées durant le mois précédent l'enquête.

Face à un système de protection sociale qui, pour l'heure, ne couvre que très partiellement la population âgée, les solidarités privées, inter et intra-générationnelles, interviennent fortement dans la phase de vieillesse des individus. Mais les solidarités familiales rencontrent d'autant plus de difficultés, ou de limites, pour faire face convenablement aux besoins des aînés, que les familles doivent aussi faire face à un déficit de protection sociale touchant l'ensemble des classes d'âges et notamment les jeunes.

Des solidarités privées polymorphes et fortement sollicitées dans la vieillesse

L'analyse des résultats de l'ENPA 2006 a permis de mettre en évidence plusieurs des formes que peuvent prendre les solidarités familiales à destination des personnes âgées. A. Dialmy (2009) a ainsi étudié les questions relatives à la cohabitation, l'aide apportée aux personnes âgées, la fréquence des contacts qu'elles ont avec leurs enfants, le rôle qui leur est attribué (en tant que pourvoyeuses de conseils notamment), leur participation à la vie sociale. L'enquête qualitative que nous avons menée dans les régions de Meknès et d'Agadir, dans le cadre du projet *Vieillir au Maroc, Vieillir au Sénégal*⁹, avait pour sa part comme objectif non pas la recherche de représentativité mais la mise en évidence de mécanismes sociaux en étudiant notamment comment les différentes formes d'aide se déclinent et s'entrecroisent. Elle nous permet de dire que les solidarités familiales sont très présentes dans la vie des aînés. Elles s'expriment de multiples manières, tant en fonction des besoins des différents membres de la famille (ou du ménage) que des possibilités et capacités de chacun. La grande diversité de leurs modes d'expression nous conduit à parler de *polymorphisme* des solidarités privées.

La cohabitation : derrière ce terme, des situations multiples

La cohabitation peut s'effectuer entre un parent relativement peu âgé (non dépendant) et plusieurs de ses descendants dont au moins un enfant majeur.

Cette cohabitation peut être concomitante d'autres formes de solidarités. Nous citerons ici l'exemple de Nadia, 63 ans, veuve depuis 12 ans. Elle vit avec sa fille, elle-même veuve (son mari était militaire), et deux de ses petits-fils âgés de 11 et 13 ans. Tous les quatre vivent dans la maison de sa fille et sur les revenus de celle-ci qui suffisent à peine. Étant diabétique et ayant des problèmes cardiaques, Nadia doit prendre quotidiennement des médicaments et effectuer régulièrement des analyses. Faute de couverture médicale, l'ensemble de ces frais est à sa charge. Ce sont ses enfants (elle a en tout quatre enfants et neuf petits-enfants) qui l'aident à faire face à ces dépenses.

Les « jeunes » peuvent parfois être les principaux bénéficiaires, sur le plan économique, de ce type de cohabitation. C'est l'exemple d'Abdelkarim, 72 ans, ancien policier, à la retraite depuis une dizaine d'années, qui partage la maison dont il est propriétaire avec son épouse de 69 ans, qui a toujours

⁹ *Vieillir au Maroc, Vieillir au Sénégal : analyse qualitative comparative des relations intergénérationnelles et des formes de soutiens familiaux et institutionnels aux personnes âgées. Identification d'enjeux pour les politiques publiques.* Projet sélectionné dans le cadre de l'appel CNRS Longévité et Vieillesse 2011. Des chercheurs de différentes disciplines participent à ce projet (démographes, socio-démographe, anthropologues, économiste).

été femme au foyer, et deux de leurs filles (ils ont sept enfants au total) de 44 et 42 ans. Sa femme et lui disposent d'une couverture médicale mais pas leurs deux filles, célibataires. L'une est titulaire d'un Bac+2, l'autre d'une Licence, mais elles n'ont pas réussi à trouver de travail depuis qu'elles ont arrêté leurs études. Pour Abdelkarim, « dans notre cas, l'aide va des plus âgés vers les enfants ; nos filles nous aident à la maison ». Compte tenu de l'importance du chômage, notamment chez les jeunes, nombreuses sont les situations où ce sont les aînés qui constituent les « piliers financiers » des ménages.

La cohabitation entre un parent octogénaire et un de ses enfants lui-même sexagénaire

La co-existence de deux générations au-delà de 60 ans est amenée à se développer dans les décennies à venir avec le recul de la mortalité aux grands âges, même si ce recul semble pour l'heure loin d'être effectif pour les hommes en milieu rural (Cf. § 1.2.). Elle apparaît déjà relativement courante pour les femmes âgées du fait des mariages, que l'on qualifierait aujourd'hui de précoces, qu'elles ont contractés quand elles étaient adolescentes et qui les ont amenés à avoir des enfants avec lesquels elles ont bien moins de 20 ans d'écart. La cohabitation entre un enfant sexagénaire et un parent octogénaire (ou parfois même septuagénaire) constitue un mode particulier de solidarité intergénérationnelle. La capacité de ces ménages à faire face aux besoins, notamment en matière de santé, de ses différents membres dépend de l'existence – ou non – d'une couverture médico-sociale au moins pour l'une des deux générations (les « jeunes aînés » en général).

Exemple 1 : Abdelhamid, 64 ans, ancien officier, à la retraite depuis quelques années, vit chez lui avec sa mère, octogénaire (son âge exact n'est pas connu), son épouse et leur plus jeune fille, âgée de 17 ans, étudiante. Cette cohabitation n'est pas nouvelle : la mère d'Abdelhamid, qui est également la tante maternelle de son épouse, a toujours vécu avec eux. Son épouse étant enseignante (elle est d'ailleurs toujours en activité) et Abdelhamid ayant fait de nombreux déplacements durant sa carrière militaire, c'est sa mère qui gardait leurs enfants (trois garçons et une fille) quand ils étaient petits. La cohabitation s'effectue donc ici dans la poursuite d'un schéma familial ancien dans lequel le fait que le couple soit constitué de cousins germains a joué. Sur le plan financier, la pension de retraite d'Abdelhamid et le salaire de son épouse leur assurent des revenus tout à fait corrects. Ils ont une couverture médicale pour eux-mêmes et leurs deux enfants encore étudiants, mais cette couverture ne concerne pas sa mère. L'intégralité des frais médicaux dont elle a besoin, et qui sont importants en raison de ses problèmes de rhumatismes, est à leur charge.

Exemple 2 : Malika et Bouchra vivent sous le même toit et sont mère et fille, toutes deux « âgées ». Malika (dont on ne connaît pas l'âge exact) s'est mariée très jeune, comme beaucoup de femmes de sa génération, aussi une quinzaine d'années seulement sépare la mère et la fille. Malika a en tout six fils et deux filles. Bouchra quant à elle n'a pas eu d'enfants. Toutes deux sont veuves et ne perçoivent aucun revenu. La maison dans laquelle elles vivent appartient à un des fils de Malika et c'est grâce à l'argent de ses autres fils, qui sont bien insérés professionnellement, qu'elles peuvent faire face aux différentes dépenses. Malika dit : « Je rends Louange à Dieu d'avoir eu mes enfants. Mes enfants sont là, ils s'occupent de moi ». Sans l'aide de ses fils, elle et sa fille, qui est également une « personne âgée », se retrouveraient en très grande difficulté.

La cohabitation entre un parent âgé et plusieurs de ses descendants peut être consécutive à l'apparition d'un grave problème de santé chez l'aîné(e) et/ou d'une situation de dépendance. Il peut arriver

également que la cohabitation soit une *cohabitation* « *intra-générationnelle* » au sens où un(e) aîné(e) est pris en charge par un de ses frères et sœurs. Ce type de situation correspond à la notion de « ménage élargi » apparaissant dans les résultats des grandes enquêtes. Ces derniers ne permettent pas d'isoler et donc de mesurer la fréquence de cette situation de cohabitation intra-générationnelle.

L'aide matérielle : des aînés receveurs mais aussi pourvoyeurs

L'aide matérielle à destination des aînés est elle-même polymorphe : dons en espèces ; dons en nature (habillement, nourriture, achats de médicaments, ...) ; soutien financier pour permettre aux aînés d'effectuer le pèlerinage à la Mecque, d'acheter un mouton pour l'Aïd El Kebir, ... Soulignons que même lorsque les personnes âgées appartiennent à la minorité bénéficiant de pension de retraite et/ou de couverture médicale, les solidarités familiales interviennent souvent pour compléter l'apport insuffisant des solidarités publiques, notamment par la prise en charge d'une partie des frais de santé. Une forme d'aide particulièrement courante consiste pour les enfants établis en ville à recevoir leurs aînés du « bled » à l'occasion de soins médicaux. Les aînés sont hébergés le temps nécessaire aux soins et, surtout, ils sont accompagnés par leurs enfants qui prennent l'ensemble des frais à leur charge. C'est parfois une lourde charge, à la limite des possibilités financières des familles, notamment quand cette charge ne peut pas être répartie entre plusieurs enfants.

À l'inverse, compte tenu des difficultés d'insertion professionnelle rencontrées par les jeunes générations, l'aide matérielle peut dans certains cas aller des aînés, qui deviennent alors pourvoyeurs d'aide, aux jeunes. Cette forme d'aide peut elle-même s'entrecroiser avec différentes formes de cohabitation.

L'exemple le plus habituel d'aide aux jeunes se fait sous la forme d'une cohabitation prolongée au domicile parental, qui permet aux jeunes chômeurs de bénéficier du gîte et du couvert, aux jeunes travailleurs de ne pas passer tout leur salaire dans un loyer, aux jeunes mariés de faire des économies afin de pouvoir s'installer par la suite chez eux. Mourad a trois grands fils, jeunes travailleurs. Il nous dit : « ma méthode avec les enfants c'est qu'à partir du moment où ils travaillent je ne leur demande pas de participer aux frais de la maison ; on ne leur donne pas d'argent mais ils sont nourris et logés jusqu'à avoir mis assez d'argent de côté pour pouvoir prendre un appartement ». Si la maison est suffisamment grande, les parents se replient sur un étage et laissent à disposition d'un ou plusieurs de leurs grands enfants l'autre (ou les autres) étage(s). On trouve toutes les situations, variables selon l'importance de la maison et l'aisance du foyer. Parfois, les parents et leurs enfants encore célibataires se serrent afin de libérer une chambre ou un étage à leur fils ou fille jeune marié. Quand ils en ont les moyens, ils réorganisant l'ensemble de la maison pour que chaque enfant, marié ou non, bénéficie au moins d'une chambre indépendante, au mieux d'un véritable appartement avec son espace cuisine indépendant. Ces cohabitations sont très fréquentes et elles peuvent se prolonger dans le temps, de sorte qu'une certaine réciprocité de l'aide s'installe car, les parents vieillissants, ils comptent sur la proximité de leurs enfants hébergés pour différents services.

Les solidarités entre générations sont multiples et réversibles. Elles évoluent en fonction des besoins des uns et des autres et l'idéal est de parvenir à les saisir ou à les replacer dans un temps suffisamment long pour cerner l'ensemble des processus en jeu. Face à l'intrication de certaines relations d'entraide, on se demande parfois : qui aide qui ? qui est à la charge de qui ? L'exemple suivant est particulièrement éclairant. Mina a une cinquantaine d'année, son mari est militaire (en bas de la hiérarchie) et ils ont deux filles

et trois fils entre 18 et 30 ans. Seul le fils aîné est marié et vit indépendamment dans un petit logement qu'il loue, mais son salaire (2600 dh/mois) ne lui permet pas de faire face aux dépenses ordinaires. Aussi ils sont obligés de l'aider plus ou moins régulièrement. Les deux filles travaillent et les deux plus jeunes fils pas encore. Mina a une maladie chronique et son traitement coûte cher, pratiquement la moitié du budget familial. Elle est normalement couverte par la mutuelle de son mari, mais « elle (la mutuelle) ne joue pas son rôle ; on doit avancer l'argent et souvent on n'est pas remboursé ou très mal ». Ce sont ses filles qui l'aident quand elles le peuvent ou bien qui aident leur frère aîné. Mina : « on est obligé de cotiser pour l'aider (le fils) alors qu'on vieillit, on est fatigué ; je suis malade (...) on aurait besoin que ce soit les enfants qui nous aident maintenant. Notre fils, on l'aide malgré nous ... il n'a pas de mutuelle, sa femme a eu des problèmes pendant l'accouchement, on ne peut pas la regarder mourir ».

Les échanges de visite et de services

Les enquêtes qualitatives permettent de mieux mettre en relief la manière dont sont gérés les échanges de visite et de services entre générations. Par rapport aux enquêtes quantitatives, on peut aller au-delà de la « simple » question de la distance séparant le ou les parents âgés de leurs enfants. Par exemple dans le cas où parents et enfants adultes sont dans des situations très modestes, voire précaires, une distance relativement réduite peut constituer un frein aux visites en raison des coûts qu'elles engendrent. On mesure mieux également l'importance quotidienne des services apportés de part et d'autre : aide aux parents et grands-parents pour les courses, les tâches domestiques, les déplacements, les relations avec l'administration, etc. ; aide aux enfants (préparation des repas, présence à la maison ...) et surtout aux petits-enfants (garde des plus jeunes, prise en charge des enfants scolarisés à l'heure du déjeuner, après l'école, pendant les vacances).

Ce qui ressort de ces enquêtes, outre la pluralité des « vieillesse » qui coexistent dans le pays, tient au polymorphisme des solidarités familiales. Celles-ci se déclinent en une gamme de solutions qui tentent de répondre, non sans difficultés, aux besoins des aînés. Les familles s'appuient sur la conjugaison de multiples solutions, souvent partielles compte tenu des contraintes matérielles. Se mettent ainsi en place de véritables chaînes de solidarités intergénérationnelles mais également – on ne le souligne pas assez – intra-générationnelles. Par exemple, une occurrence qui revient souvent, sous des formes différentes, consiste pour des enfants à prendre en charge et la mère âgée et une de leur sœur qui vit avec elle et s'en occupe au quotidien. Un des fils, plus rarement une des filles, finance le logement. Quand il est émigré à l'étranger, il a pu acheter une maison dans laquelle il installe sa mère et sa sœur. Les autres frères et sœurs donnent de l'argent pour le ménage constitué de la mère et de la fille. Cette dernière peut être célibataire ou divorcée avec parfois un enfant à charge. En contrepartie de l'aide de ses frères et sœurs, elle prend en charge leur mère âgée, plus ou moins dépendante. C'est le cas de Fatima qui a 74 ans et ne bénéficie ni de pension ni de mutuelle. Elle habite dans la maison de l'un de ses fils émigré en Allemagne, maison qu'elle partage avec deux de ses filles : la plus jeune n'est pas encore mariée, mais elle travaille, tandis que l'aînée, divorcée, avec une fille à charge, ne « travaille » pas et donc prend soin d'elle. Une troisième fille habite dans un quartier voisin et passe très régulièrement voir sa mère et ses sœurs. Les autres enfants (Fatima a dix enfants) aident financièrement Fatima, surtout pour les dépenses médicales. Leur père est encore en vie, mais il a répudié Fatima, sa première femme, il y a longtemps déjà et s'est remarié trois fois depuis. Désormais seul et âgé, il est hébergé par l'un des fils qu'il a eu avec Fatima.

Cet exemple a le mérite de souligner la pluralité des formes d'aide et leur combinaison, chaque fois particulière. Plus les familles sont nombreuses, plus les formes d'aide et de réciprocité sont variées.

Les solidarités forment des chaînes si on parvient à les appréhender dans le temps (échelle diachronique et pas seulement synchronique) et dans leur dimension plurielle et pas seulement à l'échelle individuelle. On ne peut comprendre les solidarités intergénérationnelles que si on les replace dans un cadre plus global qui fait intervenir également les solidarités intra générationnelles

Des solidarités privées fondées sur la conjugaison de multiples solutions « partielles » et parfois aux limites de leurs capacités

L'importance du coût des frais médicaux

La question du coût des frais médicaux est un des aspects qui est ressorti le plus fortement des différents témoignages recueillis. Autant pour faire face aux problématiques liées à l'hébergement, à la nourriture, les familles arrivent généralement à trouver une solution, autant pour faire face aux frais médicaux, totalement ou même partiellement en cas de couverture médicale, les limites d'adaptation des familles sont plus fréquemment atteintes.

Il apparaît que le déterminant essentiel des situations de vulnérabilité n'est pas tant l'âge que la santé. Il est évident que les deux (âge et santé) sont corrélés – plus on vieillit, plus l'état de santé général se dégrade –, mais dans la perception qu'ont les gens (les « enquêtés »), c'est la santé qui est « *le problème n° 1* » comme ils le disent. Et ce quel que soit l'âge des personnes. Cela ressort très nettement des entretiens : « *Ce qui m'inquiète ? Une seule chose : la santé. S'il y a des maladies, il y a des problèmes. Si tu n'as pas l'argent, tu ne peux pas faire face. Walou¹⁰ la mutuelle !* » (homme, 40 ans, vendeur au souk). Cela apparaît aussi à travers les pratiques. Maints exemples témoignent des solidarités familiales qui se nouent autour des questions de santé, indépendamment de l'âge des personnes. Ici, c'est l'ensemble des frères et sœurs qui ont collectivement pris en charge l'accouchement par césarienne de leur belle-sœur. La somme à payer était de 10 000 dirhams car ni leur frère ni leur belle sœur n'avaient de couverture médicale. Plusieurs d'entre eux ont dû donner l'ensemble de leurs économies. Là, ce sont les enfants émigrés à l'étranger qui paient les frais médicaux de leur mère qui, bien que n'étant pas très âgée (56 ans), doit soigner son diabète. Ailleurs, c'est un oncle qui paie les visites chez l'ophtalmologiste et les lunettes de sa nièce. Nos entretiens et nos observations sont remplis de semblables exemples...

C'est donc bien en termes de santé que les besoins sont exprimés et ce de façon unanime. L'absence de couverture médicale ou, quand celle-ci existe, la faiblesse de la prise en charge, fait que chacun est ou a été confronté à la difficulté de se soigner ou de faire soigner un proche. Selon le responsable d'une maison de vie pour cancéreux, la plus grande partie des malades abandonnent leur traitement à cause de problèmes financiers.

¹⁰ C'est-à-dire : « pas de mutuelle ! ».

En revanche, l'âge n'est pas mis en avant comme un problème, ni même comme une contrainte. L'idée souvent exprimée est qu'une personne âgée en bonne santé ne pose pas de problème particulier. Bien sûr, arrive toujours un moment où la personne âgée se retrouve dépendante, mais ce que souligne la très grande majorité des « enquêtés », c'est qu'ici, au Maroc, « *ce n'est pas comme chez vous en Europe* » : « *Chez nous on n'abandonne pas les personnes âgées* » ; « *notre religion nous l'interdit* ». Concrètement, c'est aux proches de prendre soin des personnes vieillissantes et c'est « *honteux* » d'envisager d'autres solutions. Le discours dominant insiste sur le fait que c'est à la famille, aux enfants plus particulièrement, de s'occuper de leurs parents vieillissants et que c'est avant tout une question d'éducation, de valeurs culturelles et religieuses, et non de moyens. Les termes qui reviennent le plus souvent pour dire l'obligation morale de prendre soin des parents âgés sont la *souma* (la réputation) et la *chouma* (la honte) : « *La honte c'est par rapport à toi, tandis que la réputation c'est par rapport aux autres ; c'est obligé de prendre soin de tes parents !* » (jeune femme, 27 ans, assistante sociale).

De plus en plus de familles doivent faire face à des situations de dépendance

L'état de santé des personnes âgées ne se mesure pas uniquement à partir de la prévalence des problèmes de santé ; il transparaît également à travers la capacité des individus à exercer pleinement et de façon autonome des activités élémentaires de la vie quotidienne (appelées *Activities of Daily Living*, ADLs, par les anglo-saxons). Analysant les résultats de l'ENPA, M. Fassi Fihri (2011) a étudié la situation de la population âgée marocaine en termes de capacité fonctionnelle. Cet auteur s'est basé sur cinq aspects de la vie quotidienne (difficulté pour se laver le corps, s'habiller, marcher sur une distance de 200 à 300 mètres, se lever du lit, se coucher et manger tout seul) pour lesquels l'ENPA a permis de collecter des informations. Selon cet auteur, en 2006, 19,6 % de la population marocaine âgée de 60 ans et plus présente une incapacité : légère¹¹ pour 12,7 % et lourde¹² pour 6,9 %. Les résultats qu'il obtient montrent que la perte d'autonomie augmente fortement avec l'avancée en âge : la prévalence des personnes âgées ayant au moins une incapacité passe de 13,2 % pour les personnes âgées de 60 à 74 ans à 35,6 % pour les personnes ayant 75 ans et plus. Quant à la prévalence de l'incapacité lourde, elle passe de 3,8 % pour les personnes âgées de 60 à 74 ans à 14,6 % pour celles de 75 ans et plus. Elle atteint 20,9 % pour les personnes âgées de 80 ans et plus. Compte tenu des transformations à venir dans le haut de la pyramide des âges de la population marocaine¹³, l'étude de la perte d'autonomie, et de la manière dont les individus concernés et leur entourage y font face, nous paraît d'une importance majeure.

Dans les entretiens que nous avons nous-mêmes menés, la question de la gestion de la dépendance apparaît comme une problématique préoccupante pour l'actuelle génération des 50/60 ans. Et elle le sera forcément de plus en plus au regard de l'évolution à venir de la pyramide des âges de la population marocaine. Les femmes qui ont aujourd'hui autour de la cinquantaine et qui font ou commencent à

¹¹ Sont considérées comme présentant une incapacité légère les personnes ayant une ou deux incapacités parmi les 5 activités quotidiennes retenues.

¹² Sont considérées comme présentant une incapacité lourde les personnes ayant au moins trois des incapacités parmi les 5 activités quotidiennes retenues.

¹³ Les données 2010 issues du scénario médian des projections des Nations Unies indiquent que le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus sera multiplié par 3,6 au Maroc entre 2010 et 2050 et que celui des personnes âgées de 80 ans et plus y sera multiplié par 5,6. Nations unies, 2011 – Division de la Population, *World Population Prospects: The 2010 Revision*. <http://esa.un.org/unpd/wpp>

faire face à la dépendance de leurs propres parents ou beaux-parents, alors même qu'elles ont encore des enfants à charge, expriment ouvertement leurs craintes à ce propos. Rachida a 54 ans et l'habitude d'accueillir ses beaux-parents qui vivent à la campagne quand ils viennent se faire soigner en ville. Elle nous dit que « les mamans aiment rester chez leurs filles car les filles sont plus tendres, tandis que les fils se marient et leurs femmes, elles les dressent contre nous, leurs mères, elles vont nous chasser ». Rachida se sent fatiguée, se plaint de ses problèmes de santé (asthme, allergies, rhumatismes), mais précise qu'elle ne peut compter que sur elle-même : « hier j'étais malade et il n'y avait personne à la maison... j'ai attendu... personne même pour me donner un verre d'eau (...) il n'y avait plus de pain à la maison, j'ai été obligée de faire le pain. Ma fille est enseignante et sa sœur travaille chez un dentiste. Elles travaillent toute la journée et celle qui est enseignante elle fait des heures supplémentaires après son travail, elle arrive juste pour dormir, elle n'a pas le temps... je ne peux compter que sur moi... je ne peux pas compter sur les garçons, la mentalité des garçons ici, ils te disent : nous on n'est pas des filles, alors ils ne veulent pas partager le travail de la maison ».

La gestion des situations de dépendance se pose désormais de façon nouvelle. Belles-mères et belles-filles surtout acceptent de moins en moins facilement la cohabitation. C'est donc sur les filles que les parents vieillissant comptent désormais, tout en sachant que celles-ci sont amenées à travailler et à suivre leur époux. Des questions nouvelles émergent : la gestion de situations de dépendance par la seule famille est-t-elle toujours synonyme de bien-être pour la personne âgée dépendante ? L'épuisement des « aidants » familiaux, en particulier des filles, ne risque-t-il pas de survenir à défaut de relais possible (si ce n'est éventuellement l'aide de « personnel de maison » non formé) à l'extérieur des familles ?

La prise en charge de la vieillesse est aujourd'hui organisée sur des bases qui recèlent en elles-mêmes des fragilités potentielles

Si l'ensemble des solidarités familiales jouent activement leur rôle de soutien aux personnes âgées, il importe toutefois de souligner les facteurs qui contribuent à leur force.

La taille actuelle des familles permet une répartition des tâches et des rôles entre les enfants qui soutiennent leurs parents âgés : l'un finance tout ou partie du logement, l'autre prend en charge les soins médicaux, un troisième – ou plutôt une troisième – s'occupe au quotidien de la personne âgée dépendante, etc. Parfois, la répartition se fait sous la forme de véritables tours de rôle, au sein des fratries, tant pour l'accueil des parents vieillissants que pour l'aide financière qui leur est apportée. Le poids de la prise en charge est donc réparti, ce qui soulage d'autant, individuellement, chacun. Or, on le sait, les familles qui, demain, auront à charge des aîné(e)s seront, elles, d'une taille beaucoup plus restreinte. Il semble dès lors évident que les solidarités observées ne pourront guère se poursuivre telles quelles. Elles devront être réaménagées et sans doute soutenues par des dispositifs publics d'aide, à défaut desquels les familles ne pourront tout simplement plus faire face.

D'une manière générale, la prise en charge, au quotidien, des personnes âgées repose pour beaucoup sur les femmes. Tant les données que l'observation et les discours (des hommes comme des femmes) accréditent cette idée. Le décalage d'âge au mariage est important, voire très important dans les générations âgées, ce qui a pour conséquence que c'est l'épouse, encore relativement jeune, qui s'occupe

de l'époux vieillissant et qui se retrouve veuve par la suite. L'inverse n'est pas vrai et en outre un époux veuf, même âgé, trouve généralement la possibilité de se remarier. La féminisation de l'aide concerne également les soins quotidiens aux parents vieillissants. Même lorsque les parents (ou l'un d'eux) cohabitent avec un ou plusieurs de leurs fils, ce sont les belles-filles, voire les petites filles, qui se chargent des soins. Car ce sont les femmes qui gèrent l'intimité de leurs proches, pas les hommes. Ceux-ci mettent donc à contribution leurs femmes, leurs filles, leurs sœurs.

Les solidarités s'accompagnent de fait d'une inégalitaire division du travail entre les sexes, source de tensions. Celles-ci sont rarement exprimées ouvertement. Néanmoins elles transparaissent dans les entretiens, surtout dans le discours des femmes. Elles emploient régulièrement le terme de « sacrifice » pour signifier que l'une d'entre elle (elle-même ou bien une sœur, une tante, une cousine, une nièce, ...) a « sacrifié » sa vie en restant à la maison paternelle pour s'occuper des parents vieillissants. Cela signifie concrètement que la femme a mis entre parenthèses ses propres aspirations – en retardant son mariage, voire en demeurant célibataire ; en ne travaillant pas à l'extérieur de la maison ; en revenant vivre à la maison après son divorce – pour se placer au service de la parenté. Certes, les femmes peuvent y trouver une source de légitimation, voire de valorisation, au sein de la famille comme vis-à-vis de l'extérieur. Cela assure en particulier aux femmes célibataires et aux femmes divorcées, très stigmatisées, une place et un rôle socialement acceptables. Néanmoins, les femmes de demain seront de plus en plus éduquées et de plus en plus engagées sur le marché du travail. Ces évolutions sont déjà en cours. Les jeunes filles d'aujourd'hui accepteront-elles demain de continuer à se « sacrifier » comme leurs aînées ? Le terme même de « sacrifice » témoigne du fait que les représentations ont déjà commencé à changer...

Un autre facteur semble jouer un rôle important dans l'ensemble des solidarités intergénérationnelles : le poids de l'émigration, principalement en Europe, et les transferts considérables d'argent qui en résultent. Cela apparaît très nettement dans nos enquêtes. Parfois, ce sont plusieurs membres de la famille qui vivent à l'étranger et leur aide est forte, notamment en termes de logement et de santé. Or, l'émigration n'est plus aussi facile aujourd'hui qu'hier. Certes, les destinations se diversifient et les filières se recomposent. Néanmoins, on peut légitimement se demander si les ressources tirées de l'émigration seront aussi capitales à l'avenir qu'elles le sont aujourd'hui.

Éléments de conclusion

Les solidarités familiales sont fortes, prégnantes, variées. Les enquêtes font apparaître leur ampleur et notamment l'importance de la cohabitation intergénérationnelle – ou plutôt des cohabitations tant les variations sont grandes autour de ce mode de résidence.

De fait, elles pallient l'absence ou la faiblesse des dispositifs publics de prise en charge ou d'aide. On est donc bien dans le cadre global d'une prise en charge des aîné(e)s par l'ensemble de leurs proches. À cet égard, on soulignera que si la situation courante est celle d'une prise en charge des parents par leurs enfants, les cas ne sont pas rares où la solidarité se manifeste dans un cercle plus large faisant intervenir le réseau familial élargi aux frères et sœurs, ainsi qu'aux neveux et nièces, voire davantage. Parfois, les familles sont aux limites de leurs capacités et elles l'expriment dans les entretiens.

Face au défi que représente le vieillissement rapide que va connaître le pays, il est très important de trouver les moyens de consolider ces solidarités en s'acheminant progressivement vers une nouvelle articulation de ces dernières avec les solidarités publiques. Le développement de la protection sociale (en particulier en matière de santé), en direction de toutes les tranches d'âges, devrait constituer une des composantes de cette nouvelle articulation.

Les réponses apportées aux besoins des aînés reposent actuellement sur un mode de gestion qui sera totalement impossible à mettre en œuvre – sauf à accepter la multiplication de situations douloureuses et pour les aînés et pour leurs proches – à l'avenir lorsque les familles seront de tailles plus réduites. Il semble indispensable de réfléchir à la mise en place de relais et soutiens qui s'inscriraient en complément de l'aide familiale, notamment pour faire face aux situations de dépendance.

Des travaux de recherche doivent être menés en ce sens, à la fois pour mieux cerner les besoins et attentes des familles et des personnes âgées elles-mêmes, mais aussi pour développer le secteur du travail social et de l'action sociale, tant en faveur des générations aînées que de l'intégration sur le marché du travail des jeunes générations. Si les efforts à fournir en matière de développement de la protection sociale sont considérables, ils doivent à terme permettre de lutter contre les inégalités sociales afin de faire en sorte que celles-ci, accumulées tout au long de la vie, ne se démultiplient pas au moment fragile de la vieillesse...

Références bibliographiques

- Azammam S., 2009, « Profil socio-démographique des personnes âgées », in *Les personnes âgées au Maroc : Profil, santé et rapports sociaux, Analyse des résultats de l'Enquête Nationale sur les Personnes Âgées (ENPA 2006)*, Haut Commissariat au Plan, Centre d'Études et de Recherches Démographiques (CERED), Rabat, p. 25-58.
- Bencheikh A., Fassi Fihri M., 2012, « La mortalité au Maroc. Principaux résultats de l'Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés 2009-2010 », *Les Cahiers du Plan*, n° 39, mars-avril, p. 30-40.
- Benjelloun S-E., Dupuis J-M., Moudden E., 2011, « Inégalités, système de retraite et redistribution au Maroc », in Molmy W., Sajoux M., Nowik L. (coord.), *Actes du colloque international de Meknès Vieillissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées... État des lieux et perspectives*, Paris, coll. Les Numériques du CEPED. <http://www.cepel.org/cdrom/meknes>
- Cered – HCP., 2005, *Démographie marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir*, (Rapport thématique 50 ans de Développement Humain), 96 p.
- Dialmy A., 2009, « Relations familiales et sociales chez les personnes âgées au Maroc », in *Les personnes âgées au Maroc : Profil, santé et rapports sociaux, Analyse des résultats de l'Enquête Nationale sur les Personnes Âgées (ENPA 2006)*, Haut Commissariat au Plan, Centre d'Études et de Recherches Démographiques (CERED), Rabat, p. 59-93.
- Fassi Fihri M., 2011, « Capacité fonctionnelle des personnes âgées au Maroc » in Molmy W., Sajoux M., Nowik L. (coord.), *Actes du colloque international de Meknès Vieillissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées... État des lieux et perspectives*, Paris, coll. Les Numériques du CEPED. <http://www.cepel.org/cdrom/meknes>
- Golaz V., Nowik L., Sajoux M., 2012, « L'Afrique, un continent jeune face au défi du vieillissement », *Population et Sociétés* n° 491, Paris, INED, juillet-août, 4 p.

Haut-Commissariat au Plan, 2008, *Enquête Nationale sur les Personnes Âgées au Maroc 2006*, Rabat, 87 p.

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

Pison G., 2009, « *Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord* », *Population et Sociétés*, n° 457, Paris, INED, juin, 4 p.

Sajoux M., 2010, « *Démographie, Vulnérabilité socio-économique et Santé. Éléments de comparaison entre milieu rural et milieu urbain au Maroc.* » in Aboussad A., Cherkaoui M., Vimard P. (éd. scientifiques), *Santé et vulnérabilités au Maroc*, El Watanya, 57-71.

Sajoux M., Nowik L., 2010, « *Vieillesse de la population au Maroc : réalités d'une métamorphose démographique et sources de vulnérabilité des aîné(e)s.* », *Autrepart* N° 53 - *Vieillir au Sud*, p. 17-34.