

Vulnérabilités dans la vieillesse au Maroc : état des lieux et origines. Étude de cas dans la ville de Meknès

Muriel SAJOUX

Université de Tours UMR 7324 Citeres – Équipe Monde arabe et Méditerranée (Emam)

Bien que l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus constitue, au Maroc comme ailleurs, une population hétérogène, plusieurs sources de vulnérabilité peuvent être identifiées au sein de cette population (Sajoux et Nowik, 2010). Nous nous centrerons ici sur les contours des vulnérabilités économiques et sociales des aînés plus spécifiquement liées au déficit de protection sociale. Nous nous interrogerons ensuite sur les processus de vulnérabilisation progressive survenus dans le parcours de vie de certains aînés.

Dans un premier temps, grâce aux résultats d'enquêtes réalisées au niveau national, nous présenterons les principales sources de vulnérabilité des personnes âgées liées à la faible couverture par les politiques publiques des risques vieillesse et santé. Les spécificités liées au genre et au milieu de résidence seront mises en relief.

Dans un deuxième temps, grâce à une approche qualitative fondée sur l'analyse de données collectées dans la ville de Meknès, nous analyserons les processus de vulnérabilisation progressive ayant jalonné le parcours de vie de personnes âgées se retrouvant aujourd'hui en situation de grande difficulté voire d'extrême précarité.

1. Vulnérabilité des aînés marocains et déficit de protection sociale

La protection sociale a pour objectif de protéger les individus contre les conséquences financières des risques sociaux, ces derniers étant entendus comme des situations engendrant une baisse des revenus et/ou une augmentation des charges auxquelles doivent faire face les individus. Parmi ces risques figurent les risques vieillesse et maladie.

1.1. Des régimes de retraite offrant une couverture partielle

Au Maroc, le système actuel des pensions est centré sur les salariés. Il est composé de quatre organismes (Lagoutte et Legsayer, 2011) : la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), dont relèvent le personnel des entreprises privées et les salariés agricoles ; la Caisse interprofessionnelle marocaine de retraite (CIMR), qui assure la couverture du personnel du secteur privé, sur une base volontaire et complémentaire ; la Caisse marocaine des retraites (CMR), qui couvre la population des salariés des administrations publiques et le Régime collectif d'allocation de retraite (RCAR), qui assure la protection du personnel contractuel des administrations publiques. « On soulignera l'absence de régimes obligatoires pour les professions indépendantes (agriculture, commerce et artisanat), contrairement à ce qui existe

dans les deux pays voisins, Algérie et Tunisie. » (Benjelloun, 2011, p. 144-145). En l'absence de système de « pension sociale » – dispositif garantissant un niveau minimum de ressources aux personnes âgées disposant de faibles revenus –, l'architecture actuelle du système de retraite marocain exclut de fait une part importante des personnes âgées actuelles mais aussi de celles de demain. « L'analyse de la structure du marché du travail, associée à la configuration institutionnelle du Maroc, a permis de mettre l'accent sur l'exclusion d'une part importante de la population du système des retraites. [...] Il apparaît que des segments importants de la force de travail restent exclus du système des retraites : il s'agit notamment des chômeurs de longue durée qui ne sont pas affiliés à un système d'assurance et n'ont pas la capacité d'épargner ainsi que des travailleurs individuels à faibles revenus, ou des travailleurs saisonniers qui constituent des populations vulnérables dépourvues de capacités contributives suffisantes. » (Lagoutte et Legsayer, 2011, p. 178). Le taux de couverture des actifs occupés (nombre des cotisants rapporté à la population occupée) est estimé par Dupuis *et al.* (2009) à 26 % pour le Maroc en 2004 (contre 58 % en Algérie et 78 % en Tunisie). Ce taux renseigne sur les retraités de demain. La situation des retraités actuels peut être appréhendée à partir d'un ratio rapportant les retraités de droits directs de 60 ans et plus à la population de 60 ans et plus. Ce ratio est estimé par Dupuis *et al.* à 20 % pour le Maroc (35 % en Algérie et 38 % en Tunisie). Les mêmes auteurs considèrent que le caractère partiel de cette couverture est essentiellement dû à l'importance relative des emplois informels, notamment très répandus dans le secteur agricole, qui représente 46 % de l'emploi total au Maroc.

1.1.1. Une vieillesse peu fréquemment synonyme de retraite

Les résultats de l'Enquête nationale sur les personnes âgées (ENPA 2006¹) indiquent eux aussi que seule une faible proportion des personnes âgées perçoit une pension de retraite : seulement 16,1 % des plus de 60 ans (HCP, 2008). Ils permettent en outre de mettre en évidence d'importantes disparités. Les différences liées au genre sont ainsi particulièrement fortes ; si 30,4 % des hommes de cette tranche d'âge 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 est également très marquée : 26,9 % des aînés urbains perçoivent une pension contre 4,1 % des aînés ruraux. Parmi les seules personnes âgées déclarant avoir déjà travaillé, seulement 6,5 % des ruraux perçoivent une retraite à l'issue de leur vie active contre 46,2 % des citadins.

La poursuite d'activité au-delà de 60 ans concerne près du quart des aînés marocains ; l'Enquête nationale sur l'emploi de 2011 (HCP, 2012, p. 16) indique que le taux d'activité des 60 ans et plus s'élève à 23,5 %. Il est près de quatre fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain : 40,7 % contre 11,4 %. Bien qu'il ne s'agisse probablement pas de la seule explication, la faiblesse du taux de couverture des aînés ruraux en matière de retraite est très probablement une variable clé de cette poursuite d'activité. Plus de la moitié (56,6 %) des

¹ Cette enquête a porté sur 2 500 ménages regroupant 3 010 personnes âgées.

hommes ruraux de plus de 60 ans sont actifs, contre 21,2 % des aînés urbains. Le taux d'activité des femmes de plus de 60 ans est quant à lui dix fois plus important en milieu rural qu'en milieu urbain : 25 % contre 2,3 % (HCP, 2012, p. 84). L'analyse des résultats de l'ENPA de 2006 permet de distinguer les taux d'activité des personnes âgées pensionnées de celui des personnes âgées non pensionnées : « Dans les villes, le taux d'activité des non-pensionnés est de 28,6 % contre 11,7 % pour les retraités et en milieu rural, respectivement, de 43,0 % et 15,0 %. Le croisement de l'activité selon l'existence ou non d'une pension de retraite et le milieu de résidence confirme l'hypothèse selon laquelle la participation au marché du travail se poursuit au-delà de 60 ans chez les personnes démunies de toute sécurité sociale. » (Ezzrari, 2009, p. 150).

En matière de poursuite d'activité, les « jeunes aînés » apparaissent sans surprise plus actifs que les « grands aînés ». Mais là encore, la spécificité du milieu rural est très nette. Ainsi, par exemple, les différences de comportement sont particulièrement fortes au sein des personnes de 70-74 ans. Leur taux d'activité¹ est deux fois et demie plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain : 42,2 % contre 16,5 %. Pour les plus de 75 ans, ces chiffres sont respectivement de 18,9 et 10,9 %.

1.1.2. Les retraités, une population hétérogène et très majoritairement masculine

Même si, au Maroc, moins d'un cinquième des personnes âgées perçoit une retraite, ce serait une erreur de considérer qu'appartenir à cette minorité préserve des situations de vulnérabilité économique. Les situations socio-économiques des retraités sont en effet très variables et la distinction entre pensionnés et non-pensionnés ne révèle qu'un aspect des inégalités prévalant au sein de la population âgée.

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). « *Le montant effectif des retraites est apprécié à l'aide d'un indicateur, le taux de remplacement instantané qui rapporte les pensions moyennes versées par les caisses de retraite aux salaires moyens du secteur formel de chaque pays : les retraites moyennes représentent environ 50 % du salaire moyen.[...] Au Maroc, la pension moyenne versée en 2005 s'élevait à 2 357 dirhams, soit 128 % du salaire minimum et 54 % du salaire moyen. En pourcentage du salaire moyen et minimum, les données sont comparables à celles de l'Algérie. Les différences entre salariés du privé et du public sont extrêmement marquées, les retraites des titulaires de la fonction publique étant en moyenne près de trois fois plus élevées que celles du privé.* » (Dupuis *et al.*, 2011, p. 355).

¹ Calculé pour les personnes âgées ayant déjà été actives (HCP, 2008, p. 44).

Les résultats de l'ENPA permettent de connaître le régime dont proviennent les pensions : le régime des pensions civiles de la CMR concerne 32,8 % des retraités, le régime des pensions militaires de la CMR 10,6 %, le RCAR 3,3 % et le régime de la CNSS 37,6 %¹. Notons également que 10,1 % des retraités reçoivent une pension provenant d'un régime de retraite d'une caisse étrangère². Par ailleurs, seulement 8,7 % des retraités disposent d'une retraite complémentaire.

Le statut de retraité est pour l'heure l'apanage des hommes : ils constituent 90,4 % de l'ensemble des retraités. Ce chiffre monte à 98,5 % en milieu rural et s'établit à 89,3 % en milieu urbain (Ezzrari, 2009, p. 139).

1.1.3. L'indispensable soutien du réseau familial

Les solidarités privées, au premier rang desquelles figurent les solidarités familiales, constituent un pilier important de la vie des aînés. Les résultats de l'ENPA mettent notamment en relief l'importance de l'aide matérielle apportée par les enfants (HCP, 2008, p. 38). Au total, 44,1 % des personnes âgées déclarent recevoir régulièrement une telle aide. Ce chiffre est plus fort en milieu rural (48 %) qu'en milieu urbain (40,4 %). Les femmes âgées déclarent également plus fréquemment recevoir une aide matérielle régulière de leurs enfants que les hommes âgés : 51,2 contre 36,4 %. De plus, 27,3 % des aînés déclarent recevoir occasionnellement de l'aide matérielle de la part de leurs enfants : 29 % en milieu urbain et 25,5 % en milieu rural ; 24,8 % pour les hommes, 29,6 % pour les femmes. L'importance de l'aide régulière apportée par les enfants augmente fortement avec l'âge : 34,7 % des personnes de 60 à 64 ans déclarent en recevoir contre 54,9 % des personnes âgées de 75 ans et plus. Compte tenu de la couverture très partielle opérée par les régimes de retraite, le soutien du réseau familial s'avère essentiel dans la vie d'un grand nombre d'aînés.

1.2. La santé, un risque social accru chez les aînés

1.2.1. Le Maroc caractérisé par une faible couverture assurantielle du risque santé

Au Maroc, la santé est un risque social globalement peu couvert par le volet assurantiel des solidarités publiques. Selon les résultats de l'Enquête nationale sur les revenus et les niveaux de vie des ménages (ENRNV) 2006-2007³, seuls 15,8 % de l'ensemble de la population marocaine (tous âges confondus) disposent d'une couverture médico-sanitaire. Il y a de plus une très grande disparité entre milieux de résidence : 25 % de la population urbaine dispose d'une telle couverture contre 3,8 % de la population rurale. Par ailleurs, il n'est pas rare que des personnes disposant d'une couverture maladie se retrouvent en difficulté pour payer la part des soins et/ou des médicaments restant à leur charge.

¹ HCP, 2008, p. 47.

² Les autres régimes de retraite mentionnés dans le rapport de l'ENPA sont : régime de la caisse interprofessionnelle marocaine de retraite (3,7 % des pensionnés), régime autonome (0,4 % des pensionnés) et caisse privée (1,5 % des pensionnés).

³ HCP, 2010.

1.2.2. Instauration d'un dispositif assistanciel

Un dispositif fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des démunis, le Régime d'assistance médicale (Ramed), a été récemment instauré. Des critères précis permettent de déterminer si un demandeur y est éligible ou pas et selon quelles modalités. Les personnes éligibles au Ramed et reconnues en situation de pauvreté¹ ont droit, sans avoir de contribution à verser, aux prestations médicalement requises disponibles dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat. Les personnes éligibles au Ramed reconnues en situation de vulnérabilité² doivent acquitter une contribution annuelle s'élevant à 120 DH par personne et par an dans la limite d'un plafond de 600 DH par ménage. Après avoir été précédée d'une expérience pilote lancée en 2008 dans la région de Tadla-Azilal, la généralisation du Ramed a débuté en mars 2012. Ce dispositif devrait à terme bénéficier à 8,5 millions de personnes (soit 28 % de la population marocaine), 4 millions étant en situation de pauvreté et 4,5 millions en situation de vulnérabilité. Les pensionnaires des « établissements de bienfaisance » (désormais dénommés établissements de protection sociale, EPS) font partie des personnes bénéficiaires de droit au Ramed. Parmi les différents types d'EPS figurent les établissements hébergeant des personnes âgées démunies et sans soutien.

Près d'un an et demi après le lancement de sa généralisation, le Ramed concerne 5,47 millions de personnes soit environ 2/3 de la population éligible³. Ce dispositif devrait permettre, à terme, d'alléger les contraintes financières de nombreuses familles en matière d'accès aux soins et de contribuer à améliorer la situation de nombre de personnes âgées en matière de santé.

1.2.3. Vieillesse et assurance maladie

En matière d'assurance maladie, le déficit de couverture de la population âgée est concomitant de fortes disparités liées au genre et au milieu de résidence. Ainsi, seulement 13,3 % des personnes interrogées lors de l'ENPA ont déclaré avoir une telle couverture avec une très forte différence entre les deux milieux de résidence, cette proportion s'élevant à 22,4 % en milieu urbain et à 3,2 % seulement en milieu rural. L'ENRNV 2006-2007 fournit des résultats comparables : le pourcentage de personnes de 60 ans et plus disposant d'une

¹ « 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.fr).

² « 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 patrimonial est supérieur à 28 et inférieur ou égal à 70. » (www.ramed.ma).

³ *L'Économiste*, édition n° 4138 du 24 octobre 2013 (<http://www.leconomiste.com/article/912139-projet-de-budget-2014un-pour-g-n-raliser-le-ramed>).

couverture médico-sanitaire s'élève à 12,6 % pour l'ensemble des deux milieux de résidence, à 21,5 % pour le milieu urbain et à 3,1 % pour le milieu rural.

1.2.4. Une espérance de vie qui s'allonge...

L'avancée en âge se traduit par une modification qualitative et quantitative des besoins des individus en matière médicale. L'élévation de l'espérance de vie aux grands âges, et aux très grands âges, influence ainsi la nature et le niveau des besoins en matière de santé. Cette baisse de la mortalité aux âges élevés ne s'est cependant pas opérée de manière uniforme et les différences observables sont porteuses de questionnements.

Grâce aux tables de mortalité établies à l'issue des Enquêtes nationales démographiques à passages répétés de 1986-1988 et 2009-2010, il est possible d'étudier l'évolution de l'espérance de vie aux âges « élevés ». En considérant tout d'abord l'espérance de vie à 60 ans, on constate que cette dernière a progressé de 1,6 an pour les hommes entre ces deux enquêtes, 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. Entre les deux milieux de résidence, les évolutions font apparaître des disparités 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 que 1,3 an en milieu rural (de 19 à 20,3 ans). Au sein de la population masculine, les évolutions par milieu de résidence sont quant à elles de sens opposé : en milieu urbain, le gain d'espérance de vie à 60 ans a été de 3,6 an (de 17,7 à 21,3 ans), alors que l'espérance de vie à 60 ans des hommes ruraux a diminué de 0,2 an (passant de 17,7 à 17,5 ans). Ces évolutions différenciées 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.

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	ENDPR	Progression de E _x entre les deux enquêtes	ENDPR	ENDPR	Progression de E _x entre les deux enquêtes
	1986-1988	2009-2010		1986-1988	2009-2010	
E ₆₀	17,67	21,3	3,63	17,68	17,5	-0,18
E ₇₀	12,06	12,9	0,84	11,6	9,7	-1,9
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	ENDPR	Progression de E _x entre les deux enquêtes	ENDPR	ENDPR	Progression de E _x entre les deux enquêtes
	1986-1988	2009-2010		1986-1988	2009-2010	
E ₆₀	19,82	22,7	2,88	18,96	20,3	1,34
E ₇₀	12,64	14	1,36	11,44	12	0,56
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).

Les résultats des deux ENDPR permettent également de noter que l'espérance de vie à 80 ans a augmenté relativement fortement en milieu urbain. Elle a progressé de 0,6 an pour les hommes, passant de 5,7 à 6,3 ans, et de 1 an pour les femmes, passant de 5,8 à 6,8 ans (tableaux 1 et 2). Bien qu'il faille être fort prudent compte tenu des risques d'erreur de déclaration d'âge lors des enquêtes¹, de telles évolutions semblent traduire une nette amélioration des conditions de vie aux grands âges. En milieu rural, les évolutions semblent plus complexes. Pour les femmes, l'espérance de vie à 80 ans a augmenté de 0,3 an entre les deux enquêtes, ce qui est relativement faible par rapport aux évolutions constatées pour les femmes urbaines. Quant à l'espérance de vie à 80 ans des hommes ruraux, elle a par contre diminué de 0,7 an.

L'observation de l'évolution de l'espérance de vie à différents âges au sein de la population âgée marocaine fait ainsi naître plusieurs questionnements (Sajoux et Lecestre-Rollier, 2013), même si, répétons-le, des erreurs de déclarations d'âge ont pu impacter les résultats obtenus à l'issue des deux ENDPR :

- 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, leur faisant ainsi aborder la période de vieillesse en ayant accumulé plus de problèmes de santé que leurs homologues urbains ?
- comment expliquer que, en milieu rural, la mortalité recule légèrement aux grands âges pour les femmes, alors qu'elle semble au contraire s'intensifier pour les hommes ?

¹ 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.

– les solidarités privées, fortement sollicitées durant la phase de vieillesse, seraient-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 de protection sociale et de possibilités matérielles d'accès aux soins ?

1.2.5. ...et une demande de soins croissant avec l'âge

L'Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF) 2011 permet notamment de connaître la prévalence des maladies chroniques¹. Si 18,2 % de la population marocaine, tous âges confondus, est atteinte d'une maladie chronique (contre 13,8 % en 2004), cette prévalence varie selon le milieu de résidence (20,4 % en milieu urbain et 15,5 % en milieu rural) et le sexe (14,9 % pour les hommes et 21,3 % pour les femmes)². En outre, elle augmente nettement avec l'âge : 40,4 % au sein des 50-59 ans et 57,5 % parmi les personnes de 60 ans et plus³, soit 49,3 % pour le sexe masculin et 65,3 % pour le sexe féminin.

L'allongement de l'espérance de vie aux grands âges soulève également la question de l'apparition de situations de dépendance. L'étude de la capacité des individus à exercer pleinement et de façon autonome des activités élémentaires de la vie quotidienne fait apparaître d'importantes variations selon l'âge. Analysant les données recueillies au cours 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 fondé sur cinq aspects de la vie quotidienne : difficultés pour se laver le corps, s'habiller, marcher sur une distance de 200 à 300 mètres, se lever du lit et se coucher, et enfin manger tout seul. Selon cet auteur, en 2006, 19,6 % de la population marocaine âgée de 60 ans et plus présente une incapacité, légère⁴ pour 12,7 % des aînés et lourde⁵ pour 6,9 %. Les résultats qu'il obtient montrent que la perte d'autonomie augmente fortement avec l'avancée en âge : la part des personnes ayant au moins une incapacité passe de 13,2 % pour la tranche des 60 à 74 ans à 35,6 % pour celle des 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

¹ Parmi les maladies chroniques ici prises en compte figurent le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les maladies articulaires, l'asthme (Ministère de la Santé, 2013, p. 29).

² Ces résultats, en apparence contradictoires avec les variations de l'espérance de vie, traduisent peut-être en partie des différences de couverture médicale ou de recours à la consultation qui entraîneraient un déficit de diagnostic en milieu rural et pour les hommes.

De même, l'accroissement global de la couverture sanitaire expliquerait l'accroissement de la prévalence entre 2004 et 2011.

³ Ministère de la Santé, 2013, p. 16.

⁴ Le sujet présente une incapacité totale pour une ou deux activités de base.

⁵ Le sujet présente une incapacité totale pour au moins 3 des 5 activités de base.

pyramide des âges de la population marocaine, 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.

1.2.6. Dépenses de santé des aînés et situations de renoncement aux soins

L'analyse des résultats de l'ENRNVM 2006-2007 relatifs à la dépense annuelle moyenne par personne (en DH courants) et aux coefficients budgétaires selon le groupe de biens et services et l'âge du chef de ménage fait apparaître le poids relatif plus important des dépenses de santé dans les ménages où la personne de référence est âgée de plus de 60 ans. Le coefficient budgétaire pour le poste « Hygiène et soins médicaux » s'élève à 8,6 % pour ces ménages contre 7,2 % pour l'ensemble des ménages. Ce coefficient est le plus bas (3,7 %) pour les ménages dont la personne de référence est âgée de 15 à 24 ans. Lorsque l'âge du chef de ménage est compris entre 25 et 44 ans, il est de 6,3 % ; il s'établit à 6,9 % pour les ménages dont la personne de référence est âgée de 45 à 59 ans. Ces chiffres ne rendent que partiellement compte du poids relatif des dépenses de santé aux grands âges dans la mesure où ils ne concernent pas que les personnes âgées mais les ménages dont la personne de référence a plus de 60 ans. Il faudrait donc pouvoir tenir compte de la composition des ménages pour appréhender plus finement la signification de ces chiffres. Néanmoins, ces éléments semblent confirmer la situation de plus grande vulnérabilité des aînés à l'égard du risque santé.

Cette vulnérabilité transparait également à travers le pourcentage d'aînés malades ayant renoncé à utiliser les services de santé. Les résultats de l'ENPA indiquent que le tiers des personnes malades âgées de plus de 60 ans y a renoncé. Cette proportion s'élève à 26,7 % en milieu urbain et atteint 41,3 % en milieu rural (Fassi Fihri, 2009, p. 120). Cet auteur indique également que, « *si on se penche maintenant sur la catégorie des personnes âgées ayant déclaré être malade et qui n'a pas eu recours aux services de soins, soit les 33,4 % de la population âgée malade, les résultats révèlent que près des deux tiers (59,1 %) de ces personnes déclarent qu'elles n'en avaient pas les moyens. Cette proportion est plus élevée chez les populations relativement défavorisées, à savoir les ruraux (62,1 %) et les femmes (62,8 %) que chez les urbains (55,2 %) et chez les hommes (55,1 %).* »

Les éléments mobilisés jusqu'ici sont issus de « grandes enquêtes ». Bien qu'ils soient porteurs d'informations précieuses, et statistiquement représentatives, il nous a semblé souhaitable de recourir à une approche qualitative afin de cerner les éléments caractéristiques des parcours de vie d'individus se retrouvant « au grand âge » en devant faire face à de grandes difficultés économiques et sociales.

2. Parcours de vie et vulnérabilisation progressive des aînés

Dans le cadre du projet *Vieillir au Maroc, vieillir au Sénégal*¹, nous avons mené en 2011 une série d'entretiens dans la ville de Meknès afin de cerner la réalité des modes de mise en œuvre des solidarités intergénérationnelles envers les aînés ainsi que leur articulation avec les solidarités publiques. Les données collectées nous ont permis d'identifier différents types de situations de vulnérabilité vécues par des aînés et d'en comprendre l'origine. Nous avons interrogé près de 50 personnes âgées (hommes et femmes) dont 17 (10 hommes et 7 femmes) sont hébergées dans une institution accueillant des personnes âgées démunies et sans soutien. Nous avons également rencontré près d'une quinzaine d'intervenants locaux différents. Notre approche ne visait pas la représentativité mais la mise en évidence de mécanismes sociaux.

L'analyse de ces entretiens nous a permis de faire émerger un certain nombre de profils distincts parmi les aînés économiquement et/ou socialement vulnérables, tout en reliant leur situation actuelle à leur parcours de vie.

2.1. Vie active et affiliation sociale discontinuée

Parmi les aînés rencontrés se trouvant confrontés à des difficultés financières figurent des individus ayant peu ou pas fréquenté l'école et qui ont travaillé dès leur plus jeune âge. Bien souvent, leur vie active a été constituée de différentes périodes au cours desquelles ils n'ont pas toujours été affiliés à une caisse de sécurité sociale avec éventuellement des affiliations successives à différentes caisses (du secteur privé, du secteur public et parfois aussi d'un pays étranger lorsqu'ils ont passé quelques années comme travailleur émigré en Europe). Maintenant âgés, ils perçoivent certes une pension mais d'un montant très modeste (inférieur à 1 500 DH) au regard du coût de la vie actuel. Certains d'entre eux ont encore des enfants à charge, ce qui rend leur situation encore plus difficile. C'est par exemple le cas d'Omar², 75 ans, né en 1936 à Meknès. Ayant alors trois frères et sœurs plus âgés que lui, il était nourrisson quand son père est décédé. Sa mère s'est ensuite remariée et a eu deux autres enfants. Omar n'a pas eu accès à l'instruction : « *Je suis allé à l'école juste au début, même pas un mois. On m'envoyait souvent travailler car mes parents étaient dans le besoin, c'était la pauvreté.* » Il a effectué différents métiers et a travaillé dans la maçonnerie, en tant qu'« aide-cycliste », serveur, plongeur dans des restaurants, etc. Mais il a gardé deux emplois relativement longtemps : il a ainsi été serveur dans le même restaurant durant plus de 25 ans, période pendant laquelle il a été affilié à la CNSS ; il a ensuite été intégré dans l'Éducation nationale en tant qu'agent de service (« à l'échelle 2 », nous précise-t-il³). À la retraite depuis

¹ *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.* Responsable : Muriel Sajoux. Projet sélectionné dans le cadre de l'appel CNRS *Longévité et Vieillesse* 2011.

² Les prénoms ont été modifiés.

³ La fonction publique marocaine comptait alors des échelles variant de 1 (niveaux de rémunération les plus bas) à 11, suivies du hors-échelle. En 2010, les échelles 1 à 4 ont été supprimées.

15 ans, il percevait mensuellement 500 DH de la CNSS et 750 DH « *de la retraite de l'éducation nationale* », soit 1 250 DH en tout. Il a entendu parler des revalorisations des pensions mais il ne sait pas comment cela va se traduire pour lui ; il espère toucher peut-être 400 DH de plus au niveau de sa retraite CNSS. Il nous dit que sa situation est difficile car « *le coût de la vie a augmenté* ». Heureusement, Omar est locataire dans un logement domanial pour lequel il ne verse qu'un loyer modeste. Actuellement, il ne voit pas très bien, il est atteint de cataracte. Il faudrait qu'il se fasse opérer mais il repousse pour l'instant l'opération car son coût est élevé par rapport à ses moyens. Omar s'est marié deux fois. Sa première épouse, avec laquelle il a eu 6 enfants, est décédée ; il s'est ensuite remarié et a eu 4 autres enfants. Son épouse actuelle a à peine plus de 40 ans ; elle ne travaille pas. Ses plus jeunes enfants préparent le Bac et il fait l'effort de leur payer des heures de cours supplémentaires pour optimiser leurs chances de réussite à l'examen. Presque tous ses autres enfants « *n'ont pas été loin dans les études* » et ont des situations modestes, « *Mes enfants se suffisent difficilement ; ils ont tous un loyer à payer, ils ont leurs charges* ». Seul un de ses fils, qui travaille dans une société à Casablanca, l'aide un peu, « *les autres ne sont pas bien payés* ».

2.2. Parcours de vie marqués par une double précarité, familiale et professionnelle

Certains aînés aujourd'hui en grande difficulté ont connu un parcours de vie marqué, dès leur enfance, par une précarité familiale. Certains se sont retrouvés très tôt orphelins de père et de mère sans être véritablement pris en charge, pour des raisons diverses, par la famille élargie. D'autres ont été très tôt confrontés à la séparation de leurs parents et ont pu, une fois arrivés à l'âge adulte, connaître eux-mêmes des situations d'instabilité conjugale venant exacerber leur précarité.

Cela a été le cas d'Halima, née à la fin des années 1940 dans une petite ville située à une trentaine de kilomètres de Meknès. « *Mon père était agriculteur. Mon père et ma mère ont divorcé. Je suis venue très jeune à Meknès, avec ma mère. Elle faisait du commerce ambulante depuis le temps de Mohammed V.* ». Halima nous indique qu'elle a été totalement abandonnée par son père, sa mère ayant été rejetée par la famille de son mari, « *ils l'ont pratiquement expulsée* ». Selon elle, le fait que sa mère soit arabe alors que la famille de son père était berbère a participé au rejet subi par sa mère ; cette dernière ne s'est par ailleurs jamais remariée. Halima a très peu fréquenté l'école. Elle a toujours travaillé, en faisant des ménages, la vaisselle dans des restaurants ; elle a aussi fait du commerce ambulante (elle allait au nord du pays pour acheter des marchandises qu'elle revendait ensuite à Meknès). Elle s'est mariée une première fois à l'âge de 14 ans, puis une deuxième fois à 18 ans avec un homme qui exerçait le métier de guide touristique. Ils ont eu un fils puis ont divorcé ; ils se sont ensuite remariés et ont eu une fille. Ils se sont finalement séparés, son mari ayant épousé une autre femme. Ce dernier « *avait un problème avec l'alcool [...] il gaspillait son argent, il allait rarement travailler et de toute façon son travail était aléatoire* ». Son mari ne lui a ainsi jamais apporté de sécurité financière, même minimale. Halima a par contre toujours travaillé dans des cafés, des restaurants. Ce n'était pas facile car elle était « *souvent harcelée* » et donc parfois obligée de changer de lieu de travail. Bien qu'Halima ait toujours travaillé, sa précarité économique s'est néanmoins transmise à ses enfants. Son fils a poursuivi ses études

jusqu'au certificat d'études, puis a suivi un apprentissage professionnel en tant que menuisier. Il a pu finalement entrer dans l'armée, mais il en a été expulsé en raison de problèmes d'addiction. Il a aujourd'hui 43 ans et Halima n'a plus aucun contact avec lui. Quant à sa fille, elle a poursuivi ses études jusqu'à la deuxième année du collège, puis elle a suivi une formation professionnelle de coiffeuse. Sa fille, aujourd'hui trentenaire, a un emploi précaire ; elle a elle-même divorcé et a une fille de 10 ans. Bien qu'elle ait eu de nombreux emplois, Halima n'a jamais été affiliée à une caisse de sécurité sociale. Le petit capital qu'elle avait pu se constituer a été totalement englouti par les frais auxquels elle a dû faire face quand elle a été opérée de la vésicule biliaire, il y a une quinzaine d'années. Elle a en effet été hospitalisée près d'un mois et a dû acheter elle-même ses médicaments. De plus, comme elle avait peur de laisser sa fille toute seule pendant qu'elle était à l'hôpital, elle a fait le choix de la garder avec elle et a dû payer sa nourriture pendant la durée de son hospitalisation. Suite à cet épisode, ses difficultés économiques se sont accentuées. Par ailleurs, ses problèmes de santé se sont aggravés avec l'avancée en âge (asthme, problèmes de reins...). Arrivée à un stade où elle ne pouvait plus du tout travailler, se retrouvant donc sans aucun revenu, et n'étant plus en mesure de faire face aux frais entraînés par son état de santé, Halima a été admise au sein d'un établissement de protection sociale accueillant des personnes âgées démunies et sans soutien (cet établissement est couramment appelé *Dar Al Moussinine* en arabe, ce qui signifie littéralement « *maison des personnes âgées* »). Sa fille, elle-même dans une situation très précaire, n'est pas du tout en mesure de lui apporter le soutien financier dont elle aurait besoin. Ainsi, bien qu'ayant travaillé toute sa vie, Halima se retrouve pour ses vieux jours totalement dépendante d'un dispositif d'assistance relevant de la solidarité nationale.

2.3. Femmes âgées entièrement dépendantes du soutien de leur famille

Certaines femmes âgées, devenues veuves, se retrouvent totalement dépendantes du soutien de leur réseau familial. C'est notamment le cas de femmes dont le mari défunt avait une situation professionnelle modeste (dans le secteur informel) ne lui ayant pas permis d'acquérir de droits à une pension de retraite ni d'accéder à la propriété. C'est la situation dans laquelle se retrouve Malika, qui ne connaît pas son âge exact. Comme beaucoup de femmes de sa génération, elle s'était mariée très jeune. Aussi, une quinzaine d'années seulement la sépare de sa fille aînée, Bouchra, elle-même veuve et bientôt sexagénaire. Ni l'une ni l'autre ne perçoit de revenu. Elles vivent dans une maison qui appartient à un des fils de Malika et c'est grâce à l'argent de ses autres fils qu'elle et sa fille peuvent faire face aux différentes dépenses de la vie courante. Ces dépenses sont d'autant plus importantes que Malika a des problèmes de santé (problèmes cardiaques, diabète, etc.) ; elle doit prendre beaucoup de médicaments, tout en n'ayant aucune couverture médicale. Quand elle va chez le médecin, ce sont ses enfants qui prennent en charge les frais de consultation. La vulnérabilité de Malika provient de sa dépendance totale à l'égard de ses fils, et celle de Bouchra, qui n'a pas eu d'enfants, de sa dépendance à l'égard de ses frères.

Conclusion

Recourir à une approche qualitative nous a permis de repérer des situations de vulnérabilité dans la vieillesse qui n'apparaissaient pas forcément à travers l'analyse des résultats des grandes enquêtes. Ces situations revêtent des formes multiples mais le déficit de protection sociale semble en être un des ressorts majeurs. Ce déficit, qui se traduit par une absence totale de couverture des risques vieillesse et santé ou par une faible qualité de couverture (pensions de montant très faible...), touche de plein fouet des individus durant leur phase de vieillesse mais il est important de noter qu'ils ont été confrontés à un manque de protection sociale tout au long de leur parcours de vie. Ils ont ainsi dû faire face eux-mêmes, totalement ou partiellement, aux conséquences financières des risques sociaux auxquels eux-mêmes et leur entourage ont été confrontés leur vie durant. Compte tenu des dépenses qu'ils ont ainsi dû réaliser au regard de leurs moyens modestes, ils n'ont pas pu consacrer une part de leurs revenus à la mise en place de stratégies (accession à la propriété, constitution d'une épargne suffisante...) qui auraient pu leur permettre d'aborder leur phase de vieillesse dans une moins grande fragilité. Si la plupart des aîné-e-s qui en ont besoin voient leur réseau familial les prendre en charge ou les soutenir, force est de constater que les solidarités familiales sont le plus souvent fondées sur la conjugaison de multiples solutions « partielles » rendues possibles grâce à la taille du réseau familial : chaque membre de la famille contribue au soutien de l'aîné/des aînés en fonction de ses capacités de participation (possibilité de donner du temps, de l'argent, d'apporter une aide matérielle...). De telles solutions seront de plus en plus difficiles à mettre en œuvre à l'avenir, du fait de la diminution de la taille des familles et de la complexification des contraintes auxquelles elles doivent faire face. Aussi, assurer à chaque individu, tout au long de sa vie, un accès à la protection sociale est d'une importance majeure pour lui permettre de ne pas arriver au grand âge en ayant accumulé de multiples fragilités et sources de vulnérabilité. Ainsi, préparer l'accompagnement du fort vieillissement démographique que connaîtra très prochainement le Maroc nécessite de réfléchir dès à présent aux dispositifs à mettre en place (ou à modifier) pour protéger tout au long de la vie une part croissante de la population, tous âges confondus, tout en n'omettant pas de veiller à la qualité de la couverture accordée.

Bibliographie

BENJELLOUN S.-E., DUPUIS J.-M. et EL MOUDDEN C., 2011, « Inégalités, système de retraite et redistribution au Maroc », in W. Molmy M. Sajoux et L. Nowik (coord.), *Actes du colloque international de Meknès-Vieillesse de la population dans les pays du Sud*, Paris, Ceped, coll. « Les Numériques du Ceped », p. 135-154 (<http://www.ceped.org/cdrom/meknes>).

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.

DUPUIS J.-M., EL MOUDDEN C. et PÉTRON A., 2009, « Démographie et retraite au Maghreb », *Connaissance de l'emploi*, n° 65, mai, Centre d'études de l'emploi, 4 p.

DUPUIS J.-M., EL MOUDDEN C., HAMMOUDA N.E., PÉTRON A. et DKHISSI I., 2011, « L'impact des systèmes de retraite sur le niveau de vie et la pauvreté des personnes âgées au Maghreb », in W. Molmy, M. Sajoux et L. Nowik (coord.), *Actes du colloque international de Meknès-Vieillissement de la population dans les pays du Sud*, Paris, Ceped, coll. « Les Numériques du Ceped », p. 352-369 (<http://www.cephed.org/cdrom/meknes>).

EZZRARI A., 2009, « Retraite, préretraite et activité 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. 136-168.

FASSI FIHRI M., 2009, « État de santé et morbidité 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. 95-134.

FASSI FIHRI M., 2011, « Capacité fonctionnelle des personnes âgées au Maroc » in in W. Molmy M. Sajoux et L. Nowik (coord.), *Actes du colloque international de Meknès-Vieillissement de la population dans les pays du Sud*, Paris, Ceped, coll. « Les Numériques du Ceped », p. 84-97 (<http://www.cephed.org/cdrom/meknes>).

GOLAZ V., NOWIK L. et SAJOUX M., 2012, « L'Afrique, un continent jeune face au défi du vieillissement », *Population et sociétés*, n° 491, Ined, Paris, juillet-août, 4 p.

HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN (HCP), 2008, *Enquête nationale sur les personnes âgées au Maroc 2006*, Centre d'études et de recherches démographiques (Cered), Rabat, 87 p.

HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN (HCP), 2010, *Enquête nationale sur les revenus et les niveaux de vie des ménages 2006/2007 - Rapport de synthèse*, Rabat, 235 p.

HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN (HCP), 2012, *Activité, emploi et chômage 2011 – Résultats détaillés*, Direction de la statistique, Rabat, 424 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2013, *Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF) 2011. Rapport préliminaire*, Rabat, 36 p.

SAJOUX M. et LECESTRE-ROLLIER B., à paraître 2014, « 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 », *Actes du XVII^e colloque international de l'Aidelf – Démographie et politiques sociales*, Ouagadougou, 12-16 novembre 2012.

SAJOUX M. et NOWIK L., 2010, « Vieillissement de la population au Maroc. Réalités d'une métamorphose démographique et sources de vulnérabilité des aîné(e)s », *Autrepart*, n° 53, p. 17-34.