

Les personnes âgées au Maroc

Rapport du Conseil Economique, Social et en Environnemental

Auto-saisine n°20 / 2015

Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental

Les personnes âgées au Maroc

Auto-saisine n°20 / 2015



Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu L'assiste

Saisine n°20/2015

- Conformément à la loi organique n°128-12 relative au Conseil Economique Social et Environnemental et à son règlement intérieur ;
- Vu la décision du Bureau du Conseil d'affecter le thème « Les personnes âgées au Maroc » à La Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité ;
- Vu l'adoption du rapport sur « Les personnes âgées au Maroc » par l'Assemblée Générale du 27 août 2015 à l'unanimité.

Le Conseil Economique Social et Environnemental présente son rapport

Les personnes âgées au Maroc

Rapport préparé par :

La Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité

Présidente de la Commission : Mme Zahra Zaoui

Rapporteur de la Commission : Mme Laila Berbich

Dépôt légal : 2015 MO 4514

ISBN : 978-9954-635-25-4

ISSN : 2335 - 9234

Conseil Economique, Social et Environnemental

Imprimerie Sipama

Sommaire

Acronymes.....	11
Synthèse	13
Introduction	25
I • Contexte.....	27
1 - Le contexte sociodémographique	27
2 - Le contexte juridique et institutionnel	29
II • Les modes de vie des personnes âgées : des déterminants à prendre en considération.....	32
1 - Un faible niveau d’instruction	32
2 - Une situation socio-économique précaire pour beaucoup de personnes âgées	32
3 - Une faible couverture par le système des retraites	33
4 - Un accès aux soins discriminant et une grande vulnérabilité des personnes âgées face aux maladies.....	34
5 - Les inégalités homme femme existantes dans la société impactent négativement les modes de vie des femmes âgées	37
6 - Des situations familiales très différentes tant sur le plan économique que du lien social	38
7 - Des personnes âgées rurales désavantagées quant à l’accès aux services, mais mieux intégrées en termes intergénérationnels	40
8 - Le développement actuel du logement et de l’habitat ne prend pas les personnes âgées en considération	40
9 - La mobilité, un facteur déterminant de l’inclusion des personnes âgées, peu prise en considération.....	41
III • La situation particulière des personnes âgées marocaines résidant à l’étranger	42

IV • Politiques et actions publiques.....	46
1 - Des législations éparées mais sans vision stratégique	46
2 - La « stratégie nationale » en faveur des personnes âgées du MSFFDS (2009).....	47
3 - La stratégie sectorielle du ministère de la Santé 2012-2016.....	47
4 - L'INDH : une stratégie de développement humain qui incluent les personnes âgées.....	49
5 - Les centres d'hébergement	50
6 - Les collectivités territoriales : des lois promulguées mais peu deréalisations.....	52
7 - L'appui à la mobilité des personnes âgées : un projet à développer.....	52
V • Personnes âgées : un potentiel à valoriser.....	53
VI • Le benchmarking : quel intérêt pour le Maroc ?.....	55
VII • Principaux constats.....	57
1 - Modes et conditions de vie des personnes âgées	57
2 - Cadre institutionnel et juridique	59
3 - Politiques publiques	59
4 - Valorisation du capital culturel des personnes âgées et création de nouveaux espaces culturels.....	60
5 - Valorisation du potentiel des personnes âgées.....	60
VIII • Recommandations.....	63
Annexes.....	67
Annexe 1: Benchmarking international	69
Annexe 2: Liste des membres de la Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité.....	89
Annexe 3: Liste des acteurs auditionnés	93
Annexe 4: Références bibliographiques.....	97

Acronymes

AMO	: Assurance maladie obligatoire
CESE	: Conseil Economique, Social et Environnemental
CMR	: Caisse Marocaine de Retraite
CNOPS	: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CONAPO	: Conseil National de la Population (Mexique)
EHPAD	: Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HCP	: Haut-Commissariat au Plan
INDH	: Initiative Nationale de Développement Humain
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MRE	: Marocains Résidents à l'Etranger
OCP :	Office Chérifien des Phosphates
MSFFDS	: Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social
RAMED	: Régime d'Assistance Médicale

Synthèse

La notion de personnes âgées est complexe car elle renvoie certes à l'âge mais également à la vulnérabilité de ces personnes, vulnérabilité dont les facteurs sont multiples et divers. Ainsi, plusieurs termes sont utilisés pour désigner cette catégorie très hétérogène de personnes – seniors, troisième âge, quatrième âge, aînés... , mais aucune définition n'est consensuelle, tant sur le plan national qu'international.

Communément, la détermination de l'âge à partir duquel on parle de personnes âgées, est l'âge légal d'éligibilité au départ à la retraite. Cette définition est bien entendu très imparfaite dans la mesure où elle ne prend pas en considération tous les différents aspects de la vulnérabilité. Elle a cependant le mérite d'être simple et de s'appuyer sur un facteur important de vulnérabilité qui est la sortie du monde du travail avec tout ce qu'elle peut engendrer comme conséquences socioéconomiques et psychologiques, à un moment donné de la vie où s'accélère le processus inexorable de vieillissement avec tout ce qu'il comporte comme problématiques de santé et de dépendance. C'est cette définition qui a été retenue par le CESE.

En 1950, les personnes âgées représentaient 8% de la population mondiale, en 2009 11% et en 2050 elles en représenteront 22% selon les projections. Par ailleurs, on observe un accroissement 3 fois plus rapide du nombre des personnes âgées que celui de la population mondiale, et ce, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la baisse des taux de natalité.

Le Maroc n'échappe pas à cette tendance, et l'accroissement de la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus s'effectue de manière constante et continue.

Ce vieillissement de la population impacte inéluctablement la croissance économique, l'épargne, l'investissement, la consommation, le marché de l'emploi, les pensions, les systèmes de santé, la taxation, les styles de vie, les transferts intergénérationnels... pour ne citer qu'eux, autant d'impacts que les politiques publiques doivent intégrer dans leurs actions.

Le vieillissement à l'échelle individuelle se traduit par une perte plus ou moins rapide, totale ou partielle, d'une ou plusieurs capacités physiques, psychiques, matérielles, et pose la problématique majeure de la dépendance plus ou moins importante des personnes.

La Constitution (article 34) assimile les personnes âgées aux personnes à besoins spécifiques et stipule qu'elles doivent faire l'objet de politiques publiques de prévention de la vulnérabilité de même qu'elle consacre les droits humains. Si aujourd'hui personne ne conteste les droits des personnes âgées, il y a cependant lieu de s'interroger sur l'effectivité de leurs droits et les discriminations qui leur sont

faites, de même qu'il y a lieu de prendre un certain nombre de mesures en matière de politiques publiques au vu de la situation des personnes âgées au Maroc.

Objectifs de l'avis

L'objectif de cette auto saisine est d'analyser la situation actuelle des personnes âgées et d'établir un diagnostic précis en vue de formuler des recommandations et propositions à même d'éclairer les décideurs et de les aider à mettre en place une politique publique qui prenne en considération les droits des personnes âgées en termes de dignité, de participation et d'inclusion sociale.

Le choix de ce thème est motivé par son actualité au regard de :

- la transition sociodémographique et de ses impacts socioéconomiques ;
- la valeur ajoutée que peuvent apporter les personnes âgées et les profits que la société marocaine pourrait en tirer sur le plan social, culturel, politique et économique.

Méthodologie adoptée

Le CESE a adopté pour cette saisine une approche participative basée sur le recueil et l'analyse de documents, la collecte de données statistiques, ainsi que l'écoute de plusieurs parties concernées. Pour ce faire, le CESE a organisé des séances d'auditions avec 9 départements ministériels, trois personnes ressources et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). Par ailleurs deux ateliers de travail ont été organisés avec 10 associations et des représentants des principales centrales syndicales¹. Enfin, un benchmarking entre 5 pays a été réalisé: la Malaisie, le Mexique, la Tunisie, la France et l'Espagne. Ces pays ont été choisis, soit pour leur niveau de développement similaire à celui du Maroc, soit pour leur expérience dans le domaine.

L'analyse a porté sur 3 axes :

1. Modes de vie des personnes âgées : analyse des déterminants ;
2. Espace de vie des personnes âgées ;
3. Dépendance et protection sociale.

C'est en prenant en considération ces axes que l'on a essayé de réaliser un diagnostic de situations vécues par les personnes âgées, de cerner les politiques et les actions sociales qui s'y rapportent, ainsi que de procéder à un benchmarking international en vue de s'inspirer de leurs bonnes expériences.

¹ - Voir la liste des auditions en annexe.

Etat des lieux

Les personnes âgées représentent près de 3 millions de personnes, dont près de 52% sont des femmes. En 2010, la moitié des personnes âgées avaient plus de 66,7 ans.

Les structures domestiques et familiales sont en cours de diversification et de nucléarisation accrues. De 1982 à 2010, la taille moyenne des ménages est passée de 6 à 4,9 personnes.

Pour ce qui est du contexte juridique et institutionnel, les droits des personnes âgées au niveau international sont implicitement consacrés par la Déclaration universelle des droits de l'homme, et les « Principes des Nations unies pour les personnes âgées » (1991), dont l'indépendance, la participation, les soins, l'épanouissement personnel et la dignité. Ils sont aussi consacrés par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : l'égalité entre les femmes et les hommes, les droits au travail, à la sécurité sociale, à la protection de la famille, à la santé physique et mentale, à l'éducation et à la culture.

Au niveau national, la Constitution affirme le droit à l'égalité devant la loi à tous les Marocains, à l'accès à la protection sociale, aux soins de santé, à la couverture médicale, au logement décent... Elle bannit toute discrimination en raison du sexe, de la couleur, des croyances, de la culture, de l'origine sociale ou régionale, de la langue, du handicap ou de quelque circonstance personnelle que ce soit, et garantit l'intégrité physique et morale des personnes.

En outre, la Charte sociale du CESE promeut le bien-être social, et particulièrement celui des personnes et des groupes vulnérables, ainsi que les droits humains, dont l'inclusion et la solidarité. Le CNDH tend à préserver la dignité, les droits et les libertés individuelles et collectives des citoyens, et à promouvoir le respect de la dignité et des droits des personnes âgées. La Moudawana stipule que la pension alimentaire est due par les enfants à leur père et mère. Alors que le code pénal sanctionne l'abandon pécuniaire familial, la violence à l'encontre des ascendants et le parricide. Quant à la loi 14.05, elle établit les règles et les normes dans la construction et la gestion des établissements de protection sociale prenant en charge des personnes vulnérables, dont les personnes âgées. Toutefois, les contextes d'application de cette loi et la situation actuelle de ces institutions font que cette loi soit dépassée et ne garantisse plus les droits et la dignité des personnes âgées.

Sur le plan des modes et conditions de vie, il s'est avéré que les personnes âgées se caractérisent, dans l'ensemble, par de faibles capacités en termes de niveaux d'instruction, de situation socio-économique et de santé : plus de 7/10 sont analphabètes, la plupart ont un revenu très bas, plus de la moitié souffrent d'au moins une maladie chronique et n'ont pas accès aux soins et près du tiers d'entre elles sont en situation de dépendance. La couverture sociale et médicale ne bénéficie qu'à 1/5 des personnes âgées.

L'inégalité hommes femmes contribue à ce que les femmes âgées soient les plus exposées à la précarité économique, aux difficultés d'accès aux services sociaux et à l'absence de protection sociale et médicale.

La famille continue de jouer un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées. Or, la montée prévisible, à moyen et long terme, de l'insertion des femmes dans le marché de l'emploi va certainement mettre la solidarité familiale vis-à-vis des personnes âgées à rude épreuve.

La vie des personnes âgées dans les centres d'accueil se caractérise par la solitude, l'isolement, l'absence d'activités culturelles, sportives et de loisirs. Les centres accueillent des personnes aux profils parfois très divers. Le personnel encadrant manque de formation et de motivation. Les bâtiments et les infrastructures de ces centres sont souvent inadaptés à leurs spécificités. Elles y sont confrontées à des problèmes d'exiguïté, d'accessibilité, d'éloignement des services publics et à des risques d'accidents domestiques.

L'aménagement de l'espace public urbain se caractérise par l'absence d'infrastructures et de lieux de vie adaptés aux personnes âgées, et ne favorise ni la mobilité, ni une vie sociale épanouie. La mobilité est entravée par un système de transport et de transit inapproprié à leur âge et à leur état de santé, et ce, indifféremment du type de transport considéré.

Les conditions de vie des personnes âgées immigrées, et notamment celles des femmes, se caractérisent par des discriminations multiples en termes d'inclusion sociale et de respect de leurs droits en matière de couverture sociale, d'accueil dans les centres d'hébergement et de prestation de soins et de services. L'une des raisons majeures de la fragilité de leur situation sociale réside dans le caractère obsolète des conventions bilatérales signées entre le Maroc et les pays d'accueil.

Pour ce qui est des constats relatifs au cadre juridique et institutionnel, il s'est avéré que les droits du référentiel de la Charte sociale du CESE exigent que les lois et les pouvoirs publics responsables de leur effectivité, protègent le droit à la vie, à la santé physique et mentale, à des conditions de vie justes et favorables, à l'accès au logement, à la mobilité et aux transports, aux loisirs, à la protection juridique et à la justice, à la protection et inclusion sociale, à la culture, à l'information, à l'égalité des chances et des traitements...

L'on relève aussi que les dispositions de loi et les mesures relatives à l'AMO et au RAMED, à la taxe urbaine, à la tarification de l'ONCF, et aux allocations de décès prévues dans le statut général de la fonction publique prennent en considération les personnes âgées et définissent les conditions de leur inclusion dans la catégorie des bénéficiaires. Le Code de la famille oblige les enfants à accorder une pension alimentaire à leurs parents et sur un mode de répartition proportionnel à leurs ressources. Le code pénal sanctionne « l'abandon pécuniaire familial », et inflige de lourdes peines dans les cas de violences perpétrées à l'encontre des parents et de parricide. La loi 14-05 ne définit pas de critères et normes spécifiques à la prise

en charge de personnes âgées. Il n'en demeure pas moins qu'il n'y a pas encore au Maroc une loi spécifique aux personnes âgées.

Quant aux politiques publiques et plans d'action conçus et élaborés dans ce cadre, l'on relève leur caractère partiel et non intégré. Cela en plus du retard accumulé dans la formation des ressources humaines en gériatrie et gérontologie. Il y a aussi un manque à combler concernant des spécialités de soins psychologiques, en psychiatrie de la vieillesse, en travail social, etc. On relève aussi des insuffisances patentées en matière de soins adaptés aux spécificités des personnes âgées. Les subventions publiques aux associations sont insuffisantes, ce qui se répercute sur la qualité de l'encadrement et de la gestion ainsi que sur les services fournis.

Les personnes âgées recèlent un patrimoine culturel riche et varié. Toutefois, dans l'espace public il y a un manque d'institutions et d'activités culturelles pouvant intéresser les personnes âgées (théâtres, musées, bibliothèques, salles de cinéma, conservatoires, manifestations, lieux d'expositions, voyages, universités citoyennes, etc.).

Les personnes âgées représentent un potentiel non négligeable de savoirs en mesure de contribuer au développement. Ces savoirs et leur transmission aux générations futures sont insuffisamment exploités.

Principaux constats

Le vieillissement de la population est un fait établi. En 2015, les personnes âgées représentent 1/10 du total de la population marocaine et ne jouissent pas pleinement de tous leurs droits.

Les personnes âgées ne constituent pas une catégorie homogène. La notion de personnes âgées est complexe car elle renvoie certes à l'âge mais également à la vulnérabilité de ces personnes, vulnérabilité dont les facteurs sont multiples et divers. Ainsi, plusieurs termes sont utilisés pour désigner cette catégorie très hétérogène de personnes – seniors, troisième âge, quatrième âge, aînés... , mais aucune définition n'est consensuelle tant sur le plan national qu'international.

Communément, la détermination de l'âge à partir duquel on parle de personnes âgées, est l'âge légal d'éligibilité au départ à la retraite. Cette définition est bien entendu très imparfaite dans la mesure où elle ne prend pas en considération tous les différents aspects de la vulnérabilité.

La perspective d'une entrée accrue des jeunes dans le marché de l'emploi, les changements de la structure familiale et l'accentuation du processus de vieillissement posent, d'une part, le problème de l'exclusion sociale et de la dépendance de personnes âgées, et d'autre part, de la solidarité intergénérationnelle. Il s'agit d'un défi réel que doivent relever les politiques publiques.

Par ailleurs, on constate un déficit en données socio-économiques et connaissances sur les personnes âgées au Maroc.

Modes et conditions de vie des personnes âgées

- Le niveau généralement faible des capacités des personnes âgées en termes de niveaux d'instruction, de situation socio-économique et de santé : plus de 7/10 sont analphabètes, la plupart ont un revenu bas et près de 1/10 pauvres, et plus de la moitié souffrent d'au moins une maladie chronique et n'ont pas accès aux soins.
- La dépendance des autres pour la réalisation des tâches de la vie quotidienne concerne près du tiers d'entre elles.
- Les personnes âgées vivent dans des ménages en voie de nucléarisation croissante.
- Une faible couverture sociale et médicale qui ne bénéficie qu'à 1/5 des personnes âgées.
- Le montant dérisoire d'un certain nombre de pensions de retraite, ou l'inexistence de couverture sociale, oblige les personnes âgées concernées à continuer à travailler, ainsi que de dépendre des autres pour pouvoir subvenir à la totalité de leurs besoins.
- L'inégalité hommes femmes contribue à ce que les femmes âgées soient les plus exposées à la précarité économique, aux difficultés d'accès aux services sociaux et à l'absence de protection sociale et médicale.
- La famille, et en son sein particulièrement, les femmes, continue de jouer un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées. Or, la montée prévisible, à moyen et long terme, de l'insertion des femmes dans le marché de l'emploi va certainement mettre la solidarité familiale vis-à-vis des personnes âgées à rude épreuve.
- La vie des personnes âgées dans les centres d'accueil se caractérise par la solitude, l'isolement, l'absence d'activités culturelles, sportives et de loisirs. Les centres accueillent des personnes aux profils parfois très divers (enfants, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies mentales ...). Le personnel encadrant manque de formation et de motivation. Les bâtiments et les infrastructures de ces centres sont souvent inadaptés à leurs spécificités.
- De nombreuses personnes âgées vivent dans des logements inadaptés à leurs spécificités. Elles y sont fondamentalement confrontées à des problèmes d'exiguïté, d'accessibilité, d'éloignement des services publics et à des risques d'accidents domestiques.
- L'aménagement de l'espace public urbain se caractérise par l'absence d'infrastructures et de lieux de vie adaptés aux personnes âgées, et ne favorise ni la mobilité, ni une vie sociale épanouie (trottoirs en bon état, toilettes publiques, bancs dans les parcs et les grandes artères, jardins, centres culturels à proximité, etc.).

- La mobilité est entravée par un système de transport et de transit inapproprié à leur âge et à leur état de santé, et ce, indifféremment du type de transport considéré.
- Les conditions de vie des personnes âgées immigrées, et notamment celles des femmes, se caractérisent par des discriminations multiples en termes d'inclusion sociale et de respect de leurs droits en matière de couverture sociale, d'accueil dans les centres d'hébergement et de prestation de soins et de services.

L'une des raisons majeures de la fragilité de leur situation sociale réside dans le caractère obsolète des conventions bilatérales signées entre le Maroc et les pays d'accueil.

Cadre institutionnel et juridique

- Le référentiel de la Charte sociale du CESE appelle à assurer, conformément au cadre référentiel de la Constitution, l'inclusion d'un certain nombre de droits dans le système juridique national et exige des pouvoirs publics qu'ils assurent leur effectivité. Il s'agit de la protection du droit à la vie, à la santé physique et mentale, à des conditions de vie justes et favorables, à l'accès au logement, à la mobilité et aux transports, aux loisirs, à la protection juridique et à la justice, à la protection et inclusion sociale, à la culture, à l'information, à l'égalité des chances et des traitements...
- Les dispositions de loi et les mesures relatives à l'AMO et au RAMED, à la taxe urbaine, à la tarification de l'ONCF, et aux allocations de décès prévues dans le statut général de la fonction publique prennent en considération les personnes âgées et définissent les conditions de leur inclusion dans la catégorie des bénéficiaires.
- Le Code de la famille oblige les enfants à accorder une pension alimentaire à leurs parents et sur un mode de répartition proportionnel à leurs ressources ;
- Le code pénal sanctionne « l'abandon pécuniaire familial », et inflige de lourdes peines dans les cas de violences perpétrées à l'encontre des parents et de parricide.
- La loi 14-05 ne définit pas de critères et normes spécifiques à la prise en charge de personnes âgées;
- Il n'y a pas encore au Maroc une loi spécifique aux personnes âgées.

Politiques publiques

- Les pouvoirs publics ont mis au point des politiques et des plans d'action tendant à valoriser et à promouvoir la participation, l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, le renforcement de la prise en charge familiale, en plus de la formation des ressources humaines et la recherche. Cependant, ces politiques demeurent partielles, dispersées, sectoriels, dépourvus de la dimension intégrée et ne répondent pas à une véritable stratégie nationale dans ce domaine.

- Il y a aussi un retard patent dans la formation des ressources humaines en gériatrie, gérontologie, psychologie et psychiatrie de la vieillesse, en travail social, etc.
- On relève aussi des insuffisances patentées en matière de soins adaptés aux spécificités des personnes âgées.
- Les personnes âgées vivent dans des structures familiales de plus en plus diversifiées et nucléarisées.
- Le partenariat entre l'Etat et la société civile en matière de prestation de soins et de services délivrés aux personnes âgées ne répond plus aux attentes : les subventions publiques sont insuffisantes, côté associations la qualité de l'encadrement et de la gestion sont insuffisantes.

Valorisation du capital culturel des personnes âgées et création de nouveaux espaces culturels

- Les personnes âgées recèlent un patrimoine culturel riche et varié. Il est nécessaire de le valoriser et de faciliter sa transmission entre les générations.
- Dans l'espace public, il y a un manque d'institutions et d'activités culturelles pouvant intéresser les personnes âgées (théâtres, musées, bibliothèques, salles de cinéma, conservatoires, manifestations, lieux d'expositions, voyages, universités citoyennes, etc.).

Valorisation du potentiel des personnes âgées

- Les personnes âgées ne constituent pas une catégorie de population homogène et représentent un potentiel non négligeable de savoirs en mesure de contribuer au développement. Ces savoirs et leur transmission aux générations futures sont insuffisamment exploités.

Recommandations

Au terme de cette analyse, le CESE considère que la situation des personnes âgées est préoccupante, car leurs droits sont peu effectifs et qu'ils sont victimes de discriminations multiples. Cette situation est d'autant plus préoccupante, que l'évolution sociodémographique laisse prédire une augmentation à venir de leur nombre et une aggravation des difficultés qu'elles vont rencontrer si rien n'est fait.

Ainsi, le CESE recommande, afin que tous les acteurs concernés, départements ministériels, Conseil national des droits de l'homme, société civile organisée, syndicats, employeurs, puissent agir de manière coordonnée et concertée, aux niveaux central et régional, dans le cadre d'une démarche globale et intégrée, ce qui suit :

1• Elaborer une politique publique intégrée de protection des personnes âgées déclinée aux niveaux central et régional, basée sur le respect des droits des personnes âgées et le respect de leur dignité. Cette politique devrait s'appuyer sur 8 axes stratégiques:

AXE 1 : Améliorer la protection sociale des personnes âgées, et prioritairement de celles en situation de dépendance et ou de vulnérabilité

- Assurer l'extension de la sécurité sociale et de la couverture médicale aux personnes âgées, notamment au profit de celles ne disposant pas de revenus, ou percevant de maigres pensions de retraite ;
- Entreprendre les mesures nécessaires pour généraliser la retraite d'une manière progressive dans le cadre de la réforme globale du système de retraite.
- Assurer plus d'équité concernant les conditions de perception des femmes veuves de leur part de pension de la retraite du défunt ;
- Développer des filets sociaux : un fonds de pension vieillesse au profit des personnes âgées non couvertes par le système de sécurité sociale, ne disposant pas de revenus et ou ne pouvant compter sur l'aide familiale ; à ce propos il est recommandé de développer des méthodes de ciblage qui permettent de quantifier le degré de dépendance de ces personnes âgées et de cerner au plus près possible leurs besoins vitaux ;
- Accompagner les travailleurs des entreprises et de la fonction publique en les incitant à se préparer à la retraite, et ce, à travers leur sensibilisation préalablement au départ ;
- Mettre en œuvre l'art. 5 de la loi 65-00 relative à l'assurance maladie obligatoire qui prévoit la promulgation d'un décret d'application concernant l'extension de la couverture par l'AMO aux parents du bénéficiaire.

AXE 2 : Améliorer le cadre juridique et institutionnel

- Définir un cadre juridique et institutionnel qui protège les personnes âgées contre les discriminations, la négligence, les mauvais traitements et la violence ; et facilite aux personnes âgées l'accès à des services de santé ;
- Mettre en place une carte des personnes âgées leur permettant de bénéficier de leurs divers droits, de simplifier les procédures en leur faveur et de leur donner la priorité dans les différents services ;
- Créer une aide financière au minimum, au moins, pour les personnes âgées qui n'ont pas de revenus fixes, et ce dans le cadre du fonds d'appui à la cohésion sociale.
- Tirer profit du dahir de 1963 portant statut de la mutualité pour le développement des maisons des personnes âgées.

AXE 3 : Améliorer les accessibilités

- Intégrer et inscrire de manière explicite, dans les lois relatives aux constructions (publiques ou privées) et à l'aménagement de l'espace public, toutes les dispositions à même de garantir l'accès, la circulation et la sécurité des personnes âgées ;
- Intégrer les spécificités des personnes âgées dans le domaine du transport public, en termes d'accessibilité d'information et de prestations de services ;
- Faciliter la mobilité des personnes âgées en milieu rural, notamment par le désenclavement des zones difficiles d'accès.

AXE 4 : Améliorer la prise en charge des personnes âgées

- Mettre en place des structures d'aide et des programmes de formation destinés aux aidants-familiaux prenant en charge des personnes âgées dépendantes ;
- La nécessité de revoir la loi 14.05 : cette loi concerne tous les centres de protection sociale sans distinction. Elle devrait être revue en établissant des normes de construction et de prise en charge adaptées aux personnes âgées;
- La nécessité de réhabiliter les centres d'accueil existants et améliorer les conditions de vie des personnes âgées.
- Concevoir des alternatives de prise en charge en institutions des personnes âgées, privilégiant le maintien dans la famille chaque fois que cela est possible, la prise en charge totale en institution ne devant être que le dernier recours. Dans ce cadre, développer la prise en charge ambulatoire, ciblant les besoins par des équipes mobiles pluridisciplinaires; prévoir des programmes d'accompagnement des familles ayant à charge des personnes âgées dépendantes, tant par des prestations matérielles que par la formation des aidants-familiaux ;
- Soutenir le placement familial en milieu rural, notamment au profit des personnes âgées sans liens familiaux ou en situation d'abandon ;
- Prévoir des mesures fiscales et des mesures dans le code du travail qui permettent aux familles de concilier la vie familiale et la prise en charge.

AXE 5 : Améliorer le bien-être et l'état de santé des personnes âgées

- Prévenir certaines maladies ;
- Prévenir les accidents de la circulation et domestiques ;
- Développer d'urgence de la gérontologie et la gériatrie ;
- Améliorer l'accès des personnes âgées, notamment en milieu rural, aux services de santé ;

- Améliorer la prise en charge médicale et paramédicale ;
- Aménager les espaces publics ;
- Développer les espaces culturels ;
- Faciliter l'accès des personnes âgées aux nouvelles technologies de l'information ;
- Réadapter les prestations et les actions qui leur seront destinées en fonction du type de ménage concerné ;
- Utiliser tous les moyens pour sensibiliser les jeunes générations, les familles, les soignants, les agents administratifs, et l'ensemble de la société à la nécessité de respecter les droits humains des personnes âgées ;
- Faire participer les médias dans l'accompagnement des recommandations de ce rapport, ainsi que dans l'application de différentes mesures permettant d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées.

AXE 6 : Promouvoir la participation sociale des personnes âgées

- Valoriser le patrimoine culturel des personnes âgées, faciliter sa transmission et mettre en place les institutions et les activités culturelles à même de les intéresser ;
- Renforcer et accélérer l'alphabétisation des personnes âgées et leur ouvrir des perspectives de formation tout au long de la vie ;
- Inciter les diverses institutions médiatiques à s'impliquer dans des campagnes de sensibilisation et de communication sur le rôle des personnes âgées dans la société, la valorisation de leurs efforts et l'exploitation de leur expertise au profit des générations futures et de la société.

AXE 7 : Promouvoir la connaissance de la situation des personnes âgées

- Produire des données statistiques précises, régulières et actualisées sur la situation des personnes âgées et assurer son évolution ;
- introduire de nouveaux indicateurs : mesure de la dépendance, et mesure de la participation des personnes âgées au développement ;
- Réaliser des études épidémiologiques spécifiques ;
- Mettre en place un observatoire des personnes âgées permettant la collecte systématique des données qui les concernent et le suivi de l'évolution de leurs états personnels et familiaux et de leurs situations sociales ;
- Impliquer les institutions et les centres de recherche universitaires dans la réalisation d'études sur le vieillissement au Maroc.

AXE 8 : Soutenir et accompagner les personnes âgées résidant à l'étranger

- Entreprendre auprès des gouvernements des pays d'accueil, la révision des conventions bilatérales ayant trait aux droits des MRE, notamment en matière de santé, de logement, de couverture socio-médicale et de transfert de la pension de retraite une fois qu'ils décident, eux-mêmes ou leurs veuves, de résider dans leur pays d'origine ;
- Inciter les départements ministériels chargés des marocains résidant à l'étranger à mettre en place une politique dédiée aux personnes âgées expatriées pour :
 - lutter contre leur précarité et leur isolement ;
 - faciliter leur mobilité entre le pays de résidence et le Maroc et/ou leur retour définitif s'ils le désirent.

2• Prévoir les mesures d'accompagnement de cette politique publique

- Confirmer et activer les recommandations du Conseil national des droits de l'homme sur les personnes âgées.
- Renforcer les capacités humaines et financières des ministères concernés afin qu'ils puissent assumer efficacement leurs missions vis-à-vis des personnes âgées ;
- Associer la société civile dans son élaboration et sa mise en œuvre ;
- Renforcer les capacités (institutionnelles, humaines et financières) des associations assurant la PEC de PA.

3• Faire de la Journée mondiale des personnes âgées un moment fort permettant de s'arrêter sur leur situation et de présenter le bilan des acteurs institutionnels concernés et les perspectives d'amélioration des conditions de cette catégorie.

Introduction

La notion de personnes âgées est complexe car elle renvoie certes à l'âge mais également à la vulnérabilité de ces personnes, générée par des facteurs multiples et divers. Ainsi, plusieurs termes sont utilisés pour désigner cette catégorie très hétérogène de personnes – seniors, troisième âge, quatrième âge, aînés..., mais aucune définition n'est consensuelle, tant sur le plan national qu'international.

Communément, la détermination de l'âge à partir duquel on parle de personnes âgées, est l'âge légal d'éligibilité au départ à la retraite. Cette définition est bien entendu très imparfaite dans la mesure où elle ne prend pas en considération tous les différents aspects de la vulnérabilité. Elle a cependant le mérite d'être simple et de s'appuyer sur un facteur important de vulnérabilité qui est la sortie du monde du travail avec tout ce qu'elle peut engendrer comme conséquences socioéconomiques et psychologiques, à un moment donné de la vie où s'accélère le processus inexorable de vieillissement avec tout ce qu'il comporte comme problématiques de santé et de dépendance. C'est cette définition qui a été retenue par le CESE.

En 1950, les personnes âgées représentaient 8% de la population mondiale, en 2009 11% et en 2050 elles en représenteront 22% selon les projections. Par ailleurs, on observe un accroissement 3 fois plus rapide du nombre des personnes âgées que celui de la population mondiale, et ce, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la baisse des taux de natalité.

Le Maroc n'échappe pas à cette tendance, et l'accroissement de la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus s'effectue de manière constante et continue.

Ce vieillissement de la population impacte inéluctablement la croissance économique, l'épargne, l'investissement, la consommation, le marché de l'emploi, les pensions, les systèmes de santé, la taxation, les styles de vie, les transferts intergénérationnels ... pour ne citer qu'eux, autant d'impacts que les politiques publiques doivent intégrer dans leurs actions.

Le vieillissement à l'échelle individuelle se traduit par une perte plus ou moins rapide, totale ou partielle, d'une ou plusieurs capacités physiques, psychiques, matérielles, et pose la problématique majeure de la dépendance plus ou moins importante des personnes.

La Constitution (article 34) assimile les personnes âgées aux personnes à besoins spécifiques et stipule qu'elles doivent faire l'objet de politiques publiques de prévention de la vulnérabilité de même qu'elle consacre les droits humains. Si aujourd'hui personne ne conteste les droits des personnes âgées, il y a cependant lieu de s'interroger sur l'effectivité de leurs droits et les discriminations qui leur sont faites, de même qu'il y a lieu de prendre un certain nombre de mesures en matière de politiques publiques au vu de la situation des personnes âgées au Maroc.

Objectifs de l'auto-saisine

Le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) s'est autosaisi, en date du 19 février 2014 afin de préparer un rapport et avis sur les personnes âgées au Maroc.

L'objectif de cette auto-saisine est d'analyser la situation actuelle des personnes âgées, d'établir un diagnostic et de formuler des recommandations et propositions qui devraient être prises en compte dans l'élaboration des politiques publiques.

Le choix de ce thème est motivé par son actualité au regard de :

la transition sociodémographique et de ses impacts socioéconomiques ;

la valeur ajoutée que peuvent apporter les personnes âgées et les profits que la société marocaine pourrait en tirer sur le plan social, culturel, politique et économique.

Il s'agit également de promouvoir les droits des personnes âgées, ainsi qu'un vieillissement actif dans une société qui veille à la sécurité, la participation et l'inclusion des personnes âgées.

Méthodologie

Le CESE a adopté pour cette saisine une approche participative basée sur le recueil et l'analyse de documents, la collecte de données statistiques, ainsi que l'écoute de plusieurs parties concernées. Pour ce faire, le CESE a organisé des séances d'auditions avec 9 départements ministériels, trois personnes ressources et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). Par ailleurs deux ateliers de travail ont été organisés avec 10 associations et des représentants des principales centrales syndicales². Enfin, un benchmarking entre 5 pays a été réalisé: la Malaisie, le Mexique, la Tunisie, la France et l'Espagne. Ces pays ont été choisis, soit pour leur niveau de développement similaire à celui du Maroc, soit pour leur expérience dans le domaine.

L'analyse a porté sur 3 axes :

- 1 . Modes de vie des personnes âgées : analyse des déterminants ;
- 2 . Espace de vie des personnes âgées ;
- 3 . Dépendance et protection sociale.

C'est en prenant en considération ces axes que l'on a essayé de réaliser un diagnostic des situations vécues par les personnes âgées, de cerner les politiques et les actions sociales qui s'y rapportent, ainsi que de procéder à un benchmarking international en vue de s'inspirer de leurs bonnes expériences.

² - Voir la liste des auditions en annexe.

I. Contexte

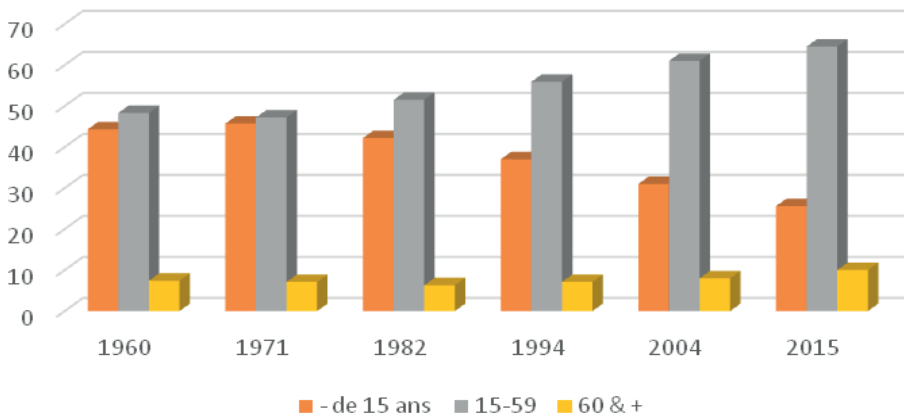
1. Le contexte sociodémographique

Entre 1960 et 2015, la proportion des personnes âgées est passée de 7,4 % à 10 %, soit un effectif actuel d'un peu plus de 3 millions de personnes, dont près de 52, % sont des femmes. 55,7% d'entre elles résident en milieu urbain.

Evolution de la structure de la population du Maroc par grands groupes d'âge (%)

Age	1960	1971	1982	1994	2004	2015
- de 15 ans	44,3	45,7	42,2	37,0	31,0	25,6
15-59	48,3	47,2	51,5	55,9	61,0	64,5
60 et +	7,4	7,1	6,3	7,1	8,0	10,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Structure de la population du Maroc par grands groupes d'âge (%), 1960-94



En 2015, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 10% de la population totale, contre 25,6% pour les enfants de moins de 15 ans et 64,5% pour la catégorie d'âge 15-59 ans³.

Cette population âgée s'est accrue à un rythme de 2,4% par an, pour un accroissement de 2% de l'ensemble de la population⁴.

Selon les projections du HCP, les personnes de plus de 60 ans représenteront 14,1% de la population en 2025, 15% en 2030 et près de 25% en 2050 (leur proportion sera supérieure à la population des enfants de moins de 15 ans)⁵. Le taux de la population âgée augmenterait, donc, selon un rythme annuel moyen de 3,3% contre 0,3% pour la population totale.

En 2010, la moitié des personnes âgées avaient plus de 66,7 ans (66,3 ans en milieu urbain et 67,1 en milieu rural).

Cette transition démographique est une conséquence de la baisse des taux de natalité et de mortalité qui se traduit par une augmentation de l'espérance de vie moyenne à la naissance. En effet, l'indice synthétique de fécondité est passé de 7,2 à 2,19 entre 1962 et 2010⁶ et l'espérance de vie moyenne à la naissance estimée est passée de 47 ans en 1962 à 65,5 ans en 1988 pour atteindre 74,8 ans en 2010.

La différence est toujours substantielle entre le milieu urbain où l'espérance de vie à la naissance atteint 77,3 ans, et le milieu rural où elle se situe à 71,7 ans. Les femmes ont une espérance de vie légèrement supérieure à celle des hommes (75,6 contre 73,9 ans). Les femmes vivant en milieu urbain ont le niveau d'espérance de vie à la naissance le plus élevé (79,4 ans), et les hommes en milieu rural le plus bas (70,6 ans)⁷.

Entre 1987 et 2010, le nombre moyen d'années qu'une personne espère vivre, est passé de 18,8 ans à 20,6 ans, soit un gain de près de deux années. Les femmes peuvent actuellement espérer vivre deux années de plus que les hommes (respectivement, 21,6 ans et 19,5 ans), et la population urbaine trois années de plus que la population rurale (respectivement, 22 ans et 19,5 ans)⁸.

Le défi pour le Maroc résulte, non seulement du fait de cet accroissement substantiel de la proportion des personnes âgées dans la population totale, mais aussi de la persistante dépendance des enfants et des jeunes de moins de 25 ans qui représentent, selon les statistiques du HCP en 2011, 46% de la population. Il est à noter aussi que si entre 1960 et 2010, la part des enfants de moins de 15 ans a baissé de 44,4% à 27,4%, le poids de la population en âge d'activité qui a entre 15 et 59 ans a, par contre, augmenté de 48,4% à 64,3%⁹.

Si en Europe, la dépendance accrue des personnes âgées va de pair avec une diminution drastique de la dépendance des plus jeunes, cette dépendance au

4 - HCP. Enquête nationale démographique, Rabat, 2010.

5 - Mohamed Fassi Fihri. Quels aspects de fragilisation sociodémographique et économique ? Document présenté au CESE, 14 Mai 2014.

6 - HCP L'Enquête nationale démographique à passages répétés 2009-2010

7 - Le HCP. L'Enquête nationale démographique à passages répétés 2009-2010.

8 - Ibid.

9 - Mohamed Fassi Fihri. Ibid.

Maroc, selon la Banque Mondiale, continuera à peser lourd sur le budget de l'Etat et des familles jusqu'en 2040, et ce, concomitamment à un accroissement prévisible des dépenses relatives à la prise en charge des personnes âgées.

L'évolution de la société marocaine lors des six dernières décennies a généré une diversification accrue des structures domestiques et familiales, ainsi qu'une différenciation plus poussée des relations familiales internes. La taille moyenne des ménages a nettement diminué. De 1982 à 2010, elle est passée de 6 à 4,9¹⁰.

Les données du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2004 montrent que les ménages nucléaires représentaient près des 2/3 du total des ménages (63,5%) avec une légère prédominance en milieu urbain (65,0% contre 61,0% en milieu rural) et que la proportion des ménages à trois générations (parents-fils-petits-fils) régressait. En 2010, 6,8% des personnes âgées vivaient seules (9,7% de femmes contre 3,5% d'hommes), 58,3% dans des ménages complexes à plusieurs générations, 28,3% dans des ménages nucléaires ayant des enfants célibataires et 6,9% vivent en couple sans enfants¹¹.

La nucléarisation croissante des ménages, ainsi que les multiples facteurs de vulnérabilité des personnes âgées (le handicap, les maladies chroniques, etc.) constituent aujourd'hui une véritable difficulté pour les familles en matière d'offre d'assistance et de prise en charge.

2. Le contexte juridique et institutionnel

■ Instruments internationaux et nationaux :

Les droits des personnes âgées ne sont pas consacrés par un instrument international. Les personnes âgées ont implicitement tous les droits consacrés par la Déclaration universelle des droits de l'homme. Il n'existe cependant pas de convention internationale des droits des personnes âgées, et par rapport à cela, deux tendances stratégiques se dégagent à l'international : la première va dans le sens de l'élaboration d'une convention internationale des droits des personnes âgées, la seconde est plutôt favorable à améliorer l'effectivité du corpus normatif existant.

Les Nations Unies ont approuvé lors de l'Assemblée Générale qui s'est tenue en 1991, les « Principes des Nations unies pour les personnes âgées »¹²: l'indépendance, la participation, les soins, l'épanouissement personnel et la dignité.

Le Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels reprend ces principes :

10 - HCP

11 - Mohamed Fassi Fihri. Ibid.

12 - Résolution 46/91 de l'Assemblée générale des Nations Unies, du 16 décembre 1991, relative à l'application du Plan d'action international sur le vieillissement et aux activités connexes.

Article 11 : «Les personnes âgées devraient avoir accès, en suffisance, aux vivres, à l'eau, au logement, aux vêtements et aux soins de santé grâce à leurs revenus, au soutien des familles et de la communauté et à l'auto-assistance». Et contient des dispositions spécifiques concernant l'égalité entre les femmes et les hommes particulièrement les femmes âgées (art.3), les droits liés au travail (art.6/8) et le droit de toute personne à bénéficier de la sécurité sociale, de la protection de la famille et du droit à la santé physique et mentale, à l'éducation et à la culture.

La convention des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées insiste, notamment, sur la nécessité de donner aux personnes âgées accès aux programmes de protection sociale et de réduction de la pauvreté.

La recommandation R162 sur les travailleurs âgés, adoptée par l'Organisation internationale du travail (OIT) en 1980 préconise une préparation à la retraite et de faire en sorte, chaque fois que cela est possible, que le passage à la retraite s'effectue progressivement, voire sur une base volontaire.

La Constitution affirme le droit à l'égalité devant la loi à tous les Marocains-e-s, à l'accès à la protection sociale, aux soins de santé, au logement décent et stipule dans son préambule que notre pays s'engage à bannir et combattre toute discrimination à l'encontre de quiconque en raison du sexe, de la couleur, des croyances, de la culture, de l'origine sociale ou régionale, de la langue, du handicap ou de quelque circonstance personnelle que ce soit.

Par ailleurs (art. 22), elle garantit l'intégrité physique et morale des personnes. Elle stipule (art. 31) que « *l'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales oeuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat (...), à un logement décent, (...) à l'accès à l'eau et à un environnement sain, au développement durable*».

Enfin, l'article 34 dispose que « Les pouvoirs publics élaborent et mettent en oeuvre des politiques destinées aux personnes et aux catégories à besoins spécifiques. A cet effet, ils veillent, notamment, à traiter et prévenir la vulnérabilité de certaines catégories de femmes et de mères, des enfants et des personnes âgées ; réhabiliter et intégrer dans la vie sociale et civile, les handicapés physiques sensorimoteurs et mentaux et faciliter leur jouissance des droits et libertés reconnus à tous ».

La Charte sociale du CESE promeut le bien-être social, et particulièrement celui des personnes et des groupes vulnérables de même qu'elle promeut les droits humains, l'inclusion et la solidarité.

Dans le Dahir n°1-11-19 du 25 rabii 1 1432 (1er mars 2011) portant création du **Conseil national des droits de l'Homme (CNDH)**, il est souligné que cette institution constitutionnelle se propose de préserver la dignité, les droits et les libertés individuelles et collectives des citoyens, et ce, conformément aux référentiels

nationaux et internationaux. La « promotion du respect de la dignité et des droits des personnes âgées fait partie intégrante des missions du CNDH »¹³.

La loi prévoit un dispositif d'aide et d'accompagnement familial des parents vulnérables conformément au précepte religieux (Sourate al israe verset 24) selon lequel les descendants se doivent d'assister leurs parents.

■ **Le Code de la famille (Moudawana) :**

- l' article 203 dispose qu' « En cas de pluralité d'enfants, la pension alimentaire due aux parents se répartit entre leurs enfants selon leurs ressources et non d'après la quotité de leur part successorale» ;
- l'article 204 dispose que : « Les arriérés de la pension alimentaire due aux parents sont ordonnés par le tribunal à compter de la date de l'introduction de la demande en justice » ;
- l'article 197 dispose qu' « Entre parents, la pension alimentaire est due par les enfants à leurs père et mère... »

■ **Le Code pénal :** l'abandon pécuniaire familial est sanctionné par le code pénal.

- L'article 404 stipule que quiconque porte volontairement des coups ou fait des blessures à un ascendant est passible de lourdes peines d'emprisonnement.
- L'article 422 dispose que « le parricide n'est jamais excusable »¹⁴.

■ **La loi 14.05** promulguée en 2006, car elle a édicté un certain nombre de règles et normes à respecter dans la construction et la gestion des établissements de protection sociale prenant en charge des personnes vulnérables, dont les personnes âgées.

13 - Najat El Mekkaoui &Equipe du CNDH. La protection des droits de l'Homme des personnes âgées au Maroc : Etat des lieux de la situation des personnes âgées bénéficiaires des centres de protection sociale. CNDH, sans date.

14 - Code pénal marocain.

II. Les modes de vie des personnes âgées : des déterminants à prendre en considération

Cerner les modes de vie des personnes âgées est complexe tant les situations individuelles peuvent être différentes. Par contre, aborder le sujet en se focalisant sur les déterminants essentiels communs qui conditionnent fortement les modes de vie, semble pertinent et plus édifiant par rapport aux actions à mener.

Les déterminants essentiels retenus pour l'analyse sont :

- le niveau d'instruction
- la situation socio-économique
- la protection sociale
- l'état de santé
- l'inégalité de genre
- la situation familiale
- le logement et l'habitat
- la mobilité

1. Un faible niveau d'instruction

Le niveau d'instruction détermine les centres d'intérêts des personnes âgées et contribue à promouvoir la participation sociale, à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et à s'impliquer davantage dans les activités citoyennes.

La population âgée marocaine se caractérise par une proportion élevée de personnes âgées analphabètes (72%). Ce taux est plus élevé en milieu rural (86%) qu'en milieu urbain (62%). En 2012, le taux d'analphabétisme est plus élevé chez les femmes (87%) que chez les hommes (57%).

2. Une situation socio-économique précaire pour beaucoup de personnes âgées

Selon l'enquête nationale sur les niveaux de vie (2007), 15% des chefs de ménages ayant plus de 60 ans étaient vulnérables monétairement et 9,3% pauvres.

En 2011, le taux de pauvreté multidimensionnelle de la population dont le chef de ménage était âgé de 60 ans et plus était inférieur à celui qui se rapportait à l'ensemble de la population (respectivement, 8,6% et 9,8%).

Une proportion de 24% des personnes âgées étaient des actifs occupés (12% en milieu l'urbain et 41% en milieu rural). Les hommes actifs occupés sont trois fois plus nombreux que les femmes (36,1% contre 12%).

En 2006, le taux d'activité des personnes âgées était de 26,6% (40,2% pour les hommes, mais seulement de 13,2% pour les femmes)¹⁵. La plupart des personnes âgées exercent dans le secteur informel sans protection sociale ni conditions décentes de travail et pour des salaires dérisoires¹⁶. Précisons aussi que parmi la catégorie des personnes âgées actives, 70,8% d'entre elles travaillent pour leur propre compte, dont 88% dans le secteur agricole, et 68% dans le secteur des services en milieu urbain.

3. Une faible couverture par le système des retraites

Durant ces dernières années, le rapport actifs cotisants / bénéficiaires s'est inversé. Les données de la Direction des assurances et de la prévoyance sociale montrent que, si en 2005, 3,13 personnes en moyenne contribuaient au revenu d'un seul retraité, ce rapport était de 5,80 en 1993 et de 15 actifs pour un retraité en 1980. La proportion des actifs cotisants aux principaux régimes de retraite (CMR, CNSS, RCAR, CIMR) a évolué à un rythme moins rapide que celui des bénéficiaires. En effet, « si la population cotisante aux principaux régimes de retraite a enregistré, au cours des 13 dernières années (1993-2005), un accroissement annuel moyen d'environ 2,05%, l'effectif des bénéficiaires a crû en moyenne pendant la même période de près de 6,82 % »¹⁷.

Alors que « le niveau des cotisations des différentes caisses baisse continuellement depuis 2005 pour atteindre 3,2% du PIB en 2009, celui des dépenses s'est accru progressivement pour atteindre 2,9% du PIB en 2009 ». C'est ainsi que l'excédent financier global de l'ensemble des caisses passa de 0,95% du PIB en 2005 à 0,33% en 2009¹⁸.

Au regard du processus de vieillissement de la population marocaine, l'âge de retraite à 60 ans s'avère inadéquat pour la viabilité des régimes de retraite au Maroc, notamment quand on prend en considération l'augmentation de l'espérance de vie moyenne à la naissance, l'accroissement rapide de la population des retraités et la diminution des actifs cotisants due à la stagnation relative des recrutements, au chômage et à la faiblesse de la couverture des actifs occupés¹⁹.

Le taux de couverture sociale (retraites) atteint à peine 33% de la population active, soit 3,4 sur 10,5 millions d'actifs²⁰.

15 - HCP. Enquête nationale sur l'emploi, 2006.

16 - HCP. Enquête nationale sur les personnes âgées, Rabat, 2006.

17 - Mounia Cherkaoui. Vieillesse, transition démographique, et crise des systèmes de retraite : cas du Maroc. Novembre 2009, <http://webcom.upmf-grenoble.fr/edden/spip/IMG/pdf/These-Cherkaoui-Mounia.pdf>

18 - HCP. Vieillesse de la population marocaine : Effets sur la situation financière du système de retraite et sur l'évolution macroéconomique (synthèse), décembre 2012, p.2.

19 - Mounia Cherkaoui. Ibid. pp : 17-18.

20 - Cour des comptes. Rapport sur le Système de retraite au Maroc : Diagnostic et propositions de réformes, Juillet 2013. http://www.courdescomptes.ma/upload/MoDUle_20/File_20_73.pdf

En 2011, **seules 18,4% des personnes âgées** bénéficiaient d'une pension de retraite, dont 28,6% en milieu urbain et 3,9% en milieu rural, (33% des hommes et uniquement 4,5% des femmes)²¹.

Au décès de l'affilié, l'épouse perçoit 50% des droits de pension du défunt²². En cas de pluralité des veuves, la pension est divisée à parts égales entre elles²³. Toutefois, le conjoint qui se remarie perd définitivement son droit à pension. Un fait qui pénalise l'exercice d'un droit légitime. En plus, pour que la femme veuve perçoive sa part de pension en tant qu'ayant droit, il faut que le mariage avec l'affilié ait été conclu au moins deux ans auparavant. Une condition qui risque de priver les femmes récemment mariées et n'ayant pas procréé d'enfants de leur part de pension. Mais en cas de procréation d'un enfant, ou plus, cette dernière condition n'est pas exigée²⁴.

En outre, signalons que dans le cadre des régimes de retraite de la Caisse marocaine de retraite (CMR) et de la Caisse nationale de la sécurité sociale (CNSS), les pouvoirs publics avaient, en 2012, fixé à 1000 DH le montant minimal de pension. Ce minimum vieillesse fut, dès lors, repris et pratiqué par le Régime collectif d'allocation de retraite (RCAR)²⁵.

Seules 39,2% des personnes âgées de 50-59 ans planifient leur retraite. On constate que les femmes sont plus nombreuses à avoir planifié leur retraite que les hommes (respectivement, 50,3% et 24,4%) que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain²⁶.

Pour beaucoup, le revenu mensuel diminue avec la retraite, notamment pour les personnes dont le nombre d'années d'activité était réduit.

Cette situation fait que beaucoup de personnes âgées restent en activités lorsqu'elles le peuvent, pour des considérations uniquement financières.

4. Un accès aux soins discriminant et une grande vulnérabilité des personnes âgées face aux maladies

En 2006, 60% des personnes âgées souffraient d'au moins une maladie chronique, dont 62% des résidents en milieu urbain et 57% des résidents en milieu rural. Les femmes en souffrent plus que les hommes (respectivement, 67% et 53%)²⁷.

Dans cette même année, on a pu constater que 66,6% des personnes âgées ayant été malades avaient eu recours à des soins de santé, dont 73,3% des résidents en milieu urbain et 58,7% des résidents en milieu rural. La souffrance de la solitude, qui touche

21 - HCP. Enquête emploi, Rabat, 2011.

22 - CNSS. <http://www.cnss.ma/fr/content/pension-de-survivants>

23 - <http://www.cmr.gov.ma/wps/portal/>

24 - <http://www.cmr.gov.ma/wps/portal>

25 - Maroc : instauration d'un minimum vieillesse, 12 novembre 2012, <http://www.cercladesepargnants.com/maroc-instauration-dun-minimum-vieillesse>

26 - Abdel-Ilah Yaacoubd. Personnes âgées et processus de vieillissement de la population âgée au Maroc, Fonds des Nations Unies pour la Population, présentation réalisée dans le cadre des auditions du CESE, 2014.

27 - HCP. Enquête nationale sur les PA au Maroc, Rabat, 2006.

70,9% des femmes et 54,9% des hommes²⁸ influe négativement sur l'état de santé mais sans qu'elle soit prise en compte par le système de santé.

Près de 60% des personnes âgées n'ont pas accès aux soins par manque de moyens matériels, d'incapacités physiques ou d'éloignement géographique, particulièrement en milieu rural (62,1% des résidents ruraux et 55,2% des résidents urbains). Les femmes y accèdent moins que les hommes (respectivement, 62,8% et 55,1%)²⁹.

D'après l'auto saisine du CES, 98% des femmes actives occupées en milieu rural et 53,3% en milieu urbain ne bénéficient pas de couverture médicale³⁰.

Selon l'enquête du HCP de 2006, seuls 13% des personnes âgées bénéficiaient d'une couverture médicale (22,4% en milieu urbain contre 3,2% en milieu rural). Le quatrième âge en bénéficie nettement moins que le troisième âge (respectivement, 9,6% et 16,9%).

En 2010, 80% des personnes âgées n'avaient pas de couverture médicale³¹.

L'AMO a constitué une très grande avancée pour de nombreuses personnes âgées car elle a inclus l'ensemble des retraités, même ceux ayant cotisé toute leur vie auprès d'assurances privées et qui n'en bénéficiaient plus au moment de la retraite. A fin 2014, on comptait plus de 1,9 millions d'assurés AMO et RAMED parmi les 60 ans et plus³².

En 2007, l'AMO gérée par la CNSS, a étendu ses prestations aux pensionnés dont le montant de la pension est supérieur ou égal à 500 DHS. En 2010, le panier de soins a inclus les soins ambulatoires, puis en 2011, la couverture AMO des veuves et ayants-droits, qui ne remplissent pas les conditions d'ouverture de droit, a été maintenue. Par ailleurs, l'AMO a amélioré ses taux de remboursement et élargi la liste des médicaments remboursables (3300 actuellement contre 1001 en 2006, sur un total de 5000 médicaments mis sur le marché.)

L'article 5 de la loi 65-00 relative à l'AMO, dispose que « *l'assuré peut demander l'extension du bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire de base dont il relève à son père et à sa mère, à condition de prendre en charge la cotisation les concernant. La cotisation des parents est fixée par décret* »³³. Or, il s'avère qu'aucun décret n'a été promulgué à ce jour.

28 - Ibid.

29 - Ibid.

30 - CES. Promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie économique, sociale, culturelle et politique: Les discriminations à l'égard des femmes dans la vie économique : réalités et recommandations www.cese.ma Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental, Auto-saisine n°18/2014.

31 - HCP. Enquête nationale démographique, 2010.

32 - L'Agence nationale des assurances médicales (ANAM), 2014.

33 - Ministère de la Santé. Projets « AMO » et « RAMED », (Note de synthèse), document interne, octobre 2000, p. 12.

En Février 2014, le RAMED couvrait 6,54 millions de personnes³⁴ :

- les personnes non éligibles à l'AMO et n'ayant pas la capacité financière de payer leurs soins ;
- les personnes handicapées quel que soit leur âge ;
- les personnes prises en charge dans des institutions de protection sociale ;
- les personnes sans domicile fixe ;
- les catégories dont la condition de bénéficiaires est arrêtée par une législation spécifique (ex. les anciens résistants)³⁵.

Toutefois, une tranche de la population des personnes âgées n'est couverte par aucun système de couverture médicale. Les pouvoirs publics doivent se pencher sur la question pour lui permettre d'avoir accès à la santé.

Par ailleurs, la personne âgée présente des spécificités :

- l'intrication du vieillissement et des maladies ;
- la fréquence élevée de la concomitance de plusieurs maladies ;
- la modification de l'expression clinique des maladies ;
- l'émergence de maladies spécifiques à l'âge avancé ;
- le retentissement psychologique très important des maladies et de l'isolement ;
- le risque élevé de dépendance.

L'une des conséquences majeures des maladies et de la perte de certaines capacités physiques et/ou mentales, est la **dépendance**, qui correspond à des limitations dans l'exécution d'une ou de plusieurs activités considérées basiques pour la vie quotidienne, et par conséquent, nécessite de dépendre d'une autre personne.

A l'échelle mondiale, l'accroissement de la proportion des personnes handicapées est lié à l'accroissement de la population des personnes âgées. Les données statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (2011) montrent que la proportion des personnes handicapées s'élève à 15%, alors qu'elle n'était que de 10% en 2007 et que cette augmentation de 5% est due à l'augmentation du nombre de personnes âgées. Le Maroc qui assiste au changement progressif de sa pyramide d'âge n'en est, certainement pas, une exception.

Les personnes âgées dépendantes sont actuellement majoritairement prises en charge par les familles, et dans ces familles ce sont les femmes qui généralement assurent l'accompagnement et les soins.

34 - Document du Ministère de la Santé présenté à Rabat en Février 2014 et publié par La Vie éco, <http://www.lavieeco.com/news/actualites/ramed-6-54-millions-beneficiaires-de-ce-regime-au-maroc.-28843.html>

35 - Ministère de la Santé. Projets « AMO » et « RAMED », (Note de synthèse), Op. Cit., p. 13.

D'après les données de l'enquête nationale sur les personnes âgées de 2006, 30,7% d'entre elles étaient en situation d'incapacité physique à effectuer des tâches de la vie quotidienne, dont 12,7% en incapacité sévère et 87,3% en une situation modérée. L'incapacité physique est plus répandue parmi les femmes (37,3%) que parmi les hommes (23,6%), mais sans différence significative entre les milieux rural et urbain (respectivement, 30% et 31%).

Les incapacités affectant la santé visuelle et auditive ont été également repérées dans le cadre de l'enquête de 2006. Grâce aux données de cette étude, on a pu savoir que seule une proportion de 3/10 des personnes âgées (29%) considèrent que leur vision est bonne. Mais ce qui est préoccupant c'est le fait que 70% des personnes âgées ayant une déficience visuelle n'utilisent pas de lunettes de correction. Pour ce qui est de l'incapacité auditive, il s'est avéré que 6% des personnes âgées la qualifient de mauvaise, dont seulement 8,7% portent une prothèse³⁶.

Une proportion de 7,7% des personnes âgées ont reconnu avoir une mauvaise mémoire. Il s'est avéré aussi que les femmes souffrent de la perte de mémoire en plus grande proportion que les hommes (respectivement, 9,3% et 5,9%). L'on signale aussi que la perte de mémoire s'accroît avec l'âge : elle touche seulement 4,7% des personnes de la catégorie d'âge 60-69, contre 10,7% pour les personnes âgées de 70 ans et plus³⁷.

5. Les inégalités homme femme existantes dans la société impactent négativement les modes de vie des femmes âgées

N'ayant pas ou peu intégré le marché de l'emploi et ayant généralement assumé les travaux domestiques et l'éducation des enfants par le passé, les femmes âgées ne bénéficient majoritairement d'aucune protection sociale et sont tributaires de leurs familles. Par ailleurs, l'âge du mariage des femmes étant inférieur à celui des hommes, et leur espérance de vie plus élevée, elles sont nombreuses à être veuves. Aussi, est-il fréquent qu'elles soient hébergées chez l'un de leurs enfants, contrairement aux hommes veufs qui se remarient plus aisément.

Pour toutes ces raisons, les conditions dans lesquelles les femmes vieillissent sont généralement moins bonnes par rapport aux hommes, elles sont plus amenées à être confrontées à la solitude, à vivre dans une précarité plus grande et à tomber dans une situation de dépendance.

36 - HCP. Enquête nationale sur les personnes âgées, 2006.

37 - HCP. Enquête nationale sur les populations âgées, 2006.

6. Des situations familiales très différentes tant sur le plan économique que du lien social

92,6% des hommes âgés sont mariés, contre seulement 44,5% des femmes âgées.

51,2% des femmes sont veuves alors que seuls 5,2% des hommes le sont³⁸.

Cette situation s'explique par le fait que l'espérance de vie moyenne des hommes est inférieure à celle des femmes et que les hommes sont plus âgés que les femmes lorsqu'ils se marient. Par ailleurs, les hommes se remarient plus aisément. Ainsi l'isolement résidentiel est plus le lot des femmes que des hommes (respectivement, 9,7% et 3,5%), avec une différence entre milieu urbain et milieu rural importante (respectivement, 8,9% et 4,4%)³⁹.

L'enquête nationale démographique de 2010 a révélé que 60% des personnes âgées avaient le statut de chefs de ménage, dont 30% étaient des femmes.

La famille continue de jouer un rôle prépondérant dans l'accompagnement, voire la prise en charge des personnes âgées. Toutefois, les prestations familiales ne sont plus aussi réconfortantes aux personnes âgées qu'elles l'étaient auparavant, notamment au niveau psychologique. La famille assure de plus en plus difficilement ce rôle, et ce, pour des raisons socio-économiques :

- la nucléarisation croissante des ménages ;
- l'accroissement de la pauvreté des ménages ;
- l'accroissement du taux d'emploi des femmes ;
- la perte de nombreuses personnes âgées de leur rôle économique ;
- l'émigration des plus jeunes générations ;
- l'emprise relative des nouvelles technologies de l'information sur la vie familiale ;
- l'émergence de valeurs individualistes qui se propagent dans le sillage de la mondialisation.

Au regard de la différence des revenus des parents et des enfants, l'aide que ces derniers accordent à leurs parents est bien supérieure à celle qu'ils reçoivent d'eux⁴⁰. Les données du HCP permettent de noter qu'une proportion de 77,5% des personnes âgées reçoit de l'aide matérielle, dont 92,1% provient des enfants. Toutefois, vu l'accroissement du chômage des jeunes, du caractère précaire de la plupart des

38 - HCP. Les personnes âgées au Maroc, Quels aspects de fragilisation sociodémographiques et économiques ? Présentation réalisée dans le cadre des auditions du CESE, 14 mai 2014.

39 - Ibid.

40 - Abdel-Ilah Yaacoubd. Personnes âgées et processus de vieillissement de la population âgée au Maroc, Fonds des Nations Unies pour la population, présentation réalisée dans le cadre des auditions du CESE, 2014. Voir aussi : HCP. Les personnes âgées au Maroc, Quels aspects de fragilisation sociodémographiques et économiques ? Présentation réalisée dans le cadre des auditions du CESE, 14 mai 2014.

opportunités d'emploi auxquelles ils accèdent et du renchérissement du coût de la vie, la diminution de l'aide reçue des enfants est plus que probable.

Les femmes bénéficient de l'aide des enfants plus que les hommes (respectivement, 86,4% et 67,8%), et le quatrième âge plus que le troisième. Mais les ruraux et les urbains en bénéficient à peu près dans les mêmes proportions (respectivement, 78,8% et 76,4%).

En retour, 46,9% des personnes âgées fournissent à leurs enfants une aide en nature ou en espèce, dont 65,9% est fournie par des hommes et 29,5% par des femmes, et ce, indépendamment du milieu de vie⁴¹.

Signalons, en plus, qu'une bonne proportion des aides qui circulent entre les parents âgés et leurs enfants prend l'allure d'un échange réciproque, en ce sens que 40,7% des personnes âgées fournisseuses d'aides en nature et en espèces reçoivent, à leur tour, des aides de leurs enfants. On constate aussi que 27,8% des personnes âgées fournisseuses d'aides exercent un emploi. Plus encore, en dépit des pensions généralement modestes des personnes âgées, l'on note que 22,1% parmi les fournisseurs d'aides sont des retraités. Ajoutons aussi que 98,9% des bénéficiaires de l'aide des personnes âgées sont des membres de la famille.

En outre, l'enquête de 2006 révèle que la générosité des personnes âgées ne se limite pas au matériel mais revêt également une dimension symbolique qui se traduit dans le fait que 82,7% des personnes âgées conseillent les membres de leur ménage, et 52,5% en font de même à l'égard de leur famille en dehors des membres du ménage. Mais seulement 12,5% sont sollicitées pour des conseils hors du cadre familial.

Concernant le rôle des personnes âgées vis-à-vis de leurs petits-fils en matière d'éducation, il est à signaler qu'elles l'assument dans une proportion de 40%. Cependant, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à fournir cette prestation (respectivement, 49,8% et 29,8%). L'accroissement éventuel de l'insertion des femmes dans le marché de l'emploi conduirait à une implication majeure des grands-parents dans l'éducation de leurs petits-fils. En plus, 17,3% des personnes âgées assurent l'accompagnement à l'école de leurs petits-fils. A ce niveau aussi, les femmes sont un peu plus nombreuses (respectivement, 19,5% et 14,8%)⁴².

Dans nombre de ménages marocains où le premier mariage et la procréation des premiers enfants s'étaient produits à un âge relativement précoce, la différence d'âge entre parents et enfants serait restée limitée. L'un des effets majeurs de ce fait est que dans les cas de longévité accrue, les proches de la personne âgée, et surtout ses filles desquelles l'on attend prioritairement l'apport de soins, deviennent elles-mêmes des personnes âgées. Dans une telle circonstance, la famille ne peut s'acquitter toute seule de l'offre de soins à la personne âgée. La mise en place de programmes et de services d'aide aux familles s'avère particulièrement importante dans ce contexte.

41 - Abdel-Ilah Yaacoubd. Op. Cit.

42 - HCP. Les personnes âgées au Maroc, quels aspects de fragilisation sociodémographiques et économiques ? Présentation réalisée dans le cadre des auditions du CESE, 14 mai 2014.

7. Des personnes âgées rurales désavantagées quant à l'accès aux services, mais mieux intégrées en termes intergénérationnels

Le vieillissement affecte aussi bien le milieu urbain que le milieu rural. Or, ce dernier fait face à un double défi sociodémographique : Le nombre réduit des adultes actifs restés sur place prennent en charge, en même temps, des petits enfants et des personnes âgées. Un fait qui alourdit encore plus leurs responsabilités familiales, et partant, les rend plus nécessiteux d'appuis externes. Cela en plus des problèmes résultant d'une précarité socio-économique particulièrement accentuée et des difficultés d'accès, tant géographiques que financières, aux services sociaux de base.

Il n'en demeure pas moins que la transmission culturelle entre la génération des personnes âgées et celle des enfants et des jeunes passe toujours mieux qu'il n'en est le cas en milieu urbain. En plus, les personnes âgées y sont plus respectées, et pour certains cas, jouissent de plus d'autorité morale, et de pouvoir de décision dans le champ économique, que les plus jeunes. La grande majorité des personnes âgées en milieu rural ne bénéficient pas de retraite. Un fait qui contraint une grande proportion d'entre elles à continuer à travailler, notamment dans le domaine agricole et pastoral, jusqu'à ce que leur condition physique ne le leur permet plus.

Par ailleurs, le déclin du ratio de dépendance des enfants et des jeunes qui pourrait en résulter n'est pas à même de compenser nécessairement l'accroissement des coûts dû au vieillissement de la population, puisque ces derniers sont, en général, estimés être plus élevés que les dépenses relatives aux jeunes générations.

8. Le développement actuel du logement et de l'habitat ne prend pas les personnes âgées en considération

A l'instar des changements de mode de vie de la société, le logement et l'habitat en milieu urbain connaissent des évolutions défavorables aux personnes âgées :

- évolution vers le logement en appartement qui pose souvent le problème de l'exiguïté et d'accessibilité et ne favorisent pas la cohabitation intergénérationnelle;
- l'absence d'espaces communs, ce qui réduit l'interaction entre les membres de la famille ;
- intensification de la circulation routière, état désastreux des trottoirs en matière d'aménagement et d'occupation, circulation piétonne ou en chaises très difficile, voire impossible ;
- absence de toilettes publiques, de bancs dans les grandes artères et les jardins, de parcs, etc. ;
- rareté de loisirs et de centres culturels de proximité.

En milieu rural, la problématique de l'habitat se pose différemment :

- Dans certaines régions du Maroc, les logements ruraux sont si dispersés que la mise en place d'institutions sociales et d'équipements publics devient particulièrement difficile et coûteuse.
- La plupart des logements sont dépourvus d'équipements de toilettes et d'assainissement appropriés.
- L'accès au logement n'est souvent pas aisé, notamment dans les zones montagneuses enclavées, et dans les régions non pourvues de routes goudronnées et/ou de pistes praticables.
- Les ruraux doivent souvent attendre le jour du souk hebdomadaire pour s'approvisionner en produits dont la famille a besoin.
- Les logements sont souvent éloignés des services sociaux et sanitaires de base et les services de transport disponibles sont généralement défectueux.

9. La mobilité, un facteur déterminant de l'inclusion des personnes âgées, peu prise en considération

Des actions de soutien avaient été menées et des dispositions prises en vue de faciliter la mobilité des « personnes à mobilité réduite », dont les personnes âgées. Toutefois, l'appellation « personnes à mobilité réduite » laisse entendre que les politiques et les programmes des pouvoirs publics concernés ne ciblent pas directement et exclusivement les personnes âgées.

La réalité est que les différents types de transport actuels ne facilitent pas la mobilité des personnes âgées. En témoigne le manque de places dans les trains, les difficultés d'accessibilité aux trains et autocars, la rareté des passages spéciaux aux gares pour personnes en situation de mobilité réduite, le manque de moyens de déplacement au sein des aéroports, la rareté de sièges spéciaux pour personnes à mobilité réduite dans les bus et les trains, ...).

La mobilité restreinte des retraités en est également une preuve. Après avoir vécu une mobilité orientée fondamentalement vers l'espace de travail, et s'effectuant aussi bien à l'échelle locale, nationale, voire même internationale, certains retraités parmi les personnes âgées voient leur mobilité se restreindre à certains lieux dans la ville, tels que les domiciles des enfants et des voisins et les mosquées, sans s'élargir aux espaces de culture et de loisirs.

La phase de l'après-retraite engendre progressivement une redistribution des mobilités et une hiérarchisation des lieux pratiqués : ceux qui se trouvent à plus courte distance du domicile sont souvent les plus fréquentés. Ce phénomène s'accroît avec l'âge. En outre, l'existence de problèmes de santé limite l'espace de mobilité de la personne âgée et le pousse au repliement sur soi, ou du moins, limite ses relations à son entourage immédiat.

III. La situation particulière des personnes âgées marocaines résidant à l'étranger

Les Marocains représentent 3% de la population migrante à l'échelle mondiale, soit 4,5 millions de migrants.

Une fois retraités, de nombreux migrants ne reviennent pas au Maroc.

L'une des raisons de ce non-retour est à rechercher dans les conventions bilatérales avec le Maroc qui ne prévoit pas, dans tous les cas de figure, le transfert de la pension de retraite et autres aides accordées aux retraités des pays hôtes d'un pays à l'autre. L'ancienneté de la migration et les politiques d'intégration mises en œuvre au pays d'accueil y contribuent également. C'est le cas des immigrés marocains en Allemagne qui sont moins enclins à retourner au Maroc que les ressortissants marocains résidant dans d'autres pays européens⁴³.

Par ailleurs, les questions liées aux retraités marocains relèvent du ministère du Travail et des affaires sociales, bien qu'ils soient sortis du monde du travail⁴⁴.

Dans le domaine particulier de la santé, même si la législation des pays hôtes garantit l'accès aux soins de santé, et en dépit du fait que généralement, les immigrés sont en moyenne en meilleure santé que les personnes natives du pays d'accueil⁴⁵, nombreuses sont les personnes âgées immigrées qui font face à des difficultés d'accès aux soins, pour des raisons liées à leur non intégration effective : non maîtrise de la langue, méconnaissance des codes culturels, manque d'informations et des comportements discriminatoires à leur égard⁴⁶.

Selon le ministère Chargé des MRE, le nombre total des résidents marocains en France en 2014, était de 101 273, dont 67 312 hommes et 33 961 femmes. Ces ressortissants marocains font face à plusieurs problématiques:

- bon nombre d'entre eux vivent dans la dépendance physique et psychique ;
- les pensions de retraite sont généralement faibles ;
- l'analphabétisme et la barrière de la langue sont toujours persistants ;
- les logements où ils vivent sont inadaptés, et pour certains cas, insalubres ;

43 - Zakya Daoud. La diaspora marocaine en Europe, La Croisée des Chemins, Casablanca, 2011, p. 259.

44 Ibid.

45 - Les auteurs précisent que « ce phénomène, qualifié d'effet de sélection des immigrés en bonne santé (healthy immigrant effect) est observé en employant divers indicateurs de santé depuis les taux de mortalité généraux et/ou spécifiques jusqu'aux auto-évaluations de l'état de santé général en passant par différents indicateurs de morbidité, p.90 (voir référence suivante).

46 - Claudine Attias-Donfut et Philippe Tessier, Santé et vieillissement des immigrés, retraite et société, n°46 pp.89-129,2005, CAIRN : <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-société-2005-3-page-89.htm>

- ils trouvent difficilement une place dans les centres d'accueil ;
- ils souffrent d'isolement et de solitude ;
- ils sont largement privés d'activités et de loisirs ;
- ils ont toujours un long chemin à parcourir pour accéder à leurs droits⁴⁷.

Une étude réalisée par RésOville dans les régions de Bretagne et Pays de la Loire énumère d'autres défis, en l'occurrence, la précarité et le vieillissement prématuré, la méconnaissance des procédures et des administrations, des parcours professionnels complexes et discontinus et de fréquents allers et retours entre les pays d'origine et la France qui ont provoqué des ruptures de droits⁴⁸.

En 2013, une commission au sein de l'Assemblée Nationale française a été mise en place. Selon le rapport de la commission, « *la croissance de la population immigrée de plus de cinquante-cinq ans a donc été un peu plus rapide que la croissance du nombre total de personnes de plus de cinquante-cinq ans* »⁴⁹, et la situation des immigrés âgés, dont la plupart n'ont pas pu s'intégrer dans la société hôte, souffrent d'une santé fragile, d'un accès défaillant aux soins, d'une jouissance partielle des droits sociaux et d'un mal-logement manifeste. Le rapport rajoute que ces difficultés sont aggravées en ce qui concerne les femmes et sont comparables à la situation de plusieurs pays européens⁵⁰. La Commission recommande plusieurs mesures à prendre au niveau des politiques publiques :

- inscrire l'histoire de l'immigration dans l'histoire nationale,
- assurer les conditions d'une meilleure intégration et ancrer celle-ci au niveau territorial,
- assurer aux personnes âgées immigrées des conditions de logement adaptées,
- mettre fin au vieillissement en foyer de travailleurs et encourager le développement de résidences sociales avec tous les services y afférents.

Plusieurs de ces initiatives commencent en effet à être mises en œuvre au niveau territorial comme dans les régions de Bretagne et des Pays de la Loire. Les besoins restent cependant encore importants et la couverture pas encore généralisée.

En raison des déplacements fréquents des personnes âgées immigrées entre le pays hôte et le pays d'origine, l'absence d'une politique de protection des personnes âgées dans ce dernier exacerbe davantage leur situation.

47 - Ministère chargé des Marocains résidents à l'étranger et des affaires de la migration. Les MRE personnes âgées : situation et perspectives, Audition au CESE, 24 septembre, 2014.

48 - RésO Villes, centre de ressources politiques de la ville Bretagne Pays-de-la-Loire, le vieillissement des populations immigrées, Nantes, Mars 2014.

49 - Assemblée Nationale, n°1214, Rapport d'information sur les immigrés âgés, France, Juillet 2013.

50 - Ibid.

L'Espagne abrite près de 800 000 ressortissants marocains. Cette immigration y est particulièrement récente : 90% des immigrés ont moins de 45 ans. Le problème du vieillissement ne se pose pas dans l'immédiat, mais à terme, d'autant plus que cette émigration connaît une féminisation croissante avec tous les aspects de précarisation que l'on connaît, et les discriminations socio-économiques dont les marocains sont les principales victimes⁵¹.

En Italie, la situation des immigrés marocains est relativement similaire à l'Espagne en matière de féminisation croissante et de précarisation socio-économique. Toutefois, l'on note qu'il y a « de nombreuses personnes de plus de 60 ans », et que les femmes marocaines s'occupent essentiellement des personnes âgées et handicapées⁵².

Ainsi, contrairement aux communautaires, il n'est pas possible pour un Marocain de transférer sa pension de France en Belgique.

En Italie, de nombreux marocains travaillent dans l'informel, ce qui les prive de couverture sociale. D'ailleurs, plusieurs d'entre eux sont revenus au Maroc sans aucune forme de retraite⁵³.

Le statut familial et la situation des femmes âgées immigrées

L'émigration a été, d'abord, le fait de célibataires avant de devenir familiale par le biais du regroupement familial. Or, dans le cas de la France, les personnes âgées parmi les hommes immigrés célibataires sont toujours nombreuses. Ajoutons à cela le vieillissement de la première génération des femmes qui se sont installées en France⁵⁴.

Sous l'effet de contraintes juridiques multiples tant au pays d'arrivée que d'origine, les personnes âgées ne se sentent « ni d'ici, ni d'ailleurs ». Elles se sentent déphasées par rapport aux réalités de la France autant que du Maroc. Nombreuses sont les personnes âgées qui ont vécu seules en France et en Europe. Il n'en demeure pas moins qu'ils sont de « faux célibataires ». Il s'agit bien d'une « population à risque qui pose problème »⁵⁵.

L'analyse de la population immigrée âgée en France conduit inéluctablement à traiter de la situation féminine. L'émigration des femmes vers l'Europe est tardive. Les femmes ont émigré en tant qu'épouses et filles, mais tout récemment aussi, comme célibataires et sans accompagnement familial. Le fait qu'une proportion élevée de femmes immigrées n'a ni travaillé, ni cotisé aux systèmes de sécurité sociale, génère une situation de précarité sociale. Aussi la seule alternative qui leur reste est-elle d'être versées dans les mécanismes de soutien et de solidarité publics.

51 - Zakya Daoud, Op. Cit. p. 232-233.

52 - Ibid. p. 240.

53 - Omar Samaoui, Op. Cit.

54 - Ministère Chargé des Marocains Résidents à l'Etranger et des Affaires de la Migration. Les MRE personnes âgées : situation et perspectives, Audition au CESE, 24 septembre, 2014.

55 - Omar Samaoui, Op. Cit..

Quelques rares études ayant été conduites auprès des femmes âgées immigrées font ressortir les traits d'une précarité presque généralisée. Généralement peu mises en avant dans les débats politiques sur les questions migratoires par rapport aux hommes et aux enfants, les femmes immigrées disposent de très peu de ressources, même lorsqu'elles travaillent. Il s'agit, généralement, de travail précaire de courte durée et intermittent (i.e., le ménage), ce qui se répercute, le moment venu, sur le niveau de la pension de la retraite plus tard. La situation des femmes seules ou relativement seules : veuves, divorcées, enfants éloignés et/ou vivants eux-mêmes dans des conditions difficiles, est encore plus difficile. La majorité vit en-dessous des seuils de pauvreté⁵⁶.

La culture familiale conservatrice des marocains complique la faisabilité d'une monétarisation des services domestiques au sein de l'« intimité familiale ». La prise en charge familiale d'une personne âgée dépendante comporte des risques d'usure du soignant⁵⁷.

Par ailleurs, les personnes âgées immigrées font face à des problèmes particuliers, dont le diabète. Les raisons résident dans les habitudes alimentaires, mais aussi dans les problèmes liés à la capacité motrice limitée et à des problèmes respiratoires, parmi d'autres abîmes qui seraient essentiellement associés avec leurs parcours professionnels. Un parcours-type renvoie à une activité manuelle mobilisant la force physique et l'endurance, conjugués au fait que leurs immigration n'était initialement envisagée que sur le court terme dans l'objectif d'accumuler des ressources financières et retourner au pays. Cette donne a fait qu'aussi bien les immigrés que leurs employeurs n'ont pas cherché à ménager et à préserver leur santé⁵⁸.

Cette situation est plus ou moins similaire parmi plusieurs pays européens et non propre à la France. Une enquête conduite auprès des immigrés marocains et turcs par le service municipal de la santé de la ville D'Amsterdam en 2001 a fait ressortir que seuls 25% des marocains âgés jugent leur état de santé bon ou très bon, tandis que 44% la juge moyenne ou mauvaise⁵⁹.

56 - Centre de ressources politiques de la ville en Essonne, avec l'appui scientifique de Smain Laacher. Femme Immigrée : l'entrée dans la vieillesse, étude sur le vieillissement des femmes immigrées dans les quartiers, In politique de la ville, Mars 2014.

57 - Ibid.

58 - RésO Villes, Centre de ressources politiques de la ville, Bretagne Pays-de-la-Loire, Op.Cit.

59 - Abdellatif Maaroufi, Vieillesse et accès aux droits des MRE aux Pays-Bas, Colloque organisé par la Fondation Hassan II des MRE : Marocains Résidant à l'Étranger : le Troisième Âge, 2006.

IV. Politiques et actions publiques

Le rapport de la présente étude du CESE recense et analyse les différentes actions publiques qui concernent les personnes âgées.

1. Des législations éparses mais sans vision stratégique

Le ministère de la Santé s'est engagé, depuis le début des années 90, dans une concertation élargie en vue de réformer le financement du système de santé. C'est ainsi que la loi sur l'assurance maladie obligatoire a été adoptée et mise en oeuvre. Dans le cadre de notre analyse, il y a lieu de retenir que l'AMO et le Ramed couvrent les pensionnés.

La politique fiscale ne prévoit aucune disposition spécifique en faveur des personnes âgées, notamment en matière d'IGR. Les personnes âgées ne figurent pas parmi les membres qui sont pris en considération en tant que personnes à la charge du contribuable, alors que la loi relative à l'IGR n'impose aucune limite d'âge aux descendants atteints d'une infirmité.

La taxe urbaine tend à encourager la solidarité entre les ascendants et les descendants, un abattement fiscal de 75% est applicable aux logements transférés par le redevable à ses parents et enfants à titre d'habitation principale et gratuite⁶⁰.

L'ONCF applique une tarification préférentielle, aux retraités, femmes veuves et anciens résistants. C'est ainsi qu'en payant un droit de confection de 50 DHS, les personnes retraitées âgées de 60 ans et plus, bénéficient également d'une réduction de 40% pendant 5 ans. Il en est de même pour leurs épouses⁶¹.

Le statut général de la fonction publique contient quelques dispositions qui se rapportent aux personnes âgées. Le régime des allocations de décès au profit des ayants-droits des fonctionnaires civils et militaires et des auxiliaires dépendants de l'Etat, des collectivités locales et des institutions publiques comprend quelques dispositions en faveur des personnes âgées. Ainsi, en cas d'inexistence d'un conjoint vivant et d'orphelins, la loi stipule que le père et la mère du fonctionnaire ou de l'auxiliaire défunt peuvent bénéficier de l'allocation de décès. Le montant de la portion de base de l'allocation de décès est accordé au père et à la mère à parts égales et de manière séparée, ou accordé en entier à l'un d'entre eux en cas de non existence de l'autre en vie à la date du décès du fonctionnaire ou de l'auxiliaire. Toutefois, la loi précise que cette compensation de décès ne peut être perçue conjointement à aucune autre prestation de décès, compensation ou bourse payée du budget de l'Etat, d'une collectivité locale, ou d'une institution publique.

60 - Dahir N° 1-89-228 du premier jourmada II 1410 (30 décembre 1989), Loi de Finances N° 37-89.

61 - Ministère chargé de la condition de la femme, la protection de la famille et de l'enfance et l'intégration des handicapés, Etude sur la politique familiale au Maroc, Mars 2002.

La loi 14.05 relative aux conditions d'ouverture et de gestion des établissements de protection sociale⁶², identifie les catégories de personnes ciblées, dont les personnes âgées, mais ne précise pas l'âge à partir duquel une personne âgée peut être hébergée au sein d'une institution d'accueil.

2. La « stratégie nationale » en faveur des personnes âgées du MSFFDS (2009)

La stratégie nationale a été élaborée en 2009. Elle s'appuyait sur les priorités de la deuxième Assemblée Mondiale des Nations Unies sur le vieillissement (Madrid, 2002) dont les trois thèmes prioritaires étaient : le rapport des personnes âgées au développement, la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées et la création d'un environnement qui leur est propice et favorable.

Cette stratégie s'était fixé 3 objectifs :

- la promotion des droits des personnes âgées ;
- l'encouragement de leur participation et la valorisation de leurs capacités, potentialités et compétences dans les domaines économique, social et culturel ;
- l'amélioration des conditions de vie, et la promotion du rôle de la famille dans la prise en charge des personnes âgées.

Le document de stratégie contenait également des recommandations quant à la promotion de la recherche démographique et sociologique sur les personnes âgées, la formation des ressources humaines, et la promotion du rôle de la famille dans la protection des personnes âgées.

Le document de base de cette « stratégie » soulignait que tout effort de mise en œuvre de ces axes devait adopter une approche par droits économiques et sociaux et non une approche-besoins, et recommandait à cet effet, l'élaboration d'une Charte nationale sur les droits des personnes âgées.

Cette « stratégie nationale » n'a jamais été mise en œuvre.

3. La stratégie sectorielle du ministère de la Santé 2012-2016

Dans le troisième axe de la stratégie sectorielle du ministère de la Santé figure le plan national relatif aux personnes à besoins spécifiques, dont font partie les personnes âgées. Les dispositions 53 et 54 de ce plan soulignent la nécessité de renforcer et d'améliorer les actions de prévention des maladies et de protection des personnes âgées. Une étude, toujours en cours de réalisation, a été lancée afin de permettre l'élaboration d'une stratégie sanitaire globale et intégrée au profit des personnes âgées sur la base d'un diagnostic de leur situation actuelle.

62 - Dahir n°1-06-154 du 30 chaoual 1427 (22 novembre 2006) portant promulgation de la loi n° 14-05, Marrakech, BULLETIN OFFICIEL N° 5480 – 15 KAADA (7/12/2006). http://www.social.gov.ma/MdsfsFichiers/pdf/loi_14-05.pdf

Les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants :

- évaluation des cas de morbidité les plus fréquents affectant les personnes âgées, ainsi que leur niveau de dangerosité ;
- évaluation de l'accès des personnes âgées aux services de santé ;
- collecte des informations sur la consommation des personnes âgées des médicaments, tout en prenant en considération les types de médicaments pris et le type des maladies les plus fréquentes.

D'autre part, un programme national en gériatrie a été élaboré afin de :

- renforcer la prévention et le dépistage précoce des maladies chroniques affectant les personnes âgées;
- améliorer l'accès à des services de santé de bonne qualité ;
- améliorer le mode de vie des personnes âgées, notamment par la mise au point de la stratégie nationale de la nutrition 2010-2019 et la stratégie nationale du mode de vie sain ;
- renforcer la coopération et le partenariat avec les principaux intervenants dans le domaine de la vieillesse.

La stratégie intégrée préparée en 2010 en collaboration entre le ministère de la Santé et le MSFFDS, a ajouté deux autres objectifs à ceux précédemment cités :

- renforcement des capacités des ressources humaines ;
- réalisation des études et recherches et renforcement de l'évaluation.

Enfin, une unité en psycho-gériatrie a été créée au sein de l'hôpital universitaire des maladies mentales de Salé, l'objectif étant de dupliquer cette expérience dans d'autres régions du Maroc.

Une « stratégie » à visée « globale et intégrée » tendant à promouvoir un vieillissement sain est en cours de préparation. Elle est conçue en vue d'atteindre les objectifs suivants :

- mise au point d'un calendrier de vaccination des personnes âgées ;
- généralisation des unités de gériatrie dans les hôpitaux universitaires et régionaux ;
- promotion de la santé communautaire en vue, notamment, d'accompagner les familles des personnes âgées ;
- promotion de la coopération et du partenariat avec le secteur privé et les institutions et associations travaillant auprès des personnes âgées.

Enfin, vu la transition épidémiologique et l'augmentation des maladies chroniques et dégénératives, il y a nécessité, non seulement d'accroître le nombre des agents

de santé, mais aussi de réorienter les nouveaux produits et modalités d'intervention, notamment en termes d'adaptation aux nouveaux besoins des personnes âgées.

4. L'INDH : une stratégie de développement humain qui incluent les personnes âgées

Dans le cadre de sa stratégie de développement humain, de consolidation de l'Etat de droit et de ses programmes d'aide aux personnes vulnérables ou à besoins spécifiques, l'INDH a également entrepris des actions visant la protection des personnes âgées. Les objectifs à atteindre sont les suivants :

- Le renforcement des capacités des associations travaillant auprès des personnes âgées et la sensibilisation de leurs agents ;
- La mise en place de centres d'accueil pour personnes âgées : 89 centres ont été réalisés entre 2005 et 2011 au profit de 9 377 bénéficiaires directs ;
- La mise à niveau des centres d'accueil de manière à ce qu'ils puissent assurer la protection de la dignité des personnes âgées et l'amélioration de la qualité des prestations qui leur sont offertes⁶³ ;
- L'appui autant que possible à la réinsertion des personnes âgées dans leur milieu familial ;
- La multiplication et le renforcement des capacités d'accueil à travers le Royaume.

Ces actions et programmes s'inspirent des valeurs de dignité, confiance, participation, transparence et pérennité, et sont guidées par les principes de proximité, partenariat, contractualisation et bonne gouvernance. Ils tendent à lutter contre l'exclusion sociale en milieu urbain et la pauvreté en milieu rural. D'ailleurs, les personnes âgées figurent parmi les catégories ciblées par son programme de lutte contre la précarité⁶⁴.

La stratégie du pôle social 4+4 met au premier plan les valeurs de la solidarité, de l'équité, de l'égalité et de la justice sociale. Le rayon d'action du pôle comprend les axes suivants :

- sensibilisation à la solidarité et au renforcement des liens intergénérationnels ;
- amélioration de la prise en charge des personnes âgées dans les centres d'accueil et adaptation de ses modalités à la loi 14.05 ;
- renforcement des capacités des ressources humaines travaillant dans les centres d'accueil ;

63 - CNDH. Document de préparation à la consultation intersessions publique sur « La promotion et la protection des droits de l'homme des personnes âgées au Maroc », sans date.

64 - Amine Dafir. Lutte contre l'exclusion sociale au Maroc (INDH), Mémoire de Licence, Université Mohamed V-Souissi, 2006. <http://www.memoireonline.com/02/07/361/la-lutte-contre-l-exclusion-sociale-en-milieu-urbain.html>

- financement des associations travaillant auprès des personnes âgées ;
- amélioration du système d'encadrement des centres d'accueil des personnes âgées ;
- création d'un observatoire national des conditions de vie des personnes âgées.

Un programme de réhabilitation des centres d'accueil des personnes âgées a été adopté par le MSFFDS. Il vise essentiellement à protéger les droits des personnes âgées sans soutien familial, à préserver leur dignité au sein des institutions d'accueil et à intégrer les centres d'accueil dans leur environnement social. Il comprend trois axes principaux :

- un programme d'institutionnalisation et de gouvernance ;
- un programme de réhabilitation matérielle des centres d'accueil ;
- un programme d'accompagnement et de renforcement des capacités des ressources humaines.

Un plan de formation des ressources humaines fut également établi, et ce, en vue d'assurer aux personnes âgées le soutien sanitaire et psychologique, l'accompagnement social, l'animation culturelle, etc. Un guide de formation spécial au personnel travaillant auprès des personnes âgées est en cours de préparation. Des sessions de formation sont également envisagées. Elles ciblent les catégories suivantes :

- le personnel travaillant dans les centres d'accueil des personnes âgées ;
- les présidents et les membres des associations responsables de la gestion des centres ;
- les directeurs des centres d'accueil ;
- les responsables éducatifs et sociaux ;
- les responsables des cuisines et magasins ;
- les associations de la société civile travaillant auprès des personnes âgées.

Toutes ces stratégies sectorielles n'ont pas été déclinées en plans de mise en oeuvre concrets (objectifs chiffrés, délais d'atteinte des objectifs, budgets alloués, définition des intervenants...) et de suivi-évaluation rigoureux.

5. Les centres d'hébergement

Les centres de protection sociale accueillant de manière temporaire ou permanente des personnes des deux sexes se trouvant en situation difficile, dont les personnes âgées et les personnes handicapées, sont assujettis à la loi 14.05.

Selon le MSFFDS, il y a 61 établissements de protection sociale des personnes âgées au Maroc. Ils représentent 4,38% du total des centres de protection social au Maroc⁶⁵ et accueillent 3100 résidents (52% sont des femmes et 48% des hommes). Ces établissements reçoivent des subventions de l'Entraide nationale, de l'INDH et des associations de bienfaisance.

Selon le Ministère de l'Intérieur, il y aurait 73 centres d'accueil abritant 20373 personnes⁶⁶. Ces établissements ont été créés dans le cadre des programmes de l'INDH entre 2005 et 2013. Les institutions ayant pris part à leur financement sont les collectivités territoriales, les services externes de l'Etat et les associations.

Le rapport récent du CNDH ⁶⁷, dont les constats concordent avec ceux établis par les ministères et associations lors des différentes auditions, peuvent être résumés comme suit :

- la prise en charge des personnes âgées est inadaptée et non respectueuse de leurs droits et de leur dignité: une prise en charge des personnes malades faible et inadaptée, un encadrement socio-culturel pratiquement inexistant, des cas de maltraitance ont été observés dans la plupart des centres, plusieurs centres accueillent en même temps des enfants et des personnes atteintes de troubles mentaux...
- l'approche de prise en charge est basée sur la charité ;
- l'Etat déleste ses prérogatives sur la société civile et se désengage ;
- le personnel est insuffisant, pas ou peu qualifié pour la prise en charge des personnes âgées, le recours surtout à des bénévoles et non à des professionnels est fréquent;
- la gestion est difficile en raison de la multiplication des intervenants dans les décisions et des faibles moyens mis à disposition (seuls 30 à 50 dirhams par jour, y compris les salaires du personnel, sont dépensés, exclus les coûts de maintenance, d'eau et d'électricité⁶⁸.)
- le contrôle et le suivi sont centrés, presque exclusivement, sur les volets financiers et comptables ;
- les comités de gestion des établissements ne sont pas fonctionnels, les plans d'action ne sont pas mis en place et les comptes sont rarement certifiés par un expert-comptable.

65 - MSFFDS. Les institutions de protection sociale - Rapport général (en arabe), Décembre, 2013.

66 - Direction de la planification et de l'équipement. Ministère de l'Intérieur, Rabat. 2015.

67 - Conseil National des droits de l'Homme. Document de préparation à la consultation intersessions publique sur : « La promotion et la protection des droits de l'homme des personnes âgées au Maroc », sans date.

68 - Estimation chiffrée présentée par un responsable d'un centre d'accueil des personnes âgées à Safi.

6. Les collectivités territoriales : des lois promulguées mais peu de réalisations

Les **collectivités territoriales** jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre des politiques publiques et sociales. Elles contribuent à la création de centres d'accueil des personnes âgées, et ce, en partenariat avec les autres départements ministériels, l'INDH, les organismes publics, et la société civile.

L'article 41 de la Charte communale stipule que les collectivités territoriales « *contribuent à la réalisation, à l'entretien et à la gestion des équipements sociaux, en particulier... les centres d'accueil* » et « *entreprennent toutes les actions d'aide, de soutien et de solidarité, ainsi que toute action à caractère humain ou bienfaisant* », l'objectif étant d'assurer l'intégration sociale des personnes handicapées et des personnes en situation difficile.

L'article 101 de la Charte communale stipule que la circonscription du quartier, en coordination avec la collectivité locale ou toute autre partie concernée, doit mener tous les programmes et actions au profit des personnes en situation difficile. Le Conseil de la circonscription doit aussi être partie prenante dans les questions relatives à la création, l'entretien et la gestion des centres d'accueil des personnes âgées.

La création et la gestion des centres d'accueil dépend donc en grande partie de la collectivité territoriale. Or, les collectivités territoriales n'assument pas pleinement cette responsabilité.

7. L'appui à la mobilité des personnes âgées : un projet à développer

Les actions menées jusqu'ici concernant la mobilité spatiale des personnes âgées et les infrastructures qui s'y rapportent, **manquent encore de vision stratégique** globale à court et moyen terme.

L'idée de créer « des villes amies aux personnes âgées » et des logements adaptés à leurs spécificités ne se concrétise pas. Aucun des secteurs concernés ne semblant avoir développé une vision, un plan d'action ou des programmes visant l'implémentation d'actions à même de promouvoir l'adaptation, l'accessibilité et l'intégration socio-spatiale des personnes âgées. Ainsi, le développement des espaces verts, des accessibilités, des quartiers sécurisés, des ascenseurs et des escaliers à hauteur réduite, des toilettes adaptées et des moyens de transport économiques, faciles d'accès, et pourvus de sièges pour personnes âgées, demeure très faible.

Les stratégies élaborées sont sectorielles. Elles sont, soit en attente de mise en œuvre, soit au stade de l'étude et de l'expérimentation.

Ces stratégies ne s'inscrivent pas dans une vision globale, assurant la cohérence, la coordination, le suivi-évaluation des différentes actions au niveau central et local, ce qui affaiblit leur efficacité.

V. Personnes âgées : un potentiel à valoriser

En 1991, l'Assemblée Générale des Nations Unies avait promulgué une série de principes que devraient respecter les politiques des pays membres. Ces principes sont les suivants : l'indépendance, la participation, les soins, l'autoréalisation et la dignité.

La Seconde Assemblée Mondiale sur le Vieillessement a mis en avant le potentiel des personnes âgées. Dans son article 10, elle a considéré que le potentiel des personnes âgées constituait une base solide pour le développement futur. Elle promet, par ailleurs, la construction d'une société pour tous les âges, ce qui implique le développement des opportunités à travailler et la lutte contre tous les facteurs et formes d'exclusion et de discrimination à l'encontre des personnes âgées.

L'Organisation Mondiale de la Santé souligne, de son côté, le rôle important de l'éducation, tout au long de la vie, en tant que vecteur de la participation active des personnes âgées dans la société et de maintien en bonne santé⁶⁹, car les personnes âgées qui continuent de travailler et restent physiquement actifs jouissent d'une meilleure santé mentale et physique que les personnes âgées qui se sont retirées de toute sorte d'activités⁷⁰.

En 2013, 24% des personnes âgées de plus de 60 ans exerçaient encore une activité professionnelle (HCP). Le taux d'activité des hommes était trois fois plus élevé que celui des femmes. Le taux d'activité des personnes âgées en milieu rural était de 41,9%, alors qu'en milieu urbain, il n'était que de 12,4%⁷¹. Cette différence est due, en partie, au fait que les personnes âgées vivant en milieu rural ne bénéficient majoritairement pas d'une pension retraite et que la pauvreté est plus élevée en milieu rural.

Par ailleurs, on note, qu'à la participation sociale des personnes âgées, s'opposent encore des croyances et des représentations négatives.

Dans l'inconscient collectif, la représentation des personnes âgées est souvent associée à la vulnérabilité, faiblesse, perte de capacités au détriment de ce que les personnes âgées continuent d'apporter ou pourraient apporter à la société, en compétences, savoir être et savoir faire. Paradoxalement les personnes âgées sont encore nombreuses à contribuer à cette perception négative, considérant qu'elles « ont donné » et qu'elles sont, à ce stade, en droit d'attendre des autres. Cette posture n'est pas favorable au changement de paradigme, alors que leur contribution sociale dans la vie familiale et communautaire soit importante.

69 - OMS. Vieillir en restant actif : cadre d'orientation, Madrid, Espagne, 2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf

70 - OMS. Ibid.

71 - HCP. Le Maroc en chiffres, 2013.

Il faut également souligner le rôle économique important des personnes âgées en tant que consommateurs mais également de producteurs de richesses matérielles et immatérielles. La part des richesses produites par les personnes âgées n'est à ce jour pas quantifiée. Cet aspect mériterait d'être étudié et mesuré.

VI. Le benchmarking : quel intérêt pour le Maroc ?

Afin de tirer profit d'expériences d'autres pays en matière de protection des personnes âgées, un benchmarking international a été réalisé et cinq pays ont été retenus pour cela : la Malaisie, la Tunisie, le Mexique, la France et l'Espagne. Les pays ont été choisis, soit pour leur niveau de développement plus ou moins comparable à celui du Maroc (Malaisie, Tunisie, Mexique), soit en raison de leur expérience déjà avancée en matière de développement de programmes et politiques publiques (France et Espagne).

Les points essentiels qui ressortent de ce benchmarking :

- Le vieillissement se « féminise », les femmes sont plus exposées à l'isolement et la solitude de par leur longévité et la disparité des âges au moment du mariage. De plus, leur situation est aggravée par la faiblesse comparative de leur niveau d'instruction, des taux d'activité plus faibles, une qualification professionnelle moindre, une plus faible couverture socio-médicale, etc... Les taux de veuvage féminin étant plus élevés, le montant des pensions des ayants cause pourrait devenir, à moyen et long terme, plus important que les pensions de retraite perçues par les bénéficiaires directs. Un fait susceptible d'augmenter les charges des caisses de retraite.
- L'accessibilité des logements, des services sociaux..., l'aménagement adapté de l'habitat (parcs, centres culturels ...) préviennent l'exclusion des personnes âgées. Leur adaptation aux personnes âgées, et plus généralement aux personnes à mobilité réduite, est un impératif. La France et l'Espagne ont mis en place une politique publique particulièrement instructive qui tient compte de l'adaptation des logements, des quartiers et des villes aux spécificités des personnes âgées. L'un des objectifs majeurs étant de prévenir les accidents-domestiques ou dans l'espace public, notamment les chutes.
- l'hétérogénéité des situations individuelles implique des réponses variées de la part des politiques en matière d'aide aux personnes âgées, d'aides aux familles et de type de prise en charge ;
- la recherche de solutions les moins coûteuses est bien entendu impérative, les politiques devant s'inscrire dans la pérennité ;
- la tendance qui se dégage actuellement dans tous les pays étudiés, est de maintenir les personnes âgées à domicile, chaque fois que cela est possible, le domicile étant le lieu de vie « naturel », ce qui contribue à leur bien-être.
- Les centres d'accueil de jour peuvent constituer une alternative réelle aux centres d'accueil de prise en charge permanente pour un nombre non négligeable de personnes âgées. Ces centres d'accueil de jour permettent aux personnes âgées concernées de bénéficier d'un certain nombre de services (soins, activités ...) et procure, d'autre part, aux familles le temps libre nécessaire à leur propre bien-être.

- Le placement en famille d'accueil en contrepartie d'une rémunération constitue également une alternative au placement en institutions ;
- L'apport d'aides ciblées peut prendre plusieurs formes:
 - financières aux ménages en situation de pauvreté ou précarité ;
 - compensation financière, formation et/ou accompagnement des aidants familiaux ;
 - soins à domicile : équipes mobiles, aides au transport ;
 - dégrèvements fiscaux motivant les personnes âgées à la réalisation de consultations médicales ;
 - la possibilité pour des gens qui travaillent de bénéficier d'un arrêt de travail temporaire, flexibilité des horaires et mesures fiscales ;
 - l'assistance sociale peut être conditionnée par l'obligation de consulter régulièrement ;

Ces aides sont accordées, en particulier, aux familles des personnes âgées devant supporter des dépenses élevées en achat de médicaments et d'équipements médicaux.

- Les politiques publiques intègrent l'octroi d'un minimum de couverture sociale pour les personnes âgées n'ayant aucun revenu bien qu'elles aient travaillé par le passé. Ceci concerne particulièrement les personnes ayant travaillé dans le secteur informel et qui n'ont pas eu la possibilité de cotiser lors de leur activité. C'est le cas en Malaisie.
- Les actions de promotion de la santé, de dépistage de maladies (le diabète, l'hypertension, les déficiences visuelles et auditives et la détérioration cognitive) chez les personnes âgées sont intégrées dans les politiques publiques.
- La mise en place d'une politique familiale globale et intégrée est un fait en France et en Espagne. La facilitation de la prestation de soins aux personnes âgées par des membres de leur propre famille est de plus en plus prise en compte, tant au niveau national que régional ;
- En Malaisie, au Mexique et en Tunisie, le soutien aux personnes âgées se confond avec la lutte contre la pauvreté, et la couverture socio-médicale ne concerne qu'une minorité de personnes âgées. Les politiques publiques dans ces pays tentent de compenser les limites de la couverture socio-médicale par des programmes d'assistance sociale aux personnes âgées qui n'exercent plus aucun emploi et/ou sont sans liens familiaux.
- La promulgation de lois spécifiques aux personnes âgées, ou l'extension aux personnes âgées de l'application de lois qui concernent en principe d'autres catégories de personnes à mobilité réduite ou vivant dans la précarité, est susceptible d'induire des changements qualitatifs dans les stratégies et les politiques relatives aux personnes âgées.

VII. Principaux constats

Le vieillissement de la population est un fait établi. En 2015, les personnes âgées représentent 1/10 du total de la population marocaine et ne jouissent pas pleinement de tous leurs droits.

Les personnes âgées ne constituent pas une catégorie homogène. La notion de personnes âgées est complexe car elle renvoie certes à l'âge mais également à la vulnérabilité de ces personnes, dont les facteurs sont multiples et divers. Ainsi, plusieurs termes sont utilisés pour désigner cette catégorie très hétérogène de personnes – seniors, troisième âge, quatrième âge, aînés..., mais aucune définition n'est consensuelle tant sur le plan national qu'international.

Communément, la détermination de l'âge à partir duquel on parle de personnes âgées, est l'âge légal d'éligibilité au départ à la retraite. Cette définition est bien entendu très imparfaite dans la mesure où elle ne prend pas en considération tous les différents aspects de la vulnérabilité.

La perspective d'une entrée accrue des jeunes dans le marché de l'emploi, les changements de la structure familiale et l'accentuation du processus de vieillissement posent, d'une part, le problème de l'exclusion sociale et de la dépendance de personnes âgées, et d'autre part, de la solidarité intergénérationnelle. Il s'agit d'un défi réel que doivent relever les politiques publiques.

Par ailleurs, on constate un déficit en données socio-économiques et connaissances sur les personnes âgées au Maroc.

1. Modes et conditions de vie des personnes âgées

- Le niveau généralement faible des capacités des personnes âgées en termes de niveaux d'instruction, de situation socio-économique et de santé : plus de 7/10 sont analphabètes, la plupart ont un revenu bas et près de 1/10 pauvres, et plus de la moitié souffrent d'au moins une maladie chronique et n'ont pas accès aux soins.
- La dépendance des autres pour la réalisation des tâches de la vie quotidienne concerne près du tiers d'entre elles.
- Les personnes âgées vivent dans des ménages en voie de nucléarisation croissante.
- Une faible couverture sociale et médicale qui ne bénéficie qu'à 1/5 des personnes âgées.
- Le montant dérisoire d'un certain nombre de pensions de retraite, ou l'inexistence de couverture sociale, oblige les personnes âgées concernées à continuer à travailler, ainsi que de dépendre des autres pour pouvoir subvenir à la totalité de leurs besoins.

- L'inégalité hommes femmes contribue à ce que les femmes âgées soient les plus exposées à la précarité économique, aux difficultés d'accès aux services sociaux et à l'absence de protection sociale et médicale.
- La famille, et plus particulièrement ses membres féminins, continue de jouer un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées. Or, la montée prévisible, à moyen et long terme, de l'insertion des femmes dans le marché de l'emploi va certainement mettre la solidarité familiale vis-à-vis des personnes âgées à rude épreuve.
- La vie des personnes âgées dans les centres d'accueil se caractérise par la solitude, l'isolement, l'absence d'activités culturelles, sportives et de loisirs. Les centres accueillent des personnes aux profils parfois très divers (enfants, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies mentales ...). Le personnel encadrant manque de formation et de motivation. Les bâtiments et les infrastructures de ces centres sont souvent inadaptés à leurs spécificités.
- De nombreuses personnes âgées vivent dans des logements inadaptés à leurs spécificités. Elles y sont fondamentalement confrontées à des problèmes d'exiguïté, d'accessibilité, d'éloignement des services publics et à des risques d'accidents domestiques.

L'aménagement de l'espace public urbain se caractérise par l'absence d'infrastructures et de lieux de vie adaptés aux personnes âgées, et ne favorise ni la mobilité, ni une vie sociale épanouie (trottoirs en bon état, toilettes publiques, bancs dans les parcs et les grandes artères, jardins, centres culturels à proximité, etc.).

- La mobilité est entravée par un système de transport et de transit inapproprié à leur âge et à leur état de santé, et ce, indifféremment du type de transport considéré.
- Les conditions de vie des personnes âgées immigrées, et notamment celles des femmes, se caractérisent par des discriminations multiples en termes d'inclusion sociale et de respect de leurs droits en matière de couverture sociale, d'accueil dans les centres d'hébergement et de prestation de soins et de services.
- L'une des raisons majeures de la fragilité de leur situation sociale réside dans le caractère obsolète des conventions bilatérales signées entre le Maroc et les pays d'accueil.

2. Cadre institutionnel et juridique

- Le référentiel de la Charte sociale du CESE appelle à assurer, conformément au cadre référentiel de la Constitution, l'inclusion d'un certain nombre de droits dans le système juridique national et exige des pouvoirs publics qu'ils assurent leur effectivité. Il s'agit de la protection du droit à la vie, à la santé physique et mentale, à des conditions de vie justes et favorables, à l'accès au logement, à la mobilité et aux transports, aux loisirs, à la protection juridique et à la justice, à la protection et inclusion sociale, à la culture, à l'information, à l'égalité des chances et des traitements...
- Les dispositions de loi et les mesures relatives à l'AMO et au RAMED, à la taxe urbaine, à la tarification de l'ONCF, et aux allocations de décès prévues dans le statut général de la fonction publique prennent en considération les personnes âgées et définissent les conditions de leur inclusion dans la catégorie des bénéficiaires.
- Le Code de la famille oblige les enfants à accorder une pension alimentaire à leurs parents et sur un mode de répartition proportionnel à leurs ressources ;
- Le code pénal sanctionne « l'abandon pécuniaire familial », et inflige de lourdes peines dans les cas de violences perpétrées à l'encontre des parents et de parricide.
- La loi 14-05 ne définit pas de critères et de normes spécifiques à la prise en charge de personnes âgées;
- Il n'y a pas encore au Maroc une loi spécifique aux personnes âgées.

3. Politiques publiques

- Les pouvoirs publics ont mis au point des politiques et des plans d'action tendant à valoriser et à promouvoir la participation, l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, le renforcement de la prise en charge familiale, en plus de la formation des ressources humaines et la recherche. Cependant, ces politiques demeurent partielles, dispersées, sectoriels, dépourvus de la dimension intégrée et ne répondent pas à une véritable stratégie nationale dans ce domaine.
- Il y a aussi un retard patent dans la formation des ressources humaines en gériatrie, gérontologie, psychologie et psychiatrie de la vieillesse, en travail social, etc.
- On relève aussi des insuffisances patentes en matière de soins adaptés aux spécificités des personnes âgées.
- Les personnes âgées vivent dans des structures familiales de plus en plus diversifiées et nucléarisées.
- Le partenariat entre l'Etat et la société civile en matière de prestation de soins et de services délivrés aux personnes âgées ne répond plus aux attentes : les subventions publiques sont insuffisantes, côté associations la qualité de l'encadrement et de la gestion sont insuffisantes.

4. Valorisation du capital culturel des personnes âgées et création de nouveaux espaces culturels

- Les personnes âgées recèlent un patrimoine culturel riche et varié. Il est nécessaire de le valoriser et de faciliter sa transmission entre les générations.
- Dans l'espace public, il y a un manque d'institutions et d'activités culturelles pouvant intéresser les personnes âgées (théâtres, musées, bibliothèques, salles de cinéma, conservatoires, manifestations, lieux d'expositions, voyages, universités citoyennes, etc.).

5. Valorisation du potentiel des personnes âgées

- Les personnes âgées ne constituent pas une catégorie de population homogène et représentent un potentiel non négligeable de savoirs en mesure de contribuer au développement. Ces savoirs et leur transmission aux générations futures sont insuffisamment exploités.

VIII. Recommandations

Au terme de cette analyse, le CESE considère que la situation des personnes âgées est préoccupante, car leurs droits sont peu effectifs et qu'ils sont victimes de discriminations multiples. Cette situation est d'autant plus préoccupante, que l'évolution sociodémographique laisse prédire une augmentation à venir de leur nombre et une aggravation des difficultés qu'elles vont rencontrer si rien n'est fait.

Ainsi, le CESE recommande, afin que tous les acteurs concernés, départements ministériels, Conseil national des droits de l'homme, société civile organisée, syndicats, employeurs, puissent agir et prendre en compte de manière coordonnée et concertée, aux niveaux central et régional, dans le cadre d'une démarche globale et intégrée, ce qui suit :

1. Elaborer une politique publique intégrée de protection des personnes âgées déclinée aux niveaux central et régional, basée sur le respect des droits des personnes âgées et le respect de leur dignité. Cette politique devrait s'appuyer sur 8 axes stratégiques:

AXE 1 : Améliorer la protection sociale des personnes âgées, et prioritairement de celles en situation de dépendance et ou de vulnérabilité

- Assurer l'extension de la sécurité sociale et de la couverture médicale aux personnes âgées, notamment au profit de celles ne disposant pas de revenus, ou percevant de maigres pensions de retraite ;
- Entreprendre les mesures nécessaires pour généraliser la retraite d'une manière progressive dans le cadre de la réforme globale du système de retraite.
- Assurer plus d'équité concernant les conditions de perception des femmes veuves de leur part de pension de la retraite du défunt ;
- Développer des filets sociaux : un fonds de pension vieillesse au profit des personnes âgées non couvertes par le système de sécurité sociale, ne disposant pas de revenus et ou ne pouvant compter sur l'aide familiale ; à ce propos il est recommandé de développer des méthodes de ciblage qui permettent de quantifier le degré de dépendance de ces personnes âgées et de cerner au plus près possible leurs besoins vitaux;

- Accompagner les travailleurs des entreprises et de la fonction publique en les incitant à se préparer à la retraite, et ce, à travers leur sensibilisation préalablement au départ ;
- Mettre en œuvre l'art. 5 de la loi 65-00 relative à l'assurance maladie obligatoire qui prévoit la promulgation d'un décret d'application concernant l'extension de la couverture par l'AMO aux parents du bénéficiaire.

AXE 2 : Améliorer le cadre juridique et institutionnel

- Définir un cadre juridique et institutionnel qui protège les personnes âgées contre les discriminations, la négligence, les mauvais traitements et la violence ; et facilite aux personnes âgées l'accès à des services de santé ;
- Mettre en place une carte des personnes âgées leur permettant de bénéficier de leurs divers droits, de simplifier les procédures en leur faveur et de leur donner la priorité dans les différents services ;
- Créer une aide financière au minimum, au moins, pour les personnes âgées qui n'ont pas de revenus fixes, et ce, dans le cadre du fonds d'appui à la cohésion sociale.
- Tirer profit du dahir de 1963 portant statut de la mutualité pour le développement des maisons des personnes âgées.

AXE 3 : Améliorer les accessibilités

- intégrer et inscrire de manière explicite, dans les lois relatives aux constructions (publiques ou privées) et à l'aménagement de l'espace public, toutes les dispositions à même de garantir l'accès, la circulation et la sécurité des personnes âgées ;
- Intégrer les spécificités des personnes âgées dans le domaine du transport public, en termes d'accessibilité d'information et de prestations de services ;
- Faciliter la mobilité des personnes âgées en milieu rural, notamment par le désenclavement des zones difficiles d'accès.

AXE 4 : Améliorer la prise en charge des personnes âgées

- Mettre en place des structures d'aide et des programmes de formation destinés aux aidants-familiaux prenant en charge des personnes âgées dépendantes ;
- La nécessité de revoir la loi 14.05 : cette loi concerne tous les centres de protection sociale sans distinction. Elle devrait être revue en établissant des normes de construction et de prise en charge adaptées aux personnes âgées ;

- La nécessité de réhabiliter les centres d'accueil existants et améliorer les conditions de vie des personnes âgées.
- Concevoir des alternatives de prise en charge en institutions des personnes âgées, privilégiant le maintien dans la famille chaque fois que cela est possible, la prise en charge totale en institution ne devant être que le dernier recours. Dans ce cadre, développer la prise en charge ambulatoire, ciblant les besoins par des équipes mobiles pluridisciplinaires; prévoir des programmes d'accompagnement des familles ayant à charge des personnes âgées dépendantes, tant par des prestations matérielles que par la formation des aidants-familiaux ;
- Soutenir le placement familial en milieu rural, notamment au profit des personnes âgées sans liens familiaux ou en situation d'abandon ;
- Prévoir des mesures fiscales et des mesures dans le code du travail qui permettent aux familles de concilier la vie familiale et la prise en charge.

AXE 5 : Améliorer le bien-être et l'état de santé des personnes âgées

- Prévenir certaines maladies ;
- Prévenir les accidents de la circulation et domestiques ;
- développer d'urgence la gérontologie et la gériatrie ;
- Améliorer l'accès des personnes âgées, notamment en milieu rural, aux services de santé ;
- Améliorer la prise en charge médicale et paramédicale ;
- Aménager les espaces publics ;
- Développer les espaces culturels ;
- Faciliter l'accès des personnes âgées aux nouvelles technologies de l'information;
- Réadapter les prestations et les actions qui leur seront destinées en fonction du type de ménage concerné ;
- Utiliser tous les moyens pour sensibiliser les jeunes générations, les familles, les soignants, les agents administratifs, et l'ensemble de la société à la nécessité de respecter les droits humains des personnes âgées ;
- Faire participer les medias dans l'accompagnement des recommandations de ce rapport, ainsi que dans l'application de différentes mesures permettant d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées.

AXE 6 : Promouvoir la participation sociale des personnes âgées

- Valoriser le patrimoine culturel des personnes âgées, faciliter sa transmission et mettre en place les institutions et les activités culturelles à même de les intéresser;
- Renforcer et accélérer l’alphabétisation des personnes âgées et leur ouvrir des perspectives de formation tout au long de la vie ;
- Inciter les diverses institutions médiatiques à s’impliquer dans des campagnes de sensibilisation et de communication sur le rôle des personnes âgées dans la société, la valorisation de leurs efforts et l’exploitation de leur expertise au profit des générations futures et de la société.

AXE 7 : Promouvoir la connaissance de la situation des personnes âgées

- Produire des données statistiques précises, régulières et actualisées sur la situation des personnes âgées et assurer son évolution ;
- introduire de nouveaux indicateurs : mesure de la dépendance, et mesure de la participation des personnes âgées au développement ;
- réaliser des études épidémiologiques spécifiques ;
- mettre en place un observatoire des personnes âgées permettant la collecte systématique des données qui les concernent et le suivi de l’évolution de leurs états personnels et familiaux et de leurs situations sociales ;
- Impliquer les institutions et les centres de recherche universitaires dans la réalisation d’études sur le vieillissement au Maroc.

AXE 8 : Soutenir et accompagner les personnes âgées résidant à l’étranger

- Entreprendre auprès des gouvernements des pays d’accueil, la révision des conventions bilatérales ayant trait aux droits des MRE, notamment en matière de santé, de logement, de couverture socio-médicale et de transfert de la pension de retraite une fois qu’ils décident, eux-mêmes ou leurs veuves, de résider dans leur pays d’origine ;
- Inciter les départements ministériels chargés des marocains résidant à l’étranger à mettre en place une politique dédiée aux personnes âgées expatriées pour lutter contre leur précarité et leur isolement et faciliter leur mobilité entre le pays de résidence et le Maroc et/ou leur retour définitif s’ils le désirent.

2. Prévoir les mesures d'accompagnement de la politique publique intégrée de protection des personnes âgées

- Mettre en œuvre les recommandations du Conseil national des droits de l'homme sur les personnes âgées.
- Renforcer les capacités humaines et financières des ministères concernés afin qu'ils puissent assumer efficacement leurs missions vis-à-vis des personnes âgées;
- Associer la société civile lors de l'élaboration de cette politique et dans sa mise en œuvre ;
- Renforcer les capacités (institutionnelles, humaines et financières) des associations assurant la prise en charge des personnes âgées ;
- Faire de la Journée mondiale des personnes âgées un moment fort permettant de s'arrêter sur leur situation et de présenter le bilan des acteurs institutionnels concernés et les perspectives d'amélioration des conditions de cette catégorie.

Annexes

Annexe 1: Benchmarking international

Annexe 2: Liste des membres de la Commission Permanente chargée
des Affaires Sociales et de la Solidarité

Annexe 3: Liste des acteurs auditionnés

Annexe 4: Références bibliographiques

Annexe 1 : Benchmarking international

Benchmarking international

Le benchmarking a été réalisé en rapport avec les pays suivants :

Malaisie

En Malaisie, les personnes âgées représentent 8,2% de la population totale⁷². Selon des estimations de l'ONU, elle en représentera 15% en 2030⁷³. L'espérance de vie moyenne à la naissance est de 75,36 ans⁷⁴. Celle des femmes est supérieure à celle des hommes (respectivement, 77,78 ans et 73,06 ans).

Entre 1980 et 2000, la proportion des ménages étendus a décru de 28% à 20%, alors que celle des ménages nucléaires a augmenté de 55 à 65%.

En 2006, seuls 15% de la population disposaient d'une assurance médicale.

L'âge de retraite en Malaisie est de 60 ans. Le système de retraite en Malaisie ne couvre que 11% des travailleurs et 4% de la population totale⁷⁵.

La population de la Malaisie est cependant jeune, du fait que la population dont l'âge est égal à 60 ans et plus ne devrait pas dépasser en nombre la population âgée de moins de 15 ans jusqu'en 2045. Le gouvernement malais se voit donc dans l'obligation, de créer suffisamment d'emplois pour les jeunes, et de se préparer dès maintenant à la protection et à l'intégration sociale des personnes âgées⁷⁶.

Pour cela il a mis en place une politique pour les personnes âgées.

- Constitution d'un Conseil National Consultatif pour les personnes âgées ;
- Etablissement d'un plan d'action.

Le Département d'Assistance Sociale qui fait partie du Ministère des Femmes, de la Famille et du Développement Communautaire assume le travail de secrétariat du Conseil National.

La Malaisie a réalisé une mutation dans l'approche de ses politiques et programmes à l'égard des personnes âgées. Elle est passé d'une approche basée sur l'assistance à une approche de développement. Ainsi les personnes âgées sont incitées à agir en tant qu'acteurs actifs dans les programmes, en ayant pour objectifs de réduire leur état de pauvreté, d'améliorer leur santé et de mieux s'intégrer socialement.

72 - Department of Social Welfare, Malaysia. Active Ageing in Malaysia, Tokyo, July 19, 2013.

73 - Ibid.

74 - Sim, O. F. and T. A. Hamid. In: Asher, M. G., S. Oum and F. Parulian (eds.), *Social Protection in East Asia – Current State and Challenges*. ERIA Research Project Report, 2009-9, Jakarta: ERIA. pp. 182-219.

75 - Sim, O. F. and T. A. Hamid, op. Cit. 2009.

76 - Sim, O. F. and T. A. Hamid, op. Cit. 2009.

La Malaisie dispose de plusieurs types d'institutions procurant des services de soins :

- Les « maisons résidentielles » que le gouvernement met à la disposition des pauvres en vue de leur apporter des soins à long terme. Les ONG'S en font de même. Le secteur privé met, à son tour, sur le marché des institutions de soins à long terme aux personnes âgées mais à but lucratif.
- Les « maisons pour les pauvres malades chroniques » où ils sont censés recevoir des soins à long terme.
- Les « maisons de santé privées », qui fonctionnent selon la loi de l'offre et de la demande, sont disséminées à travers les grandes villes du pays. Du fait que l'accès aux soins est seulement accessible aux personnes âgées ayant la capacité de paiement (cas des « maisons de santé privées »), et presque exclusivement à celles qui vivent en milieu urbain, et qu'en plus les personnes âgées privilégient le « vieillissement sur place », tout cela invite à prioriser la prise en charge familiale et communautaire.
- Les « maisons publiques pour personnes âgées » gérées par le Département de l'Assistance Sociale. Elles constituent un ultime recours réservé, en particulier, aux personnes âgées pauvres, sans progéniture ni abri.

Entre ces deux derniers pôles, il y a un besoin qui risque sérieusement de ne plus être satisfait si des services communautaires de soutien ne sont pas mis en place en faveur des familles ayant la charge des personnes âgées⁷⁷.

Afin de favoriser le maintien des personnes âgées dans les familles, le Département de l'Assistance Sociale accorde une aide financière mensuelle de 200 RM, particulièrement aux personnes âgées sans lien familial.

Afin de favoriser la mobilité des personnes âgées, l'Etat leur accorde une réduction de 50% sur les prix des tickets de transports aériens et ferroviaires.

Un dégrèvement fiscal est décrété en faveur des familles qui dépensent plus de 5000 RM en frais médicaux et en achat d'appareils spéciaux pour personnes âgées.

L'on estime qu'une politique de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques qui sensibilise et met en garde contre les risques inhérents au tabagisme, à la malnutrition, au manque d'exercice physique, au stress et à l'obésité est de nature à réduire l'incidence des maladies chroniques et non transmissibles, et ce, même dans les cas d'une plus longue longévité, ainsi que d'alléger la charge du système de santé⁷⁸.

77 - Ong Fon Sim, *Ageing in Malaysia: National policy and Future Direction*, Faculty of Business and Accountancy, University of Malaya, Kuala Lumpur, May, 2001.

78 - A Country Report (Malaysia). *Social Welfare Policies and Services for the Elderly*, The 5th Asean & Japan High Level Officials Meeting on Caring Societies, 27 – 30 August 2007, Tokyo.

Signalons aussi qu'un premier plan de retraite pour les employés du système informel vient d'être établi en Malaisie⁷⁹.

Au niveau de l'aménagement spatial, la Malaisie a mis en œuvre des mesures à l'échelle communautaire. Ainsi, les zones de marché quotidien et de récréation sont établies à des distances accessibles par la marche. L'on y pense même à assurer aux personnes âgées de vivre dans des zones communautaires sécurisées et à l'abri du crime.

Mexique

De 2010 à 2015, la proportion des personnes âgées dans la population totale a évolué de 8,84% (près de 10 millions de personnes) à 10,41%. Selon les projections démographiques, cette proportion sera de 12,45% en 2020, 17,45% en 2030, et 28% en 2050.

Entre 1990 et 2009, la population du Mexique a augmenté de 1,31% par an, alors que celle des personnes âgées s'est accrue de 3,19% en moyenne annuelle de 5 millions en 1990 à 9,4 millions en 2010). En deux décennies, le nombre des personnes âgées s'est vu pratiquement multiplié par deux⁸⁰.

Ce processus de vieillissement s'explique par les facteurs sociodémographiques suivants :

- La forte diminution de la mortalité infantile : en 1930, le taux de mortalité était de 156 enfants/1000 naissances. Le taux de décès d'enfants s'est réduit à 40/1000 en 1990, puis à 31/1000 en 2000. Le Conseil National de la Population (CONAPO) estime qu'en 2050 le taux de mortalité infantile se réduirait à 10,4/1000.
- Une forte réduction du taux moyen de fécondité entre 1970 et 1990, qui passa, respectivement, de 6,8 enfants/femme à 3,4. En 2000, le taux enregistré était de 2,9⁸¹.
- Une forte augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui s'est établie à 77,14 ans (79,57 pour les femmes et 74,82 pour les hommes). Les projections du CONAPO la situent à 81,3 ans en 2050, année durant laquelle le Mexique devrait avoir 36 millions de personnes âgées.

16,1% des personnes âgées de 70 ans et plus présentent au moins un handicap.

Seulement le tiers du total des personnes âgées bénéficie d'une sécurité sociale. Un fait qui pousse de nombreuses personnes âgées à continuer l'exercice de leurs activités après 60 ans⁸².

79 - Ibid.

80 - Instituto Nacional de la Personas adultas mayores. *Por una cultura del envejecimiento*, Mexico, 2010.

81 - Ibid.

82 - Ibid.

Seuls 27% des personnes âgées perçoivent une pension de retraite.

D'un point de vue épidémiologique, les maladies transmissibles coexistent toujours avec les maladies chroniques.

La situation des femmes âgées : le taux des veuves est très élevé et les pensions de veuvage dépasseront bientôt les pensions de retraite. De nombreuses femmes mexicaines âgées n'avaient bénéficié, ni d'un emploi rémunéré, ni d'une retraite propre. Aussi les acteurs sociaux et civiques adressent-ils des appels en vue d'assurer une protection sociale et sanitaire à cette catégorie de femmes.

Par ailleurs, du fait que les femmes mexicaines vivent, en moyenne, cinq années de plus que les hommes, elles sont particulièrement exposées aux problèmes des maladies chroniques, des ressources économiques insuffisantes, de l'obligation de donner ou de recevoir des soins et de la solitude suite au décès du conjoint.

Le Mexique s'est proposé de mettre en oeuvre les principes de la Seconde Assemblée Mondiale sur le Vieillissement qui s'est déroulée à Madrid en avril 2002, notamment ceux qui se rapportent aux concepts de « vieillesse active, productive et salubre », aux personnes âgées en tant que « sujets de droit », ainsi qu'à la « construction d'une société pour tous les âges » où l'avancement dans l'âge ne soit pas un motif d'exclusion. Un fait qui contribuerait, du point de vue des Mexicains, à l'établissement d'une société égalitaire et juste pour toutes les personnes âgées.

Le Mexique commence à peine à se préparer pour faire face au défi du vieillissement de la société.

En plein milieu du débat sur l'universalité et/ou la sélectivité des programmes sociaux orientés aux couches sociales les plus vulnérables, l'Etat Mexicain a mis en place, à la fin des années 90s, le Programme de Développement Humain « **Oportunidades** » conçu en vue d'améliorer la situation de l'éducation, de la santé et de l'alimentation des ménages pauvres, et plus particulièrement des enfants. Il marque le début des interventions sélectives ciblant des zones géographiques et des ménages bien particuliers.

En 2009, ce programme disposait d'un budget représentant 0,4% du PIB, et bénéficiait à plus de 5 millions de ménages. Plus tard, d'autres composantes du programme ont pu voir le jour, dont l'une ciblait les personnes âgées. Les ménages ayant la charge d'une personne âgée de 70 ans et plus se sont vues octroyer un appui monétaire additionnel pour chaque personne âgée. Le montant de cette aide varie selon l'Indice National des Prix.

Les ménages composés seulement de personnes âgées bénéficient de soutiens additionnels : appui alimentaire (210 Pesos), énergétique (55 Pesos), compensatoire du fait de la hausse du prix des denrées alimentaires à l'international (120 Pesos). Ainsi, un ménage vivant en pauvreté extrême, composé de deux adultes âgés qui se seraient présentés à tous leurs rendez-vous médicaux programmés, recevra mensuellement

un appui monétaire de 975 Pesos, qui sont remis au chef de ménage en espèces ou envoyés sur son compte bancaire.

Le programme « Oportunidades » accorde aussi aux ménages bénéficiaires, dont ceux composés de personnes âgées, un ensemble de services sanitaires gratuits comme des actions de promotion de la santé et de dépistage de maladies telles que le diabète, l'hypertension, les déficiences visuelles et auditives et la détérioration cognitive⁸³.

En 2009, le nombre des personnes âgées de 70 ans et plus était de 3,98 Millions, soit 3,7% du total de la population. Le programme « **70 et plus** » surgit dans le cadre des discussions au parlement du Budget de 2007. Il s'agit d'une pension non contributive universelle accordée aux personnes âgées. Son montant est de 500 Pesos (38,5 Dollars Américains) mensuels remis tous les deux mois à des personnes âgées de 70 ans et plus. Pour éviter la duplication des appuis, les personnes âgées bénéficiant du programme 70 et plus doivent renoncer à l'appui du programme « Oportunidades » au cas où elles en sont également bénéficiaires.

Au début, la pension fut accordée aux personnes résidant dans des localités rurales d'au plus 2500 habitants. Mais chaque année, les députés ont augmenté le budget du programme et élargi la zone géographique bénéficiaire. En 2009, la pension fut accordée aux personnes âgées résidant dans des localités de 30 mille habitants au maximum, avec un budget qui s'élève à 0,1% du produit intérieur brut (PIB), accédant ainsi au second rang en tant que programme le plus financé après « Oportunidades ». Le nombre total des bénéficiaires de ce programme à l'échelle nationale est de 1,8 millions de personnes âgées réparties sur 75000 localités⁸⁴.

Le programme de pension alimentaire pour des personnes âgées de 70 et plus dans le DF (District Fédéral) vise l'appui alimentaire, l'attention médicale et l'offre de médicaments gratuits aux personnes âgées de 70 ans et plus résidents au DF. Il est axé sur les zones de forte marginalité. Il s'universalisa après avoir été au début limité aux personnes âgées. La loi relative à ce programme fut promulguée en 2003. Les articles de cette loi stipulent que les bénéficiaires percevront une pension qui n'est pas inférieure à la moitié du salaire minimum au DF. Cette pension est déposée mensuellement dans une carte électronique expédiée par le gouvernement, et utilisable dans les centres commerciaux accrédités et les marchés publics du DF. En 2009, il y avait déjà 470 000 bénéficiaires. Le montant de la pension est de 822 Pesos (63 Dollars US).

Toutefois, en dépit des efforts consentis en vue de compenser les insuffisances de la sécurité sociale par des programmes sociaux ciblant les personnes âgées, plus de 40% de ces dernières ne bénéficient ni de pension de retraite, ni de programme social.

83 - Gloria M. Rubio; Francisco Garfias. *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México*, CEPAL, División de Desarrollo Social, Santiago de Chile, mayo de 2010.

84 - Ibid.

Certes, les programmes sociaux cités plus haut comblent un vide important dans la politique publique. Il n'en demeure pas moins, cependant, « qu'ils représentent des solutions fragmentées, non coordonnées, incomplètes et inconsistantes à un problème grandissant à la lumière du vieillissement de la population et de l'incapacité du système de la sécurité sociale à garantir un revenu aux individus à la fin de leur vie productive »⁸⁵.

Tunisie

La population Tunisienne de 60 ans et plus qui représentait, en 1956, 4,1% de la population totale, est passée à 9,3% en 2004. Les projections démographiques à l'échéance 2029 situent cette proportion à 17,7%. Comparativement au processus de vieillissement des sociétés Européennes, la croissance du nombre des personnes âgées en Tunisie s'est produite en une durée relativement courte. La population âgée a pratiquement doublé en 30 ans.⁸⁶

L'espérance de vie moyenne à la naissance est passée de 51 ans en 1966, à 58 ans en 1975, puis à 75,68 ans en 2014. Les démographes s'attendent à ce qu'elle atteigne l'âge de 77 ans en 2030. Cette augmentation concernera davantage les femmes que les hommes (79.5 années versus 73.7 années)⁸⁷.

La décennie 70 marque le démarrage effectif de l'action sociale en faveur des personnes âgées. Ce volet a été confié au secteur associatif. En 1976, la gestion des hospices a été remise entre les mains des associations de protection des personnes âgées. En même temps, un centre pour handicapés mentaux sans famille fut créé à Tunis.

Toutefois, le véritable tournant fut la **promulgation, en 1994, d'une loi-cadre sur la protection des personnes âgées fixant les grandes lignes d'une politique de la vieillesse**. Par cette loi, l'Etat voulait, d'abord, confirmer le fait que la protection des personnes âgées était une responsabilité collective, qui incombait, en premier lieu à la famille, puis à l'Etat et aux collectivités publiques. Des objectifs bien précis furent assignés à cette loi :

- Préserver l'état de santé et la dignité des personnes âgées ;
- Prévenir et lutter contre toute forme de discrimination et d'exclusion familiale ou sociale dont les personnes âgées pourraient être victimes ;
- Assurer l'intégration sociale des personnes âgées ;
- Assurer la participation active des personnes âgées dans la vie sociale.

85 - Ibid.

86 - Sawssen Belhadj Kacem Essamet, Lassaad LABIDI. *Intervention sociale et développement : quelles références pour quelles pratiques ?* 3^{ème} Congrès de l'AFRIS, Hammamet 21-24 Avril 2009.

87 - Ali Ben Brahim. Transition des structures par âge et vieillissement en Tunisie, SEMINAIRES du CICRED, sans date.

D'autre part, la famille a été tenue pour responsable de subvenir aux besoins de ses membres âgés, notamment quand elle a les moyens d'assumer cette prise en charge. Toutefois, dans les cas où il s'agit de ménages pauvres, l'Etat s'engage à assurer aux personnes âgées qui en font partie la gratuité des services sociaux et sanitaires. Pour ce qui est des centres d'accueil des personnes âgées, on a considéré que l'hébergement devait être payant ou gratuit selon que la personne âgée, ou le ménage qui l'abrite, dispose ou non d'un revenu régulier. La loi a défini également les critères qui doivent présider à l'acceptation d'hébergement des personnes âgées, ainsi que les services à assurer au sein de ces institutions. En cas de besoin, les services sociaux de l'Etat sont tenus, non seulement d'intervenir à domicile auprès de la personne âgée afin de lui prodiguer les soins sociaux et sanitaires nécessaires, mais aussi de soutenir le travail des aidants familiaux à domicile⁸⁸.

Afin d'éviter les coûts élevés de l'hébergement en institution, le législateur a également envisagé le placement familial de la personne âgée pauvre et sans lien familial. Pour que cela puisse se concrétiser, il faut qu'il y ait accord des deux parties concernées sur les modalités de prise en charge et que la personne âgée soit en bon état physique, psychique et mental. En cas d'acceptation, l'Etat s'engage à verser une subvention mensuelle de 120 Dinars au ménage d'accueil⁸⁹.

Visant un objectif similaire de maintien de la personne âgée dans un cadre familial, en l'occurrence son propre milieu naturel, la loi a prévu la mise en place « d'équipes mobiles d'aide aux personnes âgées à domicile » dont le rôle est de prodiguer des soins socio-médicaux offerts par le personnel médical, paramédical et social. Jusqu'en 2007, 8000 personnes âgées ont pu bénéficier des services de ces équipes mobiles⁹⁰.

Concernant le système de retraite, on a pu noter, qu'à l'instar du Maroc, les taux de pension en secteur public sont supérieurs à ceux du privé : 90 à 100% suite à 40 ans de carrière, ou 70 à 80% suite à 28 - 30 ans de carrière⁹¹. Le système de retraite Tunisien est assurantiel, c'est-à-dire non universel. Il faut travailler et contribuer pour être éligible à la retraite et aux droits y afférents. Il couvre 38% des personnes âgées.

A la différence du Maroc qui dispose de 4 caisses de retraite, la Tunisie n'en dispose que de deux :

- CNRPS (Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale) pour le public ;
- CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) pour le privé, qui comprend sept régimes différents ⁹².

Les hommes bénéficient nettement plus que les femmes de pensions de retraite.

88 - Ibid.

89 - Ibid.

90 - Ibid.

91 - Jean-Marc Dupuis, Claire El Moudden, Nacer Eddine Hammouda, Anne Petron, Mehdi Ben Braham et Ilham Dkhissi. *L'impact des systèmes de retraite sur le niveau de vie des personnes âgées au Maghreb*, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE, N° 441-442, 2011.

92 - ibid.

Le montant des pensions perçues par les catégories sociales pauvres demeure, dans l'ensemble, modeste : 45 696 retraités touchent moins de 120 dinars par mois, et 7 000 d'entre eux perçoivent même une retraite inférieure à 30 dinars par mois⁹³.

La pension de retraite n'est considérée, en Tunisie, comme première source de revenus que par 18% des pensionnés, contre 27% au Maroc. Par contre, l'aide que les personnes âgées reçoivent de leurs enfants est perçue comme première source de revenus par 56,2% des Tunisiens, contre 75% des Marocains. Contrairement aussi à ces derniers, les personnes âgées Tunisiens cohabitent moins avec leurs enfants.

D'autre part, vu que la sécurité sociale ne couvre qu'une partie de la population, des programmes sociaux ont été mis en place en vue d'assister les personnes en situation de besoin :

- Le Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses « PNAFN » ;
- Le Fonds de Solidarité Nationale « FSN ».

En 2001, le montant des aides accordées par le PNAFN s'élève à 452 Dinars/ménage. En 2004, un total de 78 000 personnes âgées a pu bénéficier des aides offertes par le PNAFN. Ce programme social a substantiellement contribué à ce que les personnes âgées, comparativement aux autres catégories d'âges, soient parmi les moins touchées par la pauvreté. D'ailleurs, la pauvreté ne concerne que 4% de la population Tunisienne, contre 13,2% pour le Maroc⁹⁴.

France

Les changements de la pyramide des âges dans la société française est le résultat d'un double processus : un « vieillissement par le bas » généré par la forte diminution de la mortalité infantile, et un « vieillissement par le haut » résultant de l'allongement de la durée de vie après 60 ans. Si l'espérance de vie moyenne à la naissance était, en 1900, de 47 ans, elle a atteint en 2013, 80 ans⁹⁵.

L'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire, « sans limitations d'activités ou sans incapacités majeures », a également augmenté. En 2008, elle « s'élevait à 62,4 ans chez les hommes (pour 77,5 d'espérance de vie globale), et 64,2 ans chez les femmes (pour 84,3 ans d'espérance de vie globale)»⁹⁶.

Les projections démographiques de l'INSEE indiquent qu'entre 2005 et 2050, la population âgée de 60 ans et plus passera de 20,8% à 31,9% du total de population.

Cependant, contrairement à la situation de la plupart des pays Européens, la France connaît toujours un taux de natalité relativement élevé. Un fait qui conduit la France à vieillir tout en grossissant.

93 - Ibid.

94 - Ibid.

95 - Ibid.

96 - Sources Eurostat 2010, cité in : Anne-Carole Bensadon, Enquête « *Isolement et Vie relationnelle* », Rapport général, Septembre 2006.

D'après L'INSEE, 400.000 personnes âgées perdront leur autonomie entre 2010 et 2030, et dans cette même période, il y aura 1,5 million de personnes de « plus de 80 ans » en plus. En 2040, 4 Millions de Français auront plus de 85 ans, et le pays comptera 2 millions de personnes âgées dépendantes. Sur la base de ces constats, l'on a qualifié ce phénomène de « massification du grand vieillissement »⁹⁷.

L'on estime que plus de 4 millions d'aidants familiaux, apportent, à titre personnel, une aide à une personne âgée de 60 ans et plus.

75% des personnes bénéficiant de l'Aide Personnelle à l'Autonomie (APA) reçoivent de leurs proches une aide que l'on estime être deux fois supérieure en termes d'horaire, à celle qu'elles reçoivent de professionnels. Il n'en demeure pas moins que leur santé est exposée à des risques, notamment en cas d'absence de tout soutien de la part de l'Etat ou des collectivités locales. Il convient, donc, de les aider en s'appuyant sur la contribution des aidants professionnels à domicile⁹⁸.

Il est aussi à signaler les différences de genre en matière de vieillissement. Car si « les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux ». D'ailleurs, une enquête réalisée sur cette question révèle que le veuvage (37%) constitue la première cause de la solitude des femmes âgées, devant l'éloignement de la famille (30%) et la maladie (27%). Cette solitude des femmes âgées est d'autant plus accentuée par le fait qu'elles sont souvent nombreuses parmi les personnes à faible revenu et à faible niveau socioculturel⁹⁹.

Les femmes sont les premières concernées par la dépendance des personnes âgées, qu'elle soit celle de leurs proches qu'elles assument en tant que personnes-aidantes, ou celle de leur propre dépendance résultant de leur propre longévité. D'ailleurs, les ¾ des aidants familiaux sont des femmes, et presque tous les procureurs d'aide à domicile sont des femmes (98%)¹⁰⁰.

L'objectif stratégique de l'Etat est « d'adapter la société française à son vieillissement », tout en accordant une « priorité absolue à l'avenir de la jeunesse ». D'ailleurs, le vieillissement est approché en tant qu'opportunité à saisir par les jeunes¹⁰¹. L'on estime que la seule prise en charge médico-sociale des personnes âgées est susceptible de générer plus de 350.000 emplois à l'échéance 2020 et que l'adaptation des logements en créera d'autres¹⁰².

Vu la charge de travail que les aidants familiaux ont à supporter, « l'élargissement du congé de solidarité familiale » pour permettre aux salariés d'être auprès de leurs proches en situation de dépendance est envisagé¹⁰³.

97 - Ibid.

98 - André Trillard. *Mission au Profit du Président de la République Relative à la Prévention de la Dépendance des Personnes Agées*, Juin 2011.

99 - Ibid.

100 - Anne-Carole Bensadon. Op. Cit.

101 - Luc Broussy, op. Cit.

102 - Luc Broussy. Op. cit.

103 - Ibid.

Les chercheurs relèvent une contradiction entre l'insistance, maintes fois réitérée des pouvoirs publics, sur la nécessité d'une politique de maintien de la personne âgée dans son propre domicile, et l'attitude effective des financeurs et des investisseurs privés qui ne cessent, depuis 30 ans, de privilégier les établissements d'hébergement, et en particulier, les Ehpad. Le nombre de ces établissements s'est vu multiplier durant les 15 dernières années, alors qu'en matière de qualité, l'on note que les Ehpad ont représenté un changement décisif tant au niveau de l'aménagement de l'espace d'accueil, de la gestion des services et de l'offre de soins, que de la formation du personnel. L'ouverture sur cette nouvelle expérience s'est faite autant par la construction de nouveaux Ehpad que par la transformation des anciens logements-foyers. C'est ainsi qu'en une décennie la France a pu passer d'une pénurie de places dans les maisons de retraite à un relatif équilibre entre l'offre et la demande.

Le maintien à domicile requiert l'adaptation des logements, le développement de la gérontotechnologie, et l'insertion du logement où vit la personne âgée dans son quartier et son voisinage. Il requiert aussi l'aide à domicile, même s'il y a reconnaissance que ce secteur ne répond pas du tout encore aux attentes. La personne âgée ne peut rester à domicile s'il n'y a pas de transports publics à proximité à même de faciliter sa mobilité, une ville accessible et des services sociaux et sanitaires dans l'environnement de la personne âgée¹⁰⁴.

La gérontotechnologie permet de créer des services technologiques pouvant « servir la personne âgée au niveau de la santé, du logement, de la mobilité, de la communication, des loisirs et du travail »¹⁰⁵. Elle est tantôt au service de l'autonomie des personnes âgées, tantôt au service des professionnels au moment où ils apportent de l'aide aux personnes âgées. Elle contribue à renforcer l'intégration sociale des personnes âgées, à mieux adapter leur logement, et donc, à les maintenir à domicile. Elle est aussi un facteur d'allègement de la charge de travail des aidants familiaux et des aidants professionnels.

Lors des 20 dernières années, l'amélioration des maisons de retraite a été considérable et a concerné plusieurs aspects. L'on en cite, entre autres, la structure architecturale, la formation du personnel, la qualité des soins, et les services d'hébergement et de restauration.

Une aide sociale à l'hébergement est accordée en vue de soutenir les personnes âgées dont les ressources ne leur permettent pas d'en couvrir les frais. La somme versée correspond au juste au différentiel entre le coût effectif de l'hébergement et les revenus de la personne concernée. En 2011, 116.123 personnes âgées ont bénéficié de l'aide sociale à l'hébergement.

L'Etat s'est fixé pour objectif d'adapter 80.000 logements en 5 ans. Les nouvelles constructions sont également concernées par l'adaptation. L'on s'attend à ce que les responsables de l'urbanisme définissent des « territoires propices à un bon

104 - Luc Broussy, Op. cit.

105 - André TRILLARD. Op. Cit.

vieillessement et qu'un quota minimal de logements adaptés soit institué pour toute nouvelle construction sur ces zones »¹⁰⁶.

Le logement peut être un facteur de protection, tout autant que d'exclusion. Cela dépend de sa constitution interne aussi bien que de sa localisation. L'on s'attend à ce que ces deux caractéristiques concourent à assurer aux personnes âgées l'accessibilité à leur logement, l'autonomie de mobilité dans les espaces environnants, et le maintien du capital social dont elles disposent.

Tout autant que le logement, le quartier peut être un espace de socialisation et d'intégration ou d'isolement et de perte d'autonomie. Selon qu'il est doté ou non des infrastructures et des services appropriés aux personnes âgées, il peut contribuer, soit à favoriser l'autonomie, la mobilité et l'intégration sociale des personnes âgées, soit entraver leur ouverture sur leur environnement externe en les confinant au domicile avec toutes les pertes y afférentes en termes de solidarités et de relations d'amitié et de voisinage. Conjointement au logement, le quartier est « le territoire de vie » par excellence, l'espace où l'on pourrait « bien vieillir » s'il est bien adapté aux besoins des personnes âgées. L'on propose que trois éléments soient nécessairement constitutifs du quartier pour que les personnes âgées puissent s'y sentir intégrés : les commerçants, les gardiens d'immeubles et les services publics, dont la Poste que l'on privilégie de manière particulière¹⁰⁷.

L'insistance sur l'adaptation du logement trouve sa justification dans le coût de la non-adaptation. En 2005, la Haute Autorité de Santé recensait 9000 décès parmi les personnes âgées dus, directement ou indirectement, à des chutes. Plus encore, d'un total de 450.000 chutes enregistrées annuellement, 62% se produisent au sein du domicile de la personne âgée. Dans le même sens, si en 2006, on estimait à 18549 le nombre de décès résultant d'accidents de la vie courante, les 2/3 d'entre eux concernaient les personnes âgées de plus de 74 ans. Il est à signaler aussi que 9000 de ces accidents étaient causés par des chutes, dont 8000 avaient causé le décès de personnes âgées de plus de 65 ans. Il est ainsi patent qu'un logement inadapté comporte un risque sérieux de chute, et même de décès¹⁰⁸.

De nouvelles formules de résidence, intermédiaires entre le domicile et l'Ehpad, sont proposées. Elles incorporeraient le quartier en tant qu'environnement de sociabilité et d'intégration sociale, ainsi que l'hébergement, la restauration, l'aide à domicile, des points d'information, l'animation, etc. L'on évoque aussi la possibilité de se loger dans des béguinages, résidences-seniors, immeubles intergénérationnels, foyers-soleils, etc., c'est-à-dire dans des domiciles d'un genre tout à fait nouveau.

D'autre part, un appel est lancé en vue d'évaluer l'état des 2300 logements-foyers hébergeant 116000 personnes âgées et prendre une décision quant à leur adaptation ou rénovation éventuelles, ou transfert vers d'autres usages.

106 - Luc Broussy. Op. Cit.

107 - Ibid.

108 - Ibid.

La loi du 11 février 2005 a constitué en France un tournant décisif en matière d'accessibilité des lieux publics. Elle est censée assurer l'égalité des droits et la participation citoyenne des personnes handicapées. Ce qui est nouveau dans cette loi, c'est qu'elle élargit la notion d'accessibilité « à tous les types de handicaps (mental, sensoriel, psychique, cognitif, polyhandicap...) », et « à tous les domaines de la vie en société (cadre bâti, voirie, espaces publics, transports », ainsi qu'à tous les autres services publics et privés. Ce qui l'a convertie en une loi pour « l'accessibilité universelle ». Aussi son importance pour les personnes âgées est-elle considérable, et ce, du fait qu'elle concerne le logement, le quartier et la ville autant que les transports collectifs, les voiries et les espaces publics en général. D'ailleurs, s'il y a actuellement en France près de 850.000 handicapés moteurs, il y a aussi 1,5 de personnes âgées de 85 ans et plus. Du moment où l'on ne peut pas séparer l'accessibilité de l'adaptation, l'on ne peut, non plus, dissocier « handicap » et « vieillissement ». Aussi propose-t-on que les « commissions communales d'accessibilités aux personnes handicapées » élargissent leurs compétences en travaillant également sur l'adaptation de la ville, et ce, à la fois pour les personnes handicapées et les personnes âgées¹⁰⁹.

L'adaptation de la ville aux personnes âgées invite aussi à reposer la problématique des bancs publics. Une personne âgée a souvent besoin de se reposer en sortant de chez soi. Leur mobilité peut être entravée par l'absence de toilettes publiques, ainsi que par l'absence d'espaces verts de types divers et de sécurité dans l'environnement du quartier. Aussi est-il nécessaire de doter la ville d'une telle infrastructure.

D'ailleurs, le coût de non adaptation de la ville plaide en faveur de l'adaptation. Il suffit de rappeler, qu'en 2010, une proportion de 37% des piétons tués ont été des personnes âgées de plus de 75 ans, et 50% âgées de plus de 65 ans. Les facteurs explicatifs de ce phénomène se rapportent, certes, aux difficultés des personnes âgées à marcher, mais surtout aux conditions spatiales inappropriées de l'espace urbain, à savoir, l'étroitesse des trottoirs, délai court des feux du trafic, mobilier urbain inadapté, etc.¹¹⁰.

Le label « Ville amie des aînés » qui serait décerné aux villes ayant accompli des réalisations importantes dans l'adaptation de la ville, est perçu comme une démarche de nature à impulser les maires à progresser davantage dans ce sens. Toutefois, toute adaptation de la ville resterait inachevée sans adaptation des transports.

Le rapport entre le style de vie et la santé des personnes âgées fut également l'objet d'attention dans les rapports rédigés à l'adresse des pouvoirs publics. Le style de vie mené peut faire empirer leur état de santé, comme il peut prévenir des maladies telles que le cancer, la dépression, les maladies cardiovasculaires, le diabète, etc. Il y a tout un ensemble de facteurs qui sont susceptibles de se répercuter positivement sur

109 - Ibid.

110 - Ibid.

l'état de santé. L'on en cite, entre autres, l'exercice physique, la nutrition équilibrée, l'activité intellectuelle et les activités de loisirs. Le regard de la personne âgée sur soi et son image dans la perception sociale affecte également son état de santé¹¹¹.

Espagne

En Janvier 2011, 17,9% de la population espagnole avait plus de 65 ans, soit 7,9 millions de personnes. La croissance annuelle moyenne de cette catégorie de population est de 3%¹¹².

Lors de la même année, les personnes âgées de 80 ans et plus représentaient 5,2% du total de la population. A l'échéance 2031, les démographes estiment que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus serait de 26,3%, et celle de 80 ans et plus, de 8,3%. En 2051, l'on estime que les proportions respectives de ces deux dernières catégories d'âge seraient de 36,5% (soit plus de 15 millions de personnes) et de 15,3%¹¹³.

L'espérance de vie moyenne à la naissance a considérablement augmenté tout au long du XX^{ème} siècle. Entre 1900 et 2011, elle est passée de 34,8 ans à 82,3 années. Une différence notoire est enregistrée entre l'espérance de vie moyenne des femmes (85,21) et celle des hommes (79,3). Ce qui en fait l'une des moyennes les plus élevées d'Europe¹¹⁴.

Tel qu'on pouvait le prévoir, le taux d'incapacité croît à mesure que la personne vieillit. En franchissant le seuil des 80 ans, la moitié des Espagnoles commencent à avoir des problèmes pour réaliser leurs activités quotidiennes. Ces problèmes sont d'autant plus aigus dans les cas où les personnes concernées sont veuves et/ou analphabètes¹¹⁵. En plus, c'est dans les ménages autres que ceux où vivent des couples de personnes âgées, à savoir les ménages multigénérationnels ou unipersonnels, qu'il y a le plus de cas d'incapacité et de situations d'incapacité sévère.

Toutefois, il est à noter que pratiquement la totalité des personnes âgées perçoivent, directement ou indirectement, un soutien financier du système public des pensions. La plupart des pensions sont gérées par le Régime Général (6,4 millions), suivi en importance par le Régime Spécial des Travailleurs Autonomes (1,9 millions). Les pensions de retraite concernent 5,5 millions de personnes, dont 2,3 millions de pensions de veuvage. En novembre 2013, le nombre de pensions du système Général de la Sécurité Sociale a été arrêté au chiffre de 9,1 millions de personnes et la pension moyenne était de 861,1 Euros mensuels.

111 - André TRILLARD. Op. Cit.

112 - Montserrat Puig, Nuria Rodríguez Ávila, Maria Teresa Lluç Canut and Jaume Farras. *Lifestyle of the Elderly Receiving Home Care in Spain*, Gerontology & Geriatric Research, 2013, 2:2.

113 - Antonio Abellán García, Juan Vilches Fuentes, Rogelio Pujol Rodríguez. *Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). 2014.

114 - Ibid.

115 - Ibid.

Indéniablement, la situation économique des personnes âgées s'est beaucoup améliorée lors des dernières années. Pour ce qui concerne cette catégorie de la population, le taux de risque de pauvreté est inférieur de 12,2 points par rapport à la moyenne des Espagnols. Ajoutons aussi que 9/10 des personnes âgées sont propriétaires de leur domicile.

Tel que l'on pouvait s'y attendre, en 2011, le rapport au mariage différencie toujours les hommes et les femmes âgés. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 77,9% des hommes sont mariés, alors que seule une proportion de 47,3% de femmes le sont. Le veuvage concerne nettement plus de femmes que d'hommes et il augmente avec l'âge. Aussi est-il fréquent que ce soit l'épouse, suivie de sa fille, qui s'occupe de l'homme âgé, alors que pour ce qui concerne la femme âgée, c'est fondamentalement sa fille qui s'en occupe, suivie par d'autres proches et amis. En période de vieillesse, c'est le sexe féminin qui prédomine. A partir de 80 ans, il y a 76% plus de femmes que d'hommes.

La forme de cohabitation majoritaire parmi les hommes âgés de 65 ans et plus c'est le couple. Elle représente près de 48% des cas. Alors que parmi les femmes, c'est surtout la proportion de celles qui vivent seules qui croît le plus, au point de représenter le double de celui des hommes qui vivent seules¹¹⁶.

Plus de la moitié des séjours hospitaliers concernent les personnes âgées de 65 ans et plus. Elles sont hospitalisées pour cause de maladies circulatoires (21,4%), respiratoires (15,5%), digestives (9,9%) et cancer (12,4%). D'autres raisons d'hospitalisation se rapportent aux traumatismes, lésions, et maladies génito-urinaires¹¹⁷.

Le débat sur la dépendance en Espagne émerge durant la décennie 90, et ce, grâce à la mise en œuvre du Plan Gérontologique Etatique 1991-2000. L'accord-cadre signé entre les Ministères de la Santé et des Affaires Sociales en vue de faire bénéficier les personnes âgées de l'attention socio-sanitaire marque un tournant sur cette voie, ainsi que le commencement de l'implication de la communauté scientifique dans ce débat, puis postérieurement des administrations publiques et des partis politiques. La plupart des scientifiques de la Société Espagnole de Gériatrie et de Gérontologie (2000), le Conseil Etatique des personnes âgées, ainsi que le Défenseur du Peuple, tous ces acteurs revendiquèrent la prise d'initiatives à même de garantir les droits des personnes dépendantes.

C'est ainsi qu'en 2004, un Livre Blanc sur la Dépendance a été publié. L'on y décrit les dimensions multiples de la dépendance et les défis y afférents et on fait des propositions auquel une future loi sur la dépendance devrait répondre.

A la fin de 2005, un avant-projet de loi a été publié par le gouvernement socialiste. Il se proposait de promouvoir l'autonomie personnelle et l'attention aux personnes dépendantes. La loi future fait siennes les principes de l'universalité, de la gratuité, et de l'accès aux prestations dans l'égalité. Elle constitue le Système Nationale de

116 - Ibid.

117 - Ibid.

Dépendance en tant que réseau d'utilisation publique, mais incluant des services à la fois publics et privés. En novembre 2006, le Projet de Loi sur la Dépendance était déjà en phase finale d'approbation au Parlement.

Les politiques relatives aux personnes âgées dépendantes en Espagne tendent essentiellement à assurer la permanence des personnes âgées à domicile le plus longtemps possible et leur insertion au sein d'une famille. Elles visent également l'offre de soutien aux familles, et plus particulièrement, aux aidants-familiaux.

Tout au long des années 80, les politiques avaient privilégié la vie en institutions des personnes âgées dépendantes. Un fait qui conduisit à la construction de résidences à grande capacités d'accueil. Cependant, à la fin de cette même décennie un changement d'orientation s'est produit. En sorte que l'on a commencé à donner la priorité au maintien à domicile des personnes âgées et à faire assumer de nouveau à la famille la responsabilité des soins aux personnes âgées dépendantes. Dans ce cadre, on commença à signaler les bienfaits du maintien à domicile : la personne âgée est insérée dans son milieu « naturel », elle y bénéficie d'un traitement plus « humain », et en plus, c'est moins coûteux tant pour la personne âgée et sa famille que pour l'Etat.

Mais l'on ne signale pas moins les conditions du maintien à domicile. A ce niveau, on se propose de revoir l'habitabilité, l'accessibilité et l'adaptation du logement à la situation de dépendance. Des mesures d'aide ont été mises en œuvre. L'on se réfère aux soins sanitaires à domicile, à la réalisation de travaux ménagers, au soutien technique visant la promotion de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée, etc.

A l'objectif d'appuyer les familles ayant à leur charge une personne âgée dépendante, l'on a répondu par la mise en place de « centres de jour » où la personne âgée peut bénéficier de « soins sanitaires et sociaux, de séjours temporaires en résidences, et d'aides financières ». A cela s'ajoute l'établissement de normes législatives visant à réguler la conciliation de la vie professionnelle à la vie familiale. Des politiques ont été également élaborées en vue de faciliter l'insertion des personnes âgées dépendantes en d'autres cellules familiales. Toutefois, en dépit de tous ces efforts, ces politiques ont été perçues comme insuffisantes et ne répondant que partiellement aux besoins exprimés.

Dans les cas où le maintien des personnes âgées dépendantes s'est avéré difficile ou pas possible, l'Etat a développé des politiques visant à multiplier des structures alternatives au domicile, à savoir les logements partagés, les logements sous tutelle et les résidences. Les logements partagés abritent des groupes réduits de personnes âgées originaires de la même communauté. Si ces logements ont l'avantage de maintenir les personnes âgées dans leur localité, elles ont, en contrepartie, des désavantages : il y a le risque que la personne âgée perde son intimité et que des frictions et problèmes dus à la cohabitation se produisent entre les personnes âgées. Non moins contraignant est le fait que la personne âgée peut difficilement compter, en cas de besoin d'assistance, sur les autres personnes partageant avec lui le logement.

Etant elles-mêmes en situation de dépendance et de limitation physique, elles ne sont souvent pas en mesure de lui apporter les soins dont elle aurait éventuellement besoin.

En n'impliquant pas nécessairement le partage d'un même espace physique, les logements sous tutelle peuvent constituer une alternative. Ils ont, eux aussi, l'avantage d'être localisés dans la même communauté d'où les personnes âgées dépendantes sont originaires. Un fait qui leur permet de continuer à entretenir leurs liens familiaux et d'amitié.

Parfois, les conditions où se trouve tant la personne âgée dépendante que sa famille, ne laisse point d'autre alternative que celle du transfert à une résidence. Or, celle-ci restreint l'autonomie et la liberté de la personne âgée. Dans une résidence, il y a un règlement interne à suivre concernant les horaires et le rythme de déroulement des différentes activités quotidiennes. Ce qui sépare la personne âgée de son milieu habituel. Il est à signaler aussi que l'offre de place en résidences est bien inférieure à la demande. Ce qui se traduit par l'exclusion d'une proportion importante de personnes âgées de pouvoir bénéficier de cette alternative.

L'option du placement familial a été également envisagée comme une option possible et adaptée à certains milieux sociaux en Espagne, notamment en zones rurales où font défaut les structures sociales signalées plus haut. Tout en ayant l'avantage de contrecarrer la solitude des personnes âgées et d'améliorer les revenus des familles d'accueil, elle demeure, néanmoins, perçue comme une option minoritaire et non généralisable.

Les politiques tendant à soutenir les aidants informels et les familles ayant la charge de personnes âgées dépendantes se sont traduites par la prise des mesures suivantes :

- Soutien par aides fiscales et exonérations ;
- Aide sous forme de repos, notamment par la mise en place de centres de jour et de séjours temporaires ;
- Aide psychologique et formative ;
- Réduction de la journée de travail et octroi de permis spéciaux ;
- Mesures en faveur de la conciliation de la vie familiale et professionnelle. La loi de la Conciliation de la Vie Professionnelle et Familiale fait référence aux droits du travailleur à s'occuper d'un membre de la famille en situation de dépendance.

Toutefois, en dépit du fait que les politiques sociales sont basées sur la famille, les mesures prises en sa faveur sont toujours insuffisantes, notamment en matière de soutien aux aidants familiaux. Les changements familiaux résultant, entre autres, de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'insertion croissante des femmes dans le marché de l'emploi, ne sont pas pris en compte dans les lois qui responsabilisent

la famille des soins à assurer aux personnes âgées. En outre, les dégrèvements fiscaux ne concernent que les aidants-familiaux qui cohabitent avec la personne âgée dépendante, ce qui exclut plus du tiers des familles (37,5%) offrant des soins à distance.

Le fait que la tâche d'apporter des soins aux personnes âgées dépendantes incombe fondamentalement aux femmes, induit une « distribution inégale et discriminatoire des ressources économiques et des responsabilités entre les hommes et les femmes ». L'on estime que les femmes Espagnoles « ne peuvent choisir entre offrir des soins ou ne pas les offrir, entre travailler ou non, ni non plus exprimer si elles sont disposées ou non à assumer les deux tâches à la fois ».

Par ailleurs, le travail d'apport des soins est perçu comme beaucoup moins intéressant, pour l'aidant familial, que le travail productif. Il est dépourvu de créativité, de promotion des relations sociales, de développement personnel et de rémunération économique. Il n'a pas, non plus, d'horaire bien défini puisque sa durée peut s'étendre à longueur des 24 heures.

Annexe 2 : Liste des membres de la Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité

Liste des membres de la Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité

Catégorie des Experts
Ben seddik Fouad
Hajbouha Zoubeir
Himmich Hakima
Lamrani Amina
Rachdi Abdelmaksoud
Catégorie des Syndicats
Bahanniss Ahmed
Bensaghir Mohammed
Chanaoui Mostafa
Dahmani Mohamed
El Moatassim Jamaâ.
Essaïdi Mohamed Abdessadek
Hansali Lahcen
Kandila Abderrahmane
Khlaifa Mustapha

Catégorie des Organisations et Associations Professionnelles

Benhamida Bouchaïb

Bensalah Mohamed Hassan

Bessa Abdelhai

Boulahcen Mohamed

Ouayach Ahmed

Catégorie des Organisation et Associations œuvrant dans les domaines de l'économie sociale et de l'activité associative

Abdelmoumni Abdelmoula

Abderrahmane Zahi

Berbich Laila

Chouaib Jaouad

Elkhadiri Mohamed

Zaoui Zahra

Catégorie Membres de Droits

Adnane Abdelaziz

Cheddadi Khalid

Hazim Jilali

Annexe 3 : Liste des acteurs auditionnés

Liste des acteurs auditionnés

Institution/Acteurs	Responsables
Auditions	
Départements ministériels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Haut-Commissariat au Plan 2. Ministère de la Santé 3. Ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social 4. Ministère de l'Habitat, de l'urbanisme et de la politique de la ville 5. Ministère de l'Emploi et des affaires sociales 6. Ministère de l'Équipement et des Transports 7. Ministère de l'Intérieur/DGCJ 8. Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) 9. Ministère de l'Économie et des Finances 10. Ministère Chargé des Marocains Résidant à l'Étranger et de la migration
Personnes ressources	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dr Jamal Khalil : professeur de sociologie à l'Université Hassan II Aïn Chock Casablanca 2. M. Omar Samaoli, Enseignant chercheur dans le domaine de la vieillesse et de l'immigration, Paris/France 3. Madame Mouna Maamar, Professeur en Gériatrie, Hôpital Avicenne - Rabat
Ateliers	
Associations œuvrant dans le domaine de la protection sociale	10 associations représentant les différentes régions
Syndicats	Représentants des 5 principaux syndicats

Annexe 4 : Références bibliographiques

Références bibliographiques

- Antonio Abellán García, Juan Vilches Fuentes, Rogelio Pujol Rodríguez. Un perfil de las personas mayores en España, Indicadores estadísticos básicos, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). 2014.
- A Country Report (Malaysia). Social Welfare Policies and Services for the Elderly, The 5th ASEAN & Japan High Level Officials Meeting on Caring Societies, 27 – 30 August 2007, Tokyo.
- Assemblée Nationale, n°1214, Rapport d'Information sur les Immigrés Agés, France, Juillet 2013.
- Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud. Arquitectura, vejez y calidad de vida. Satisfacción residencial y bienestar social, Journal of Behavior, Health & Social Issues, Vol. 2, Num. 2, México, 2010.
- Attias-Donfut, Claudine et Tessier, Philippe. Santé et vieillissement des immigrés, retraite et société, n°46 pp.89-129,2005, CAIRN : <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2005-3>.
- Belhadj, Sawsen ; Essamet, Kacem; LABIDI, Lassaad. Intervention sociale et développement : quelles références pour quelles pratiques ? 3^{ème} Congrès de l'AFRIS, Hammamet 21-24 Avril 2009.
- Ben Brahim, Ali. Transition des structures par âge et vieillissement en Tunisie, SEMINAIRES du CICRED, sans date.
- BROUSSY, Luc. Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Janvier 2013.
- Carbonnelle, Sylvie. La Vieillesse des MRE en Belgique : émergence d'une problématique, Actes du séminaire organisé par la Fondation Hassan II pour les MRE, 21-22 Juin 2007, Rabat.
- Centre de ressources politiques de la ville en Essonne, avec l'appui scientifique de Smain Laacher. Femme Immigrée : l'entrée dans la vieillesse, étude sur le vieillissement des femmes immigrées dans les quartiers, In politique de la ville, Mars 2014.
- Centre de ressources politiques de la ville en Essonne, avec l'appui scientifique de Smain Laacher. Femme Immigrée : l'entrée dans la vieillesse, étude sur le vieillissement des femmes immigrées dans les quartiers, In politique de la ville, Mars 2014.

- CERED. Genre et développement : aspects socio-démographiques et culturels de la différenciation sexuelle, Ministère de la Prévision Economique et du Plan, Rabat, 1998.
- Cherkaoui, Mounia. Vieillesse, transition démographique, et crise des systèmes de retraite : cas du Maroc. Novembre 2009, <http://webcom.upmf-grenoble.fr/edden/spip/IMG/pdf/These-Cherkaoui-Mounia.pdf>
- CNSS. <http://www.cnss.ma/fr/content/pension-de-survivants>
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Diagnostico Sociodemografico de los Adultos Mayores Indigenas de México, Mexico, 2006.
- Cour des comptes. Rapport sur le Système de retraite au Maroc : Diagnostic et propositions de réformes, Juillet 2013. http://www.courdescomptes.ma/upload/MoDUle_20/File_20_73.pdf
- Dahir n°1-06-154 du 30 chaoual 1427 (22 novembre 2006) portant promulgation de la loi n° 14-05, Marrakech, BULLETIN OFFICIEL N° 5480 – 15 KAADA (7/12/2006).
- http://www.social.gov.ma/MdsfsFichiers/pdf/loi_14-05.pdf
- Dahir N° 1-89-228 du premier jourmada II 1410 (30 décembre 1989), Loi de Finances N° 37-89.
- Daoud, Zakya. La diaspora marocaine en Europe, La Croisée des Chemins, Casablanca, 2011.
- Sylvie Carbonnelle, la Vieillesse des MRE en Belgique : émergence d'une problématique, Actes du séminaire organisé par la Fondation Hassan II pour les MRE, 21-22 Juin 2007, Rabat.
- Department of Social Welfare, Malaysia. Active Ageing in Malaysia, Tokyo, July 19, 2013.
- Direction de la planification et de l'équipement. Ministère de l'Intérieur, Rabat. 2015.
- Dupuis, Jean-Marc ; El Moudden, Claire et al. L'impact des systèmes de retraite sur le niveau de vie des personnes âgées au Maghreb, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE, N° 441-442, 2011.
- El Anzoule, Abdelmajid et Benohoud, Soufiane. « Vers une nucléarisation des ménages marocains : Caractéristiques et variations spatiales à travers le RGPH de 2004 », Les Cahiers du Plan, n° 32, novembre-décembre, HCP, Rabat, 2010.
- El Mekkaoui, Najat & Equipe du Conseil national des droits de l'Homme. La protection des droits de l'Homme des personnes âgées au Maroc : Etat des lieux de la situation des personnes âgées bénéficiaires des centres de protection sociale, CNDH, sans date.

- Fassi Fihri, Mohamed. Quels aspects de fragilisation sociodémographique et économique ? Document présenté au CESE, 14 Mai 2014.
- HCP. L'Enquête nationale démographique à passages répétés 2009-2010.
- HCP. Enquête nationale sur l'emploi, 2006.
- HCP. Enquête nationale démographique, CERED, Rabat, 2006.
- HCP. Vieillesse de la population marocaine : Effets sur la situation financière du système de retraite et sur l'évolution macroéconomique (synthèse), décembre 2012.
- <http://www.cmr.gov.ma/wps/portal/>
- <http://www.cmr.gov.ma/wps/portal>
- Instituto Nacional de la Personas adultas mayores. Por una cultura del envejecimiento, Mexico, 2010.
- International Council on Social Welfare. Strengthening Family Institution: Caring for the Elderly, Prepared for the 5th ASEAN GO-NGO Forum, November 2010.
- Maaroufi, Abdellatif. Vieillesse et accès aux droits des MRE aux Pays-Bas, Colloque organisé par la Fondation Hassan II des MRE : Marocains Résidant à l'Etranger : le Troisième Age, 2006.
- Ministère Chargé des Marocains Résidents à l'Etranger et des Affaires de la Migration. Les MRE personnes âgées : situation et perspectives, Audition au CESE, 24 septembre, 2014.
- Ministère de la Santé. Projets « AMO » et « RAMEF », (Note de synthèse), document interne, octobre 2000.
- Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social. Les institutions de protection sociale _Rapport général (en arabe), Décembre, 2013.
- Montserrat Puig, Nuria Rodríguez Ávila, Maria Teresa Lluch Canut and Jaume Farras. Lifestyle of the Elderly Receiving Home Care in Spain, Gerontology & Geriatric Research, 2013.
- Montorio Cerrato, Ignacio. Intervenciones psicologicas en la prevencion y atencion a la dependencia, Intervencion Psicosocial. 2007. vol. 16 n°1.
- Ong Fon Sim, Ageing In Malaysia: National Policy and Future Direction, Faculty of Business and Accountancy, University of Malaya, Kuala Lumpur, Mai, 2001.
- RésO Villes, centre de ressources politiques de la ville Bretagne Pays-de-la-Loire, le vieillissement des populations immigrées, Nantes, Mars 2014.

- Rubio, Gloria M.; Francisco Garfias. Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México, CEPAL, División de Desarrollo Social Santiago de Chile, mayo de 2010.
- Samaoli, Omar. Présentation faite au siège du CESE sur « Les personnes âgées en situation migratoire _ Le cas des immigrés Marocains en France », 15 Avril, 2015.
- Sim, O. F. and T. A. Hamid. In: Asher, M. G., S. Oum and F. Parulian (eds.), Social Protection in East Asia, Current State and Challenges. ERIA Research Project Report, 2009-9, Jakarta : ERIA.
- Sources Eurostat 2010, cité in : Anne-Carole Bensadon, Enquête « Isolement et Vie relationnelle », Rapport général, Septembre 2006.
- TRILLARD, André. Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées, Juin 2011.
- Yaacoubd, Abdel-Ilah. Personnes âgées et processus de vieillissement de la population âgée au Maroc, Fonds des Nations Unies pour la Population, présentation réalisée dans le cadre des auditions du CESE, 2014.