



Alors qu'ils sont encore relativement «jeunes», les pays du Sud vont vivre une véritable métamorphose démographique dans les prochaines décennies, avec un vieillissement démographique rapide et/ou une gérontocroissance très importante. Ces pays en mutation démographique sont pour la plupart également des pays où la famille et le marché du travail se transforment et où la protection sociale des personnes âgées est souvent limitée et surtout très inégale. Aujourd'hui dans de nombreux pays du Sud, ce sont principalement les familles qui prennent en charge les situations de dépendance dans la vieillesse, phase du cycle de vie au cours de laquelle surviennent, selon des calendriers et des rythmes différenciés, une décroissance de l'activité et des besoins nouveaux en matière de santé. Tout en soulignant les réalités plurielles de la vieillesse dans les Suds, l'objet de ce numéro des Impromptus est d'interroger, dans une perspective comparative, la diversité des modes de soutien aux aînés, de la famille à l'État, dans quatre régions du monde : l'Afrique sub-saharienne, l'Amérique du Sud, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient.



#04

LES IMPROMPTUS
DU LPED

POLITIQUES PUBLIQUES ET VIEILLESSES DANS LES SUDS

Les impromptus du LPED

Politiques publiques et vieillesse dans les Suds

Éditeurs scientifiques

Valérie Golaz et Muriel Sajoux

Éléments de catalogage

Golaz V., Sajoux M. 2018

Politiques publiques et vieillesse dans les Suds

Les Impromptus du LPED n°4

Laboratoire Population-Environnement-Développement,
UMR 151 (AMU – IRD), Marseille, 347 p.

ISBN : 979-10-96763-06-1

Creative Commons - BY - NC - SA

www.lped.fr

Réalisation graphique

Laetitia Cordier
Julien Vergeot

Illustration de couverture

Agence « La bas voyage » Marseille
Margot Clavières

Photo de couverture

Valérie Golaz

Remerciements

Les auteurs remercient les évaluateurs anonymes et le comité éditorial des éditions de l'Ined pour leur travail approfondi sur une première version de cet ouvrage ainsi que le comité éditorial des Impromptus.

Nous remercions l'UMR 7324 CITERES (Cités Territoires Environnement et Sociétés) et le LPED pour leur soutien à l'impression de l'ouvrage.



Hommage

Les auteurs et éditeurs souhaitent souligner l'engagement de Nicole Chapuis-Lucciani et le soutien qu'elle leur a apporté. Nous garderons à tout jamais en mémoire la qualité des échanges que nous avons eus avec elle, tant sur le plan scientifique que sur le plan humain. Le fruit de son travail reste vivant grâce à cette publication.

10 Introduction

Le vieillissement à venir dans la diversité des Suds, de multiples défis pour les familles et les États
(Valérie GOLAZ et Muriel SAJOUX)

24

PREMIÈRE PARTIE RÉALITÉS PLURIELLES DE LA VIEILLESSE DANS LES SUDS

- I La coexistence des générations dans les pays du Sud : des situations très contrastées (Sophie PENNEC et Joëlle GAYMU) _____ 26
- II La vulnérabilité des personnes âgées au sein des ménages en Ouganda et au Sénégal (Valérie GOLAZ et Philippe ANTOINE) _____ 40
 - Note sur les conditions de vie des personnes âgées en Egypte (Aurora ANGELI et Camilla ALBERANI) _____ 66
- III Profil socio-économique des personnes âgées en République Démocratique du Congo (Maryse GAIMARD) _____ 76
- IV Vieilles et vieux face au VIH en Afrique de l'Ouest. L'exemple du Burkina Faso (Anne ATTANÉ et Ramatou OUEDRAOGO) _____ 100

124

DEUXIÈME PARTIE DES MODALITÉS DE SOUTIEN AUX AÎNÉS EN QUESTION

- V Déclinaisons multiples du soutien aux aînés au Sénégal (Abdou KA, Fatoumata HANE et Nicole CHAPUIS-LUCCIANI) _____ 126
- VI Politiques sociales, vieillesse et vulnérabilité au Maroc. Dispositifs actuels et transformations en cours (Mohammed AMAR et Muriel SAJOUX) _____ 144
- VII Structures d'accueil pour personnes âgées en Algérie et dispositifs de soutien aux aînés démunis (Karima BOUAZIZ) _____ 170
- VIII Prise en charge institutionnelle des personnes âgées vulnérables en Tunisie (Lassaad LABIDI) _____ 194
 - Note sur les Institutions de Long Séjour au Brésil : vers l'émergence d'un marché ? (Lucas GRAEFF) _____ 218

228

TROISIÈME PARTIE SYSTÈMES DE RETRAITE DANS LES SUDS : ENJEUX ET DÉFIS

- IX Les régimes de prévoyance sociale au Burkina Faso, Sénégal et Togo : consolidation budgétaire, extension de la couverture et intégration régionale (Tom BRIAUD) _____ 230
 - Note sur les systèmes de retraite au Cameroun (Marcel NKOMA) _____ 252
- X Les systèmes de retraite en Iran face au défi du vieillissement à venir (Marie LADIER-FOULADI) _____ 264
- XI Entre contraintes financières et idéaux politiques : une histoire des retraites en Argentine (Roxana ELETA DE FILIPPIS) _____ 286
- XII Le système de retraite algérien à la croisée des chemins (Claire EL MOUDDEN, Nacer-Eddine HAMMOUDA) _____ 308
- XIII Cap Vert : vers une pension de vieillesse universelle ? (Cécile LEFÈVRE) _____ 332

Introduction

Le vieillissement à venir dans la diversité des Suds, de multiples défis pour les familles et les États

Valérie Golaz

Institut national d'études démographiques
UMR 151 LPED
Aix-Marseille Université-IRD
valerie.golaz@ined.fr

Muriel Sajoux

Université de Tours
UMR 7324 CITERES Université François Rabelais de Tours – CNRS
muriel.sajoux@univ-tours.fr

Pays du Sud

Vieillesse

Gérontocroissance

Développement

Dépendance

Politiques publiques

Solidarités familiales

Dans les pays du Sud, ce sont principalement les familles qui prennent en charge les situations de dépendance dans la vieillesse, phase du cycle de vie au cours de laquelle surviennent, selon des calendriers et des rythmes différenciés, une décroissance de l'activité et des besoins nouveaux en matière de santé. L'objet de cet ouvrage est d'interroger, dans une perspective comparative, la diversité des modes de soutien aux aînés tout en mettant en relief deux dimensions clés en matière de politiques publiques ayant un lien étroit avec les conditions de vie des aînés et de leur famille : les systèmes de retraite et les dispositifs de prise en charge institutionnelle et d'accès aux soins des personnes âgées. La confrontation des expériences permet d'identifier les points de convergence et les points de divergence des situations rencontrées dans quatre régions du monde : l'Afrique sub-saharienne, l'Amérique du Sud, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient.

In the global South, support in old age is usually a family matter. A decrease in activity and new health needs arise at different rhythms and times in the life cycle. The aim of this book is to question in a comparative perspective the current state of family solidarities and two key dimensions in terms of public policies in close relation to the living conditions of older persons and their families : pension systems on the one hand and institutional and health care systems for older persons on the other hand. Confronting experiences leads to identifying converging and diverging trends in four regions of the World : Sub-saharan Africa, South America, North Africa and the Middle-East.

Introduction

Alors qu'ils sont encore considérés, et à juste titre pour le moment, comme des pays « jeunes », les pays du Sud vont vivre une véritable métamorphose démographique dans les prochaines décennies. Ils connaîtront en effet, dans des délais bien plus courts que cela n'a été le cas dans les pays du Nord, un vieillissement démographique de grande ampleur (Pison, 2009 ; Golaz et al., 2012). La part des 60 ans et plus devrait en effet doubler en 20 à 30 ans dans les pays du Sud,

alors que ce doublement a mis plus de cent ans en France par exemple. Ces pays en mutation démographique sont pour la plupart également des pays où la famille et le marché du travail se transforment. De la même manière que dans les pays développés (Véron et al., 2004), l'accroissement du nombre de personnes âgées et les transformations des solidarités publiques et privées interagissent avec ces changements économiques et sociaux.

Famille de Kokoulo, Guinée, 2000. © IRD Luc Ferry



I. Le vieillissement de la population, de multiples défis pour les Suds ?

Dans les pays du Sud, les solidarités privées, et en premier lieu les solidarités familiales, sont actuellement très fortement mobilisées par la prise en charge des dépendants, enfants à héberger et scolariser, jeunes en mal d'emploi, personnes atteintes d'une incapacité... En dehors de quelques régions du monde où des programmes de protection sociale relativement développés sont déjà en place (Amérique Latine, Afrique Australe entre autres), ce sont principalement les familles qui prennent en charge les situations de dépendance dans la vieillesse, phase du cycle de vie au cours de laquelle surviennent, selon des calendriers et des rythmes différenciés, une décroissance de l'activité - et donc des revenus du travail -, et des besoins nouveaux en matière de santé (Antoine et Golaz, 2010). Selon la structure démographique de la population des pays, et leur stade d'avancement dans le processus de transition démographique, les situations varient. Si certains pays traversent une période relativement favorable à cet égard, avec une population d'âge actif relativement importante au regard de celle des enfants et des personnes âgées, du fait d'une baisse récente de la fécondité, ce n'est pas le cas de tous. Certains, particulièrement en Afrique Centrale et de l'Ouest, conservent des indices synthétiques de fécondité supérieurs à cinq enfants par femme, conférant aux plus jeunes un poids démographique et social important. Dans d'autres le vieillissement est d'ores et déjà amorcé, comme les pays du Maghreb et du Moyen Orient dans lesquels la fécondité a chuté très rapidement à partir des années 1980 (Fargues, 1988 ; Vallin et al., 2012 ; Abbasi-Shavazi, 2001). La Chine sera quant à elle confrontée à un vieillissement accéléré en grande partie induit par les conséquences de la politique antinataliste qui y a été promue jusqu'à une période récente (Peng, 2013 ; Attané,

2016a). Ce vieillissement rapide sera également alimenté dans les décennies à venir par l'arrivée à l'âge de 60 ans des générations nombreuses nées entre les années 1960 et 1990 (Attané, 2016b).

La structure de l'emploi et les aspirations de jeunes actifs beaucoup plus instruits que leurs parents conduisent également de nombreuses personnes d'âge actif à migrer, vers les villes comme vers des pôles d'emploi ruraux (grandes exploitations agricoles, zones minières...), entraînant une déstructuration des systèmes de soutien locaux. Même s'il y a, dans ces contextes migratoires, séparation physique entre les aînés et leurs descendants, absence d'une partie du réseau familial, cela ne signifie pas pour autant qu'un soutien monétaire ne soit pas apporté (Lessault et al., 2011). Néanmoins, la question de la prise en charge de proximité, du 'care' apporté à la personne, est un enjeu tout aussi important pour son bien-être. Les études soulignent à ce sujet la position relativement favorisée des hommes, souvent accompagnés par une conjointe voire plusieurs dans les contextes où la polygamie reste largement pratiquée (Ba Gning et Antoine, 2015). Elles révèlent également les limites d'une prise en charge familiale dans des contextes de tension (Lecestre-Rollier, 2015), comme cela peut être le cas entre belle-mère et bru, alors même que la prise en charge revient souvent à cette dernière dans des sociétés patrilinéaires où ce sont certains fils qui sont restés spatialement proches de leurs parents.

Dans la plupart des pays du Sud, il est aujourd'hui question d'une part d'améliorer les performances et l'accessibilité des systèmes de retraites et de santé publique et d'autre part de mettre en place - lorsqu'il n'existe pas déjà - un filet social à l'égard des plus démunis, dont une proportion

II. Des réalités socio-économiques et démographiques très diverses

importante des personnes âgées fait partie. Ces transformations en cours sont dans certains cas nouvelles, comme par exemple dans une grande partie du continent africain, dans d'autres s'inscrivent à la suite des remises en causes de la protection sociale déjà en place, dans le cadre des réformes néo-libérales des années 1980-1990, comme par exemple en Amérique Latine (Polet, 2014). Depuis la déclaration de Madrid de 2002 et dans le cadre de politiques de réduction de la pauvreté (c'était le cas dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement de 2000, c'est le cas également dans les Objectifs pour un Développement Durable de 2015), combattre l'extrême pauvreté est un objectif central. Pour les personnes âgées, cela revient à développer l'accès aux soins de santé et l'offre en la matière ainsi qu'à étendre la couverture des systèmes de retraite en place, parfois extrêmement limitée, par exemple en attribuant une pension non contributive aux personnes âgées, soit dans leur ensemble, soit uniquement à celles qui répondent à certains critères (la politique peut être ciblée, elle peut être conditionnelle). La pression internationale, que ce soit du point de vue d'une économie globalisée ou de celui de la course aux indicateurs positifs, conduit les États « bons élèves » à privilégier un développement économique inégalitaire (Lautier, 2001). Une grande partie de la population évolue encore dans le secteur informel (Hugon, 2014). La protection sociale demeure un point faible de ces trajectoires que des indicateurs macro comme le PIB par exemple permettent de qualifier d' « ascendantes » alors même qu'elles contribuent directement à l'apparition de situations de grande vulnérabilité dans la vieillesse.

De manière plus générale, la multiplicité des réalités socio-économiques et démographiques abordées dans cet ouvrage apparaît à travers l'éventail des valeurs prises par différents indicateurs (Tableau 1).

Tableau 1 – Diversité des contextes socio-économiques et démographiques

Pays	IDH (2015)		Global Age Watch Index		Espérance de vie (en années) 2010-2015		Part relative des 60 ans et plus (en %)		Part relative des 80 ans et plus (en %)		Coefficient de gérontocroissance* 2015-2050	
	Rang	Valeur	Rang	Valeur	A la naissance	A 60 ans	2015	2050	2015	2050	60 ans et plus	80 ans et plus
Argentine	45	0,827	31	57,6	76	21,4	15,1	23,5	2,7	5	2	2,3
Iran	69	0,774	n.d.	n.d.	75,1	19,4	8,2	32,1	0,9	4,4	4,6	5,6
Brésil	79	0,754	56	46,2	74,7	21,7	11,9	29,6	1,6	6,8	2,8	4,9
Algérie	83	0,745	n.d.	n.d.	75,3	21,5	8,9	23	1,1	3,9	3,7	4,9
Tunisie	97	0,725	n.d.	n.d.	74,6	19,5	11,7	26,5	1,6	5,1	2,8	4
Egypte	111	0,691	n.d.	n.d.	70,8	17,3	7,7	15,4	0,8	1,8	3,3	3,8
Cap-Vert	122	0,648	n.d.	n.d.	72,1	18,4	6,7	18,2	1,2	2,4	3,7	2,7
Maroc	123	0,647	84	29,3	74,9	20,2	10	24	1	4,5	3,2	5,6
Cameroun	153	0,518	n.d.	n.d.	56,4	16,7	4,8	8	0,4	0,7	3,6	3,4
Sénégal	162	0,494	n.d.	n.d.	65,7	16,6	4,7	8,3	0,3	0,7	4	4,5
Ouganda	163	0,493	88	23,1	58,6	17,2	3,3	5,8	0,3	0,5	4,6	3,8
Togo	166	0,487	n.d.	n.d.	59,1	15,1	4,5	8,1	0,2	0,5	3,7	4,2
RDC	176	0,435	n.d.	n.d.	58,1	16,6	4,7	6,4	0,4	0,6	3,6	4,5
Burkina Faso	185	0,402	n.d.	n.d.	58,7	15,3	3,8	6,5	0,2	0,4	4	4,3

Sources : UNDP, 2016 ; HelpAge, 2015 ; UN, 2017, scénario médian.

* Coefficient par lequel devraient être multipliés les effectifs de personnes de 60 ans et plus, ou de 80 ans et plus, entre 2015 et 2050.
 Note : Les couleurs correspondent au degré de développement humain selon l'IDH (faible, moyen, élevé, très élevé). L'utilisation de données standardisées permet ici de comparer la situation des pays documentés dans cet ouvrage. Néanmoins, l'Indice de Développement Humain (IDH), les données de population des Nations Unies et les indicateurs qui en sont dérivés ont des limites bien connues. Ainsi l'IDH repose sur un choix particulier et limité d'indicateurs. Sa composante monétaire est construite depuis 2010 à partir du revenu national brut par habitant en parité de pouvoir d'achat, or la validité des mesures du revenu national brut est fortement contestée (Jerven, 2013). De même, les projections de population à l'horizon 2050, même dans le scénario médian, reposent sur des estimations de la situation actuelle et sur de nombreuses hypothèses supplémentaires et sont susceptibles d'être révisées (Schoumaker, 2000). De plus, la structure par âge, sur laquelle nous devons nous appuyer pour estimer la part des âgés et des très âgés dans la population, est sensible aux problèmes de déclaration d'âge, fréquents en particulier en Afrique, et connaît donc elle-même des marges d'erreur relativement importantes (Randall et al., 2015). Le choix de données internationales standardisées est donc ici un choix contraint qui n'a pas pour vocation une analyse approfondie de la situation de chaque pays, mais nous permet néanmoins d'aborder les différences existantes ou futures entre pays.

En matière de développement humain, les pays dont la situation est abordée dans cet ouvrage présentent une grande hétérogénéité. Sur 188 pays classés pour l'année 2015 (UNDP, 2016), l'Argentine se situe au 45ème rang et figure dans le dernier cinquième du groupe des pays à développement humain très élevé. L'Iran, le Brésil, l'Algérie et la Tunisie appartiennent pour leur part au groupe des pays à développement humain élevé, l'Egypte, le Cap-Vert et le Maroc au groupe des pays à développement humain moyen. Enfin, les trois d'Afrique de l'Ouest (Sénégal, Togo, Burkina Faso), le pays d'Afrique Orientale (Ouganda) et les deux pays d'Afrique centrale (Cameroun et République Démocratique du Congo (RDC)) auxquels sont consacrés différents chapitres appartiennent quant à eux au groupe des pays à faible développement humain, le Burkina Faso figurant dans les 4 derniers pays du classement.

L'indice Global Age Watch (HelpAge, 2015) permet dans une certaine mesure de rendre compte du bien-être économique et social des personnes âgées¹. En raison du manque de données comparables, cet indicateur n'est disponible que pour 5 des 15 pays faisant l'objet d'études présentées dans cet ouvrage. Sur 96 pays classés en 2015, l'Argentine se situe en fin de premier tiers du classement, le Brésil en début de deuxième moitié, le Maroc et l'Ouganda dans le dernier cinquième du classement. On retrouve ainsi là encore une grande diversité de situations. En matière d'espérance de vie, les contrastes entre les pays étudiés dans cet ouvrage sont particulièrement marqués (UN, 2017). L'espérance de vie à la naissance apparaît

ainsi la plus élevée en Argentine (76 ans) ; le niveau le plus bas concerne le Cameroun où elle est de près de 20 ans inférieure (56,4 ans). Quant à l'écart maximal d'espérance de vie à 60 ans, il est de 6,6 ans, cette dernière s'élevant à 21,7 ans au Brésil et à 15,1 ans au Togo.

Lorsque l'on observe l'évolution attendue, entre 2015 et 2050, de la part des 60 ans et plus dans la population totale de chaque pays, 2 d'entre eux, le Brésil et la Tunisie, présentent une part relative d'aînés proche de 12 % en 2015 qui devrait bien plus que doubler d'ici 2050 pour atteindre respectivement 29,6 et 26,5 %. L'Argentine compte pour sa part un peu plus de 15 % de plus de 60 ans au sein de sa population en 2015. Elle devrait compter en 2050 près d'un quart de plus de 60 ans dans sa population en 2050, soit à peu près la proportion que connaît la France aujourd'hui. L'Algérie et le Maroc comptent respectivement 8,9 et 10 % de plus de 60 ans au sein de leur population en 2015, cette proportion devant atteindre, comme en Argentine, près du quart de leur population en 2050. L'Egypte et l'Iran présentent quant à eux une proportion d'aînés proche de 8 % en 2015 mais devraient connaître des évolutions d'ampleur différente d'ici 2050 : si cette proportion devrait doubler en Egypte, elle devrait en revanche presque quadrupler en Iran pour atteindre près du tiers de la population de ce pays. Quant aux pays d'Afrique sub-saharienne (hormis le Cap-Vert, dont la réalité démographique est spécifique) abordés dans cet ouvrage, la part relative des 60 ans et plus y est comprise entre 3,3 et 4,8 % en 2015 et devrait être comprise entre 5,8 et 8,3 % en 2050. Cette augmentation de la part relative des aînés peut paraître relativement

modeste comparativement aux évolutions attendues citées précédemment. Mais de manière concomitante, ces pays devraient, du fait d'une croissance démographique soutenue, connaître une forte croissance du nombre des aînés : celui-ci devrait quasiment y quadrupler en 35 ans seulement. Cette gérontocroissance est également très marquée au niveau des « grands aînés » âgés de 80 ans et plus dont l'effectif devrait aller jusqu'à être multiplié par 4,5 au Sénégal et en RDC. Il s'agit là de pays présentant actuellement des niveaux de développement humain parmi les plus bas. C'est donc avec une acuité particulièrement forte que se pose pour ces pays d'Afrique sub-saharienne la question des possibilités d'adaptation de leurs sociétés à la forte augmentation à venir du nombre des personnes âgées et « très »

âgées. Le Cap-Vert devrait quant à lui voir sa population de 60 ans et plus presque quadrupler et celle de ses 80 ans et plus quasiment tripler. Quant à l'Iran, il présente les coefficients de gérontocroissance les plus élevés parmi les pays ici étudiés : 4,5 pour les 60 ans et plus et 5,6 pour les 80 ans et plus, soit un niveau plus élevé que les coefficients calculés sur la base des précédentes projections des Nations Unies (respectivement 4,4 et 4,8). Quant aux autres pays dont il est question dans cet ouvrage, ils devraient connaître, sur la période 2015-2050, un coefficient de gérontocroissance des 60 ans et plus compris entre 2 (pour l'Argentine) et 3,7 (pour l'Algérie) ; ce coefficient pour les 80 ans et plus devrait pour sa part être compris entre 2,3 (toujours pour l'Argentine) et 5,6 (pour le Maroc).

¹ Le calcul de cet indice se fonde sur 13 indicateurs différents relatifs à quatre domaines clés pour lesquels des données comparables au niveau international sont disponibles : sécurité des revenus, état de santé, éducation et emploi en tant que reflets des capacités individuelles, environnement favorable (HelpAge International, 2014). Les valeurs indiquent si le pays considéré est proche de la valeur idéale et quelles sont les différences entre les pays. Par exemple, l'indice global de valeur de la Tunisie (46,2) signifie que le bien-être des personnes âgées dans ce pays équivaut à 46,2 % de l'idéal (100 %), c'est-à-dire qu'il est inférieur de 43,9 points de pourcentage par rapport au pays le mieux classé en 2015, c'est-à-dire la Suisse (90,1).

III. Interroger les politiques publiques et les conditions de vie des aînés et de leur famille dans une perspective comparative

Pour faire face à l'ampleur et à la rapidité du vieillissement en cours ou à venir, les modes d'articulation entre solidarités publiques et privées sont amenés à se transformer, à s'adapter à de nouvelles configurations familiales (diminution de la taille des fratries au fil des générations, éloignement géographique plus ou moins marqué des différents membres de la famille,...). Dans ce contexte, et sans que cela ne signifie que les solidarités familiales disparaissent mais en tenant compte du fait qu'elles se modifieront et se réorganiseront, les politiques publiques en direction des personnes âgées auront certainement un rôle de plus en plus important à jouer.

L'objet de cet ouvrage est d'interroger, dans une perspective comparative, la situation actuelle et la diversité des modes de soutien aux aînés tout en mettant en relief deux dimensions clés en matière de politiques publiques ayant un lien étroit avec les conditions de vie des aînés et de leur famille : les systèmes de retraite et les modes de prise en charge institutionnelle et d'accès aux soins des personnes âgées. Ces dispositifs présentent quelques traits communs mais aussi une grande diversité qui est notamment fonction des contextes nationaux. Les différentes analyses présentées dans cet ouvrage ont vocation à nourrir une base de discussion solidement documentée et argumentée pour permettre de développer une vision prospective de la manière dont gagneraient à se développer les politiques publiques dédiées à la vieillesse dans les pays du Sud. La confrontation des expériences permet d'identifier les points de convergence et les points de divergence des situations rencontrées. Si trois continents sont représentés dans l'ouvrage (Afrique, Amérique du Sud, Asie), c'est sur le premier, hétérogène et relativement peu documenté, que portent la majorité des chapitres de cet ouvrage, mettant

en exergue la multiplicité des contextes démographiques, économiques, sociaux et politiques caractérisant ce continent. La situation particulière de ce continent, en proie à de nombreux défis dont une croissance démographique particulièrement forte, permet de mettre en lumière les enjeux qui se posent en matière de protection sociale des aînés compte tenu de l'accroissement rapide des effectifs de personnes âgées à venir (Sajoux et al., 2015).

Compte tenu de la multiplicité des dimensions dans lesquelles les sociétés vont être touchées par le vieillissement à venir, trois axes d'analyse ont été retenus pour élaborer cet ouvrage.

La première partie de l'ouvrage porte sur les réalités plurielles de la vieillesse dans les Suds, qui font émerger des spécificités propres à chaque contexte, en matière de relations intergénérationnelles et de situation socio-économique. **Sophie Pennec** et **Joëlle Gaymu** abordent l'étendue du réseau de parenté auquel les personnes âgées peuvent potentiellement faire appel en cas de besoin, à partir de modèles de microsimulation appliqués aux données disponibles dans les enquêtes démographiques et de santé. En comparant les cas du Brésil, du Sénégal, de l'Ouganda et de l'Égypte, pays aux réalités démographiques très contrastées, elles montrent comment les régimes de fécondité et de mortalité à l'œuvre influencent fortement le réseau de parenté aux âges avancés. **Valérie Golaz** et **Philippe Antoine** reviennent sur les cas du Sénégal et de l'Ouganda en analysant la structure des ménages comportant des personnes âgées dans ces pays comme indicateur de vulnérabilité des aînés. Ils montrent que les personnes âgées vivent plus souvent seules en Ouganda du fait de ménages plus petits. Cependant, malgré les

différences de mode de vie qui séparent les deux pays, dans les deux cas la vulnérabilité concerne principalement les femmes âgées. **Aurora Angeli** et **Camilla Alberani** décrivent quant à elles les caractéristiques socio-économiques des ménages égyptiens comportant des personnes âgées, un panorama qui met l'accent sur la transformation des modèles familiaux et la relative vulnérabilité des personnes âgées. Cette situation moins privilégiée des personnes âgées se retrouve dans beaucoup d'autres pays du continent africain, comme c'est le cas en République Démocratique du Congo. **Maryse Gaimard** montre que la vulnérabilité de la population âgée face à la pauvreté y prévalant tient davantage à ses caractéristiques socio-économiques (faible niveau d'instruction, femme chef de ménage, activité agricole et résidence rurale) qu'à son âge. Enfin, les solidarités qui s'expriment face à des situations particulièrement difficiles permettent de mettre en lumière de manière fine les relations intergénérationnelles. C'est ce que proposent **Anne Attané** et **Ramatou Ouedraogo** à travers l'exemple des personnes âgées confrontées au VIH au Burkina Faso. Elles montrent que le soutien familial est moins empreint du cycle classique du don et du contre-don que de l'estime pour la personne âgée, en relation à son rôle actif au sein de la famille mais également à son lien avec la maladie dans un contexte très normatif (victime ou coupable ?).

Dans beaucoup de pays du Sud, les politiques sociales à l'égard des personnes âgées sont en transformation ou en cours de développement. Les solidarités publiques de la manière dont elles s'articulent avec les solidarités privées sont l'objet de la deuxième partie de cet ouvrage. Si elles comprennent une prise en charge des personnes âgées les plus

démunies par l'État ou le monde associatif, ce type de soutien demeure dans la plupart des cas extrêmement limité. Au Sénégal, pays où le vieillissement est peu avancé, les mécanismes institutionnels de soutien à la vieillesse demeurent très insuffisants. **Abdou Ka**, **Fatoumata Hane** et **Nicole Chapuis-Lucciani** montrent le caractère insuffisant des dispositifs institutionnels. La prise en charge des personnes âgées demeure très largement familiale, mais les difficultés économiques auxquelles font face les jeunes mettent en péril le soutien aux plus âgés. Les modalités de prise en charge de la vieillesse sont au cœur des préoccupations des familles et semblent de plus en plus retenir l'attention des pouvoirs publics dans les pays du Maghreb où le vieillissement est plus avancé que sur le reste du continent africain. **Mohammed Amar** et **Muriel Sajoux** dressent un panorama des modalités de soutien aux aînés et de leurs transformations au Maroc, où les responsables politiques accordent une importance croissante aux enjeux liés au vieillissement de la population et aux besoins spécifiques du « grand âge ». En Algérie, les politiques sociales prennent également en compte le vieillissement croissant, comme nous le montre **Karima Bouaziz**. Mais tant au Maroc qu'en Algérie, les structures d'accueil et d'hébergement sont peu nombreuses et offrent des conditions de vie inégales nécessitant le plus souvent des améliorations. Seuls les plus démunis, coupés de tout réseau de soutien familial, s'y trouvent accueillis, une situation que décrit également par **Lasaad Labidi** en Tunisie. Dans ces trois cas, il n'y a quasiment pas de solution intermédiaire entre la prise en charge institutionnelle et la prise en charge familiale, les dispositifs de soutien aux personnes âgées vivant à domicile et d'aide aux aidants n'étant pas développés, ou très

peu. Au Brésil en revanche, pays actuellement à un stade similaire de vieillissement de la population que les pays nord-africains, mais considéré comme un pays émergent économiquement, **Lucas Graeff** montre que même si l'offre institutionnelle demeure également insatisfaisante, le marché du logement pour personnes âgées devrait être amené à se développer.

L'étude des systèmes de retraite constitue la troisième partie de l'ouvrage. Dans la plupart des pays la couverture des systèmes contributifs est loin d'être universelle du fait du caractère informel d'une grande partie des activités économiques et des ruptures de trajectoires professionnelles, en particulier pour les femmes, laissant apparaître des disparités importantes selon le genre et le milieu de résidence. Les systèmes actuels sont issus d'une histoire longue. **Tom Briaud** montre combien la mise en place des premières institutions de prévoyance pendant la période coloniale en Afrique de l'Ouest a conditionné le fonctionnement de celles d'aujourd'hui. Le Burkina Faso, le Sénégal et le Togo sont aujourd'hui dans une phase de consolidation des régimes en place et d'extension de la population couverte. Le cas du Cameroun, soulevé par **Marcel Nkoma**, montre les difficultés budgétaires qui se posent déjà, même avec une faible couverture et un vieillissement peu avancé. En Iran, plus avancé dans le vieillissement de la population, malgré l'établissement d'une politique de protection sociale pour les salariés du privé dès les années 1970 et des agriculteurs dans les années 2000, **Marie Ladier-Fouladi** nous montre les insuffisances des systèmes en place. En Argentine, où le vieillissement est encore plus marqué, les réformes se succèdent, entre privatisation et nationalisation, mais les

défis demeurent nombreux comme l'indique **Roxana Eleta de Filippis**. Dans tous les cas, l'inertie de structures mises en place dans d'autres contextes historiques, tout comme le vieillissement de la population en cours ou attendu, pèsent sur les résultats obtenus, tant en termes de taux de couverture par les systèmes de protection sociale qu'en termes de qualité de couverture. Nombre d'entre eux font l'objet de discussions et réformes en raison de situations budgétaires préoccupantes. **Claire El Moudden** et **Nacer-Eddine Hammouda** reviennent sur la situation de l'Algérie et soulignent les contradictions d'un système contributif plutôt généreux mais qui ne couvre que la moitié des aînés. Parallèlement à cela, de nouveaux systèmes de pension reposant sur une logique d'universalité, très divers, se développent. C'est le cas au Cap-Vert, où **Cécile Lefèvre** souligne l'efficacité de l'introduction de pensions non contributives couplées avec une couverture médicale, dans un contexte où existait au préalable un réseau solide d'infrastructures et de services sociaux. Ce type de politique sociale ne rentre pas en concurrence avec le système contributif mais le complète, permettant en partie de contourner les difficultés liées à la réforme de systèmes complexes.

BIBLIOGRAPHIE

Abbasi-Shavazi M. J.

- 2001, « La fécondité en Iran, l'autre révolution », Population et Sociétés, n° 373, Paris, INED, novembre, 4 p.

Antoine P. et Golaz V. (coord.)

- 2010, Vieillir au Sud, Autrepart, n°53, 1-2010, 201p.

Antoine P., Golaz V., Sajoux M.

- 2009, « Vieillir dans les pays du Sud : mieux connaître les solidarités privées et publiques autour de la vieillesse en Afrique », Retraite et société, n°58, p.184-188.

Attané I.

- 2016a, «La fin de l'enfant unique en Chine ? », Population et Sociétés, n° 535, Paris, INED, juillet-août, 4 p.

- 2016b, « Vieillissement démographique en Chine : perspectives et enjeux », Autrepart, N° 80, p. 25-45.

Ba Gning S., Antoine P.

- 2015, « Polygamie et personnes âgées au Sénégal », Mondes en développement 2015/3 (n° 171), p. 31-50.

Fargues P.

- 1988, « La baisse de la fécondité arabe », Population, 43 (6), p. 975-1004.

Golaz V., Nowik L., Sajoux M.

- 2012, « L'Afrique, un continent jeune face au défi du vieillissement », Population et Sociétés, n° 491, Paris, INED, juillet-août, 4 p.

HelpAge International

- 2014, Global AgeWatch Index 2014: Methodology update, 8 p.

- 2015, Global AgeWatch Index 2015: Insight report, 28 p.

Hugon P.

- 2014, « L'« informel » ou la petite production marchande revisités quarante ans après », Mondes en développement, 2014/2 (n° 166), p. 17-30.

Jerven M.

- 2013, Poor Numbers. How we are misled by African Development Statistics and what to do about it, Cornell University Press, Ithaca, 187 p.

Lautier B.

- 2001, « Sous la morale, la politique », Politique africaine, 82 (2/2001), p.169-176.

Lecestre-Rollier B.

- 2015, « Les solidarités familiales au Maroc : permanences et changements », Mondes en développement 2015/3 (n° 171), p. 51-64.

Lessault D., Beauchemin C. et Sakho P.

- 2011, « Migration internationale et conditions d'habitat des ménages à Dakar », Population, 66 (1), p. 197-228.

Peng D.

- 2013, « Intergenerational solidarity and old-age support for the social inclusion of elders in Mainland China: the changing roles of family and government », Ageing and Society, 33 (01), p. 44-63.

Pison G.

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

Polet F.

- 2014, « Etendre la protection sociale au Sud : défis et dérives d'un nouvel élan », Alternatives Sud, 21 (1), p. 7-23.

Randall S., Coast E.

- 2015, "Poverty in African households: the limits of survey and census representations", The Journal of Development Studies, 51(2), p. 162-177.

Sajoux M., Golaz V., Lefèvre C.

- 2015, « L'Afrique, un continent jeune et hétérogène appelé à vieillir : enjeux en matière de protection sociale des personnes âgées », Mondes en développement 2015/3 (n° 171), p. 11-30.

Schoumaker B.

- 2000, « Le vieillissement en Afrique Sub-saharienne », Espace, populations, sociétés, 18(3), p. 379-390.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division

- 2017, United Nations, World Population Prospects: The 2017 Revision. <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

United Nations Development Programme (UNDP)

- 2016, Human Development Report 2016 - Human Development for Everyone, 288 p.

Vallin J., Ouadah-Bedidi Z., Bouchoucha I.

- 2012, « La fécondité au Maghreb : nouvelle surprise », Population et Sociétés, n° 486, Paris, INED, février, 4 p.

Véron J., Pennec S. et Légaré J.

- 2004, Age, générations et contrat social. L'État-providence face aux changements démographiques, INED, Cahier n°153, 312 p.

PARTIE 1

RÉALITÉS PLURIELLES DE LA VIEILLESSE DANS LES SUDS

Chapitre 1

La coexistence des générations dans les pays du Sud : des situations très contrastées



Sophie Pennec et Joëlle Gaymu

Institut national d'études démographiques,
133 boulevard Davout, 75980 Paris cedex 20
pennec@ined.fr,
gaymu@ined.fr

Parenté

Génération

Aidants

Liens familiaux

Modèles de microsimulation

Pays du Sud

Dans la plupart des pays occidentaux, la multiplication des familles à quatre voire cinq générations conduit les générations intermédiaires à soutenir, de plus en plus souvent, à la fois leurs enfants et leurs parents âgés. Dans les pays du Sud, la solidarité à l'égard des plus âgés peut éventuellement reposer sur un réseau familial plus large, les collatéraux intervenant parfois en complément ou à la place des descendants directs.

Ce chapitre évalue l'étendue du réseau de parenté (du conjoint aux cousins germains en passant par les enfants, petits-enfants, frères ou sœurs, neveux ou nièces, oncles et tantes) auquel les personnes âgées peuvent potentiellement faire appel en cas de besoin. Différents régimes démographiques (le Brésil, l'Ouganda, le Sénégal et l'Égypte) illustrant la diversité actuelle des pays du Sud sont pris en exemples. Nous montrons comment la combinaison de niveaux de fécondité et de mortalité différents intervient sur la taille et la structure du réseau de parenté ainsi que sur les probabilités d'être, aux divers âges de la vieillesse, un des maillons d'une lignée familiale plus ou moins étendue. Pour ce faire, nous utilisons un modèle de microsimulation incluant l'âge, le sexe, la mortalité, la fécondité et la nuptialité

In most Western countries, with the rising number of four/five generation families, the intermediate generations are increasingly called upon to support both their children and their elderly parents. In Southern countries, support for elderly parents is more likely to be shared across a wider family network, with collateral relatives as well as direct descendants.

This chapter determines the potential extent of the kin network (from spouse to first cousins, children, grandchildren, siblings, nieces and nephews, uncles and aunts) that older adults can rely upon if needed. Various demographic regimes (Brazil, Uganda, Senegal and Egypt) are used to illustrate the current diversity observed in Southern countries. We show how the combination of different levels of fertility and mortality shape the size and structure of the kinship network and determine the probabilities of being, at various stages of old age, a member of an extended family. We use a microsimulation model including age, sex, mortality, fertility and marriage.

Introduction

Dans les pays occidentaux, le recul de la mortalité n'a pas uniquement amélioré la survie individuelle et allongé la durée de vie après le départ à la retraite, il a aussi considérablement transformé l'environnement familial de chacun. Beaucoup plus fréquemment qu'hier, les aïeux d'aujourd'hui sont témoins de la cessation d'activité de leurs enfants ou de l'accès à la paternité de leurs petits-enfants. Avec une fécondité oscillant autour de 2 enfants par femme et une espérance de vie à la naissance de l'ordre de 80 ans, il n'est plus rare qu'au sein des familles se côtoient quatre voire cinq générations dont deux sont retraitées. Derrière cette évolution se pose le problème de la solidarité intergénérationnelle à laquelle doit faire face la génération intermédiaire soutien à la fois de ses enfants et de ses parents âgés lorsque apparaissent les handicaps.

L'objectif de cet article est de montrer dans quelle mesure les générations coexistent également dans les pays du sud. Considérés aujourd'hui comme des pays « jeunes », la plupart d'entre eux vont connaître un vieillissement d'une grande ampleur dans les prochaines décennies (Pison, 2009). Cette forte augmentation attendue du nombre des personnes âgées, dont une part significative, variable selon les pays, ne bénéficiera pas de protection sociale (notamment parce qu'une partie de l'activité repose sur le secteur informel) conduit à de nouvelles interrogations sur les solidarités familiales. Et ce, d'autant plus que, dans nombre de pays du Sud, la taille des unités domestiques tend à diminuer, entraînant une modification de leur structure et par là même une transformation des formes de solidarités intergénérationnelles et intrafamiliales (Antoine et Golaz, 2010).

Ce chapitre ne traite pas directement de la réalité des solidarités familiales mais aborde ce thème en creux : comment niveaux de

fécondité et de mortalité se combinent pour dessiner différemment le réseau de parenté auquel les personnes âgées appartiennent et peuvent faire appel en cas de besoin. Dans les pays du Sud, la solidarité à l'égard des plus âgés repose potentiellement sur un large réseau familial, les collatéraux se substituant parfois aux descendants directs. Dans la lignée des travaux effectués par microsimulation sur la France ou ailleurs (Imhoff and Post, 1997 ; Le Bras, 1973 ; Pennec, 1996 ; Tomassini and Wolf, 2000), nous évaluerons l'étendue du réseau de parenté auquel les personnes âgées peuvent éventuellement faire appel. Pour chaque personne les différents maillons de son entourage familial — du conjoint aux cousins germains en passant par les enfants, petits-enfants, frères ou sœurs, neveu ou nièce, oncle et tante — seront simulés.

Plusieurs régimes démographiques illustrant la diversité actuelle des pays du Sud seront pris en exemples : fécondité de 6 à 7 enfants par femme et espérance de vie de l'ordre de 50/60 ans (Ouganda, Mali, Burkina Faso, Nigéria...), fécondité de 4 à 5 enfants par femme et espérance de vie d'environ 60/70 ans (Sénégal, Ghana, Soudan, Laos,...) et fécondité de 2 à 3 enfants par femme et espérance de vie de 70/80 ans (Brésil, Iran, Maroc, Algérie, Pérou, ...).

Il s'agira de montrer comment la combinaison de niveaux de fécondité et de mortalité différents intervient sur la taille et la structure du réseau de parenté ainsi que sur les probabilités d'être, aux divers âges de la vieillesse, un des maillons d'une lignée familiale plus ou moins étendue. Cette recherche apportera des éclairages précieux sur le réseau des aidants potentiels des plus âgés dans des pays où les données sur les structures familiales sont parfois très rares.

I. Méthodes et données

Un modèle de microsimulation incluant la mortalité, la fécondité et la nuptialité a été utilisé. C'est à Guy Orcutt (1957) que l'on doit le premier modèle comportant un module démographique détaillé. Depuis, de nombreux autres modèles biologique et démographique ont été construits (Sheps et al., 1973 ; Leridon, 1977), la démographie historique ayant également utilisé cette méthode pour reconstituer les populations passées (Hammel et al., 1990 ; Ruggles, 1987 ; Smith et Oeppen, 1993) et analyser les tendances démographiques sur le long terme. L'un des intérêts majeurs de cette méthode pour les démographes est qu'elle permet d'étudier le réseau familial grâce à la possibilité qu'elle donne d'intégrer tous les liens familiaux possibles. Pour chaque personne, on construit les différents maillons de son entourage familial à partir des données de fécondité et de mortalité. Ces maillons vont du conjoint aux cousins germains en passant par les enfants, petits-enfants, frères ou sœurs², neveu ou nièce, oncle et tante. Pour qu'une personne appartienne à une famille de x générations, il suffit qu'il y ait au moins un représentant vivant de chaque génération. Seuls les réseaux familiaux féminins ont été simulés, non seulement parce que les données relatives aux hommes, notamment en termes de fécondité, sont rares mais aussi parce que les femmes sont les principales pourvoyeuses d'aide.

Les sources utilisées en ce qui concerne la fécondité, sont issues des « Enquêtes Démographiques et Santé » (EDS). La fécondité est simulée à partir de la distribution du nombre d'enfants par femme, de l'âge à la première naissance et des intervalles intergénérationnels par parité. Quant à la mortalité, les données sont issues des tables de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Avec un nombre

moyen d'enfants par femme de 1,9 et une espérance de vie pour les femmes de 77 ans, le Brésil a été choisi pour caractériser les pays à faibles niveaux de fécondité et mortalité, l'Égypte symbolisant les pays un peu moins avancés dans la transition démographique (fécondité de 2,9 enfants par femme et espérance de vie de 74 ans). Le Sénégal (4,7 enfants par femme et espérance de vie de 61 ans) et plus encore l'Ouganda (respectivement 6,4 enfants et 55 ans) représentent les régimes où les niveaux de fécondité et mortalité restent élevés. La nuptialité n'est pas simulée en tant que telle mais un conjoint (avec sa parentèle) est créé lorsque la femme donne naissance à son premier enfant, ou son nième enfant si le conjoint précédent est décédé. Les lignées familiales sont construites en population stable, c'est-à-dire que les mêmes fonctions de mortalité et de fécondité ont été appliquées à toutes les générations (du trisaïeul à l'arrière-arrière-petit-enfant). L'ensemble des résultats au niveau du pays (macro) se fait par sommation des situations individuelles (micro). S'ils ne reflètent pas la réalité en raison de l'utilisation des mêmes paramètres de fécondité et mortalité pour toutes les générations, ils se rapprochent toutefois davantage de la situation observée actuellement pour les pays où les comportements démographiques ont peu évolués au fil des générations composant les lignées familiales (Sénégal, Ouganda) que pour les pays où les changements ont été plus rapides (Brésil ou de l'Égypte).

L'objectif de cette recherche, grâce à cette méthode, est de montrer comment la parentèle est influencée par l'articulation entre les niveaux de fécondité (à travers le nombre d'enfants et le calendrier des naissances) et de mortalité caractéristiques de divers régimes démographiques.

² Dans les pays où la polygamie est importante (au Sénégal notamment), les relations entre demi-frères et demi-sœurs interviennent parfois fortement dans les solidarités familiales. Toutefois, dans cette première approche, ces liens n'ont pas été intégrés et feront l'objet d'une étude ultérieure.

II. Évolution au fil de l'âge de la composition de la lignée familiale : de la naissance des arrière-petits-enfants à la survie des grands-parents

A 40 ans, dans le modèle associé au Brésil, quasiment toutes les femmes ont au moins un enfant et au moins un parent survivants et près de 72 % d'entre elles ont encore au moins un grand-parent survivant. Ailleurs, la situation est très différente, essentiellement en raison de la plus faible probabilité de survie des grands-parents. Selon les simulations, avec la mortalité élevée de l'Ouganda, seules 14 % des femmes ont un grand-parent survivant soit plus de 5 fois moins qu'au Brésil, où la mortalité est beaucoup plus faible. Entre ces deux extrêmes, le niveau de la mortalité hiérarchise les probabilités d'avoir un aïeul survivant : 39 % avec le régime démographique illustrant l'Égypte et 25 % pour celui du Sénégal. A cet âge, la présence des petits-enfants différencie aussi les pays. Résultat de la plus forte fécondité et d'un âge moyen à la première naissance plus jeune dans les pays d'Afrique subsaharienne, 33 % des Sénégalaises seraient déjà grand-mères à 40 ans contre seulement 8 % des Brésiliennes (Figure 1). Même si la fécondité est moins élevée au Sénégal qu'en Ouganda, les plus fortes chances de survie des enfants sénégalais en bas âges expliquent la présence plus élevée d'aïeules dans ce pays.

A 60 ans, l'environnement familial s'est profondément modifié. Partout, la probabilité d'avoir un(e) grand-mère/grand-père survivant est devenue exceptionnelle et si à 40 ans, elle différencie les pays, à 60 ans c'est la survie des parents qui fait contraste. Comme précédemment, les différents niveaux de mortalité pris en compte hiérarchisent les proportions de personnes ayant au moins un parent survivant : elles varient de 74 % (Brésil) à 21 % (Ouganda en passant par 29 % au Sénégal et 47 % en Égypte). Du côté des descendants, les petits-enfants sont désormais partout bien présents, le niveau de

fécondité différenciant les divers modèles : entre 81 % (Brésil) et 94 % (Sénégal) des femmes pourraient être grands-mères. Les chances d'être arrière-grands-mères hiérarchisent plus nettement encore les situations, tel n'étant potentiellement le cas que de 5 % des Brésiliennes contre 26 % des Sénégalaises, 14 % des Ougandaises et 7 % des Égyptiennes. Comme précédemment pour les petits-enfants, si les Sénégalaises sont plus souvent bisaïeules que les Ougandaises, cela tient à la plus faible mortalité de leurs arrière-petits-enfants.

A 80 ans, il n'y a plus de génération au-dessus de soi, la survie des parents étant devenue rarissime. Les différences entre les pays se sont donc estompées, les générations ascendantes fortement dépendantes du niveau de la mortalité ayant disparu. C'est le niveau de la fécondité qui désormais dessine les contrastes. Dans tous les pays, être arrière-grand-mère est devenu banal, les proportions simulées s'échelonnant de 73 % (Brésil) à 91 % (Sénégal). Mais, dans ce dernier régime démographique et, dans une moindre mesure celui de l'Ouganda, où la forte fécondité va de pair avec un plus faible niveau de mortalité et où l'âge moyen des femmes à la première naissance est relativement bas, apparaît une nouvelle génération de descendants qui conduit respectivement 22 % et 12 % des femmes âgées à être susceptibles d'être arrière-arrière-grands-mères (contre de l'ordre de 3 % à 4 % dans les deux autres pays).

III. La coexistence des générations

Ces différentes probabilités se combinent pour faire coexister les générations dans les lignées familiales et en déterminer le nombre. Il ressort du modèle simulant le Brésil qu'à 40 ans, la majorité des femmes (61 %) appartiennent à une famille à quatre générations cumulant deux générations ascendantes et celle de leurs enfants. Pour une petite fraction (7 %) il y aurait même coexistence de cinq générations dont deux de descendants. Enfin, un quart des femmes n'auraient plus de grands-parents et se retrouveraient donc dans une famille à trois générations (Figure 2). A cet âge, les lignées larges (quatre voire cinq générations) sont nettement moins fréquentes avec les autres régimes démographiques (27 % en Ouganda, 45 % au Sénégal et 42 % en Égypte). La survie moins fréquente des parents et grands-parents y conduit la population à vivre majoritairement dans des lignées à trois générations (56 % des Ougandaises, 46 % des Sénégalaises et 48 % des Égyptiennes). Mais on note aussi qu'en Ouganda, en raison de la faible espérance de vie, 16 % des femmes pourraient appartenir à une famille où seulement deux générations se côtoient (contre seulement 6 % au Brésil).

A 60 ans, la distribution des familles selon le nombre de générations ne changerait guère. Au Brésil, et comme précédemment, ce sont celles en comportant quatre qui dominent (58 %), ces dernières étant désormais constituées d'une seule génération ascendante et de deux descendantes. Avec les autres régimes démographiques, les lignées à trois générations restent les plus fréquentes (60 % au Mali, 49 % au Sénégal et 41 % en Égypte) mais désormais ce serait, généralement, deux générations de descendants qui s'y côtoieraient. En outre, partout, on observe une multiplication des

lignées à une génération, une fraction plus importante d'individus se retrouvant sans descendant ni ascendant : quasi inexistantes à 40 ans elles concerneraient, dans presque tous les cas, de 6 % à 8 % des individus de 60 ans. On retrouve ici, en particulier, les femmes restées sans enfant ou ayant perdu leur enfant unique et dont l'ensemble des ascendants sont décédés.

A 80 ans, la progression des lignées à quatre générations se poursuivrait et partout, elles concerneraient de l'ordre de 68 % des femmes, la naissance des arrière-petits-enfants compensant la disparition des ascendants. A cet âge, l'étendue des lignées dépend essentiellement de la présence de générations de descendants, le niveau de la fécondité joue donc à plein dans les différences. De plus, l'âge à la première naissance plus bas dans le cas d'un fort niveau de fécondité entraîne une succession des générations plus rapide et de ce fait une probabilité plus élevée d'être entouré par quatre voire cinq générations durant la vieillesse. C'est désormais dans les simulations caractérisant les pays subsahariens que les lignées à cinq générations sont les plus fréquentes (respectivement 22 % au Sénégal et 12 % en Ouganda contre seulement 5 % au Brésil). A l'opposé, on constate aussi que le risque de ne pas ou plus avoir de descendants – lié à la fécondité mais aussi à la mortalité de ses enfants dont certains peuvent avoir la soixantaine – a partout progressé mais les Ougandaises et Sénégalaises seraient moins souvent concernées que les Brésiliennes ou les Égyptiennes (12 %).

L'avancée en âge, de 60 à 80 ans se traduit par une augmentation du risque de se retrouver sans descendant mais aussi de celui, au contraire, d'appartenir à une famille où coexistent de nombreuses générations.

Figure 1. Probabilité de survie des divers membres de la famille en ligne directe (des arrière petits-enfants aux arrière-grands-parents) selon l'âge des femmes et le pays

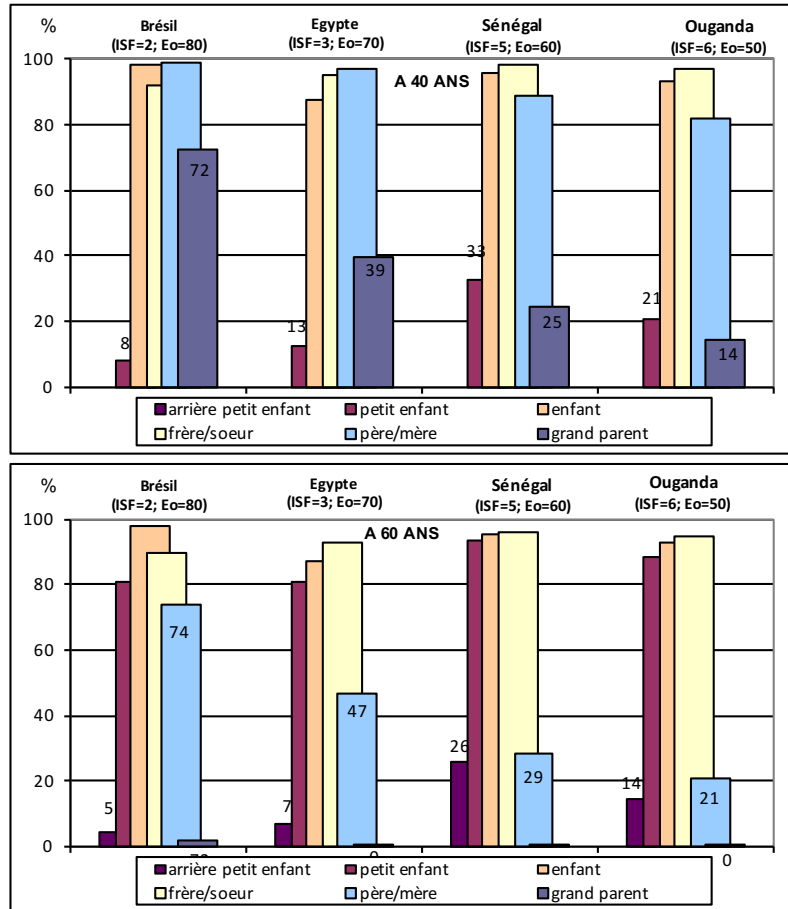


Figure 1 (suite)

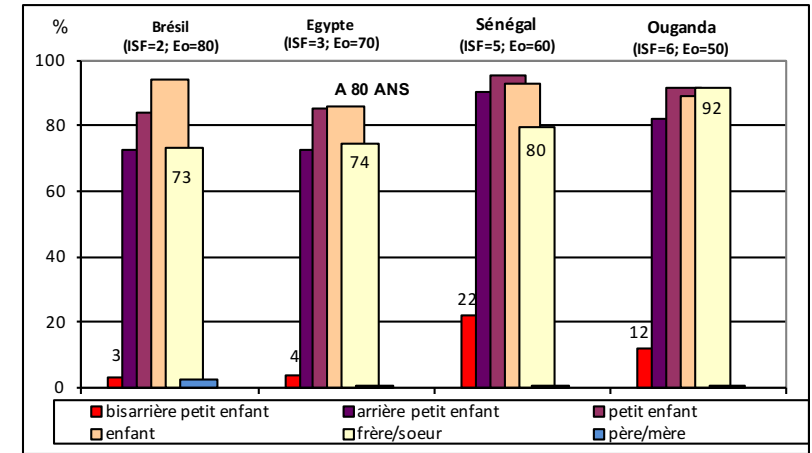
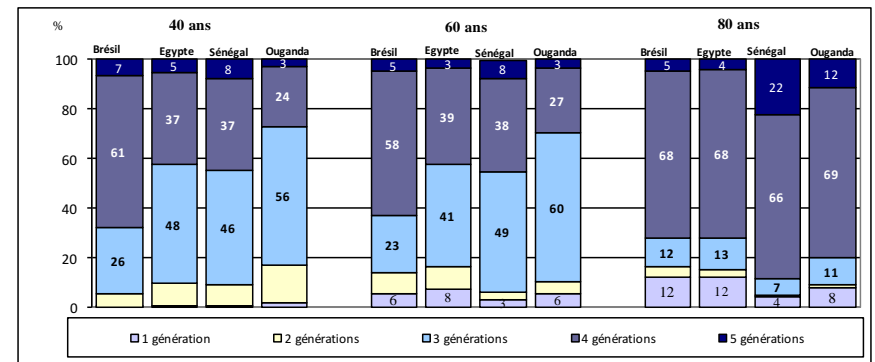


Figure 2. Distribution (en %) des familles selon leur nombre de générations coexistantes selon l'âge des femmes et le pays



Les différences entre les niveaux de mortalité et de fécondité des pays font que les personnes âgées vieillissent dans une famille plus ou moins étoffée et, par voie de conséquence sont susceptibles de bénéficier d'une présence plus ou moins forte de générations

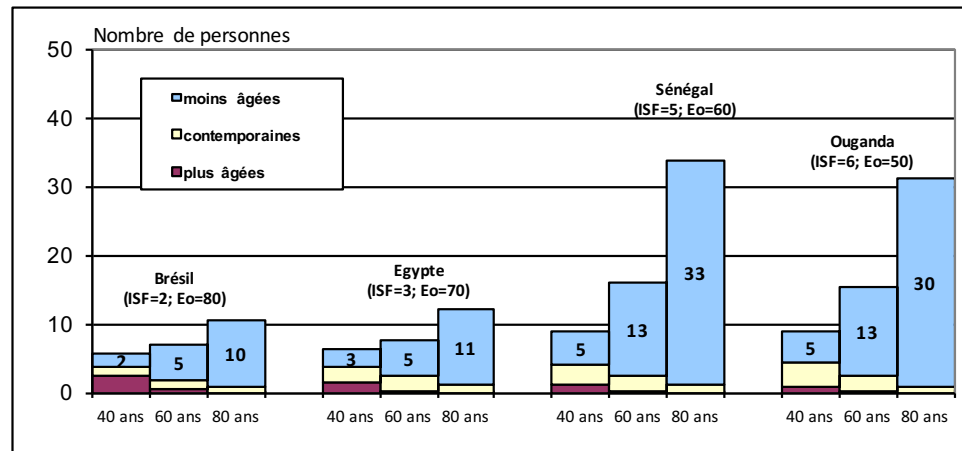
plus jeunes pour leur venir éventuellement en aide. Mais il est un autre aspect source de très fortes inégalités : le nombre d'ascendants ou descendants autrement dit, la taille du réseau familial.

IV. La taille et la composition du réseau familial

Dans tous les cas, au fur et à mesure que les individus vieillissent, les membres de leur entourage familial en ligne directe (ascendants, descendants et fratrie) se font de plus en plus nombreux. Dans le modèle simulant la situation du Brésil, par exemple, le réseau familial des femmes âgées de 40 ans compte six personnes contre près du double pour celles ayant atteint l'âge de 80 ans. Il est vrai qu'avec l'avancée en âge des individus, le nombre des ascendants (par la force des choses limité) et de contemporains diminue au profit des descendants (composés de trois générations) : à 40 ans les premiers sont légèrement plus nombreux que les seconds au Brésil et du même ordre de grandeur ailleurs, le rapport s'inversant partout à 60 ans (Figure 3). En outre, quel que soit l'âge, plus le niveau de fécondité – et donc le nombre de descendants – est élevé et plus le nombre de personnes de l'entourage familial

en ligne directe est élevé. Les simulations montrent que c'est à 80 ans, âge auquel les descendants constituent l'essentiel de la parenté, que les différences sont les plus marquées : l'entourage direct compte environ 11 personnes au Brésil et en Egypte contre plus de 30 au Sénégal et en Ouganda. En tenant compte des ascendants et des frères et sœurs³ du conjoint (Figure 4), ces derniers étant susceptibles d'aider ou d'avoir besoin d'aide, le cercle familial s'élargit beaucoup mais les contrastes entre les modèles de pays restent tout aussi accusés. A 40 ans partout, le nombre de membres du réseau familial pourrait doubler, s'échelonnant de 12 (Brésil) à pratiquement 19 (Ouganda). Dans ce cas de figure familiale, les contemporains et ascendants deviennent beaucoup plus nombreux et les descendants largement minoritaires, par exemple respectivement 10 contre 2 au Brésil ou 14 contre 5 en Ouganda.

Figure 3. Évolution, selon l'âge et le pays, de la taille du réseau familial d'EGO en ligne directe (ascendant, descendant, fratrie) selon sa position dans le réseau⁴



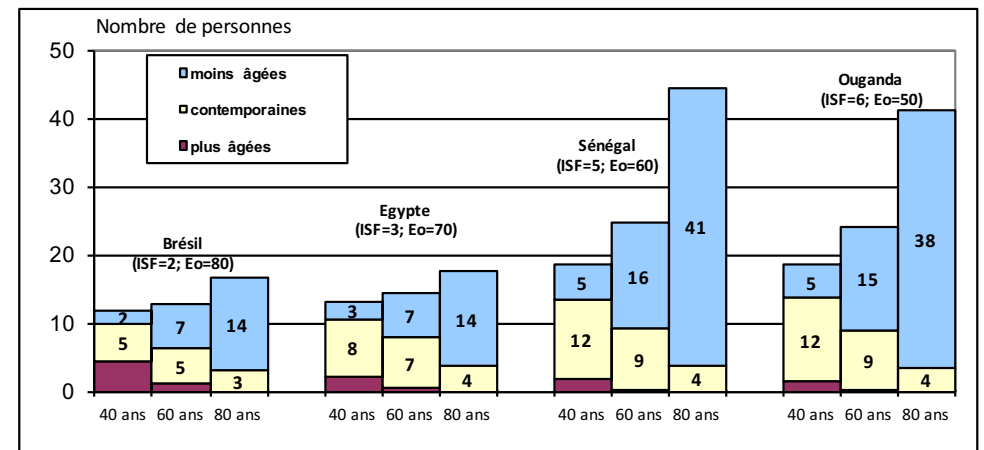
3 Et leurs conjoints s'ils sont en couple.

4 Sont considérés comme plus âgés qu'Ego, les personnes appartenant à la génération des ascendants ; les contemporains correspondent aux frères et sœurs et les moins âgés sont les enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants.

Selon nos simulations, à 60 ans au Brésil et en Egypte, la taille des deux catégories est quasiment identique (autour de six à sept personnes). En revanche, lorsque la mortalité décime plus rapidement les générations les plus âgées (modèles du Sénégal et de l'Ouganda), les descendants sont nettement plus nombreux que les contemporains, soit respectivement de l'ordre de 15 et de 9 personnes. Enfin, à 80 ans la prise en compte

de la parenté du conjoint modifie la taille du réseau d'Ego mais pas sa composition en raison de la prépondérance, à cet âge, des descendants. Les contrastes entre les pays resteraient du même ordre de grandeur : l'entourage élargi à la famille du conjoint compterait plus de 17 personnes au Brésil contre de l'ordre de 45 au Sénégal ou en Ouganda (18 en Egypte).

Figure 4. Évolution, selon l'âge et le pays, de la taille du réseau familial d'EGO en tenant compte de celui de son conjoint⁵



Si ce jeu des entrées et sorties des uns et des autres vaut dans tous les pays, les niveaux différents de la mortalité et la fécondité décident pour chaque femme du nombre de descendants auxquels elle peut potentiellement avoir recours en cas de besoin, mais aussi de celui des ascendants susceptibles de faire appel à elle. Ainsi au Brésil, une femme âgée de 40 ans

pourrait avoir autant de contemporains que d'ascendants, soit environ 5. Autrement dit chacune serait, potentiellement, en position d'avoir à prendre en charge une personne âgée. Notons toutefois, qu'à ces âges, la très large majorité des ascendants sont autonomes. En Ouganda ou au Sénégal, la donne est radicalement différente, Ego ayant potentiellement 12 contemporains

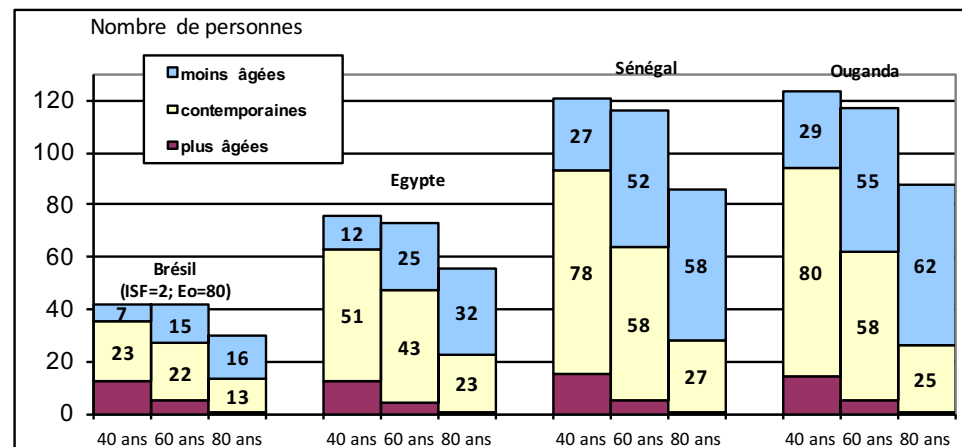
5 Les personnes plus âgées sont les ascendants directs d'Ego et de son conjoint. Les contemporains incluent les fratries d'Ego et de son conjoint ; les moins âgés restent, par définition, identiques à ceux de la figure 3. Les conjoints de toutes ces personnes sont également pris en compte.

Conclusion

en moyenne pour faire face à la prise en charge éventuelle de moins de 2 ascendants. A 60 ans, le risque de voir ces derniers souffrir de dépendance est fort et, comme précédemment, la demande potentielle de prise en charge se pose en des termes très différents selon les pays : les Brésilien(ne)s seraient susceptibles d'avoir 1,2 ascendants et 5,1 contemporains pour les seconder alors que pour les Sénégalaises ou Ougandaises ces nombres seraient respectivement de 0,2 et 9. Enfin à 80 ans, les individus sont généralement plus souvent aidés qu'aidants mais entre les régimes démographiques les plus contrastés le nombre de descendants, autrement dit de leurs aidants potentiels, varierait du simple au

triple, soit respectivement 14 au Brésil, 38 en Ouganda et 41 au Sénégal. Au fur et à mesure que la fécondité et la mortalité diminuent, autrement dit, dans nos modèles de l'Ouganda au Brésil, à l'âge adulte la charge potentielle par femme augmente et aux grands âges, le nombre d'aidants potentiels diminue. Sur ce dernier point, le fossé est encore plus criant si l'on élargit le réseau familial aux lignées collatérales d'Ego et de son conjoint : la famille d'une Ougandaise de 80 ans pourrait être composée de 88 personnes en moyenne, dont 62 descendants, ces chiffres étant respectivement de 30 et 16 au Brésil (Figure 5).

Figure 5. Évolution, selon l'âge et le pays, de la taille du réseau familial en lignes directe et collatérale élargi à la famille du conjoint d'EGO⁶



Nos analyses ont montré combien la fécondité et la mortalité modélaient différemment les contextes familiaux des personnes et par là-même leur implication dans la chaîne des solidarités avec l'avancée en âge.

Les simulations de divers régimes démographiques montrent qu'à 60 ans, en comparaison des pays d'Afrique subsaharienne, au Brésil ou en Égypte les individus se trouvent plus souvent en position de remplir un rôle de soutien. En effet, dans les pays à plus faible niveau de fécondité et mortalité les sexagénaires appartiennent plus fréquemment à des lignées familiales étendues essentiellement en raison de la survie plus fréquente de leurs propres parents. Avec l'avance en âge, l'environnement familial devient essentiellement dépendant de la présence de générations de descendants. Un plus faible niveau de fécondité, conduit alors les nonagénaires à avoir un plus fort risque de ne pas avoir d'aidant potentiel : ils appartiennent plus souvent à des lignées familiales plus restreintes, étant à la fois moins souvent membre d'une famille à cinq générations et plus souvent sans descendants.

De surcroît, fécondité et mortalité combinent aussi leurs effets pour décider de la taille du réseau familial : quel que soit l'âge, les membres de la parenté sont beaucoup plus nombreux dans les pays d'Afrique subsaharienne et ce, quelle que soit l'étendue des liens familiaux pris en compte.

A la vue de ces résultats, les contextes familiaux du vieillissement semblent moins favorables dans les pays à faible fécondité et faible mortalité : plus souvent confrontées à la dépendance de leurs parents dans la soixantaine, les personnes âgées ont un plus fort risque de vivre leur propre perte d'autonomie sans aidant potentiel. Il ne faut toutefois pas oublier que dans la plupart des

pays d'Afrique Subsaharienne la mortalité élevée ne permet qu'à un faible nombre de personnes d'atteindre un âge avancé : sur 100 naissances, avec les conditions de mortalité actuelles, au Brésil 60 personnes auront la chance de fêter leur 80ème anniversaire contre seulement 19 en Ouganda (54 à 60 ans).

L'évolution à la baisse de la mortalité, qui toutefois ne touche encore que peu de pays d'Afrique Subsaharienne (Tabutin et Schoumaker, 2004), conduira les familles à être plus souvent confrontées à la prise en charge de leurs ascendants. Quant à la baisse de la fécondité qui s'amorce peu à peu dans cette zone mais selon des rythmes très variables, elle transformera radicalement les configurations familiales, rétrécissant l'étendue du réseau de parenté et faisant progresser le risque d'isolement démographique en particulier en ligne directe.

⁶ Les personnes plus âgées sont les ascendants directs d'Ego et de son conjoint ainsi que leurs oncles et tantes. Les contemporains incluent les fratries d'Ego et de son conjoint ainsi que leurs cousins. Les moins âgés sont les descendants d'Ego et de son conjoint ainsi que leurs neveux et nièces. Les conjoints de toutes ces personnes sont également pris en compte.

Antoine P. et Golaz V. (coord.)

- 2010, Vieillir au Sud, Autrepart, n°53, 1-2010, 201p.

Hammel E.A., Mason C., Wachter K.W.

- 1990, SOCSIM II. A sociodemographic Microsimulation Program Rev. 1.0. Operating manual. 29, 76p.

Van Imhoff E., Post W.

- 1997, « Méthodes de micro-simulation pour des projections de population », Population, 52 (4), (Nouvelles approches méthodologiques en sciences sociales), p.889-932.

Le Bras H.

- 1973, « Parents, grands-parents, bisaïeux », Population, 28 (1), p.9-38.

Leridon H.

- 1977, Human fertility: the basic components. Chicago, University of Chicago Press, 202 p.

Orcutt G. H.

- 1957, « A new type of socio-economic system », Review of economics and statistics, 39 (2), p.116-223.

Pennec S.

- 1996, « La place des familles à quatre générations en France », Population, 51 (1), p.31-60.

Pison G.

- 2009, « Le vieillissement démographique sera plus rapide au sud qu'au Nord », Population et Sociétés, n°457, 4p.

Ruggles S.

- 1987, Prolonged connections: The rise of the extended family in nineteenth century England and America. Madison - London, The University of Wisconsin Press, 283p.

Sheps Mindel C., Menken J. A., Radick A. P.

- 1973, Mathematical models of conception and birth. Chicago, University of Chicago Press, xxiii, 428p.

Smith J. E., Oeppen J.

- 1993, « Estimating numbers of kin in historical England using demographic microsimulation », in D.S. Reher, R. Schofield (eds), Old and New Methods in Historical Demography, Oxford, Clarendon Press, p.280-317.

Tabutin D., Schoumaker B.

- 2004, « La démographie de l'Afrique au Sud du Sahara des années 50 aux années 2000 », Population, 59 (3-4), p.521-622.

Tomassini C., Wolf D.A.

- 2000, « Shrinking Kin Networks in Italy Due to Sustained Low Fertility », European Journal of Population, 16 (4), p.353-372

Chapitre 2.

La vulnérabilité des personnes âgées au sein des ménages en Ouganda et au Sénégal

Valérie Golaz

Institut national d'études démographiques (INED)
UMR 151 LPED Aix-Marseille
Université-IRD
valerie.golaz@ined.fr

Philippe Antoine

Institut de Recherche pour le développement (IRD),
UMR 196 CEPED Université
Paris Descartes – IRD
philippelo@gmail.com

Veuvage

Petits-enfants

Milieu de résidence

Afrique

Le Sénégal et l'Ouganda sont deux pays d'Afrique aux caractéristiques très contrastées, en termes de population (12 millions d'habitants contre 35), de taux d'urbanisation (18 à 50 %), de taille des ménages (4,5 à 9 personnes/ménage). Ils comportent tous deux moins de 5 % de personnes âgées, mais celles-ci vivent des situations domestiques très différentes. Il s'agit ici, à partir des informations disponibles sur les structures domestiques issues des données de recensement de ces deux pays, de distinguer deux types de vulnérabilité : la vulnérabilité structurelle, liée à l'absence d'autre adulte dans le ménage, et la vulnérabilité relationnelle, qui caractérise le fait que la personne âgée ne soit pas proche du chef de ménage. Les résultats montrent une vulnérabilité principalement féminine, croissant avec l'âge et beaucoup plus marquée en Ouganda qu'au Sénégal. Ils sont cependant tributaires de la définition du ménage et ne présagent en rien de liens possibles avec d'autres ménages.

Senegal and Uganda are two contrasted African countries, in terms of population (12 vs 35 million inhabitants), urbanization rates (18 vs 50 %), household size (4.5 to 9 persons/household). Both hold less than 5 % of older persons, who however live through very different domestic situations. We aim at distinguishing two types of vulnerability related to the structure of the household, derivable from Census data: structural vulnerability, characterised by the absence of any other adult in the household, and relational vulnerability, in relation to the distance between the older person and the head of the household. Our results show a vulnerability that is mainly female, grows with age, and is much more marked in Uganda than in Senegal. They however depend on the definition of the household and do not take into account any possible support outside the household.

Structure du ménage

Recensements

Introduction

L'Ouganda et le Sénégal sont parmi les pays les plus jeunes du monde et la question du vieillissement de leur population n'est pas encore d'actualité. En 2002, date du dernier recensement ougandais pour lequel la structure par âge est disponible⁷, 5 % seulement des 26 millions d'habitants du pays avaient 60 ans ou plus, alors que 50 % avaient moins de 15 ans. La même année, le Sénégal comptait environ 10 millions d'habitants dont 45 % de moins de 15 ans et un peu plus de 5 % de plus de 60 ans⁸. Même si les personnes âgées sont encore peu nombreuses, leur situation mérite une attention particulière, d'une part parce que leur proportion dans la population totale de ces pays est vouée à croître de manière extrêmement rapide dans les décennies à venir (Golaz, Nowik et Sajoux, 2012 ; Pison, 2009) et d'autre part parce que les politiques publiques les délaissent souvent, indépendamment du rôle fondamental qu'elles jouent dans la société (Sajoux, Golaz et Lefèvre, 2015 ; Antoine et Golaz, 2010). Les personnes âgées sont parties prenantes d'un système social dans lequel elles reçoivent et elles donnent également. Ce système complexe mérite d'être analysé dans une perspective temporelle et sur au moins trois générations (Attias-Donfut, 2000). En Afrique, où la croissance démographique rapide et des changements économiques majeurs ont bouleversé les modes de vie au cours du dernier siècle, le rôle social des aînés subit lui aussi des mutations importantes (Pilon et Vignikin, 2006 ; Golaz, 2007 ; Antoine, 2007). Mais même dans des contextes où leur pouvoir s'érode, les personnes âgées ne doivent pas être vues exclusivement comme

des personnes à la charge de la société, des bénéficiaires potentielles d'aides. Les flux de redistribution sont loin d'être univoques des plus jeunes vers les aînés (Attias-Donfut et Rosenmayr, 1994 ; Antoine et Golaz, 2010 ; Golaz, 2013). L'implication des personnes âgées comme pourvoyeuses de ressources perdure souvent relativement longtemps dans la vieillesse. Ainsi, de même que les enfants sont parfois au travail à des âges jeunes, certaines personnes âgées peuvent se maintenir longtemps au travail. Dans des pays où elles sont de facto à la charge d'un système de protection sociale, comme en Europe, les personnes âgées sont souvent considérées comme socialement dépendantes. Cependant, dans des contextes économiques différents, elles se prennent en charge elles-mêmes voire continuent à contribuer aux besoins de leur descendance à des âges avancés. Dans la plupart des cas, l'arrêt des activités économiques se fait progressivement et correspond à l'incapacité à accomplir les tâches requises. Lorsqu'il n'est pas imposé par l'état de santé de la personne, cet arrêt se négocie en fonction du contexte du moment et de relations construites sur le long terme, au fil de la vie. Comme la prise en charge de l'État est quasi-inexistante, les personnes âgées qui ont des besoins particuliers se reposent principalement sur leur descendance, et dans une moindre mesure sur les autres personnes qui leur sont proches. Selon leur situation économique et familiale, il est plus ou moins facile en cas de choc endogène (problème familial ou de santé) ou exogène (sécheresses ou inondations par exemple) pour une personne âgée de faire face aux difficultés du moment (Williams, 2003).

Selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (Tableau 1), l'espérance de vie à la naissance a progressé entre 1990 et 2012 dans les deux pays, elle est plus élevée au Sénégal, 64 ans en 2012 contre 57 ans en Ouganda. Dans les deux pays les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes. En revanche, l'espérance de vie à 60 ans ne s'est guère améliorée entre 1990 et 2012 et est estimée dans les 2 pays à 16 ans.

La croissance démographique est d'environ 3 % par an depuis plusieurs décennies en Ouganda, et celle du Sénégal, un peu plus faible, oscille entre 2,6 et 2,9 % par an. L'Ouganda, connaît une croissance économique importante : selon la banque mondiale, de plus de 7 % dans les années 1990 et 2000, la croissance est devenue plus irrégulière depuis 2006, la moyenne demeurant à environ 5 % par an. Cette moyenne cache de fortes inégalités entre familles et au sein des familles. La guerre dans la moitié Nord du

pays y a déstructuré l'économie. Toutes les familles ont été touchées par la guerre civile dans la première moitié des années 1980⁹ et ont subi de près ou de loin l'épidémie de sida dans les années qui ont suivi¹⁰. Aujourd'hui, malgré la croissance économique, la pauvreté demeure prégnante avec un quart à un tiers de la population sous le seuil de pauvreté¹¹, un enfant sur cinq souffre de malnutrition, la santé ne s'améliore que très lentement. La prévalence du VIH stagne encore au-dessus de 6 %. La première cause de mortalité, le paludisme, reste aussi présente. Un système de santé à deux vitesses s'est mis en place, les plus riches pouvant se payer les meilleurs soins, les plus pauvres n'ayant parfois même pas accès aux médicaments censés être gratuits (WHO, 2010). Même si une classe moyenne urbaine émerge progressivement, la très grande majorité de la population est rurale et demeure peu touchée par les politiques publiques mises en place par l'État (Jones, 2009, p. 61).

Tableau 1 : Espérance de vie comparée Ouganda - Sénégal

	Espérance de vie à la naissance (en années)				Espérance de vie à 60 ans (en années)	
	Hommes et femmes		2012		Hommes et femmes	
	1990	2012	Hommes	Femmes	1990	2012
Ouganda	47	57	56	58	15	16
Sénégal	57	64	63	66	16	16

Source : WHO, 2015

⁷ D'après le dernier recensement, conduit en 2014 (Uganda Bureau Of Statistics, 2016), cette proportion n'a cessé de baisser pour atteindre 4 % des presque 35 millions d'habitants du pays.

⁸ Au Sénégal les premiers résultats du recensement de 2013 ont été publiés (ANSD, 2014) mais les données ne sont pas disponibles pour des analyses conduites par des utilisateurs extérieurs. Comme en Ouganda la proportion de 60 ans et plus est au dernier recensement légèrement plus faible qu'en 2002 : 4,5 %.

⁹ Les régimes d'Obote et d'Iddi Amin ont été marqués par un état d'insécurité important dans le pays, avec comme points culminants l'incursion de l'armée tanzanienne en 1978-1979 conduisant à la chute d'Iddi Amin, et la guérilla de libération de 1985-1986 aboutissant à la prise de pouvoir du président actuel, Yoweri Museveni, en 1986. La moitié Nord du pays est restée en état de guerre jusqu'en 2006, du fait des déprédations de la Lord's Resistance Army (LRA) de Joseph Kony. Il est difficile d'estimer les pertes directement liées à la guerre dans un pays où les données sont rares, et où les effets de la guerre sur le système public, les dysfonctionnements du système de santé par exemple, sont majeurs.

¹⁰ La partie Sud du pays, proche du Lac Victoria, a été l'un des premiers foyers de l'épidémie de Sida. Si les prévalences nationales, plafonnant à 13 %, n'ont jamais atteint les taux actuels en Afrique Australe, l'épidémie a longtemps sévi en l'absence de traitement, conduisant à une mortalité accrue de la population active et des enfants en bas âge.

¹¹ Le seuil de pauvreté est défini par la banque mondiale depuis 2008 par 1,25\$ par jour et par personne. Avant cela, la barre était placée à 1\$. La proportion d'Ougandais en dessous du seuil de pauvreté varie selon les sources. Le gouvernement, à l'instar de la banque mondiale, salue le fait que l'Ouganda ait réussi à diminuer par deux son taux de pauvreté avant la date butoir fixée par les OMD (2015) en annonçant un taux de 24,5 % pour 2009 (Republic of Uganda, 2013). L'UNICEF en revanche donne une proportion de 34,5 % pour 2007-2011 (http://www.unicef.org/infobycountry/uganda_statistics.html). Le décalage est peut-être lié au changement dans la définition du seuil. 12 48,3 % en 2005, plus 46,7 % en 2011 selon la banque Mondiale (<http://donnees.banquemondiale.org/pays/senegal>).

I. Structure du ménage et vulnérabilité

I.1 Appréhender la situation des personnes âgées à travers les données statistiques : quels objectifs possibles ? Quelles limites ?

Les recensements de population apportent des informations sur les individus composant la population d'un pays et les ménages dans lesquels ils vivent. En ce qui concerne les personnes âgées, dans la plupart des enquêtes par échantillon le petit nombre de personnes de plus de 60 ans ne permet pas toujours de mener des analyses approfondies. Du fait de leur exhaustivité et de leurs effectifs beaucoup plus importants, les recensements, désormais accessibles dans de nombreux pays africains via IPUMS-International (Golaz et al., 2009), permettent d'étudier des sous-populations particulières, comme celle des personnes âgées dans des pays relativement jeunes.

Les données démographiques apportent par leur représentativité des informations qui permettent de compléter des études ethnographiques qui entrent dans le détail des processus en œuvre mais sont généralement localisées. Il n'est pas question d'analyser ni les processus qui mènent à la vulnérabilité, ni la situation des personnes âgées en détail, ce type de données ne le permettant pas. En particulier, il est important de noter ici que les données nationales reposent sur le concept de ménage, inégalement adapté aux configurations domestiques relatives à différentes cultures (Van de Walle, 2006 ; Randall et al., 2008, Randall et al., 2013). Ainsi, les structures domestiques et économiques utilisées ici ne constituent qu'une partie du quotidien des personnes âgées, souvent liées

affectivement et économiquement à d'autres ménages physiquement proches. Cependant, on prend ici comme hypothèse de travail, à l'instar de Zimmer et Dayton (2005), que la co-résidence apporte un soutien physique et émotionnel supérieur à la simple proximité spatiale sans co-résidence.

La définition du ménage est relativement voisine dans les deux recensements utilisés. En Ouganda, le ménage est défini comme un groupe de personnes qui vivent et mangent normalement ensemble. Le chef de ménage est une personne qui est reconnue comme telle par les autres membres, soit en raison de son âge, soit de son statut social dans le ménage. Le chef de ménage a toute autorité et responsabilité dans les affaires du ménage (Uganda Bureau of Statistics, 2006). Au Sénégal, un ménage est défini généralement comme étant un groupe de personnes apparentées ou non, qui vivent ensemble sous le même toit et mettent en commun tout ou partie de leurs ressources pour subvenir à leurs besoins essentiels, notamment le logement et la nourriture mais surtout reconnaissant l'autorité d'une seule et même personne, le chef de ménage (République du Sénégal, 2002). Ces définitions apparemment simples sont parfois difficiles à appliquer quand l'enquêteur est confronté à des configurations familiales complexes (Randall et al., 2013).

Le ménage, sur lequel reposent les résultats présentés ici, représente la partie visible d'un système social plus large, qui mérite d'être mieux connu (Whitehead, 1984 ; Bonvalet et Lelièvre, 1995 ; National Academy of Sciences, 2006). Les analyses ci-dessous sont néanmoins contraintes par la nature des données utilisées et partent donc de l'hypothèse que la structure du ménage a un sens pour l'étude des conditions de vie des

Au Sénégal, en dépit de la stabilité politique que connaît le pays, la croissance économique demeure plus modeste qu'en Ouganda (entre 2,4 et 4 % par an) même si elle est en légère progression. Environ la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté¹². Ceci est le résultat de plusieurs facteurs : politiques économiques inadaptées, conséquences des programmes d'ajustement structurel, cours défavorables des produits exportés sur les marchés internationaux, etc. (Diagne et Gaye, 2002). Au Sénégal, la prévalence du VIH-Sida est toujours restée faible. La prévalence du VIH au Sénégal, toutes catégories de population confondues, est estimée à 0,5% en 2012 et selon les estimations le Sénégal compte 43 000 personnes vivant avec le VIH dont 37 000 sont des adultes, parmi lesquels 65 % sont des femmes. On estime à 11 000 le nombre d'orphelins dus au sida (Conseil National de Lutte Contre le Sida, 2014). Notons que les veuves peu nombreuses, atteintes du sida, même après la restauration de leur état de santé, renoncent souvent à se remarier et connaissent une forme d'isolement social. Cette forme de vulnérabilité est ignorée des politiques publiques et des revendications associatives (Desclaux et al, 2014).

À partir des informations disponibles sur les structures domestiques dans les données de recensement de ces deux pays aux conditions démographiques et économiques contrastées, nous allons tenter de distinguer les situations de vulnérabilité des personnes âgées. Des entretiens menés¹³ dans les deux pays auprès de personnes impliquées dans la production ou l'analyse de données, au sujet de la définition du ménage et des relations intergénérationnelles autour des personnes

âgées, permettront d'illustrer ces situations de vulnérabilité. Nous allons tout d'abord expliciter ce que les données de recensement peuvent apporter à l'étude de la vulnérabilité des personnes âgées, à travers ce que nous appellerons la vulnérabilité structurelle et la vulnérabilité relationnelle. Ensuite nous détaillerons les caractéristiques des personnes âgées qui peuvent être identifiées comme vulnérables selon ces deux définitions dans chacun des deux pays. Enfin, nous rassemblerons ces résultats pour donner une vision d'ensemble de la vulnérabilité des personnes âgées liées à la structure du ménage et à leur position dans le ménage.

¹² 48,3 % en 2005, puis 46,7 % en 2011 selon la banque Mondiale (<http://donnees.banquemondiale.org/pays/senegal>).

¹³ Entretiens réalisés dans le cadre d'un projet financé par l'ANR Franco-britannique intitulé « HH-MM. Des ménages à ménager : les implications de collectes standardisées pour comprendre les relations intergénérationnelles » (Projet ANR-09-FRBR-016).

personnes âgées. Certaines informations sont disponibles au niveau national et permettent de donner un aperçu des situations dans lesquelles les personnes âgées vivent, en particulier en termes de configurations domestiques (caractéristiques du ménage). L'image des structures domestiques donnée par des recensements transversaux est une image figée, alors que la structure des ménages évolue dans le temps et se remodèle en fonction des besoins et des possibilités. Les individus sont également mobiles et beaucoup de personnes migrent en particulier de milieu urbain à milieu rural lorsque leur

activité professionnelle ne les retient plus en ville. Compte tenu de cela, ce travail sur la vulnérabilité des personnes âgées suit essentiellement une démarche exploratoire. L'objet de ce travail est simplement d'identifier les situations dans lesquelles les problèmes liés à la vieillesse seront vécus le plus difficilement, nécessiteront peut-être un processus d'adaptation de la part des proches, un changement, sachant que pour faire face à ces problèmes, la plupart des familles seront amenées à modifier leurs agencements résidentiels.

1.2 Les personnes âgées dans la population : quelques caractéristiques

Comme nous l'avons déjà vu, la proportion de personnes âgées dans l'ensemble des deux populations est d'environ 5 %. Les ménages en Ouganda sont de taille relativement petite (environ 5 personnes) en comparaison à ceux du Sénégal où la taille est bien plus importante (plus de 9 personnes). L'écart est encore plus important quand ces ménages comportent des personnes âgées : respectivement 5 et 11,5 personnes (Tableau 2). Beaucoup de ménages au Sénégal sont de fait des ménages élargis, dans lesquels les fils mariés continuent de vivre, avec femmes et enfants, auprès de leur père qui est, indépendamment de sa contribution aux ressources du ménage, déclaré comme chef de ménage (Antoine et al., 2014) :

« Par exemple prenons un ménage où c'est le fils aîné qui apporte toutes les ressources

et fait vivre le foyer, il déclare cependant son père comme chef de ménage parce que c'est l'autorité, même s'il n'apporte plus rien. C'est lui qui a construit la maison, qui a amené les épouses et c'est le père des enfants ; il a assuré leur entretien jusqu'à l'âge de la retraite. Maintenant il est l'autorité morale même s'il n'a pas de pension de retraite, même s'il n'a plus de ressources, ce sont ses enfants qui l'entretiennent. Le fils aîné est là mais n'est que membre du ménage avec son noyau familial, mais ils remplissent les trois critères. Ils sont sous le même toit, ils partagent la nourriture et l'autorité c'est le papa » (Cadre de la direction de la statistique, Sénégal)

En Ouganda en revanche, les enfants mariés vivent plus souvent séparément de leurs parents, même si en milieu rural, ils sont

Tableau 2 : Caractéristiques comparées des ménages en Ouganda et au Sénégal

	Ouganda 2002 (Recensement)	Sénégal 2002 (Recensement)
Taille moyenne des ménages	4,7	9,1
Proportion de ménages comportant une personne âgée au moins	18,5 %	39,1 %
Taille moyenne des ménages comportant une personne âgée au moins	5	11,5
Proportion de ménages urbains	14,7 %	46,8 %
Proportion de ménages urbains parmi les ménages comportant une personne âgée au moins	6,6 %	36,8 %
Nombre total de ménages dans les échantillons utilisés	529 271	1 075 982
Proportion de la population en milieu urbain	12,2 %	40,1 %
Proportion de personnes de 60 ans et plus dans la population totale	4,7 %	5,4 %
Proportion de femmes parmi les 60 ans et plus	49,5 %	51,3 %
Nombre total de personnes de 60 ans et plus dans les échantillons utilisés	116 655	532 171

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>. Les auteurs remercient le Uganda Bureau of Statistics et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie du Sénégal pour ces données.

généralement voisins et peuvent partager ou mettre en commun un certain nombre de ressources. Conséquence directe de ces structures différentes des ménages, on relève une proportion deux fois plus grande de ménages comportant au moins une personne de plus de 60 ans au Sénégal (environ 40 %) qu'en Ouganda (18,5 %). Comme dans beaucoup de pays en développement, de forts contrastes séparent les campagnes des villes dans les deux pays. Seulement 12 % de la population ougandaise vit en milieu urbain en 2002, où les personnes âgées et les enfants sont moins nombreux. La population urbaine est bien plus importante au Sénégal (40 %) et près de la moitié de cette population vit dans la capitale, Dakar. Seulement 6,6 % des ménages ougandais comportant des personnes âgées résident en ville, alors que cette proportion atteint 36,8 % au Sénégal. Dans les deux pays, les hommes de plus de 60 ans sont à peu près aussi nombreux que

les femmes. Les différences de conditions de vie entre les genres sont très marquées à ces âges en raison en particulier d'un veuvage plus fréquent chez les femmes âgées (Antoine et Golaz, 2009). Environ une femme âgée sur deux est veuve, alors que ce n'est le cas que d'un homme âgé sur 10, ce qui dans l'ensemble correspond à la moyenne africaine (Schoumaker, 2000). Ce veuvage plus précoce chez les femmes que chez les hommes s'explique par le remariage plus fréquent des hommes et par un écart d'âge entre conjoints important, et a des conséquences importantes sur la vie des femmes âgées :

« *But also the problem with older women is that unless you have a very strong household, this is one thing we have noticed from the field... older women, older men usually have a home they have land, they have children, they have wives. So they receive attention*

and care. Usually when they grow very old at least they have wives and sons and wives of their sons are giving an assistance because they... you see that. But older women, especially those that don't have husbands, who have lost their husbands, those and have no children... don't have so much of an assistance. They have to do it by themselves. They don't get extra assistance from maybe wives of their children. It's difficult so they have to do most of those things for themselves. A man who has been cooked for all his life so there is somebody cooking for him because he is the head of the household. So when it comes to actually receiving care and if you see the number of older women in the list they are very vulnerable » (Cadre d'une ONG internationale, Ouganda)

Des modes de vie très différents distinguent donc hommes et femmes âgés selon le milieu de résidence. Nous allons donc utiliser le genre et la résidence, en plus de l'âge lui-même, pour préciser les situations de vulnérabilité des personnes âgées dans les analyses qui vont suivre.

I.3 Définition des situations de vulnérabilité liées à la structure du ménage

La vulnérabilité est un concept à facettes multiples, mobilisé à travers différentes disciplines (Thomas, 2008), qui ne prend sens que vis-à-vis d'un risque particulier, dont la survenue pourrait avoir un effet négatif sur la vie des personnes concernées (Courade et de Suremain, 2001). Il n'est pas ici question de définir l'ensemble des situations de

vulnérabilité des personnes âgées, mais plutôt de tenter d'affiner ce concept, en ciblant plus spécifiquement les configurations domestiques dans lesquelles les personnes âgées ne semblent pas bénéficier d'un soutien direct. En l'absence de système de protection sociale efficace, c'est sur la descendance que repose avant tout la prise en charge des personnes âgées. Celles et ceux qui n'ont pas d'enfant d'âge actif à même de les aider ou de les accueillir peuvent donc être considérées comme vulnérables, qu'elles vivent seules ou qu'elles soient accueillies par d'autres. Dans d'autres cas encore, la personne âgée vulnérable a elle-même des personnes à charge. En cas de difficulté, elle est alors livrée à elle-même et ses dépendants sont également pris au dépourvu. L'âge est un paramètre important, mais le parcours l'est également. Les difficultés liées à l'âge ne surviennent pas brutalement, et ne touchent pas tous les individus au même rythme. À partir des caractéristiques les plus simples des individus et des autres membres de leur ménage, il est possible de définir deux types de vulnérabilité, chacun se référant à un aspect différent de l'unité domestique que constitue le ménage : la vulnérabilité structurelle et la vulnérabilité relationnelle (Golaz, 2011).

La vulnérabilité structurelle concerne les personnes âgées vivant dans des structures domestiques où elles sont seules ou uniquement en compagnie d'enfants de moins de 15 ans. La plupart des personnes âgées vivent avec d'autres adultes, conjoint, fils adulte et éventuellement sa femme, ou autres, et de ce fait, peuvent être prises en charge en cas de besoin par ces autres adultes, lorsque l'on part du principe qu'un adulte est à même d'apporter une aide économique et de fournir de l'attention au quotidien. Mais certaines

personnes âgées vivent seules ou sans autre adulte.

« The fewer men who are extremely vulnerable and live alone and it's so terrible but for the men they have had land they have had wives and they take care... » (Cadre d'une ONG internationale, Ouganda)

Vivre seul est une situation extrême. Le plus souvent, en l'absence d'autres adultes, des enfants vivent avec la personne âgée. Le rôle des grands-parents dans la prise en charge des enfants a été souligné (Cattell, 1990 ; Zimmer et Dayton, 2005). Ce rôle est parfois subi (Seeley et al., 2009 ; Williams, 2003) mais correspond aussi parfois à un besoin de la personne âgée (Whyte et Whyte, 2004). Une pratique courante, dans de nombreuses sociétés africaines, lorsqu'une personne âgée seule a besoin d'aide, est de lui confier l'un de ses petits-enfants, qui veille sur elle tout en assurant le lien entre son ménage d'origine et celui de la personne âgée. Ainsi, des enfants assurent une présence quotidienne auprès de la personne âgée et peuvent alerter d'autres adultes si des besoins supplémentaires voient le jour. Mais, à l'inverse, une personne âgée ne peut pas refuser la garde d'un petit enfant (Williams, 2003) ce qui fait que des personnes âgées se retrouvent parfois avec une charge domestique plus importante que souhaitée. En Ouganda, c'est la mobilisation autour de la prise en charge des orphelins du sida qui a attiré l'attention sur le fait que souvent, ils étaient à la charge de personnes âgées :

« Old people don't live alone, they live with... eeh for instance a study carried out last year, it re...it re...it revealed that 84 % of the orphans and other vulnerable children are under the care of old people. [...] so they

found out that the majority of these orphans are under the care of the older people » (Cadre du Ministère du genre, du travail et du développement social, Ouganda)

Si l'on prend en compte l'arrivée d'un événement grave, perte d'activité, maladie ou autre, des enfants ne peuvent entièrement subvenir aux besoins inhérents pour la personne âgée sans mettre en péril leur propre trajectoire (déscolarisation par exemple). Ainsi une personne âgée vivant avec des enfants est probablement en situation de vulnérabilité, tout comme le sont ces enfants eux-mêmes. La vulnérabilité réelle dépend alors du soutien apporté par d'autres adultes, par exemple les parents des enfants ou d'autres proches, en dehors du ménage, mais celle-ci n'est pas mesurable dans les données de recensement. Ainsi, peuvent être définies comme en situation de vulnérabilité structurelle les personnes âgées vivant seules et celles avec un ou plusieurs enfants à charge.

La vulnérabilité relationnelle concerne les personnes âgées, qui, malgré le fait qu'elles appartiennent à des ménages comportant d'autres adultes, sont susceptibles d'être marginalisées par rapport aux autres membres du ménage. Par exemple, une personne âgée hébergée par un parent éloigné ou par une personne non apparentée n'a pas forcément la même position dans le ménage que ne l'aurait un parent direct ou un conjoint. Prises en charge par d'autres parents, elles peuvent se sentir marginalisées même si elles ne sont pas seules :

« Ça, c'est très rare, mais aussi c'est une situation de vulnérabilité extrême [...] des femmes qui n'ont pas d'enfant. C'est-à-dire elles vont vivre chez leur grande sœur ou chez leur petite sœur. Quand la sœur vit avec un de

II. Situations de vulnérabilité liées à la composition du ménage

ses enfants, elles vont vivre là-bas quoi ! Mais c'est comme si on te dit que je ne suis pas bien à l'aise quoi. Et souvent aussi dans la plupart de ces cas, dans les rapports familiaux, elles ont tendance à somatiser en se disant que c'est peut-être parce que je n'ai pas d'enfant qu'on n'a pas de considération, le repas... » (Géiatre, Sénégal)

Ainsi, lorsque la personne âgée n'est ni le chef du ménage, ni un parent proche du chef de ménage (conjoint, père ou mère), on peut considérer qu'elle se trouve en situation de vulnérabilité relationnelle.

Le rôle des personnes âgées dans la prise en charge de leurs enfants adultes malades a été souligné (Dayton et Ainsworth, 2004 ; Seeley et al, 2009), les difficultés rencontrées par les jeunes pour entrer sur le marché de l'emploi également (voir par exemple Antoine, 2007). Les situations de vulnérabilité définies ici ne cernent entièrement ni ne se limitent aux personnes en situation de détresse. Elles ont simplement pour vocation de s'en approcher

au mieux. Le concept de vulnérabilité permet simplement de définir des groupes de populations plus susceptibles que les autres d'avoir des problèmes, économiques ou sociaux. Les catégories définies ici sont forcément assez grossières, ne renseignent pas tant par elle-même (d'autres définitions auraient apporté des résultats sensiblement différents) mais par comparaison, entre différentes périodes – évolution temporelle- ou entre différents lieux – différences spatiales. D'autres dimensions de la vulnérabilité ne sont pas prises ici en considération. La vulnérabilité peut être conçue comme la probabilité de souffrir des conséquences des événements imprévus ou comme la sensibilité à des chocs extérieurs. Cependant, la probabilité qu'une personne souffre d'un choc dépend de sa capacité à s'adapter aux chocs considérés ou à éviter ces chocs ainsi que de la force de leur impact. Un entourage plus largement défini participe à ces effets amortisseurs, comme parfois certaines associations ou églises.



Village de Mengya, Nord du Mt Elgon, Ouganda, 2007. Claire Médard.

Intéressons-nous dans un premier temps à la vulnérabilité structurelle, celle liée à des structures domestiques dans lesquelles la personne âgée est éventuellement isolée, ou seule avec un ou plusieurs enfants de moins de 15 ans à élever.

La vulnérabilité structurelle telle que nous l'avons définie ici touche donc environ 18 % des personnes âgées en Ouganda (Tableau

3). Les femmes sont 1,5 fois plus concernées que les hommes. Au Sénégal, étant donné la taille plus étendue des ménages et l'accueil quasi systématique des personnes âgées dans des unités domestiques comportant d'autres adultes, la vulnérabilité structurelle est minime tant pour les hommes que pour les femmes (autour de 1,6 %).

Tableau 3 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus (en %) par type de ménage, selon le sexe et le milieu de résidence aux recensements de 2002, Ouganda et Sénégal

Ouganda	Rural			Urbain			Pays entier		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Seul(e)s	12,2	12,6	12,4	15,3	10,0	12,4	12,4	12,4	12,4
Avec un enfant	1,0	4,5	2,7	0,9	3,9	2,5	1,0	4,5	2,7
Avec plusieurs enfants	0,9	4,9	2,9	1,0	4,2	2,8	0,9	4,9	2,9
Avec au moins un autre adulte	85,9	78,0	82,0	82,8	81,9	82,3	85,7	78,3	82,0
Vulnérabilité structurelle	14,1	22,0	18,0	17,2	18,1	17,7	14,3	21,7	18,0
Effectif total	55525	53627	109152	3380	4123	7503	58905	57750	116655
Sénégal	Rural			Urbain			Pays entier		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Seul(e)s	0,8	0,9	0,8	2,4	1,4	1,9	1,4	1,1	1,2
Avec un enfant	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2
Avec plusieurs enfants	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2
Avec au moins un autre adulte	99,0	98,5	98,8	97,5	98,1	97,8	98,4	98,3	98,4
Vulnérabilité structurelle	1,0	1,5	1,2	2,5	1,9	2,2	1,6	1,7	1,6
Effectif total	165692	168171	333863	90728	99400	190128	256420	267571	523991

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>.

Dans les deux pays, la grande majorité des personnes âgées vivent avec d'autres adultes, âgés ou non (Tableau 3). Les hommes, en particulier, sont plus souvent avec d'autres adultes que les femmes, ce qui tient pour beaucoup au veuvage plus précoce des femmes. Au Sénégal, c'est la quasi-totalité de la population âgée (à plus de 98 %) qui vit avec d'autres adultes. En Ouganda, par rapport à d'autres pays africains, on note une proportion importante de personnes âgées vivant seules¹⁴ (plus de 12 % contre 1 % au Sénégal). Cette situation, en Ouganda, est plus fréquente pour les hommes âgés vivant en milieu urbain (15 %). Elle l'est moins pour les femmes âgées vivant également en milieu urbain – ce qui peut être attribué à une migration de travail vers la

ville majoritairement masculine. Vivre seul ne signifie pas forcément être loin de tout parent, la plupart des personnes âgées isolées vivant à proximité d'autres ménages apparentés, en particulier en milieu rural¹⁵. Les femmes ougandaises, en milieu rural et en milieu urbain, sont plus souvent que les hommes seules avec des enfants de moins de 15 ans (8 à 10 % des femmes et seulement 2 % des hommes). Dans environ la moitié des cas, elles vivent avec un seul enfant, mais dans l'autre moitié avec plusieurs.

En Ouganda, plus la personne est âgée, plus elle est susceptible de vivre seule, en particulier pour les femmes (Tableau 4A). Cette situation est très marginale au Sénégal (Tableau 4B) et l'on ne relève guère d'évolution de la situation selon l'âge.

Tableau 4A : Répartition des personnes âgées par type de ménage, selon le sexe et le groupe d'âge (Ouganda, recensement de 2002)

Hommes	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	Total
Seuls	11,4	11,9	13,3	13,9	13,1	12,4
Avec un enfant	0,9	1,0	1,1	1,2	0,9	1,0
Avec plusieurs enfants	1,0	1,0	0,9	0,8	0,7	0,9
Avec au moins un autre adulte	86,8	86,2	84,7	84,1	85,3	85,8
Vulnérabilité structurelle	13,3	13,9	15,3	15,9	14,7	14,2
Total	19763	12743	11233	5877	9289	58905
Femmes	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	Total
Seules	9,6	11,5	14,3	15,3	15,3	11,0
Avec un enfant	4,6	4,4	5,1	4,5	3,7	4,5
Avec plusieurs enfants	5,5	4,9	5,2	4,3	3,2	4,8
Avec au moins un autre adulte	80,3	79,3	75,4	75,9	77,9	78,3
Vulnérabilité structurelle	19,7	20,8	24,6	24,1	22,2	20,3
Total	19422	11288	11637	5182	10221	57750

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>.

¹⁴ Au Buganda, par exemple, la région centrale du pays, il était d'usage il y a déjà un siècle que les enfants mariés partent s'installer loin de leurs parents respectifs (Roscoe, 1911, p. 96).

¹⁵ Pour le Buganda, voir le travail de Nahemow cité par Seeley et al. (2009) ; pour l'Est du pays, voir par exemple Whyte et Whyte (2004).

Tableau 4B : Répartition des personnes âgées par type de ménage, selon le sexe et le groupe d'âge (Sénégal, recensement de 2002)

Hommes	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	Total
Seuls	1,5	1,4	1,3	1,1	1,3	1,4
Avec un enfant	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Avec plusieurs enfants	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Avec au moins un autre adulte	98,4	98,4	98,6	98,8	98,6	98,5
Vulnérabilité structurelle	1,6	1,6	1,4	1,2	1,4	1,5
Total	84954	58309	53035	30927	29195	256420
Femmes	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	Total
Seules	0,9	1,1	1,1	1,4	1,4	1,1
Avec un enfant	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Avec plusieurs enfants	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3
Avec au moins un autre adulte	98,5	98,3	98,3	98,1	98,2	98,3
Vulnérabilité structurelle	1,5	1,7	1,7	1,9	1,8	1,7
Total	95407	54748	59168	26804	31444	267571

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>.

En conclusion, alors que, en Ouganda, l'isolement est une situation partagée également par les deux sexes, la vulnérabilité structurelle est plutôt féminine, du fait d'un nombre important de femmes âgées avec des enfants à charge. C'est à partir de 70 ans que les individus sont les plus touchés. Les hommes âgés vivant en milieu urbain sont plus souvent isolés que les autres, les femmes vivant en milieu urbain sont moins souvent isolées, mais sont tout aussi nombreuses à avoir des enfants à charge qu'en milieu rural. Cette situation est en revanche très marginale au Sénégal.

III. Relation de la personne âgée au chef de ménage et vulnérabilité

On l'a vu précédemment, la plupart des personnes âgées vivent avec d'autres adultes. Mais leur position dans le ménage conditionne parfois leur accès aux ressources. Au sein du ménage, les personnes les plus éloignées du chef de ménage sont parfois marginalisées, et méritent par conséquent une attention particulière. Parmi les personnes âgées on

peut donc distinguer celles qui sont déclarées comme chef de ménage, celles qui sont conjoint ou ascendant direct du chef de ménage et les autres. Nous considérons ici ces dernières, comme vulnérables, dans le sens où de par leur relation au chef de ménage, leur accès aux ressources du ménage est potentiellement plus fragile.

Tableau 5 : Relation des personnes âgées au chef de ménage selon le milieu de résidence (Ouganda et Sénégal, aux recensements de 2002)

OUGANDA	Rural			Urbain			Total		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Chefs de ménage	89,7	52,0	71,1	81,6	52,6	65,7	89,2	52,0	70,8
Conjoint(e)s ou parent(e)s	1,4	28,3	14,6	2,8	19,2	11,8	1,5	27,7	14,4
Autres apparenté(e)s	6,8	18,4	12,5	11,4	25,1	19,0	7,1	18,9	12,9
Non-apparenté(e)s / ne sais pas	2,1	1,3	1,7	4,1	3,1	3,6	2,3	1,5	1,9
Vulnérabilité relationnelle	8,9	19,7	14,2	15,6	28,3	22,6	9,3	20,3	14,8
Total	55525	53627	109152	3380	4123	7503	58905	57750	116655
SÉNÉGAL	Rural			Urbain			Total		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Chefs de ménage	83,3	9,9	46,3	86,0	34,4	59,0	84,3	19,0	50,9
Conjoint(e)s ou parent(e)s	11,4	73,6	42,7	7,3	51,4	30,4	9,9	65,4	38,2
Autres apparenté(e)s	3,6	13,3	8,5	4,6	11,3	8,1	4,0	12,6	8,3
Non-apparenté(e)s / ne sais pas	1,6	3,2	2,4	2,1	3,0	2,6	1,8	3,1	2,5
Vulnérabilité relationnelle	5,2	16,5	10,9	6,7	14,3	10,6	5,7	15,7	10,8
Total	165692	168171	333863	90728	99400	190128	256420	267571	523991

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>.

De grandes différences apparaissent ici entre hommes et femmes, liées au fait que les hommes âgés sont beaucoup plus souvent que les femmes déclarés chef de ménage (Tableau 5). En Ouganda, alors que près de 90 % des hommes de plus de 60 ans sont chefs de ménage, ce n'est le cas que d'un peu plus de 50 % des femmes. Beaucoup de femmes sont néanmoins auprès de leur conjoint, ou hébergées par un fils. Mais un cinquième d'entre elles (contre moins de 8 % des hommes) vivent dans les ménages d'autres parents ou de personnes non-apparentées. Au Sénégal, si plus de 84 % des hommes âgés sont chefs de ménage - ou déclarés comme tels- les femmes âgées sont moins souvent chefs de ménage, surtout en

milieu rural, même si une partie d'entre elles sont épouses de polygame et par conséquent considérées comme chef de ménage lorsque le mari n'est pas de « tour » chez elle. Comme en Ouganda, une proportion importante de femmes sénégalaises sont hébergées chez l'un de leurs enfants. En Ouganda des parents âgés éloignés sont hébergés plus fréquemment par des membres de leur famille, signe que les enfants sont moins présents ou dans la possibilité d'offrir un accueil. La proportion de personnes âgées déclarées chefs de ménage diminue avec l'âge (Tableaux 6A et 6B), les hommes étant progressivement désinvestis de leur position de chef de ménage à partir de 70 ans en Ouganda et 80 ans au Sénégal. On peut également noter

Tableau 6A : Relation au chef de ménage selon l'âge (Ouganda, recensement de 2002)

	Hommes					Total
	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	
Chefs de ménage	91,9	92,6	90,8	89,1	77,0	89,2
Conjoints ou parents	1,0	1,0	1,2	1,3	3,5	1,5
Autre apparentés	5,0	4,7	5,8	7,3	16,0	7,1
Non-apparentés	2,2	1,7	2,1	2,2	3,5	2,3
Vulnérabilité relationnelle	7,2	6,5	7,9	9,5	19,4	9,4
Total	19763	12743	11233	5877	9289	58905
	Femmes					Total
	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	
Chefs de ménage	51,5	51,6	56,5	55,2	46,9	50,6
Conjointes ou parentes	35,0	31,9	23,6	21,3	17,1	27,7
Autres apparentées	12,3	15,3	18,7	21,8	34,0	18,9
Non-apparentées	1,2	1,3	1,2	1,6	2,2	1,4
Vulnérabilité relationnelle	13,5	16,6	19,9	23,4	36,2	20,3
Total	19422	11288	11637	5182	10221	57750

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>.

IV. Personnes âgées vulnérables : vue d'ensemble

que plus les Ougandais avancent en âge, et plus particulièrement les femmes, plus ils sont pris en charge par des personnes éloignées du noyau familial, voire non apparentées. Ce phénomène est moins perceptible au Sénégal.

En Ouganda, la proportion de personnes âgées en situation de vulnérabilité relationnelle croît nettement avec l'âge et tourne autour de 10 % pour les hommes et 20 % pour les femmes (Tableau 6A). Les proportions sont moins élevées au Sénégal (Tableau 6B), mais concernent davantage les femmes (près de 16 % contre 5,8 % chez les hommes), plus souvent confrontées au décès de leur

conjoint. Cette vulnérabilité, relativement stable pour les hommes, croît avec l'âge pour les femmes sénégalaises.

En conclusion, les situations de vulnérabilité relationnelle concernent davantage les femmes que les hommes. Il s'agit le plus souvent d'une prise en charge au sein de la famille, par d'autres apparentés que les enfants. Cette forme de vulnérabilité concerne deux à trois fois plus de femmes que d'hommes selon le contexte et augmente avec l'âge dans les deux pays. En Ouganda, elle est plus courante en milieu urbain qu'en milieu rural.

Tableau 6B : Relation au chef de ménage selon l'âge (Sénégal, recensement de 2002)

	Hommes					Total
	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	
Chefs de ménage	87,8	88,5	83,8	81,9	68,9	84,3
Conjoints ou parents	6,6	6,3	10,3	13,2	23,2	10,0
Autre apparentés	3,7	3,4	4,1	3,6	5,9	4,0
Non-apparentés	1,9	1,7	1,8	1,3	2,0	1,8
Vulnérabilité relationnelle	5,6	5,1	5,9	4,9	7,9	5,8
Total	84954	58309	53035	30927	29195	256420
	Femmes					Total
	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	
Chefs de ménage	19,3	22,3	18,2	19,3	13,4	19,0
Conjointes ou parentes	67,3	63,2	64,4	63,6	66,0	65,3
Autres apparentées	11,1	11,2	13,7	13,6	16,3	12,6
Non-apparentées	2,3	3,2	3,7	3,4	4,3	3,1
Vulnérabilité relationnelle	13,4	14,4	17,4	17,0	20,6	15,7
Total	95407	54748	59168	26804	31444	267571

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>.

Les mesures des différentes composantes de la vulnérabilité peuvent être rassemblées et rapportées à l'ensemble de la population âgée, afin d'évaluer un indicateur global de vulnérabilité lié à la structure du ménage et à la place de la personne âgée dans celui-ci. Les définitions des deux types de vulnérabilité étant disjointes (on ne peut être à la fois en situation de vulnérabilité structurelle et en situation de vulnérabilité relationnelle), il suffit pour cela d'ajouter les proportions de l'une et de l'autre. En Ouganda (Tableau 7A), 38 % des femmes âgées, et 23 % des hommes âgés peuvent être considérés comme vulnérables selon la définition adoptée ici. La vulnérabilité est plus forte en moyenne en milieu urbain qu'en milieu rural. La vulnérabilité relationnelle (c'est-à-dire une prise en charge par des parents plutôt éloignés ou des non apparentés) touche beaucoup plus les femmes âgées que les hommes âgés et est plus marquée en milieu urbain.

Au Sénégal (Tableau 7B), seulement 12,4 % des personnes âgées sont en situation de vulnérabilité à l'intérieur du ménage,

essentiellement sur le plan relationnel. La taille importante des ménages offre une structure d'accueil à la personne âgée, qui dans certains cas continue de diriger une famille qui comporte plusieurs actifs et dans d'autres est prise en charge dans la maison familiale par un (ou plusieurs) de ses enfants. Cependant, il ne faut pas croire que cette relativement faible proportion mette à l'abri de la pauvreté : selon l'Enquête de Suivi de la Pauvreté 2005-2006, 52,2 % des chefs de ménage considèrent leur ménage comme pauvre (Ministère de l'Économie et des Finances, 2007). Parmi les manifestations de la pauvreté au Sénégal, il est à noter une forte pression humaine sur les services sociaux de base et sur l'offre scolaire, lesquels s'avèrent insuffisants ; leur défaillance se traduit par une difficulté accrue d'accès aux soins de santé, le développement des écoles à double flux¹⁶ en zone péri-urbaine et en milieu rural, le développement de l'insécurité surtout dans les quartiers pauvres et la marginalisation de certains groupes (enfants de la rue, chômeurs, déscolarisés).

Tableau 7A : Les situations de vulnérabilité liées au ménage selon le milieu en Ouganda (recensement de 2002)

	Rural			Urbain			Pays entier		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Non vulnérable	77,9	62,8	70,5	68,1	57,5	62,3	77,3	62,4	70,0
Vulnérabilité structurelle	13,1	17,5	15,2	16,3	14,2	15,1	13,3	17,3	15,2
Vulnérabilité relationnelle	9	19,7	14,2	15,6	28,3	22,6	9,4	20,3	14,8
Vulnérabilité liée au ménage	22,1	37,2	29,6	31,9	42,5	37,7	22,7	37,6	30,0
Total	55525	53627	109152	3380	4123	7503	58905	57750	116655

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>.

¹⁶ Pour faire face au grand nombre d'enfants inscrits, dans certaines écoles les promotions ont été coupées en deux, certains ayant classe les matins, les autres les après-midi.

Tableau 7B : Les situations de vulnérabilité liées au ménage selon le milieu au Sénégal (recensement de 2002)

	Rural			Urbain			Pays entier		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Non vulnérable	93,8	82,0	87,8	90,8	83,8	87,2	92,7	82,7	87,6
Vulnérabilité structurelle	1,0	1,5	1,2	2,5	1,9	2,2	1,5	1,6	1,6
Vulnérabilité relationnelle	5,2	16,6	10,9	6,7	14,2	10,6	5,7	15,7	10,8
Vulnérabilité liée au ménage	6,2	18,0	12,2	9,2	16,2	12,8	7,3	17,3	12,4
Total	165692	168171	333863	90728	99400	190128	256420	267571	523991

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>.

La vulnérabilité augmente globalement avec l'âge en Ouganda (Tableau 8A). La vulnérabilité relationnelle des hommes double au tournant des 80 ans, ce qui marque probablement qu'à ces âges les hommes connaissent progressivement le veuvage au même titre que les femmes, et vivent plus souvent avec des parents éloignés ou des non-apparentés qu'en couple.

Au Sénégal (Tableau 8B), la vulnérabilité relationnelle croît avec l'âge. Les hommes connaissent peu cette situation. La vulnérabilité relationnelle passant de 5,6 % à 60-64 ans à 7,9 % à 80 ans et plus. La majorité des hommes âgés restent considérés comme le chef de ménage, quand bien même ils n'apporteraient plus de ressource au ménage (Antoine et al., 2012). Davantage de femmes sont concernées par la vulnérabilité relationnelle qui croît avec l'âge, conséquence en partie du veuvage, passant de 13,4 % à 60-64 ans à 20,6 % à 80 ans et plus. Ces femmes sont alors accueillies parfois par des parents éloignés (neveux, cousins, etc.)

ou le voisinage. Le recueil des données peut toutefois conduire à surestimer cette forme de vulnérabilité. En effet la parenté est recueillie par rapport au chef de ménage, et la mère d'un des membres du ménage (autre que le chef de ménage) peut être accueillie par son enfant sans qu'apparaisse un lien de parenté étroit avec le chef de ménage.

Tableau 8A : Les situations de vulnérabilité liées au ménage selon l'âge en Ouganda (recensement de 2002)

Hommes	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	Total
Non vulnérable	80,5	80,6	77,8	75,8	66,7	77,4
Vulnérabilité structurelle	12,3	12,9	14,3	14,7	13,8	13,3
Vulnérabilité relationnelle	7,2	6,5	7,9	9,5	19,5	9,4
Vulnérabilité liée au ménage	19,5	19,4	22,2	24,2	33,3	22,7
Total	19763	12743	11233	5877	9289	58905
Femmes	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	Total
Non vulnérable	71,9	70,8	59,1	62,1	39,9	63,9
Vulnérabilité structurelle	14,8	14,5	20,3	17,3	20,3	15,8
Vulnérabilité relationnelle	13,3	14,7	20,6	20,6	39,8	20,3
Vulnérabilité liée au ménage	28,1	29,2	40,9	37,9	60,1	36,1
Total	19422	11288	11637	5182	10221	57750

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>.

Tableau 8B : Les situations de vulnérabilité liées au ménage selon l'âge au Sénégal (recensement de 2002)

Hommes	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	Total
Non vulnérable	92,8	93,3	92,7	93,8	90,7	92,8
Vulnérabilité structurelle	1,6	1,6	1,4	1,2	1,4	1,5
Vulnérabilité relationnelle	5,6	5,1	5,9	4,9	7,9	5,7
Vulnérabilité liée au ménage	7,2	6,7	7,3	6,2	9,3	7,2
Total	84954	58309	53035	30927	29195	256420
Femmes	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +	Total
Non vulnérable	85,1	83,8	80,9	81,0	77,6	82,6
Vulnérabilité structurelle	1,5	1,7	1,7	1,9	1,8	1,7
Vulnérabilité relationnelle	13,4	14,5	17,4	17,0	20,6	15,7
Vulnérabilité liée au ménage	14,9	16,2	19,1	19,0	22,4	17,4
Total	95407	54748	59168	26804	31444	267571

Source : Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <https://doi.org/10.18128/D020.V7.0>.

Ces résultats sur la vulnérabilité signalent des situations qui méritent un regard plus approfondi eu égard à la pauvreté, à la répartition des ressources dans le ménage, à la situation des personnes âgées en général.

L'une des questions prégnantes concernant la situation des personnes âgées est l'accès aux soins de santé. Les données disponibles ne fournissent pas d'information pour pouvoir aller plus loin dans cette analyse.

Conclusion

La construction de deux indicateurs complémentaires de vulnérabilité, reposant sur les données censitaires relatives à la structure des ménages permet de mieux cerner les configurations domestiques dans lesquelles les personnes âgées sont en situation de vulnérabilité. Comme ces deux indicateurs, la « vulnérabilité liée au ménage » définie par leur cumul est un concept contraint par l'utilisation de données simples, dont le niveau dans la population est tributaire des définitions sous-jacentes, en particulier de celle du ménage. Son interprétation est donc forcément limitée. Rappelons que les hommes âgés sont à peu près aussi nombreux que les femmes âgées. Ils sont cependant moins souvent qu'elles en situation de vulnérabilité, surtout en Ouganda. Les situations de vulnérabilité augmentent logiquement avec l'âge.

En Ouganda, environ 15 % des personnes âgées vivent seules ou avec des enfants à charge (vulnérabilité structurelle) et 15 % sont dans des ménages avec d'autres adultes, mais ne sont pas proches du chef de ménage (vulnérabilité relationnelle). À titre comparatif, au Sénégal, ce n'est le cas que de respectivement 2 et 11 % des personnes âgées. Les femmes sont beaucoup plus souvent que les hommes en situation de vulnérabilité relationnelle. En Ouganda, elles sont également plus souvent que les hommes en situation de vulnérabilité structurelle. Les différences relevées entre les deux pays tiennent en grande partie à la structure et à la taille très différentes des ménages en Ouganda et au Sénégal. Ainsi, suivant un schéma très courant, les hommes âgés sont souvent considérés comme les chefs de ménage et vivent avec d'autres adultes – comme en particulier une conjointe. Les

femmes âgées sont plus réquement seules, on leur confie volontiers des enfants, et si elles sont prises en charge, elles vivent souvent avec des parents plus ou moins éloignés voire des personnes non-apparentées.

En Ouganda, contrairement au Sénégal, on constate une importance moindre de la famille dans le cercle des corésidents des personnes âgées (forte proportion de personnes âgées seules ou vivant dans des ménages dirigés par une personne non-apparentée). Le soutien aux personnes âgées ne passe-t-il pas par la corésidence ? L'érosion des systèmes de soutien familial, documentée dans d'autres pays¹⁷, serait-elle en train de toucher l'Ouganda ? Cela ne semble en revanche pas être encore le cas au Sénégal. Mais il est nécessaire une fois de plus de rappeler que ces résultats reposent sur des catégories hétérogènes et des données sur les ménages. Tributaires de la définition du ménage, ils sont susceptibles de varier lorsque celle-ci change. Liés au ménage lui-même, ils ne prennent pas en compte le soutien qui viendrait de l'extérieur de ce ménage, aussi proche soit-il. Ils ne peuvent donc pas être interprétés en termes de mesures (complète) de la vulnérabilité des personnes âgées. Ces résultats montrent néanmoins l'importance du développement d'un soutien social à l'égard des personnes âgées qui pourrait être promu par l'État, et également la nécessité d'aller plus loin dans la compréhension des relations inter-générationnelles autour des personnes âgées pour pouvoir cibler à travers des politiques publiques adaptées les situations réelles de précarité.



Pilage de céréales au Sénégal, 2013. © IRD Jéssabelle Piquet

¹⁷ Par exemple au Ghana à travers les travaux de Aboderin (2006) et Van der Geest (2002).

- Aboderin I.**
- 2006, *Intergenerational Support and Old Age in Africa*, New Jersey, Transaction Publishers, 207 p.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)**
- 2014, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (Sénégal 2013), Rapport définitif, Dakar, 417 p.
- Antoine P. (éd)**
- 2007, *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle*, Paris, Ceped, collection Rencontres, 255 p.
- Antoine P., Gning S.B., Dial F.B.**
- 2014, « Les chefs de ménage âgés au Sénégal : illusion statistique ou réalité ? » in A. Adjamagbo (ed), *Démographie et politiques sociales. Actes du XVIIe Colloque de l'AIDELF 2012*, Paris, AIDELF.
- Antoine P. et Golaz V.**
- 2009, « Vieillir en Afrique », *Idées*, 157, p. 34-37.
- 2010 « Vieillir au Sud : une grande variété de situations », *Autrepart*, 53(1), p.3-15.
- Attias-Donfut C. et Rosenmayr L.**
- 1994, *Vieillir en Afrique*, Paris, Puf, 353 p.
- Attias-Donfut C.**
- 2000, « Rapports de générations. Transferts intrafamiliaux et dynamique macrosociale », *Revue Française de Sociologie*, 41(4), p. 643-684.
- Bonvalet C. et Lelièvre E.**
- 1995, « Du concept de ménage à celui d'entourage : une redéfinition de l'espace familial », *Sociologie et sociétés*, Vol. XXVII, N° 2, p. 177-190.
- Cattell M.**
- 1990, "Models of old age among the Samia of Kenya: Family support of the elderly", *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, Volume 5, Number 4, p. 375-394.
- Courade G., de Suremain C.-E.**
- 2001, « Inégalités, vulnérabilités et résilience : les voies étroites d'un nouveau contrat social en Afrique subsaharienne », in *Inégalités et politiques publiques en Afrique : pluralité des normes et jeux d'acteurs*, Paris, Karthala, p. 119-133.
- Dayton J. et Ainsworth M.**
- 2004, "The elderly and AIDS: Coping with the impact of adult death in Tanzania", *Social Science and Medicine*, 59, p. 2161-2172.
- Desclaux A., Boye S., Taverne B.**
- 2014, *La relégation sociale des veuves vivant avec le VIH au temps des antirétroviraux au Sénégal*, Bulletin de la Société Pathologie Exotique, n°107, p. 273-278.
- Diagne A., Gaye D.**
- 2002, *Le Sénégal en quête d'une croissance durable*, Paris, CREA-Karthala, 273 p.
- Golaz V.**
- 2007, « Vers une redéfinition des relations intergénérationnelles en pays gusii », in P. Antoine (éd.). *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle*, Nogent sur Marne, CEPED, série rencontres, p.231-249.
- 2011, « Vieillir en Ouganda au début du XXI^{ème} siècle. Une estimation de la vulnérabilité des personnes âgées à partir des données démographiques nationales », in *Relations intergénérationnelles. Enjeux démographiques*. Actes du colloque de l'AIDELF 2010, p.69-88. https://www.aidelf.org/images/stories/Plnire_2.pdf.
- 2013, « La dépendance en Afrique. Prise en charge familiale et accès aux soins de santé », *Gérontologie et sociétés*, numéro spécial Dépendance : état des lieux d'un débat, n°145, p. 77-89.
- Golaz V., Gubry F. et Gendreau F.**
- 2009, "Recent trends concerning the accessibility of African population censuses to the academic community. A user's perspective", *Working Papers du CEPED* n 4, juillet 2009, 14 p.
- Golaz V., Nowik L. et Sajoux M.**
- 2012, « L'Afrique, un continent jeune face au défi du vieillissement », *Population et société*, n° 491, juillet-août 2012, Paris : INED, 4 p.
- Jones B.**
- 2009, *Beyond the State in rural Uganda*, International African Library, Edinburgh, Edinburgh University Press, 199 p.
- Nahemow N.**
- 1979, "Residence, kinship and social isolation among the aged Baganda", *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), p. 171-183.
- National Academy of Sciences**
- 2006, « Aging in sub-Saharan Africa: Recommendations for furthering research », in *Aging in sub-Saharan Africa*, Washington D.C., National Academy Press, p. 1-51.
- Pilon M. et Vignikin K.**
- 2006, *Ménages et familles en Afrique Sub-saharienne*, Éditions des archives contemporaines et AUF, Paris, 131 p.
- Pison G.**
- 2009, « Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord », *Population et société*, n° 457, juin 2009, Paris, INED, 4 p.
- Randall S., Coast E., Leone T.**
- 2008, « Une culture disciplinaire et ses pièges : l'emploi du terme « ménage » en démographie », in *Démographie et Culture*. Actes du colloque de l'AIDELF 2008, p. 475-493.
- Randall S., Coast E., Compaore N. et Antoine P.**
- 2013, « The power of the interviewer », *Demographic Research*, 28, p. 763-792. <http://www.erudit.org/livre/aidelf/2008/001518co.pdf>.
- Republic of Uganda**
- 2013, *Drivers of MDG Progress in Uganda and the Implications for the Post-2015 Development Agenda*, Kampala, Ministry of Finance, Planning and Economic Development, 75 p.
- République du Sénégal**
- 2002, *Manuel de l'agent recenseur, 3e recensement général*, Dakar, Ministère de l'économie et des finances (MEF), Direction de la prévision et de la statistique, 62 p.
- Roscoe J.**
- 1911, *The Baganda. An account of their early customs and beliefs*, London, Macmillan and Co., 525 p.
- Sajoux M., Golaz V. et Lefèvre C.**
- 2015, « L'Afrique un continent jeune et hétérogène appelé à vieillir », *Mondes en développement*, 43(3), n°171, p. 11-30.
- Schoumaker B.**
- 2000, « Le vieillissement en Afrique subsaharienne », *Espace, Populations Sociétés. Le vieillissement dans le monde*, n°3, p. 379-390.
- Seeley J., Wolff B., Kabunga E., Tumwekwase G. et Grosskurth H.**
- 2019, « This is where we buried our sons': people of advanced old age coping with the impact of the AIDS epidemic in a resource-poor setting in rural Uganda », *Ageing and Society*, 29, p. 115-134.
- Thomas H.**
- 2008, « Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc. », *Esquisses*, 2008.

Van der Geest S.

- 2002, « From Wisdom to Witchcraft : Ambivalence towards Old Age in Rural Ghana », *Africa*, 72/3 (2002), p. 437-463.

Uganda Bureau Of Statistics

- 2006, *The 2002 Population Census, Analytical Report, Household Characteristics*, 104 p.
- 2016, *National Population and Housing Census 2014. Main report*, Uganda Bureau of Statistics, Kampala, 86 + 7 p.

Van de Walle E. (éd)

- 2006, *African households. Censuses and Surveys, A General Demography of Africa*, ACAP- ME Sharpe, Armonk (NY), xxxix + 247 p.

Williams A.

- 2003, *Ageing and Poverty in Africa : Ugandan Livelihoods in a Time of HIV/AIDS*, Ashgate, Aldershot, 256 p.

Whitehead A.

- 1984, « Beyond the household? Gender and kinship based resource allocation in a Ghanaian domestic economy », in J.I. Guyer and P.E. Peters (éds), *Conceptualizing the household : Issues of theory, Method and Application*, Workshop held at Harvard University, Nov. 2-4, 1984, Charlottesville (Virginia), Teleprint Publishing, p. 50-54.

WHO Regional Office for Africa

- 2015: *The health of the people: what works – The African Regional Health Report 2014*, Brazzaville, 187 p.
WHO, 2010, *Uganda Health Profile*, 2 p., <http://www.who.int/gho/countries/uga.pdf>

Whyte S., Whyte M.

- 2004, « Children's children: time and relatedness in Eastern Uganda », *Africa*, 74(1), p. 76-94.

Zimmer Z., Dayton J.

- 2005, « Older adults in Sub-Saharan Africa living with children and grandchildren », *Population Studies*, 59 (3), p. 295-312.

Note

sur les conditions de vie des personnes âgées en Egypte



Aurora Angeli et Camilla Alberani

Université de Bologne, Italie

aurora.angeli@unibo.it;

camilla.alberani@hotmail.it

Logement

Ménages

Egypte

Pauvreté

Co-résidence

Relations intergénérationnelles

En Egypte, les conditions de vie des personnes âgées se transforment rapidement du fait des évolutions socio-démographiques en cours. Les premiers signaux du passage de la famille nombreuse à un modèle plus restreint et nucléarisé sont visibles. Cette note vise à mettre en relief quelques-unes des caractéristiques socio-économiques des ménages égyptiens comportant des personnes âgées, à partir de données d'enquêtes auprès des ménages de 1998 et 2006. La proportion de personnes âgées vivant avec des descendants reste supérieure à 60 %, tant pour les hommes que pour les femmes, tant pour les personnes de moins de 80 ans que pour les plus âgées. La proportion de personnes vivant seules ou avec seulement leur conjoint est néanmoins en augmentation. Les ménages comptant des personnes âgées apparaissent légèrement défavorisés en matière de qualité du logement par rapport aux autres ménages.

In Egypt, the living conditions of older people are undergoing deep changes in relation to the on-going socio-demographic transformations. The first signals of a transition from large families to a smaller, more nuclearised model are visible. This research note aims at underlining the socio-economic characteristics of Egyptian households including older persons. It is based on an analysis of two household surveys from 1998 and 2006. The proportion of older persons living with descendants remains higher than 60 %, for older men as for older women, for persons above 80 years old as for older persons below 80. The proportion of older persons living alone or with only their spouse is nevertheless increasing. Older people's households seem rather disadvantaged in terms of housing in comparison to other households.

Introduction. Une transition démographique vers une société qui vieillit.

Durant les décennies passées, l'Égypte a connu une diminution de la fécondité importante ainsi qu'une hausse notable de l'espérance de vie pour les deux sexes. Le niveau de fécondité se situe actuellement autour de trois enfants par femme alors qu'il était estimé à 6,6 pendant les années 1960. L'espérance de vie est d'environ 69 ans pour les hommes et dépasse 73 ans pour les femmes en 2010-2015 contre 48 et 51 ans respectivement sur la période 1960-1965. A ce stade de la transition démographique, l'Égypte présente les signes de vieillissement mentionnés dans la littérature, tels que le doublement de la proportion des plus âgés et la modification du rapport numérique entre jeunes et âgés (Golaz, Nowik et Sajoux, 2012 ; Pison, 2009 ; Thumerelle, 2000). La part de la population âgée de 65 ans ou plus, estimée à 5,1 % en 2015, devrait doubler d'ici 2050 pour atteindre 10,6 %. L'effectif correspondant

devrait pour sa part passer de 4,7 millions en 2015 à 7,9 puis 16,2 millions respectivement en 2030 et en 2050. Dans le même temps, le nombre des jeunes de moins de 15 ans devrait d'ici 2050 augmenter et atteindre 39 millions environ contre 31 millions en 2015 (UN, 2017). Cette note vise à mettre en relief quelques-unes des caractéristiques socio-économiques des ménages égyptiens comportant des personnes âgées, à partir de données des enquêtes auprès des ménages « Egypt Labor Market Survey » de 1998 (ELMS98) et « Egypt Labor Market Panel Survey » de 2006 (ELMPS06), menées par l'ERF et le CAPMAS¹⁸. Les bases de données - représentatives des ménages au niveau national - comportent des caractéristiques concernant les individus membres du ménage, les logements et les biens de consommation durable dont dispose le ménage, les sources du revenu et les transferts (Barsoum, 2007).



Passants, Le Caire, Égypte, 2009. Florence Troin

I. La cohabitation intergénérationnelle diminue, la proportion d'aînés chefs de ménage augmente

Les premiers résultats¹⁹ montrent qu'autour du passage au XXI^e siècle des modifications importantes dans les caractéristiques des ménages égyptiens se sont produites. La taille moyenne des ménages égyptiens a ainsi diminué de 6,2 à 5,6 personnes entre 1998 et 2006. Cette baisse a été encore plus nette en milieu urbain (de 5,7 à 4,8 personnes). Environ 20 % des ménages comportent au moins une personne de 65 ans ou plus en 1998 comme en 2006, mais la configuration de ces ménages est en train de changer (Angeli et Alberani, 2011). Ces changements touchent en particulier les personnes de 65-79 ans (Tableau 1) qui présentent une gamme plus vaste de modalités de résidence que les plus de 80 ans. Bien que le mode de vie le plus courant pour les personnes âgées de 65 à 79 ans reste celui de vivre avec leurs enfants (et/ou petits-enfants), les pourcentages de personnes âgées cohabitant avec des descendants baissent durant la période étudiée. Dans le même temps, les pourcentages de personnes âgées de 65 à 79 ans qui vivent seules ou uniquement avec leur conjoint augmentent. Pour les femmes le phénomène est particulièrement marqué : en

2006 presque une femme sur cinq âgée de 65 ans ou plus vit seule ; parmi les femmes urbaines cette proportion est presque de une sur quatre. On estime qu'un peu moins de 300 000 femmes de 65-79 ans et presque 52 000 de 80 ans et plus vivent seules en 2006 contre respectivement 185 000 et 30 000 en 1998²⁰. En 2006, 70 % des femmes seules de 65 ans ou plus vivent en ville. Parmi les personnes âgées, le fait, de plus en plus fréquent, de ne pas cohabiter avec des descendants – c'est-à-dire le fait de vivre seul(e) ou avec seulement le conjoint –, qui concerne en premier lieu les femmes, se traduit par la croissance de la proportion de personnes âgées déclarées chefs de ménage, comme presque partout ailleurs en Afrique durant les dernières décennies (Tichit, 2005). En 2006 plus de quatre femmes sur dix âgées de 65 à 79 ans – vivant seules ou avec d'autres personnes – assument ce rôle. Le phénomène touche surtout les gouvernorats urbains (Le Caire, Alexandrie, Port-Saïd, Suez). Au Caire un ménage sur cinq est dirigé par une femme en 2006 ; en ne considérant que les chefs de ménage âgés, cette proportion est supérieure à 40 %.

¹⁸ Economic Research Forum (ERF); Central Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS). Nous remercions l'ERF pour les données des enquêtes.

¹⁹ Les données dans le texte et les tableaux sont pondérées.
²⁰ Estimations obtenues à l'aide des poids de sondage.

II. Vulnérabilité au grand âge et caractéristiques socio-économiques des ménages - Exemples.

Tableau 1 : Modalités de résidence des personnes âgées de 65 à 79 ans selon le genre (en %)

	Enquête 1998			Enquête 2006		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Ne cohabitant pas avec des descendants						
Seul(e)	4,3	14,3	9,4	5,8	19,0	12,7
Seulement avec le/la conjoint(e)	17,7	10,1	13,8	22,9	11,6	16,0
Vivant avec enfants/petits-enfants						
En couple avec enfants; avec enfants et petits-enfants	62,0	16,2	38,7	58,6	14,2	35,3
Seul(e) avec enfants et petits-enfants.	9,0	32,0	20,7	5,9	33,5	20,4
Seul(e) avec enfants seulement	5,2	13,9	9,6	4,4	12,4	8,6
Seul(e)/en couple avec petits-enfants seulement (Génération manquante)	0,9	2,8	1,9	1,4	1,1	1,3
Vivant avec d'autres parents ou d'autres personnes sans lien de parenté	0,9	10,7	5,9	1,0	8,3	4,8
Total	100	100	100	100	100	100
Nombre de personnes enquêtées	525	517	1042	746	807	1553
Nombre de cas estimé*	1 260 249	1 299 649	2 559 898	1 413 453	1 571 653	2 985 106

Source : élaboré à partir des données des enquêtes ELMS98 et ELMPS06.

Si on considère les plus âgés (80 ans et plus), les modalités de résidence observées sont moins nombreuses et la proportion de ceux qui vivent avec des descendants reste supérieure à 60 % tant pour les hommes que pour les femmes.

Les données relatives aux individus et aux ménages montrent une grande variabilité des caractéristiques individuelles et du logement, ainsi que des situations de fragilité persistant dans la période observée. Parmi celles-ci figure le fait que parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, six à sept sur dix sont analphabètes ; ce pourcentage dépasse même 90 % pour les femmes en milieu rural. Les caractéristiques de l'habitat permettent de mieux cerner la situation des égyptiens âgés et de leurs ménages. Selon les données ELMS98 et ELMPS06, environ 65 % des ménages égyptiens sont propriétaires de leur logement ; cette proportion est élevée aussi pour ceux qui comportent des personnes âgées, bien qu'il existe des différences marquées selon le lieu de résidence et la structure familiale.

Les conditions moyennes des logements égyptiens (synthèse ici du niveau de vie) montrent des améliorations pour ce qui concerne l'accès à l'eau et à l'électricité, mais aussi la typologie du sol entre 1998 et 2006. Ces progrès sont plus faibles si le chef de famille est âgé, et la qualité de l'habitation montre une haute variabilité selon les modalités de résidence.

Des différences à l'échelle géographique persistent aussi. Dans les gouvernorats urbains, caractérisés par une hausse des ménages dirigés par des femmes (et notamment des femmes âgées seules), les proportions de ménages propriétaires de leur logement demeurent comprises entre 30 % et 40 %, soit à des niveaux toujours plus bas que dans les gouvernorats ruraux.

En effet les ménages dirigés par des femmes présentent en général des pourcentages plus faibles de propriété du logement

(comparativement aux ménages dirigés par des hommes) et aussi des caractéristiques moins favorables en termes d'habitat, telles que des proportions plus élevées d'habitations avec un sol de terre battue (16 % contre 14 % des ménages dirigés par des hommes en 2006), sans moyens d'assainissement adéquats ou sans eau courante.

Les personnes âgées résidant seules présentent quant à elles des conditions de vie globalement plus précaires en matière de conditions d'hygiène ; pour les femmes âgées vivant en milieu rural on observe même sur la période étudiée une détérioration de ces conditions. Le pourcentage des femmes rurales âgées résidant seules disposant d'un sol en terre battue dans l'habitation est en effet passé de 35 % à 45 %. En outre en 2006 presque une sur dix vit dans un logement ne comportant ni toilettes privées ni toilettes communes.

Les ménages âgés « à génération manquante »²², pour la plupart urbains, présentent les conditions de logement les plus difficiles. En 2006 seuls 47 % (38 % en milieu urbain) sont propriétaires si le chef de famille est une femme, et ces ménages présentent les proportions les plus élevées d'habitat avec des sols en terre battue, sans accès à l'eau dans l'habitation, sans électricité ou sans toilettes salubres. Ces ménages égyptiens (ils sont près de 45 000²³ en 2006) souffrent d'une grande vulnérabilité affectant la dimension économique mais aussi les dimensions liées à la santé, cette situation ayant des répercussions sur les jeunes vivant avec les grands-parents.

²² Ménages incluant un ou deux grands-parents (dont au moins un est âgé de 65 ans ou plus) et les petits-enfants seulement.
²³ Estimations obtenues à l'aide des poids de sondage.

Conclusion

La configuration des ménages égyptiens est en transformation : les premiers signaux du passage de la famille nombreuse à un modèle plus restreint et nucléarisé sont visibles. La proportion de personnes âgées vivant avec des descendants reste toutefois supérieure à 60 %, tant pour les hommes que pour les femmes, tant pour les personnes de moins de 80 ans que pour les plus âgées. La proportion de personnes vivant seules ou avec seulement leur conjoint est néanmoins en augmentation. Les ménages comportant des personnes âgées apparaissent en moyenne légèrement défavorisés en matière de qualité du logement comparativement aux autres ménages. De plus, alors que dans l'ensemble de la population les caractéristiques de l'habitat s'améliorent, cette transformation est beaucoup plus lente dans les ménages dont le chef est âgé. Si on considère en détails les modalités de résidence des personnes âgées, leur vulnérabilité est perceptible, comme cela est souvent le cas dans le monde en développement (Antoine et Golaz, 2010 ; Nations Unies, 2005). Mais les ménages égyptiens sont appelés à vivre de nouvelles transformations, notamment à cause des évolutions de la fécondité (UNICEF, 2015). Les données les plus récentes, obtenues à partir des enquêtes démographiques et de santé, indiquent une remontée de la fécondité que l'on observe à peu près dans tous les milieux sociaux, en ville ou à la campagne, dans les gouvernorats pauvres de la Haute-Égypte comme dans les gouvernorats plus riches de la Basse-Égypte. Comme Zalak et Goujon (2017) l'observent, ce phénomène semble lié au contexte économique, au chômage élevé et à une baisse générale du taux d'activité des

femmes. Ces nouvelles tendances pourront avoir des conséquences sur les structures familiales, ainsi que sur les ménages comportant des personnes âgées.



Passants, Le Caire, Egypte, 2009. Florence Troin

Al Zalak Z., Goujon A.

- 2017, « Exploring the fertility trend in Egypt », Demographic Research, 37(32), p. 995-1030.

Angeli A., Alberani C.

- 2011, « Les premiers signaux du vieillissement de la population en Egypte. Conditions de vie des personnes âgées et relations intergénérationnelles », in W. Molmy, M. Sajoux et L. Nowik, Vieillesse de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées, Actes du Colloque international de Meknès, coll. Les Numériques du CEPED, p. 227-242.

Antoine P., Golaz V.

- 2010, « Vieillir au Sud : une grande variété de situations », Autrepart, 53, p.3-15.

Barsoum G.

- 2007, Egypt labor market panel survey 2006: Report on methodology and data collection, ERF WP 0704.

Golaz V., Nowik L. et Sajoux M.

2012, « L'Afrique, un continent jeune face au défi du vieillissement », Population et Société, 491, 4p. http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1604/publi_pdf1_491.pdf.

Nations Unies

- 2005, Living Arrangements of Older Persons Around the World, N. U., DESA, New York.

Pison G.

- 2009, « Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord », Population et Société, n. 457.

Thumerelle P.J.

- 2000, « Vieillesse et longue vie », Espace, Populations Sociétés, n°spécial : Le vieillissement dans le monde, n. 3, p. 363-378.

Tichit C.

- 2005, « La monoparentalité en Afrique. Étude de cas en milieu urbain camerounais », Communication au XXV^e Congrès UIESP, Tours.

Unicef

- 2015, Children in Egypt: a statistical digest, UNICEF, Cairo.

United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division

- 2017, World Population Prospects: the 2017 Revision (<http://esa.un.org/>).

Chapitre 3

Profil socio-économique des personnes âgées en République Démocratique du Congo



Maryse Gaimard

Université de Bourgogne-Franche-Comté

Centre Georges Chevrier,

UMR 7366 CNRS-UB

Maryse.Gaimard@u-bourgogne.fr

Pauvreté

Conditions de vie

Caractéristiques sociodémographiques

RDC

Vulnérabilité

La République Démocratique du Congo, pays parmi les plus pauvres de la planète, compte pour l'heure une faible proportion de personnes âgées (4,6 % de 60 ans et plus en 2015) dont les caractéristiques sont encore mal connues. L'avancée en âge et l'inactivité rendent-ils ces personnes plus vulnérables à la pauvreté que le reste de la population ? Les conditions de vie de ces personnes, appréhendées essentiellement au travers du logement et de l'équipement de celui-ci, sont analysées après avoir présenté les caractéristiques sociodémographiques de ce groupe d'âge. Les données disponibles prenant en compte les personnes âgées étant rares, les analyses sont basées sur les données de l'enquête 1-2-3 qui fournit des données sur les conditions de vie des ménages. L'analyse des données a montré que la vulnérabilité de la population âgée face à la pauvreté tient davantage à ses caractéristiques socio-économiques qu'à son âge. Les principaux facteurs de vulnérabilité sont liés au fait d'avoir un faible niveau d'instruction, d'être une femme chef de ménage, d'exercer une activité agricole et de résider en milieu rural ; tous ces éléments constituent des facteurs d'aggravation de la pauvreté.

In the Democratic Republic of Congo, one of the poorest countries in the world, the proportion of older persons is still low (4.6 % aged 60 or over in 2015) and their characteristics are still not very well known. Are older persons more vulnerable to poverty than the rest of the population in relation to age and inactivity? This chapter first presents the socio-demographic characteristics of the older population. It then analyses the living conditions of older persons, apprehended mainly through housing and assets. As the available data taking into account the older population are rare, analyses are based on the 1-2-3 survey which provides information on households' living conditions. Results show that the vulnerability to poverty of the older population is due more to its socio-economic composition than to age. The main factors of vulnerability are having a low educational attainment, being engaged in agricultural activities and living in female headed household in a rural place of residence; all are factors of poverty aggravation.

Introduction. Une transition démographique vers une société qui vieillit.

La République Démocratique du Congo se retrouve parmi les pays les plus pauvres de la planète, en dépit des abondantes ressources naturelles dont elle dispose. Une succession de crises économiques aggravées par des années de conflits ont entraîné une grande paupérisation de la population. C'est ainsi que le PIB par habitant, qui se situait à 380 dollars en 1960, est tombé à 224 dollars en 1990, pour s'établir en 2013 à 246 dollars (en dollars constants). L'Indicateur du développement humain a baissé de plus de 10 points de pourcentage au cours des dix dernières années, de sorte qu'avec un IDH de 0,414 en 2014 le pays se situe parmi les derniers rangs des 189 pays classés. Selon les données de la Banque mondiale pour l'année 2014, l'incidence globale de la pauvreté est, pour l'ensemble du pays, de 64 %, c'est-à-dire que près des deux tiers des ménages congolais vivent en dessous du seuil de pauvreté²⁴. Les progrès que la RDC avait réalisés entre son indépendance et le début des années 1990 ont en grande partie été réduits à néant.

Selon les dernières estimations des Nations unies (UN, 2015), la population de la République démocratique du Congo s'élève à 77 267 000 habitants en 2015, conduisant à une densité moyenne de 34 habitants/km², parmi les plus faibles du continent. La croissance démographique suit un rythme soutenu et ininterrompu depuis 1950. Au cours de la période 2010-2015, le taux de croissance démographique est estimé à 3,2 % en moyenne par an (parmi les plus hauts du monde), résultant d'une natalité élevée (43 naissances pour 1 000 habitants) et d'un taux de mortalité en baisse (11 ‰).

A l'instar des pays d'Afrique subsaharienne, la population se caractérise par une extrême jeunesse : 46,0 % de 0-14 ans et 56,6 % de 0-19 ans²⁵. L'âge médian de la population, relativement stable depuis 1950, est de 17 ans.

Les personnes âgées sont donc peu nombreuses mais aussi très mal connues, tant sur leurs caractéristiques sociodémographiques que sur leurs conditions de vie. Leur âge les rend-il plus vulnérables à la pauvreté que le reste de la population ? Nous essaierons de répondre à cette question après avoir précisé les contours sociodémographiques des personnes âgées en RDC. Les données disponibles prenant en compte les personnes âgées étant rares²⁶, comme dans la plupart des pays du Sud, le travail présenté ici repose sur les données de l'enquête 1-2-3, réalisée en 2004-2005 par l'Institut national de la statistique en collaboration avec AFRISTAT²⁷. L'enquête 1-2-3 est une enquête intégrée auprès des ménages, constituée d'un dispositif de trois enquêtes emboîtées ayant pour objectif de disposer de données actualisées sur les conditions de vie des ménages en vue de finaliser le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (République démocratique du Congo, 2006). La première phase de cette enquête est une enquête sur l'emploi, le chômage et les conditions d'activités des ménages. La seconde phase consiste à réaliser une enquête spécifique auprès des chefs des unités de production informelles sur leurs conditions d'activité. Enfin, la troisième phase est une enquête sur la consommation des ménages. L'enquête

1-2-3 réalisée en RDC a été menée dans la capitale Kinshasa en 2004, puis élargie en 2005 à l'ensemble des autres provinces. Dans l'ensemble du pays, 13 215 ménages ont répondu au questionnaire, ce qui correspond à 72 685 individus et 47 563

personnes de 10 ans et plus pour lesquelles un questionnaire individuel a été rempli. Cette enquête comporte quelques données sur les personnes âgées : 2 844 personnes âgées de 60 ans ou plus et 1 836 ménages dont le chef a plus de 60 ans.



Habitat rural au Kivu, République Démocratique du Congo, 1982. © IRD Joseph Laure.

24 Les données proviennent de la Banque mondiale : < <http://donnees.banquemondiale.org/>>

25 L'indice synthétique de fécondité est encore de 6,15 enfants par femme en moyenne au cours de la période 2010-2015.

26 Le dernier recensement de la population et de l'habitat date de 1984.

27 Observatoire économique et statistique d'Afrique subsaharienne.

I. Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées : facteurs aggravants de la pauvreté

Si, en RDC, la pauvreté frappe, à des degrés divers, toutes les catégories sociales et tout le territoire, la situation nationale cache de profondes disparités selon les caractéristiques sociodémographiques de la population et selon la zone d'habitation. Ainsi, la pauvreté touche plus durement les femmes, les personnes veuves, les ménages dont le chef est sans instruction, et la population vivant en milieu rural. Les personnes âgées constituent-elles, au regard de leurs caractéristiques sociodémographiques, un groupe vulnérable à la pauvreté ?

De quelle population âgée parlons-nous ? Sur quel critère faut-il se fonder pour la définir ? Si l'on se réfère à l'âge auquel est arrêtée l'activité professionnelle et donc à l'âge de la «retraite», alors, en dehors des

fonctionnaires de l'État qui ont droit à la retraite à 60 ans, l'âge de la vieillesse doit être fixé à 70 ans voire 75 ou 80. En effet, dans ce pays, en l'absence de système de retraite, les personnes continuent à exercer une activité, sans limite d'âge. A des fins comparatives et en accord avec le seuil retenu dans la plupart des pays, la population âgée prise en compte dans la suite de ce travail est celle âgée de 60 ans ou plus. Précisons que l'espérance de vie à la naissance est, en RDC, de 58 ans (deux sexes réunis) en 2010-2015 (57 ans pour les hommes et 59,5 ans pour les femmes), l'espérance de vie à 60 ans est de 16,6 ans (16 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes) et à 65 ans de 13 ans (12,8 pour les hommes et 13,7 pour les femmes).

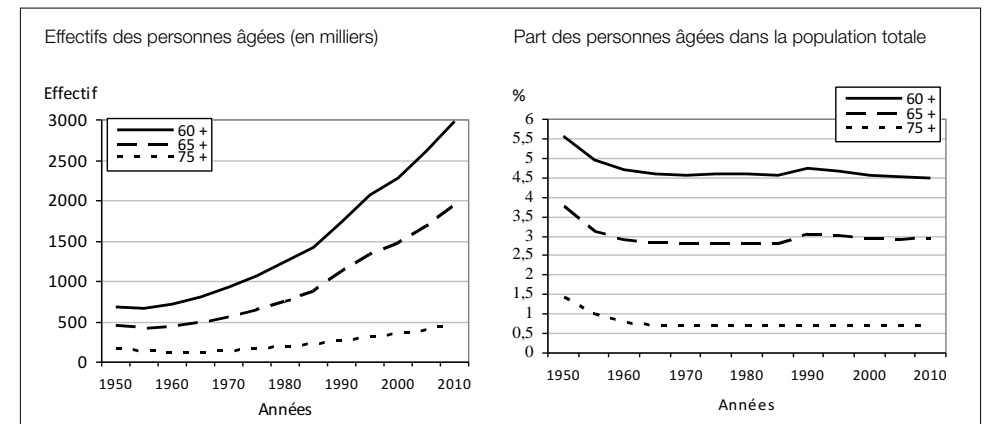
I.1 Composition par sexe et âge de la population âgée

Tableau 1 : Répartition par sexe et grands groupes d'âge des personnes âgées, 2015

Groupe d'âges	Effectifs (en milliers)			% de personnes âgées.			Rapport de masculinité (H pour 100 F)
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	
60-64	1 247	595	652	35,2	36,8	34,0	91,3
65-69	966	448	518	27,3	27,7	27,0	86,5
70-74	665	299	366	18,8	18,5	19,1	81,7
75-79	393	170	223	11,1	10,5	11,6	76,2
80-84	187	77	110	5,3	4,8	5,7	70,0
85-89	64	25	40	1,8	1,5	2,1	62,5
90 ou +	16	5	10	0,5	0,3	0,5	50,0
Ensemble	3 538	1 619	1 919	100	100	100	84,4

Source : United Nations (2015)

Figure 1 : Évolution de la population âgée en RDC, 1950-2015

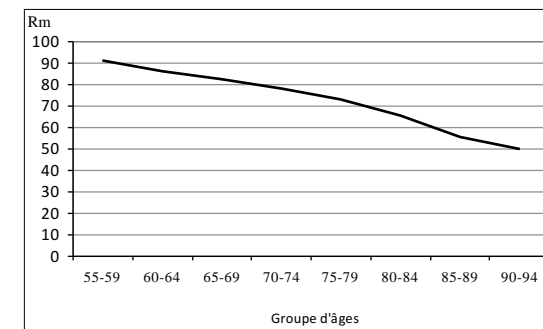


Source : United Nations(2015)

En RDC le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus est estimé à 3 538 000 en 2015, ce qui représente 4,6 % de la population congolaise. En reculant le seuil à 65 ans, la population âgée représente 2,9 % de la population (2 291 000 personnes) et en ne retenant que les individus âgés de 75 ans ou plus, 0,85 % seulement de la population est âgée (660 000). Au-delà de 90 ans, on ne compte plus que 16 000

individus. Dans la population âgée de 60 ans ou plus, près des deux-tiers (63 %) ont moins de 70 ans et 92 % ont moins de 80 ans (Tableau 1). Les personnes âgées de 85 ans ou plus représentent 2 % de la vieillesse congolaise. Le nombre de personnes âgées a constamment augmenté depuis le début des années 1950, au même rythme que la population totale, mais leur proportion est demeurée relativement stable (Figure 1).

Figure 2 : Évolution du rapport de masculinité selon l'âge (Nombre d'hommes pour 100 femmes)



Source : United Nations(2015)

La population âgée de 60 ans ou plus est composée à 54 % de femmes et cette proportion augmente avec l'âge comme l'illustre l'évolution du rapport de masculinité (figure 2). Toutefois, le rapport de masculinité diminue moins rapidement avec l'âge que dans les populations du Nord, reflétant ainsi le moindre écart entre

l'espérance de vie des femmes et celle des hommes. La population féminine apparaît légèrement plus vieillie que la population masculine. Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 4,9 % dans la population féminine pour 4,2 % dans la population masculine.

I.2 Milieu de résidence des personnes âgées

La population de la RDC est encore, dans son ensemble, à forte dominante rurale : les personnes résidant en milieu rural représentent 69 % de la population congolaise. La principale agglomération du pays, la capitale Kinshasa, compte 8 754 millions d'habitants regroupant 13 % de la population nationale et 37 % de

la population urbaine. Selon les résultats de l'enquête 1-2-3, l'écart de vieillissement entre le milieu rural et le milieu urbain est très faible : les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 3,8 % de la population urbaine et 4,1 % de la population rurale (Makabu Ma Nkenda et al., 2007). Néanmoins, 70 % des personnes âgées résident en milieu rural, ce qui les prédispose à une plus grande vulnérabilité à la pauvreté.

Tableau 2 : Part de la population âgée par province, 2004-2005

Province	Population (en milliers)	Part dans la population totale du pays (en %)	Part de la population de 60 ans ou plus dans la population de la province (en %)
Kinshasa	6 304	10,7	4,1
Bas-Congo	3 207	5,9	5,6
Bandundu	5 751	11,5	3,5
Equateur	4 258	10,4	4,3
Province Orientale	4 756	12,1	4,6
Nord-Kivu	8 737	8,0	3,9
Maniema	5 751	2,8	4,6
Sud-Kivu	1 548	7,0	4,5
Katanga	4 479	15,6	2,8
Kasaï-Oriental	6 581	8,5	4,2
Kasaï-Occidental	3 926	7,6	2,7

Sources : Makabu Ma Nkenda et al. (2007) ; Moumimi (2010)

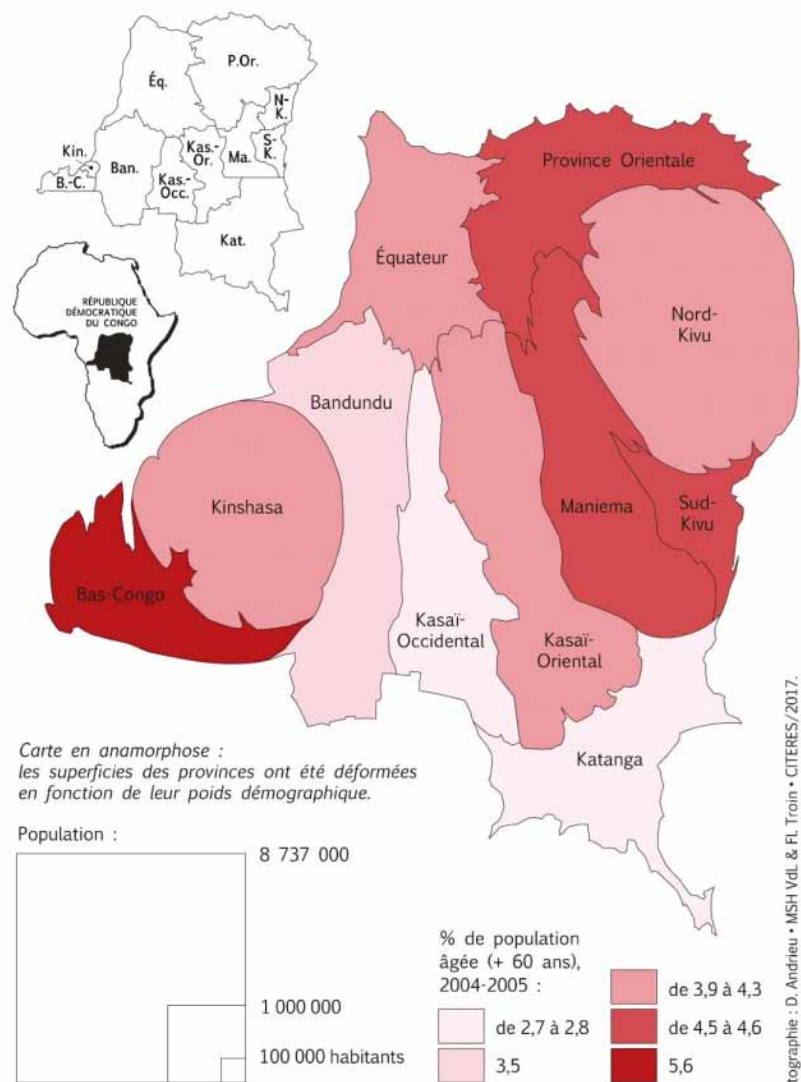
Il existe, en revanche, des disparités de vieillissement entre les onze provinces que compte le pays (Figure 3). Celles-ci sont inégalement peuplées. La province du Katanga située au sud et la province Orientale au nord du pays concentrent à elles deux plus de 40 % de la superficie du territoire et 28 % de la population congolaise. Avec 11 % de la population, Kinshasa, la région la plus urbanisée, est la quatrième province la plus peuplée après le Bandundu. La province plus désertique de Maniema, située au Centre-Est du pays, est la moins peuplée avec 3 % de la population totale (Moumimi, 2010). La part des personnes âgées y varie de 5,6 % dans le Bas-Congo à 2,7 % dans la province du Kasaï-Occidental et du Katanga (2,8 %) (Tableau 2). Ces disparités de vieillissement de la population tiennent aux différences de fécondité (plus faible à Kinshasa et les plus élevées au Katanga et au Kasaï-Occidental), d'espérance de vie et de migrations, elles-mêmes fonction de l'urbanisation plus ou moins grande de la province, de son niveau de développement économique et sanitaire.

Les plus âgés appartenant à des générations plus anciennes ont été beaucoup moins scolarisés dans leur enfance. On peut noter de fortes disparités selon le sexe : 68 % des femmes âgées sont sans instruction (contre 22 % pour les hommes) et 25 % ont suivi des études primaires (40 % pour les hommes). Ces différences entre sexe reflètent ce que l'on observe dans tous les pays en développement et sont surtout dues au passé ; elles s'observent surtout dans les générations les plus âgées. Les écarts de taux de scolarisation entre hommes et femmes tendent à s'estomper au fil des années et donc au fil des générations et aux âges les plus jeunes. C'est en milieu rural que les personnes âgées sont les moins instruites, disparité que l'on constate aussi pour l'ensemble de la population de 15 ans ou plus : 26 % ne sont jamais allés à l'école en milieu rural contre 7 % en milieu urbain. Le désavantage des zones rurales en termes de scolarisation n'est pas propre à la population âgée mais il y est beaucoup plus accentué. Au total, du fait de leur appartenance à des générations plus anciennes, il existe une inégalité de niveau d'instruction au détriment des plus âgés.

I.3 Niveau d'instruction des personnes âgées

Les personnes âgées de 60 ans ou plus se caractérisent par un faible niveau d'instruction (Tableau 3) : près de la moitié (43 %) d'entre elles sont sans instruction, le tiers n'ont que le niveau du primaire et 20 % celui du secondaire. Par rapport à l'ensemble de la population adulte, on constate que les personnes âgées sont moins instruites. En effet, parmi la population de 15 ans ou plus seuls 20 % n'ont jamais fréquenté l'école.

Figure 3 : Répartition de la population de la RDC et proportion (en %) de personnes âgées, selon la province



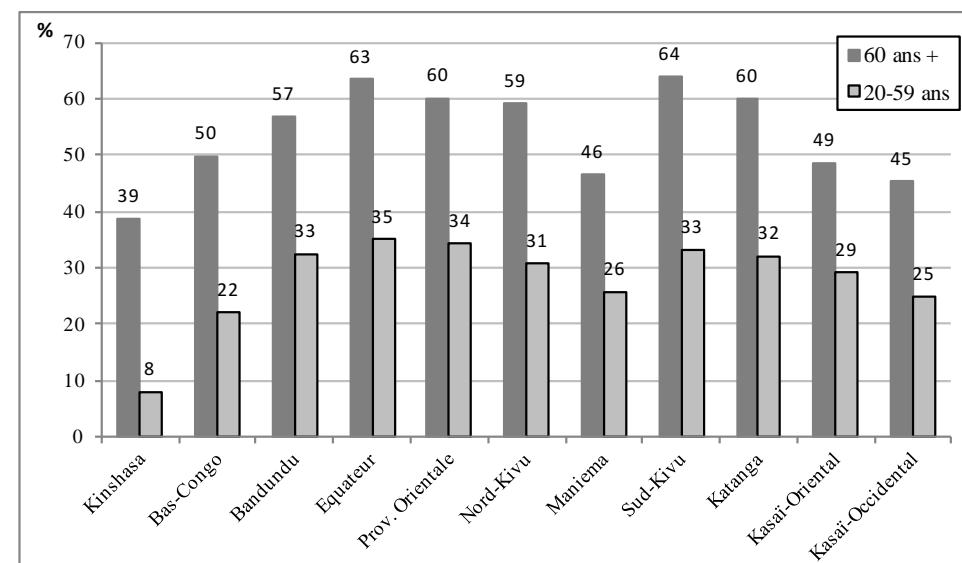
Source : Enquête 1-2-3 Nationale RDC, Phase 1 (2004-2005), citée par Makabu Ma Nkenda et al., 2007.

Tableau 3 : Niveau d'instruction des personnes âgées de 60 ans ou plus (en %)

Niveau scolaire	Ensemble	Hommes	Femmes	Rural	Urbain
Sans instruction	43,43	22,14	67,62	51,94	35,57
Primaire	33,02	39,99	25,09	32,97	33,06
Secondaire	19,44	31,00	6,31	14,21	24,27
Informel	2,11	3,24	0,83	0,66	3,45
Université ou plus	2,00	3,63	0,15	0,22	3,65
Total	100	100	100	100	100

Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

Figure 4 : Proportion de personnes âgées analphabètes selon la province (en %)



Source : Enquête 1-2-3, 2004-2005

Une des conséquences du faible niveau d'instruction des personnes âgées et leur fort taux d'analphabétisme : 53 % des personnes de 60 ans ou plus ne savent ni lire ni écrire (32 % des hommes et 77 % des femmes) alors que dans la population des 20-59 ans cette proportion est de 26 % (13 % des hommes et 38 % des femmes). Des disparités sont à noter entre provinces (Figure 4). Elle s'élève à 60 % ou plus dans les provinces au Nord et à l'Est du pays, alors qu'elle est inférieure à 40 % dans la

province urbanisée de Kinshasa. L'absence d'instruction est la plus développée dans les régions les plus pauvres et les plus rurales du pays. Ces disparités géographiques ne sont pas spécifiques à la population âgée, elles touchent toutes les classes d'âges.

I.4 Poursuite d'activité des personnes âgées

A l'inverse des pays développés, la majorité de la population âgée de la République démocratique du Congo est encore active. Près des deux tiers (63 %) se déclarent actifs occupés (69 % des hommes et 56 % des

femmes). Ces proportions diminuent avec l'âge mais elles demeurent élevées, même pour les 80 ans ou plus (Tableau 4), et elles sont plus fortes dans le milieu rural que dans le milieu urbain. De manière générale, les taux d'activité de l'ensemble des personnes âgées sont proches de ceux de l'ensemble de la population en âge de travailler (soit la population âgée de 15 ans ou plus) : 72 % se déclarent actifs (79 % dans le monde rural et 56 % en milieu urbain).

Les écarts entre provinces sont relativement faibles. Seule la province très urbanisée de Kinshasa compte plus d'inactifs que d'actifs dans sa population âgée : 43 % des personnes de 60 ans ou plus sont occupés.

Tableau 4 : Proportions d'actifs occupés dans la population âgée (en %)

Classes d'âges	Ensemble	Hommes	Femmes	Rural	Urbain
60-64	74,41	82,22	65,55	85,22	64,46
65-69	68,02	73,15	62,47	83,13	54,32
70-74	53,44	60,69	45,26	66,53	40,56
75-79	43,07	49,31	36,15	56,20	29,93
80+	36,00	40,83	28,75	47,13	27,43
Total 60+	63,12	69,40	55,97	75,90	51,32
15 ans ou plus	71,6	73,2	70,2	78,8	56,3

Source : Enquête 1-2-3, 2004-2005

Tableau 5 : Part (en %) des retraités dans la population âgée de 60 ans ou plus

	% de retraités dans la population de 60 ans ou plus
Ensemble	5,3
Population masculine	8,1
Population féminine	2,0
Milieu urbain	9,3
Milieu rural	0,9
Province	
Kinshasa	14,8
Bas-Congo	4,2
Bandundu	2,3
Equateur	1,1
Province Orientale	4,3
Nord-Kivu	3,8
Maniema	0,6
Sud-Kivu	1,5
Katanga	5,8
Kasaï-Oriental	2,2
Kasaï-Occidental	5,3

Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

Près des deux tiers des hommes (61 %) et 78 % des femmes âgés exercent leur activité dans le secteur agricole. Ces proportions varient selon la province en fonction de leur degré de ruralité. Ainsi, dans la province de Kinshasa seuls 17 % des actifs âgés occupés travaillent dans le secteur agricole. Partout ailleurs cette proportion se situe entre 63 % et 83 %. Cette forte activité des personnes âgées traduit un niveau élevé de précarité des activités économiques des Congolais, dominées par le secteur informel. Cette précarité se conjugue avec de faibles taux de couverture en matière de protection sociale.

Ainsi, les retraités sont quasi-inexistants ; ils représentent 0,7 % de l'ensemble de la population du pays et 5 % des personnes âgées de 60 ans ou plus. Les personnes âgées se déclarant retraitées sont proportionnellement plus nombreuses dans la population masculine (8 % contre 2 % pour les femmes) et en milieu urbain

(9,3 % contre 0,9 % en milieu rural). Seule la province de Kinshasa laisse apparaître une proportion de retraités non négligeable (Tableau 5) : les salariés de l'état, bénéficiant d'une retraite, sont proportionnellement plus nombreux dans cette province que dans le reste du territoire.

II. Modes de résidence des personnes âgées

Le mode de résidence des personnes âgées dépend dans un premier temps de leur situation matrimoniale. La plupart des hommes âgés, soit 84 % des 60 ans ou plus, vivent encore en couple (monogame, polygame ou union libre) alors que la majorité des femmes sont veuves (56,2 %) ou divorcées (7,8 %) ou célibataires (1,9 %). Ces proportions varient avec l'âge, le nombre de veufs(ves) augmentant, mais il n'existe pas de différence significative selon le milieu de résidence, rural ou urbain. Quel que soit le sexe, la part des mariés diminue avec l'âge alors que s'accroît la part des veufs. Dans la population âgée de 75 ans ou plus les trois quarts des femmes sont veuves alors que 75 % des hommes vivent encore en couple. Ainsi, on pourrait

s'attendre à ce qu'une forte proportion de personnes veuves conduise à un taux non négligeable de personnes vivant seules. L'information, fournie par l'enquête, relativement au mode de résidence, concerne la répartition des personnes âgées selon la taille du ménage dans lequel elles vivent. On constate (Tableau 6) que 8 % des personnes âgées vivent seules et cette situation est beaucoup plus fréquente pour les femmes (12 %) que pour les hommes (5 %). Elles vivent également plus fréquemment dans des ménages de petite taille (2 ou 3 personnes). Ce mode de vie est l'apanage des personnes âgées, particulièrement les femmes, en lien avec leur situation conjugale et cela quel que soit le milieu de résidence.

Tableau 6 : Répartition des personnes âgées selon la taille du ménage dans lequel elles vivent(en %)

	Personnes âgées de 60 ans ou plus		
	Hommes	Femmes	Ensemble
1 personne	5,04	12,50	8,53
2-3 personnes	31,86	26,67	29,43
4-6 personnes	35,56	28,42	32,22
7-9 personnes	17,99	18,36	18,16
10 personnes et plus	9,56	26,55	11,65
Total	100	100	100
	Population adulte de 18-59 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble
1 personne	2,50	1,15	1,80
2-3 personnes	14,23	14,41	14,32
4-6 personnes	37,65	39,43	38,57
7-9 personnes	28,42	27,78	28,09
10 personnes et plus	17,20	18,39	17,22
Total	100	100	100

Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

Une autre manière d'appréhender le mode de résidence des personnes âgées est de considérer le statut qu'elles occupent au sein du ménage²⁸. Ainsi, la presque totalité (91 %) des hommes âgés sont chefs de ménage alors que les femmes âgées ont

plus souvent le statut de conjointes du chef de ménage (34 %) ou de parentes (31 %). Cependant, plus du tiers (35 %) d'entre elles sont chefs de ménage alors que dans l'ensemble de la population féminine seules 13 % des femmes sont à la tête d'un ménage (Tableau 7). On n'observe pas de différence significative selon le milieu de résidence.

La taille du ménage présente quelques différences selon que le chef est une personne âgée ou non (Tableau 8). Bien que la taille moyenne des ménages dont le chef est une personne âgée corresponde à la

taille moyenne de l'ensemble des ménages, soit 5,15 personnes (5,4 dans l'ensemble), la différence concerne surtout les femmes âgées chefs de ménage. Ces dernières sont à la tête de ménages en moyenne plus petits : 3,7 personnes. On retrouve cette caractéristique pour l'ensemble des ménages dirigés par des femmes. Les ménages ruraux sont en moyenne de plus petite taille qu'en milieu rural pour les ménages dont le chef est âgé comme pour l'ensemble. En milieu rural, la taille et la composition du ménage sont modifiées par les migrations rural-urbain.

Tableau 7 : Proportions de personnes âgées chef de ménage (en %)

	Personnes âgées	Personnes de 18 ans ou plus
	RDC	
Hommes	90,7	64,9
Femmes	34,8	13,0
Ensemble	64,6	38,2
Milieu rural		
Hommes	89,5	71,9
Femmes	35,5	12,8
Ensemble	63,6	41,5
Milieu urbain		
Hommes	91,9	59,1
Femmes	35,9	13,2
Ensemble	65,4	34,5

Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

²⁸ Le ménage est défini comme l'ensemble des personnes dépendant d'un même chef de ménage, lui-même étant la personne (homme ou femme) qui pourvoit aux besoins du ménage par son activité. C'est généralement le père de famille. La forme dominante du ménage reste la famille nucléaire (les parents et les enfants) mais le ménage peut être une famille élargie (incluant les parents, les frères et sœurs du chef de famille).

III. Les conditions de logement des personnes âgées : facteurs non discriminants de la vulnérabilité socio-économique

Tableau 8 : Répartition des ménages selon la taille (en %)

	Ménages dont le chef est une personne âgée		
	Hommes	Femmes	Ensemble
1 personne	5,1	32,2	11,9
2-3 personnes	30,1	28,5	29,7
4-6 personnes	36,8	24,0	33,6
7-9 personnes	19,2	8,4	16,4
10 personnes et plus	8,7	6,9	8,3
Total	100	100	100
Taille moyenne des ménages	5,4	3,7	5,1
	Ensemble des ménages		
	Hommes	Femmes	Ensemble
1 personne	4,1	13,0	6,1
2-3 personnes	19,7	28,2	22,8
4-6 personnes	41,4	39,9	42,2
7-9 personnes	24,8	13,9	21,2
10 personnes et plus	10,0	5,0	7,7
Total	100	100	100
Taille moyenne des ménages	5,9	4,7	5,4

Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

La principale caractéristique des ménages dont le chef est une personne âgée est la grande proportion des ménages composés d'une seule personne (12 % contre 6 % pour l'ensemble des ménages) notamment lorsque le chef est une femme (32 % contre 5 % des ménages dirigés par des hommes âgés (Tableau 8). La part des ménages unipersonnels parmi les ménages dont

le chef est âgé est encore plus forte en milieu rural, en particulier lorsque le chef est une femme (Tableau 9), alors que pour l'ensemble des ménages il n'existe pas de différence selon le milieu de résidence. Ainsi, dans les zones rurales, près de la moitié (42 %) les femmes âgées chefs de ménage vivent seules, ce qui les rend plus sensibles à la précarité.

Tableau 9 : Part des ménages unipersonnels selon le milieu de résidence (en %)

	Ménages dont le chef est âgé de 60 ans ou plus			Ensemble des ménages
	Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble	
Hommes	4,0	6,2	5,1	4,1
Femmes	24,3	41,5	32,2	13,0
Ensemble	9,3	14,9	11,9	6,1

Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

La vulnérabilité socio-économique est multidimensionnelle. La pauvreté se manifeste non seulement par la pauvreté monétaire mais aussi par la pauvreté des conditions de vie. Dans les pays en développement, les conditions de logement et l'équipement des ménages en biens durables constituent de bons indicateurs des conditions de vie et de la vulnérabilité. « Ces éléments reflètent mieux les caractéristiques structurelles des ménages en termes de richesse ou de revenu permanent que le niveau du revenu courant. Ces indicateurs présentent aussi l'avantage d'être statistiquement plus fiables et permettent de suivre les résultats de certaines politiques publiques, au niveau de l'État central ou, de plus en plus, de la ville, en matière d'investissements en infrastructures, comme le taux d'accès à l'électricité ou à l'eau potable » (Makabu Ma Nkenda et al., 2007, 41). Les données relatives au logement sont recueillies par ménage. Ainsi, les personnes âgées qui vivent dans un ménage comme membres secondaires (conjoint ou parents du chef de ménage), bénéficient des mêmes conditions de logement que les autres membres du ménage. La vulnérabilité des conditions de vie ne peut donc se mesurer que pour les ménages dirigés par une personne âgée au regard de l'ensemble des ménages.

III.1 Logement des personnes âgées chefs de ménage : quelques caractéristiques

Les personnes âgées chefs de ménage vivent essentiellement dans des maisons individuelles (90 % d'entre elles quel que soit le sexe) et principalement dans des concessions²⁹ (84 %). Ces proportions sont similaires à celles relevées pour l'ensemble des ménages (83 % vivent dans une maison dans la concession). Elles sont aussi de même ordre en milieu rural et en milieu urbain et varient peu d'une province à l'autre : dans la région urbanisée de Kinshasa 80 % des ménages habitent une maison dans une concession.

Les personnes âgées chefs de ménages sont plus souvent propriétaires de leur logement que l'ensemble des ménages, à raison de 85 % d'entre elles (87 % pour les hommes et 82 % pour les femmes) contre 68 %. En milieu rural la part des propriétaires est légèrement plus élevée mais l'écart avec le milieu urbain demeure faible (Tableau 10). Les différences entre provinces sont moins marquées lorsque l'on considère les ménages dont la personne de référence a plus de 60 ans que lorsque l'on considère l'ensemble des ménages (Figure 5).

Tableau 10 : Part des ménages propriétaires selon le milieu de résidence et l'âge du chef de ménage (en %)

	Ensemble des ménages	Ménages dont le chef a 60 ans ou plus
Total	a 60 ans ou plus	84,5
Milieu urbain	53,5	81,6
Milieu rural	84,8	90,2

Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

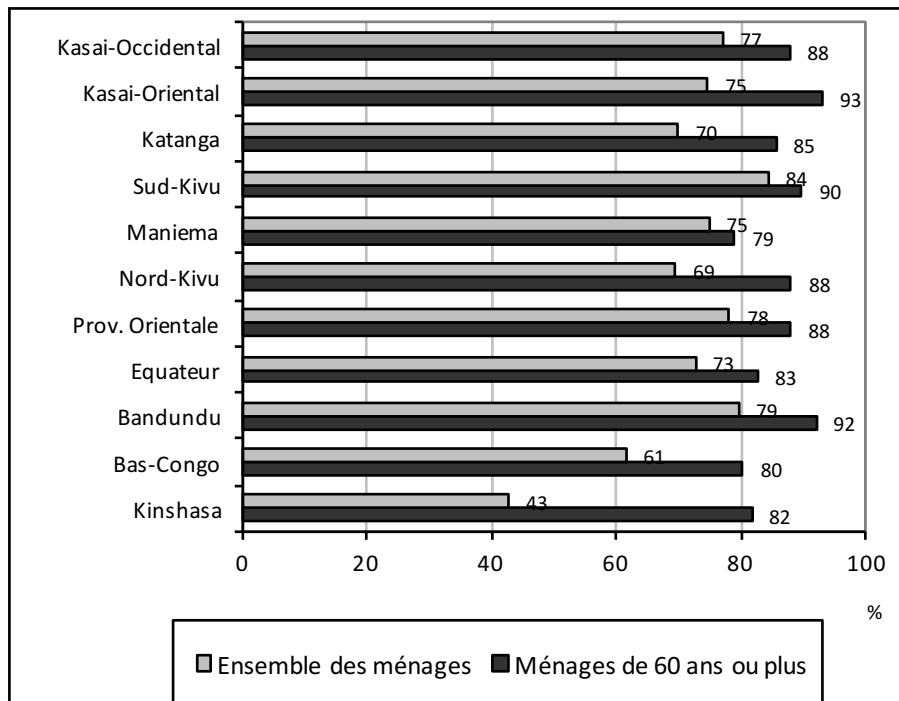
29 Une concession regroupe autour d'une cour un ensemble d'habitations occupées par une famille

En République Démocratique du Congo, comme en général dans les pays en développement et à la différence des pays développés, la possession de son logement n'est pas toujours un indicateur d'aisance financière. Il faut aussi tenir compte de la qualité des logements, appréhendée à partir de quelques éléments de confort : matériau de la maison, accès à l'eau, à l'électricité et à l'assainissement.

Les habitations construites en matériaux durables (béton ou ciment) sont peu répandues aussi bien dans les ménages dont le chef est une personne âgée (21 %)

que dans l'ensemble (18 %). Il n'existe pas de différence significative selon le sexe du chef de ménage. En milieu rural les constructions en dur sont quasiment inexistantes ce qui explique les grandes disparités entre provinces (Tableau 11). Seuls les ménages résidant dans la province de Kinshasa bénéficient largement de maisons construites en matériaux durables. Au total et relativement au type de construction, les ménages dont le chef est âgé ne semblent pas être plus mal logés que l'ensemble. Les différences tiennent davantage au sexe du chef de ménage et au milieu de résidence.

Figure 5 : Part (en %) des ménages propriétaires de leur logement selon la province



Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

Tableau 11 : Proportion (en %) des habitations dont les murs sont en matériaux durables (béton ou ciment)

	Ménages dont le chef est une personne âgée	Ensemble des ménages
Ensemble	21,1	17,6
Population masculine	21,5	17,1
Population féminine	19,8	19,6
Milieu urbain	37,8	32,9
Milieu rural	2,4	2,2
Province		
Kinshasa	85,3	83,8
Bas-Congo	16,8	20,6
Bandundu	4,7	4,2
Equateur	7,4	6,9
Province Orientale	1,7	2,1
Nord-Kivu	3,8	3,9
Maniema	3,3	1,4
Sud-Kivu	3,2	2,2
Katanga	2,5	2,1
Kasai-Oriental	4,7	4,0
Kasai-Occidental	10,8	5,9

Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

L'accès à l'eau potable et à l'électricité constitue un des éléments essentiels des conditions de vie des ménages. En RDC, près de 60 % des ménages dont le chef est âgé utilisent de l'eau potable comme eau de boisson, mais seuls 28 % disposent d'un robinet d'eau à l'intérieur ou à l'extérieur du logement (22 % pour l'ensemble des ménages), et 17 % ont accès à l'électricité comme source d'éclairage (Tableau 12). S'il existe peu d'écart entre les ménages âgés et l'ensemble des ménages, l'accès à ces deux biens publics demeure difficile pour les ménages ruraux et pour les ménages dirigés par une femme. En milieu rural, 30 % seulement des ménages consomment de l'eau potable et le raccordement à l'électricité est quasi-nul (1,5 % des ménages). La province de Kinshasa apparaît la plus favorisée dans ces deux domaines

avec, à un degré moindre, le Bas-Congo. L'accès à l'eau potable est aussi supérieur à la moyenne dans le Nord-Kivu et le Katanga est bien placé pour l'accès à l'électricité. Les deux Kasai et la province Orientale ont les taux d'équipement en électricité les plus faibles. Près de 70 % des ménages dirigés par une personne âgée ne disposent pas de toilettes dans le logement ou communes à plusieurs ménages ; en milieu rural cette proportion s'élève à 85 %. Alors que la moitié ou plus des ménages disposent de toilettes dans les provinces de Kinshasa, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu, 94 à 95 % n'en disposent pas dans le Kasai-Oriental et dans la province de l'Equateur (Tableau 12). L'assainissement est jugé bon pour moins de la moitié des ménages, moins performant lorsque le chef de ménage est une femme.

En milieu rural les services d'assainissement sont moins développés : seuls 38 % des ménages âgés³⁰ en bénéficient contre 55 % en milieu urbain. La situation semble meilleure dans les provinces de Kinshasa, du Bandundu et du Kasai-Occidental alors que la plus défavorable est observée dans

le Maniema³¹ (3 % seulement des ménages âgés bénéficient d'un système de collecte des ordures). Les ménages de la province Orientale, du Bas-Congo, de l'Equateur et du Katanga ne disposent pas de bonnes conditions d'assainissement.

Tableau 12 : Éléments de confort des ménages

	% de ménages ayant accès à l'eau potable pour la boisson		% de ménages ayant accès à l'électricité pour l'éclairage		% de ménages ne disposant pas de toilettes dans le logement		% de ménages bénéficiant d'un bon service de collecte des ordures	
	PA*	Ens.**	PA*	Ens.**	PA*	Ens.**	PA*	Ens.**
Ensemble RDC	57,7	53,8	16,8	15,9	70,2	73,4	46,8	44,7
Population masculine	56,7	52,7	17,4	15,8	69,7	73,6	47,9	44,7
Population féminine	60,7	59,0	14,9	16,3	71,7	72,3	43,6	44,7
Milieu urbain	81,7	77,9	30,5	30,2	57,2	59,4	54,7	54,0
Milieu rural	30,7	29,3	1,5	1,5	84,7	87,7	38,1	35,3
Province								
Kinshasa	94,8	93,3	57,9	62,7	42,7	44,6	64,8	62,1
Bas-Congo	68,6	63,9	22,1	25,4	69,8	73,7	34,3	36,7
Bandundu	43,2	35,8	2,7	2,3	82,4	87,0	64,9	61,1
Equateur	22,8	24,9	4,2	6,2	94,7	94,2	33,3	36,4
Province Orientale	43,9	42,0	1,7	2,4	80,9	81,5	28,9	26,6
Nord-Kivu	75,2	80,3	6,8	6,0	47,4	49,8	48,1	41,1
Maniema	27,8	30,6	2,2	2,0	80,0	77,4	3,3	4,0
Sud-Kivu	57,3	55,5	7,1	5,9	53,2	59,7	54,0	56,0
Katanga	56,7	51,9	20,9	19,3	75,3	74,6	36,7	36,6
Kasai-Oriental	50,0	53,9	0,6	0,8	93,5	94,2	55,9	57,4
Kasai-Occidental	43,1	34,4	0,0	0,0	76,9	85,7	60,8	57,5

* Ménages dirigés par une personne âgée
** Ensemble des ménages

Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

III.2 Les biens d'équipement des ménages dont le chef est une personne âgée

L'équipement des ménages constitue un des indicateurs de la pauvreté et des conditions de vie des ménages. La possession d'un réfrigérateur et d'une cuisinière est très rare pour les ménages dont le chef est une personne âgée (respectivement 3,2 % et 2,5 %) comme pour l'ensemble des ménages (2,8 % et 2,0 %). Les ménages dirigés par une femme et les ménages ruraux apparaissent sous-équipés (Tableau 13). Seules les provinces de Kinshasa et du Bas-Congo, les plus urbanisées, présentent des taux un

peu supérieurs à la moyenne sans dépasser toutefois les 10 %.

Les ménages dont le chef est âgé s'avèrent également sous-équipés en moyens de communication, notamment en postes de radio : 38 % en possèdent un contre 45 % pour l'ensemble des ménages. Le taux d'équipement en téléviseurs des ménages âgés est faible (13 %) comme dans l'ensemble des ménages (13 %). Ajouté à cela, l'utilisation du téléphone est peu répandue en raison certainement du prix et de la faible couverture du pays par les réseaux téléphoniques : 10 % des ménages possèdent un téléphone portable. Ainsi une grande partie des ménages congolais a un accès limité à l'information et à la communication. Les ménages dirigés par

Tableau 13 : Taux d'équipement des ménages pour quelques biens durables

% des ménages possédant									
Poste de radio		Téléviseur		Réfrigérateur		Cuisinière		Téléphone portable	
PA*	Ens.**	PA*	Ens.**	PA*	Ens.**	PA*	Ens.**	PA*	Ens.**
38,0	44,8	13,4	12,7	3,2	2,8	2,5	2,0	10,4	13,2
44,2	48,6	14,8	13,2	3,6	2,8	2,9	2,0	11,4	13,8
19,4	26,9	9,5	10,3	1,7	2,6	1,3	2,0	7,3	10,5
51,8	58,2	25,2	24,9	5,9	5,5	4,5	3,9	19,2	25,1
22,6	31,2	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,6	1,1
62,2	66,6	49,8	56,0	8,6	11,7	8,9	8,3	33,7	44,9
47,7	57,6	13,4	15,4	5,8	4,9	5,8	4,7	13,4	17,9
25,7	31,1	2,7	1,6	0,0	0,07	0,0	0,1	4,0	4,2
20,6	23,2	1,0	1,5	0,5	0,2	0,0	0,3	1,1	3,0
26,0	38,6	5,8	3,5	1,5	0,5	0,0	0,2	5,2	4,1
34,6	49,7	6,8	6,8	3,8	1,8	1,5	0,6	5,3	10,3
26,7	33,0	2,2	0,9	3,3	0,7	1,1	0,3	2,2	1,7
33,3	45,9	1,6	2,3	0,0	0,6	0,0	0,7	2,4	7,0
25,3	40,0	12,7	10,8	4,4	2,4	1,3	1,7	6,3	9,8
43,5	53,0	1,2	1,8	0,0	0,1	0,0	0,3	5,9	8,9
39,2	46,0	0,0	0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	1,5	7,8

* Ménages dirigés par une personne âgée
** Ensemble des ménages

Source : enquête 1-2-3, 2004-2005

³⁰ On utilise le terme ménage âgé pour un ménage dont le chef est une personne âgée.

³¹ Le Maniema est la province la plus rurale du pays : 90 % de la population vivent en milieu rural. La province du Maniema souffre de retards importants dans le secteur de l'énergie, de l'eau et de l'assainissement. Cette situation résulte essentiellement de l'insuffisance des infrastructures, elle-même due à des investissements très limités dans le secteur.

Conclusion

des femmes souffrent de manière accrue de ce sous-équipement ainsi que la population rurale qui se trouve coupée, de cette manière, du reste de la population (Makabu Ma Nkenda et al., 2007). Les ménages de la province de Kinshasa, et dont le chef est une personne âgée, sont un peu mieux équipés puisque près de 60 % d'entre eux possèdent un poste de radio et 50 % un téléviseur. Dans la province du Bas-Congo, les ménages sont également plus équipés que la moyenne mais le taux d'équipement demeure inférieur à celui de Kinshasa.

L'analyse des conditions d'habitations comme le confort des logements et le taux d'équipement des ménages âgés laissent apparaître que les discriminations se manifestent beaucoup moins en fonction de l'âge, c'est-à-dire entre ménages dirigés par une personne âgée et les autres, qu'en fonction du sexe et du milieu de résidence. Les ménages dirigés par des femmes apparaissent toujours moins bien logés et équipés que ceux dont le chef est un homme et les conditions d'habitations sont toujours plus précaires en milieu rural. Or 70 % des ménages sont ruraux et le quart des ménages dont le chef est une personne âgée est sous la responsabilité d'une femme.

En revanche, si l'on se réfère aux déterminants sociodémographiques de la pauvreté, les caractéristiques que présentent les personnes âgées de la RDC (section I), les prédisposent à une plus grande vulnérabilité à la pauvreté que le reste de la population. En effet, parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, on observe une surreprésentation des femmes (et des veuves), des personnes à faible niveau d'instruction et ayant une activité dans le secteur agricole. En outre, c'est une population à forte dominante rurale.

La population âgée est encore peu nombreuse en République démocratique du Congo et les données sur leurs caractéristiques et leurs conditions de vie sont rares. Néanmoins, à partir de l'enquête sur les ménages réalisée

en 2004-2005 par l'Institut national de la statistique, il a été possible de dresser le profil de cette population et de faire apparaître quelques facteurs de vulnérabilité. L'âge n'apparaît pas comme un facteur déterminant. La composition sociodémographique de la population âgée tendrait à la rendre plus vulnérable face à la pauvreté alors que les conditions de logement ne sont pas des facteurs discriminants. La vulnérabilité socio-économique des personnes âgées tient davantage à un faible niveau d'instruction, à une femme responsable du ménage, à une activité agricole et à une résidence rurale ; tous facteurs d'une aggravation de la pauvreté.

Au total, les personnes âgées qui vivent en république démocratique du Congo ne sont pas toutes vulnérables mais elles ne vivent pas non plus dans des conditions décentes comme la majorité de la population congolaise. L'appauvrissement du pays suite aux nombreux conflits a, en outre, causé d'énormes souffrances psychologiques et entraîné une détérioration du tissu social en détruisant les structures familiales et autres liens de solidarité dont peuvent être victime les personnes âgées en l'absence de plan national sur le vieillissement visant à aider les personnes âgées (service de protection sociale, soins de santé, prise en charge à long terme). Les pouvoirs publics doivent réfléchir à la mise en place d'un système de prise en charge de la vieillesse avant que n'augmente le nombre des personnes âgées qui devrait passer, selon les projections démographiques des Nations unies (UN, 2015), de moins de 3 millions en 2010 à plus de 10 millions en 2050 (soit 7 % de la population du pays), 15 millions en 2060 (8 % de la population), plus de 28 millions en 2080 (15 %) et plus de 45 millions en 2100 (22 %).



Habitat sur pilotis, rivière Itimbiri, République Démocratique du Congo, 2010. © IRD Bruno Le Ru.

Banque mondiale

- 2016, Données, consulté sur < <http://donnees.banquemondiale.org/>>

Makabu Ma Nkenda T., Mba M., Torelli C.

- 2007, L'emploi, le chômage et les conditions d'activité en République démocratique du Congo : principaux résultats de la phase 1 de l'enquête 1-2-3 2004-2005, Paris, DIAL, Document de travail, 58 p.

Moumni A.

- 2010, Analyse de la pauvreté en République démocratique du Congo, Tunis, Banque Africaine de développement, Working papers series n°112, 25 p.

PNUD

- 2009a, Province de Kinshasa. Profil résumé Pauvreté et conditions de vie des ménages, Kinshasa, 20 p.

- 2009b, Province du Maniema. Profil résumé Pauvreté et conditions de vie des ménages, Kinshasa, 20 p.

- 2009c, Province Orientale. Profil résumé Pauvreté et conditions de vie des ménages, Kinshasa, 20 p.

- 2009d, Province du Katanga. Profil résumé Pauvreté et conditions de vie des ménages, Kinshasa, 20 p.

République démocratique du Congo

- 2006, Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté. RDC, Kinshasa, 112 p.

United Nations

- 2015, World Population Prospects, the 2015 Revision, consulté sur < <http://esa.un.org/unpp/>>.

Introduction

Rappeler le caractère révélateur du social que revêt la pandémie du sida relève du poncif. Depuis près de trente ans désormais, les travaux en sciences sociales menés autour de cette maladie et des personnes qui y sont confrontées - dans les sociétés du Nord comme dans celles du Sud - témoignent de son caractère hautement révélateur en termes d'enjeux sociaux. Qu'il s'agisse de l'anthropologie de la maladie (les représentations du sens du mal, l'étiologie etc.), de la santé (l'organisation du système de soins, la relation soignants/soignés, les itinéraires thérapeutiques), de l'anthropologie et de la sociologie politique (organisation de la société civile, réponses étatiques, enjeux de politiques internationales), de l'analyse des relations interindividuelles etc., l'appréhension des situations sociales produites ou révélées par cette pandémie a été porteuse d'analyses stimulantes³². L'épidémie du VIH donne également à voir la mise en œuvre d'une parenté pratique (Weber, 2005, 2013). Considérer les liens familiaux effectifs qui se déploient autour des personnes vivant avec le VIH éclaire les mécanismes qui sont susceptibles d'activer ou au contraire de distendre un lien entre frère et sœur, père et mère, fils, fille ou cousin. Ainsi, « la parenté n'est pas seulement appartenance reconnue ou revendiquée, elle est aussi relation, réseau, segments discontinus, lien électif entre toi et moi, l'ensemble de ces liens formant une parentèle ego-centrée » (Weber, 2005 : 16). Dans cette perspective, l'analyse des recompositions des solidarités intrafamiliales menée dans différentes régions du Burkina Faso auprès de personnes confrontées au VIH, nous a permis de mettre en lumière le

caractère électif des solidarités intrafamiliales. Ici, nous nous proposons de poursuivre une réflexion autour de recompositions de l'entraide familiale en la centrant sur la figure de la personne âgée, masculine et féminine. En analysant auparavant les relations intrafamiliales, tant du point de vue de la génération des enfants (entre 10 et 15 ans), des jeunes adultes (16-30 ans), des parents (entre 30 et 50 ans) que de celui de la génération des grands-parents (50 et plus), les caractères électif, multidimensionnel et multidirectionnel de l'entraide intrafamiliale nous sont apparus (Attané, 2010 ; Attané et Ouédraogo, 2008, 2011), nuancant ainsi les analyses savantes et populaires sur le sens de l'entraide au sein des familles africaines (Roth, 2010 ; Marie, 1997a). Qu'en est-il du contrat intergénérationnel qui implicitement (Cattell, 1997, p. 175) supposerait l'aide des plus jeunes vis-à-vis de leurs parents devenus âgés ? Notre objectif est donc de prolonger un débat engagé par différents auteurs - depuis près de deux décennies - autour de la capacité des sociétés ouest-africaines contemporaines à générer, par leurs mécanismes d'entraide obligatoire, la prise en charge des plus démunis³³. Parallèlement, prendre le point de vue des personnes âgées nous oblige à caractériser à quel moment il nous est possible de qualifier et de catégoriser dans les sociétés d'Afrique de l'ouest contemporaines une personne comme étant « âgée ». Est considérée, dans notre recherche, comme personne « âgée » une personne en âge d'être en position effective ou symbolique de grand-père ou grand-mère, mais aussi une personne de plus de 50 ans rendue inactive et/ou dépendante

pour des raisons diverses (retraite, incapacité à cultiver, difficultés à accomplir certaines tâches physiques du quotidien, etc.) et qui se considère (ou est considérée par son entourage) comme vieux ou vieille. Ici, il nous importe de mettre l'accent sur la vulnérabilité accrue de certaines personnes âgées que révèle la pandémie du sida. Toutefois, on ne peut pas présupposer d'emblée une vulnérabilité plus grande des personnes âgées face au mal ou à la prise en charge du mal de l'un de leurs proches que ne le serait celle d'un homme ou d'une femme adulte voire de jeunes adolescent(e)s ou d'enfants (Héjoaka, 2012). Il convient tout d'abord de distinguer les situations d'hommes et de femmes âgés vivant avec la maladie, des situations de ceux qui sont affectés par l'infection à VIH d'un tiers : d'un conjoint, d'un enfant ou de plusieurs, d'un voire de plusieurs petits-enfants, d'un frère ou d'une sœur. Selon la position du tiers concerné vis-à-vis d'ego mais aussi selon la situation économique et sociale de la personne âgée, les contraintes et difficultés qui pèsent sur elle ne sont vraisemblablement pas identiques. Par ailleurs, il semblerait que le statut matrimonial et plus spécifiquement les relations conjugales, déterminent largement la fragilité relative des hommes comme des femmes face à la prise en charge sociale mais aussi médicale de la maladie. Il convient de décrire la spécificité des situations féminines et masculines face à l'infection comme face au fait d'être confronté à la maladie d'un proche quand on a atteint l'âge d'être grand-mère ou grand-père. Le contexte de l'épidémie entre 2006 et aujourd'hui s'est transformé au Burkina Faso, nos matériaux de recherche ont été recueillis dans un moment où l'accès aux antirétroviraux (ARV) commençait à être en place depuis peu dans les principales villes

du pays. La spécificité de notre méthodologie est d'abord rapidement rappelée, en contextualisant les modalités du recueil des données à travers l'évolution du contexte épidémiologique et les mutations de la prise en charge auxquelles nous avons assisté de 2006 à 2010, tout au long de nos quatre années de recherche de terrain, puis de 2010 à aujourd'hui. Les situations décrites nous permettent ensuite de discuter les spécificités liées à l'entraide et à ses mutations, en lien étroit avec les statuts accordés aux personnes dites du troisième âge. Les disparités face au mal, selon les hommes et les femmes et selon les situations socio-économiques de nos interlocuteurs, éclairent enfin ce que recouvre le fait de vieillir pour celles et ceux vivant avec le VIH ou confrontés à la maladie d'un proche.

³² Si les travaux de Paul Farmer menés à Haïti restent emblématiques, pour le monde francophone les travaux d'Alice Desclaux, de Laurent Vidal, Fred Eboko pour la dimension politique, Irène Théry, Annabel Desgrées du Loû, Annick Tijou Traore etc. abordent respectivement les enjeux liés aux représentations du mal, à sa transmission, à l'organisation des systèmes de prise en charge, aux enjeux politiques, mais aussi aux statuts des femmes, aux perceptions de soi et aux relations de genre.

³³ Les références sont nombreuses, les principales sont : Vuarin, 2000 ; Cattell, 1997 ; Marie, 1997b ; Roth, 2007, 2010 ; de Jong et al. 2005 etc.

I. Une recherche collective, une approche relationnelle

Des entretiens multiples de type qualitatif ont été menés entre 2006 et 2010 dans le cadre de deux programmes de recherche ANRS³⁴ auprès de 147 personnes, soit 111 femmes et 36 hommes vivant avec le VIH dans sept associations de prise en charge³⁵, ainsi que sept proches de personnes infectées (frère, sœur, mère) et huit conjoints³⁶ sur quatre sites (Ouagadougou, la capitale, près de 1,5 millions d'habitants, Bobo-Dioulasso, avec près de 500 000 ; Ouahigouya, cinquième ville du pays avec 73 000 habitants et Yako, ville de 20 000 habitants³⁷). Le site de Bobo-Dioulasso n'est devenu un des lieux de nos enquêtes qu'à partir de 2008 dans le cadre du deuxième programme de l'ANRS alors que nous avons continué à nous rendre à Ouahigouya et Yako régulièrement durant quatre années, tout en menant parallèlement les enquêtes sur Ouagadougou. Les hommes (âgés de 25 à 59 ans) et les femmes (âgées de 16 à 68 ans) ont été rencontrés dans des associations de prise en charge. Les hommes sont moins nombreux car ils éprouvent davantage de réticence à aller vers les centres de soins (Bila et Egrot, 2008, 2009). Parmi celles et ceux rencontrés dans les structures associatives de Ouahigouya, Yako et dans un hôpital de district de Bobo-Dioulasso, certains résident dans des villages parfois

éloignés de plusieurs dizaines de kilomètres (26 sur 147). Des relations de confiance ont pu être établies avec une douzaine d'interviewées ; dans ces cas, les rencontres ont eu lieu à de multiples reprises chez elles. En partageant ces moments de quotidien, nous avons pu faire connaissance avec leur entourage familial. Les données sont donc issues principalement d'entretiens enregistrés mais aussi d'observations multiples et de discussions informelles³⁸. La succession de ces deux programmes de recherche a permis de suivre l'évolution de trajectoires de vie sur trois ans voire trois ans et demi. Dans leur grande majorité, ces personnes sont issues de familles polygames comptant une dizaine d'enfants. Seules quelques-unes ont pu accéder à l'école et à un emploi assurant un revenu régulier. La plupart exercent des activités faiblement rémunératrices (entre 500 FCFA et 3000 CFA par jour)³⁹. Un grand nombre de personnes de prise en charge, ils ont été menés parfois à deux ou individuellement. L'interlocution a été conduite - autant que faire se peut - pour se rapprocher d'une discussion informelle, nous posons d'abord des questions très générales sur le moment de l'annonce de la séropositivité, sur l'itinéraire thérapeutique et sur les différentes conditions de la prise

en charge médicale. Puis les questions portaient sur la vie familiale, les relations avec les enfants, le ou les conjoints, les parents et beaux-parents mais aussi avec les oncles et tantes. Une motivation a guidé nos entretiens : savoir quelles ont été les personnes qui ont prodigué de l'aide (monétaire ou en temps, en services, en travail, en soutien moral et psychologique...) et quelles ont été les répercussions de la découverte de la maladie sur leurs conditions de vie (incapacité à travailler, dépendance accrue, etc.). Le matériel ainsi recueilli est riche d'évènements économiques (période d'inactivité, faillite, changement d'activité professionnelle...), conjugaux (séparation, veuvage...), familiaux (naissance, décès...) qui ont jalonné la vie de la personne avant et après le diagnostic de son infection. Il décrit largement les relations que chaque individu rencontré a entretenues et entretient avec les membres de sa parenté. Les analyses présentées ici reposent intégralement sur ce matériel. La collecte des données a eu en particulier pour objectif de mettre en lumière la question de la dépendance des plus faibles et de permettre de voir, ainsi, selon quelles conditions les liens familiaux peuvent remplir une fonction d'assurance pour les individus. Nous avons constaté que l'annonce de l'infection peut changer la nature de l'entraide ou sa direction mais pas obligatoirement. Considérer la question du secret et de la confiance favorise la compréhension des relations que le malade entretient avec son entourage (Héjoaka, 2009 ; Ouattara et al., 2004). Si la stigmatisation et la crainte de cette dernière sont toujours des motifs de silence, la possibilité d'accéder aux traitements a malgré tout transformé

en profondeur les représentations et les pratiques liées au dépistage et à l'annonce d'un résultat positif. Entre 2006 et 2015, le nombre de personnes ayant accès aux traitements antirétroviraux au Burkina Faso a considérablement augmenté. Déjà tout au long de notre recherche de 2006 à 2010, nous avons pu assister à une double progression, l'une et l'autre majeures. Premièrement, une augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH mises sous traitement et cela même dans des zones rurales⁴⁰ : 12 842 personnes sous ARV en 2006, 31 543 en 2010 et 42 145 en fin décembre 2013 selon le rapport GARP 2014 du Burkina Faso (ONUSIDA, 2014b). Deuxièmement, une diminution conséquente des prix des traitements : de 15 000 FCFA mensuel, à 5 000 CFA puis à la gratuité des ARV, mais non des examens biologiques. Ainsi, les personnes que nous avons rencontrées et dont nous retraçons l'itinéraire et relatons le témoignage venaient dans la plupart des cas d'avoir été mises sous traitement. Plusieurs d'entre elles - comme Halimata, Awa ou Sidbenewende⁴¹ - étaient mourantes ou dans un état de santé particulièrement critique avant leur mise sous traitement. Certaines d'entre elles se considèrent comme de véritables miraculées, ainsi Halimata âgée de 55 ans rencontrée à Yako et vivant dans un village situé à une dizaine de kilomètres de là, nous raconte :

« D'habitude, je cultivais mon champ avec mes deux fillettes de 7 et 11 ans et la saison qui vient de passer là (saison des pluies 2007) je n'ai pas pu cultiver, j'étais trop faible, mes enfants ont travaillé seules sur le champ et je leur ai dit de

34 Ces deux programmes (ANRS 12123 et ANRS 12181) ont été réalisés en partenariat avec le GRIL, Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales, dirigé par Habibou Fofana, de l'Université de Ouagadougou. Les recherches menées par l'équipe de l'IRD ont été, durant ces quatre années, dirigées par Fatoumata Ouattara (IRD). Deux volets, l'un consacré au système de soins et aux personnels soignants et l'autre aux recompositions des solidarités familiales auprès des personnes vivant avec le VIH, ont été menés de concert et ont donné lieu à plusieurs publications (Attané et Ouédraogo, 2011 ; Ouattara et al., 2011 ; Zongo et Ouattara, 2008).

35 Les associations auprès desquelles nous avons travaillé sont à Ouagadougou les associations AAS et Vie Positive ; à Yako, les associations Semus et Solvie ; à Ouahigouya, les associations AMMIE et Bonnes Mains et à Bobo Dioulasso une personne a été rencontrée au sein de l'association Rev+. Nous remercions ici très chaleureusement les responsables de ces associations comme le personnel d'avoir accepté de nous accueillir et de nous aider. Sans leur aide, ce travail n'aurait pas pu être mené.

36 Nous avons en effet rencontré quatre couples. Pour trois d'entre eux, les deux membres du couple étaient infectés et, pour le quatrième, l'épouse ne connaissait pas son statut sérologique car elle n'avait pas « la force », selon ses propres mots de le savoir. Cette femme a particulièrement soutenu son conjoint qui mourant lorsqu'il a pu accéder aux traitements ARV a finalement recouvré la santé. Pour ces quatre couples, nous avons interrogé chacun des conjoints séparément.

37 1 475 839 habitants à Ouagadougou, Bobo Dioulasso compte 489 967 habitants et Ouahigouya 73 153 habitants, lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006.

38 Les entretiens étaient pour les deux tiers conduits en moore ou en dioula et pour un tiers en français. Les quatre cinquièmes des interviewés sont d'origine mossi, les autres sont gourmantché, samo ou originaires de l'Ouest (bobo principalement).

39 Les hommes exercent des métiers précaires de chauffeur, cuisinier, commerçant, petit vendeur, d'agriculteur ou de maraîcher. Les femmes mènent des activités faiblement rémunératrices comme la coiffure, le tissage de pagne ou le petit commerce (vente d'eau fraîche, de légumes, de bois, de condiments, etc.). Elles connaissent des conditions économiques précaires (gains de moins de 500 F CFA par jour, soit 75 centimes d'euros).

40 Les personnes pouvant se rendre dans des associations ou centres hospitaliers de villes secondaires.

41 Tous les prénoms ont été modifiés afin qu'aucun de nos interlocuteurs ne puisse être reconnu.

II. La nature de l'entraide : élective, multidirectionnelle...

garder l'argent d'une partie de la récolte d'arachide pour mon enterrement. (éclats de rire) Et maintenant je suis là, comme ça, en forme ! »

Halimata s'exprime dans le cadre d'un entretien collectif réunissant une quinzaine de femmes au sein de l'Association Solvie, mars 2008).

Si l'accès aux ARV a constitué une véritable révolution sanitaire et sociale, de très nombreux problèmes demeurent : une stigmatisation des personnes vivant avec le VIH qui reste forte, des défaillances importantes des systèmes de soins dans la prise en charge des maladies opportunistes, une faible prise en charge des enfants vivant avec le VIH, une trop faible prévention des risques de transmission de la mère à l'enfant. Les difficultés liées à une prise en charge efficiente des enfants peuvent avoir des retentissements très importants sur les grands-parents. Fabienne Héjoaka (2012) a, par exemple, montré que des grands-parents et principalement des grands-mères peuvent être en première ligne dans la prise en charge des petits-enfants orphelins du VIH et/ou eux-mêmes infectés. Parallèlement, des écueils jalonnent les parcours thérapeutiques des patients entravant une prise en charge de qualité constituée d'un suivi biologique, d'un accès stable aux ARV et d'une prise en charge effective des maladies opportunistes. Comme le montre l'ONUSIDA, l'intensification de la thérapie antirétrovirale modifie considérablement la trajectoire d'une épidémie nationale, en diminuant les charges virales au sein des communautés, elle freine la propagation du VIH. Toutefois, près des trois quarts des adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne ne seraient pas parvenus à supprimer leur charge virale en raison

de lacunes et d'insuffisances observées aux différentes étapes du processus de traitement (ONUSIDA, 2014a).

Au cœur de la problématique question du VIH - tant dans son vécu que dans sa prise en charge - au même titre que les jeunes et les adultes, les personnes âgées peuvent occuper des positions de « pivots des réseaux sociaux » car elles sont plus facilement, du simple fait de leur ancienneté, plus durablement ancrées dans des liens sociaux : avec leurs promotionnaires, leur voisinage, leur village d'origine, les différents membres de la parenté élargie... Cette position fait de ces personnes âgées – hommes ou femmes – des capteurs potentiels des systèmes de dons et de contre-dons qui régissent une partie des relations sociales de manière relativement ostensible dans les sociétés d'Afrique de l'Ouest.

Dans les contextes ouest-africains, nous l'avons dit, la norme sociale rappelle à chacun et chacune ses obligations d'entraide vis-à-vis de ses proches parents. L'aide et particulièrement le don d'argent doivent, aux yeux des acteurs, emprunter une direction précise entre les genres, les générations et les âges... Un ensemble de travaux socio-anthropologiques produits sur les sociétés ouest-africaines tendent également à montrer que les relations intergénérationnelles sont marquées par le régime de l'obligation et de la dette, dette que les enfants contractent vis-à-vis de leurs parents et grands-parents pour avoir été élevés par eux (Vuarin, 2000 ; Marie, 1997a). Il est, de ce fait, du devoir d'un enfant d'entretenir ses parents lorsqu'ils deviennent plus âgés. Claudia Roth - reprenant l'analyse de Catell - précise qu'un « contrat générationnel implicite » semble présider aux échanges entre les générations. « La règle du jeu s'énonce ainsi : les aînés, venus en premier sont des créanciers, puisqu'ils ont élevé les plus jeunes. Ces derniers remboursent leur dette, en assurant la sécurité sociale des personnes âgées le moment venu » (Roth, 2010 : 98). Le paiement de cette dette est présenté par la norme comme une obligation sociale. Alain Marie précise : « La dette est donc le moteur de la socialité et de la socialisation communautaire. Nul n'y échappe et chacun en entretient le cycle infini car chacun commence par être débiteur, avant de pouvoir prétendre à son tour au statut de créancier. C'est qu'en effet, (...) l'endroit de la dette c'est la créance. Or, analysée dans cette perspective, la créance est un placement social, un investissement sur les dépendants, ce qui est fort rationnel dans

des sociétés où les hommes représentent la principale source de richesses et la seule garantie de protection sociale contre les aléas de l'existence, ainsi que l'assurance sur l'avenir » (Marie, 2009, p. 78). Parallèlement, ces différents travaux soulignent que ce contrat intergénérationnel se trouve contrarié dans sa réalisation par la précarité économique et l'augmentation de la pauvreté, en d'autres termes que l'aggravation des conditions économiques d'existence vient remettre en cause ce contrat générationnel et conduit parfois à son inversion (Roth, 2007, 2010).

Parallèlement, les personnes âgées occupent – on l'a dit – une position à l'articulation de différents réseaux de sociabilité : réseaux villageois, réseaux professionnels, réseaux de voisinage et réseaux confessionnels... Elles gardent en effet des liens importants avec les personnes de leur classe d'âge, ont souvent des liens durables avec les personnes du voisinage et leur position d'aînés sociaux, masculins comme féminins, fait que les membres de la famille élargie peuvent avoir recours à eux au moins à titre consultatif avant de prendre une décision importante, en particulier autour des cérémonies de dation du nom⁴², de mariage ou d'enterrement et de funérailles. Leur simple antériorité en âge leur confère une expérience du lien social et une pratique de ce lien qui apparaît à travers des réseaux sociaux diversifiés. Ainsi, cette position liée à l'âge, à l'expérience de vie, fait d'eux des personnes potentiellement favorisées dans ces réseaux car ils sont plus que tout autre à la jonction des réseaux d'entraide familiaux et extra-familiaux.

Notre étude révèle que l'aide intrafamiliale est tout à la fois élective, multidimensionnelle et

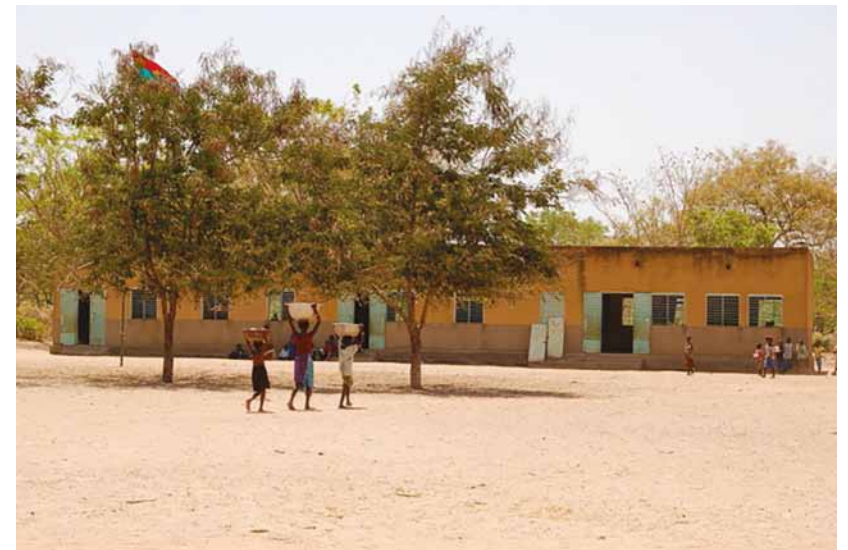
42 En Afrique de l'Ouest francophone cette cérémonie est qualifiée en français de « baptême », cela tant pour désigner les cérémonies chrétiennes, musulmanes qu'animistes.

multidirectionnelle (Attané, 2010 ; Attané et Ouédraogo, 2008, 2011), élective parce que chacun décide d'aider plus spécifiquement une ou deux personnes et parfois plus, multidimensionnelle car l'entraide peut se matérialiser par un don d'argent, de temps, d'attention à l'autre, d'aide aux tâches ménagères, aux travaux des champs ou à la vente de plats cuisinés, ou encore par la mobilisation du réseau social propre de l'aidant. Ainsi, les enfants peuvent être en position de donateurs et de soutien vis-à-vis de leur(s) propre(s) parent(s). Les recherches de Fabienne Héjoaka (2012) illustrent à quel point les enfants, dès l'âge de 10 à 11 ans, contribuent en rappelant la prise des médicaments, en acquittant un certain nombre de tâches domestiques ou parfois en assurant la vente de petits beignets ou de menus objets, apportant tant un soutien affectif, moral que financier au parent vivant avec le VIH. L'entraide est également multidirectionnelle car elle intervient dans les deux sens entre deux générations comme entre les deux sexes. Il convient de poursuivre notre réflexion. Ici, il nous importe de mettre l'accent sur la vulnérabilité de certaines personnes âgées que révèle la pandémie du sida. Au-delà, il apparaît important de discuter l'effectivité de l'existence d'un contrat générationnel. Les multiples exemples ethnographiques recueillis nous incitent à poser deux hypothèses. Premièrement, le contrat générationnel implicite serait plutôt qu'un contrat pratique effectif, une norme visant à régir les comportements entre les générations. Pour autant, même si la norme prescrite puissamment par l'ensemble des systèmes sociaux – qu'ils soient européens ou africains – est pour un adulte actif de prendre en charge ses parents âgés, un

ensemble de caractéristiques économiques, affectives, relationnelles, sanitaires peuvent conduire un individu à ne pas se conformer à cette norme. En d'autres termes, ce qui est présenté par les différents auteurs comme un contrat intergénérationnel implicite ne serait pas autre chose qu'une des modalités visibles et socialement valorisées que peuvent prendre les transferts de biens et de services entre individus apparentés. Dans les faits, nous sommes en présence d'un système potentiellement généralisé et généralisable de don et contre-don et les acteurs peuvent faire référence à tel ou tel lien de parenté pour justifier et légitimer des types de circulation ou au contraire justifier qu'ils ne se produisent pas. Considérer les personnes vivant avec le VIH dévoile un phénomène ordinairement peu visible dans les sociétés considérées : la multi-latéralité effective et la non-systématicité des solidarités intrafamiliales ordinairement voilées par les prescriptions normatives relatives aux obligations de soutien à destination des plus âgés, des enfants... Il semblerait que les qualités prêtées à la personne – ce que nous pourrions nommer « les conditionnalités de l'être » – déterminent très largement l'aide qu'elle est susceptible de recevoir de la part d'un des membres de sa parenté, et ce, quel que soit son âge. L'entraide extra-familiale est bien réelle, elle se manifeste particulièrement dans le cadre des événements importants de l'itinéraire individuel : le propre mariage de l'intéressé ou celui de ses enfants, le décès et les funérailles de son conjoint, de ses parents ou d'un de ses enfants, la cérémonie de dation du nom de son enfant ou de ses enfants et/ou de ses petits-enfants mais aussi l'hospitalisation de la personne percevant ce soutien... Ces occasions

sont celles où l'ensemble de l'entourage, collègues, voisins, promotionnaires sont susceptibles de se manifester et d'offrir un soutien en temps, en visite, en argent... Ces aides financières dépendent largement de la densité du réseau social auquel la personne concernée a participé tout au long des principales étapes de sa vie : école, université, activités professionnelles, pratiques religieuses au sein d'une communauté plus ou moins active, relations

de voisinage plus ou moins denses etc. Ainsi, l'itinéraire de vie est primordial à analyser pour comprendre le type de soutien comme le niveau d'aide financière dont la personne devenue âgée est susceptible de bénéficier. Cette aide extra-familiale est davantage sujette à l'imprévision, elle est aussi ponctuelle, et ce, même si elle peut se révéler très importante d'un point de vue financier.



École élémentaire, Yako, Burkina Faso, 2006. Anne Attané.

III. Vieilles, vieux et aïnesse sociale

Le seuil de la vieillesse - tout comme celui des différentes catégories d'âges de la vie - paraît difficile à établir. Selon Pascal Pochet (1997, p. 5), « le découpage de la vie humaine en grandes périodes comme l'enfance, la maturité ou la vieillesse est une pratique commune à toute société, et se retrouve d'époque en époque. En revanche, tant la représentation des différents âges de la vie, et en particulier de la vieillesse, que les seuils choisis pour les définir sont produits par les conditions économiques et culturelles propres à chaque société, à chaque époque ». Il apparaît donc que la vieillesse (ou l'attribut de « personne âgée ») est un construit social qui prend en compte tant des repères externes liés au contexte socio-culturel que des repères internes, appartenant à un vécu personnel (Corrin, 1985). La vieillesse, en général, est synonyme de nouveaux rôles sociaux (Héritier, 1981 ; Gruénais, 1985). Ces nouveaux rôles et leurs conceptions varient suivant les contextes du « vieillir ». Ellen Corin dans le cas du Canada a montré que la vieillesse est synonyme de changement dans les rôles et attentes de la société, mais qu'elle est surtout vue en terme de perte (physiquement, psychologiquement, socialement, etc.) (Corin, 1985, p. 473). Dans le contexte burkinabè et plus généralement dans celui des sociétés d'Afrique de l'Ouest, l'entrée dans la vieillesse, même si elle est synonyme de perte, notamment sur le plan physique et économique (détérioration de l'état physique, inactivité), est censée s'accompagner de pouvoir au niveau social, « le pouvoir gris »⁴³. En effet, dans les rapports aînés/cadets et aînées/cadettes, les personnes âgées occupent le rôle d'aînés sociaux, et à ce titre, bénéficient de certains pouvoirs et privilèges sur le plan social, symbolique et normalement

économique. Chez les hommes par exemple, la séniorité, selon Pascal Pochet (1997, p. 5) « est doublement valorisée sur le plan social : par la hiérarchie père/fils et par la position dans la fratrie, en particulier par l'opposition aînés/cadets. L'ancienneté dans la famille est synonyme d'autorité, de sagesse et de savoir ». Chez les femmes, l'histoire de vie, une descendance nombreuse sont des éléments qui confèrent de la respectabilité et de l'autorité morale. Parallèlement, certaines positions dans la parentèle confèrent de l'autorité, par exemple la position de tante paternelle face à ses neveux et nièces (rôle de conseils et d'autorité dans les cérémonies familiales des neveux et nièces). Les femmes sont les premières concernées par la question du vieillissement, et cela, à plusieurs titres : tout d'abord parce qu'elles sont plus nombreuses que les hommes à atteindre plus de 60 ans, et également parce que du fait de l'écart d'âge au mariage, elles sont plus susceptibles d'être veuves que les hommes après 60 ans (Antoine, 2007, p. 11). Les personnes âgées peuvent détenir un grand pouvoir décisionnel, elles sont consultées et des valeurs éducatives, morales voire proprement philosophiques sont attribuées à leurs paroles. Les conseils qu'elles sont en capacité de prodiguer sont généralement conçus comme sages car ils sont perçus comme le reflet de l'expérience liée à l'antériorité, « le fait d'être né avant » mais aussi parce que les représentations conduisent à penser que la personne âgée, au seuil d'un autre monde - celui de la mort - est plus proche des ancêtres et donc de la force qui leur est conférée mais qu'elle ne deviendra véritablement ancêtre que si elle aura su, par son itinéraire personnel, faire preuve de « ses qualités » (Attané, 2007a).

Les religions du livre (christianisme et islam) sont majoritairement pratiquées dans toute l'Afrique contemporaine, toutefois des valeurs et des représentations directement empreintes des religions autochtones - communément désignées par le terme d'animisme - constituent un socle commun de représentations dans lequel l'antériorité (le fait d'être né ou arrivé en premier) constitue une valeur cardinale. Les représentations animistes du monde attribuent donc un pouvoir spirituel spécifique aux personnes âgées, et cela, aux hommes comme aux femmes, même si ce sont les hommes qui sont appelés à assumer davantage de fonctions rituelles (Attané, 2007a ; Olivier de Sardan, 1994). Parallèlement à ces représentations qui confèrent à la personne âgée un pouvoir symbolique potentiel, cette période de la vie en Afrique de l'Ouest suppose que la personne âgée est en droit d'attendre que les cadets sociaux, ses enfants par exemple, subviennent à ses besoins, l'accompagnent dans sa vieillesse. Pour aller plus loin, il est attendu du cadet et de la cadette qu'il décharge son « vieux, sa vieille » de l'ensemble des contraintes en travail et plus largement des contraintes matérielles. Un ensemble d'attitudes doit également être adopté par le cadet ou la cadette pour marquer sa déférence et son respect vis-à-vis de son aîné(e) : servir de l'eau à boire, ne pas s'asseoir quand il est debout dans une pièce etc. « Même dans les capitales, en l'absence générale de système de pensions de retraite, l'organisation sociale veut que les grands-parents soient pris en charge et aidés par leurs enfants une fois qu'ils ont cessé d'être productifs. De fait, ils gardent certaines prérogatives, au moins symboliques, dans la vie familiale et domestique » (Pochet, 1997, p. 5). Cependant, comme le souligne le même

auteur, les conditions de vie des personnes âgées sont soumises, elles aussi au changement social, et donc susceptibles d'évoluer au fil du temps (Pochet, 1997 ; Badini-Kinda, 2005 ; Attias-Donfut et Rosenmayr, 1994 ; Audet Gausselein, 2012). Rappelons-le, si l'âge inspire toujours dans les sociétés d'Afrique de l'Ouest le respect « l'organisation gérontocratique de la société n'est plus de mise car les hommes les plus âgés de ces sociétés connaissent des situations sociales et économiques trop disparates. Les plus âgés des générations les plus anciennes ne forment plus un groupe social spécifique qui – jusque dans les années 1960 – avait un intérêt commun à préserver l'autorité sur les cadets masculins et féminins, en particulier en matière matrimoniale, afin de conserver un pouvoir et construire une position de notabilité. Aujourd'hui le maintien de l'autorité des plus âgés passe pour certains (en particulier pour les chefs de famille villageois, les grands commerçants, les chefs de ménage polygame...) par le contrôle des choix matrimoniaux de leurs cadets et cadettes, pour d'autres par la redistribution monétaire et la possibilité de mobiliser de vastes réseaux sociaux, et pour d'autres encore par la réussite politique ou économique ou la détention d'un savoir (scientifique, religieux...) » (Attané, 2007 b, p. 190-191). L'analyse des mutations des choix matrimoniaux a, dans de précédentes recherches, permis d'éclairer les principales transformations des relations d'aïnesse et de séniorité tant du point de vue masculin que féminin. Il y a près de dix ans, cette contribution s'est achevée sur ces quelques lignes « Enfin, quelques-uns des hommes et des femmes les plus âgés n'ont tout simplement que très peu d'autorité, aussi bien vis-à-vis des générations qui les suivent que vis-à-vis de

⁴³ Titre d'un des numéros (numéro 143) de la revue *Gérontologie et société*, intitulé, « Le pouvoir gris. Du lobbying au pouvoir de soi » et publié en 2006.

IV. Une vulnérabilité différenciée face au mal

leurs frères et sœurs cadets, tout simplement parce qu'ils sont dans une telle situation de dénuement économique et parfois social, qu'ils ne peuvent qu'assister impuissants aux difficultés auxquelles sont confrontés leurs enfants. C'est en particulier le cas de celles et ceux parmi les couches les plus pauvres de la population qui sont confrontés à la maladie. Le temps de la maladie modifie les relations entre les générations » (Attané, 2007b, p. 191).

C'est ainsi qu'avec les transformations socio-économiques, notamment la forte paupérisation et l'émergence de certaines pathologies chroniques que connaissent les sociétés africaines depuis la fin du XX^e siècle, vieillir constitue un accès de moins en moins automatique - du simple fait de décompte des

années - à une position sociale valorisée. En effet, cette position de personne âgée peut être dans certains contextes socio-économiques et relationnels africains de plus en plus synonyme de vulnérabilité se manifestant à travers une précarité économique, l'exclusion, la maltraitance, la souffrance, etc. (de Jong et al., 2005 ; Rouamba, 2012 ; Attias-Donfut et Rosenmayr, 1994). Avec le VIH, « être vieux » revêt plusieurs réalités et peut donner à voir une inversion dans les rôles et rapports sociaux qui préexistaient à la maladie. Les témoignages que nous avons recueillis en attestent, ainsi les propos d'un homme et d'une femme âgés confrontés au VIH illustrent la manière dont cette maladie amplifie les disparités existantes entre les personnes âgées, ce que nous considérons comme un « vieillir différentiel » en contexte de VIH.



Marché, route de Djougou, Bénin, 2012. Anne Attané.

Il convient de souligner la spécificité des situations féminines et masculines face à l'infection comme face au fait d'être confrontés à la maladie d'un proche quand on a atteint l'âge d'être grands-parents. Premières concernées par la question du vieillissement, nous l'avons dit, les femmes sont aussi plus susceptibles d'être veuves. Le sida est venu alors renforcer cette réalité. En effet, les hommes ont été pendant longtemps les premiers touchés par l'épidémie avant que la sexo-spécificité ne s'établisse et que les femmes, plus vulnérables d'un point de vue physiologique au risque d'infection à VIH, soient contaminées plus facilement que les hommes. Parallèlement, les transformations des formes de mariage (Attané, 2014) rendent les pratiques qui tendaient à prendre en charge les veuves de plus en plus rares, en particulier celle du lévirat. Les femmes sont alors plus nombreuses à être dans l'obligation de subvenir à leurs besoins, en particulier si elles ne sont pas à proximité de leurs enfants. Koudbi est veuve, elle est âgée de 68 ans lorsque nous la rencontrons en compagnie de sa fille séropositive Awa, elle-même veuve alors âgée de 38 ans en 2007. Koudbi nous est apparue très âgée, elle se déplaçait difficilement et avait pratiquement perdu la vue. Nous la pensions avoir atteint sa quatre-vingtième année. Mais au cours de l'entretien, elle nous précise son âge. Elle raconte également comment le fait de découvrir que sa fille est porteuse de cette « mauvaise maladie » (maladie née, selon elle, de rapports sexuels entre une fille et un chien) lui a causé un immense chagrin. Être témoin des manifestations de maladie a été source de tristesse et de désespoir pour elle : « quand je rentrais la nuit et je pensais à la situation de ma fille, c'était la tristesse, c'est toi qui est

seule, tu n'as ni frère et sœur, ni père, quand ses maux de têtes là commençaient, j'étais obligée de prendre un pagne et de lui attacher la tête là très fort, pendant que je faisais ça, elle me disait « maman, ma tête-là cogne », et moi, je lui répondais : « ça va aller ! ». Pendant 5 jours pleins, je n'ai pas dormi, c'était comme ça au point que j'ai commencé à désespérer moi aussi et à pleurer ». Les pleurs et le poids de la gestion de la maladie de sa fille ont même, selon elle, contribué à accélérer son vieillissement à travers la perte progressive de la vue : « À cause des pleurs, aujourd'hui je ne vois plus très bien, tant que quelqu'un ne s'approche pas de près, je ne vois pas très bien la personne, quand la personne est éloignée de moi, je vois seulement qu'il y a quelqu'un, mais je n'arrive pas à identifier la personne. » Pour elle, même si elle était à un âge où c'était plutôt sa fille qui devait s'occuper d'elle, avec la maladie de sa fille, elle se devait de poursuivre son rôle de mère auprès de celle-ci et de ses deux petits-enfants. Cela l'a obligée par exemple à redevenir active pour subvenir à leurs besoins courants : « Mais comment j'allais faire ? Est-ce que je pouvais abandonner ma fille ? J'étais obligée d'être aux côtés de ma fille pour m'occuper d'elle. (...) Je n'avais pas de soutien. Je partais au moulin et là-bas on me vendait les restes de farines ramassées au sol, c'est avec ça que je venais faire le tô⁴⁴. Pour les médicaments, je confectionnais des beignets d'arachide et je les vendais, c'est avec cet argent que j'achetais les médicaments pour elle ». Koudbi souligne l'absence de liens familiaux rendant difficile tout recours possible, en étant veuve, non alphabétisée et n'ayant exercé que des activités très faiblement rémunératrices elle ne bénéficie pas d'un réseau social extra-familial

44 Le tô est le plat national burkinabè constitué d'une pâte épaisse de farine de mil ou de maïs servi accompagné d'une sauce.

dense. Sa fille est elle-même veuve, l'une et l'autre ne nous disent rien des relations de Awa avec sa belle-famille. Mais dans la plupart des cas que nous avons rencontrés de veuvage précoce des femmes dont l'époux est décédé du sida, aucune d'entre elles n'a reçu de soutien actif de ses anciens beaux-parents et cela même si elle a des enfants. Bien souvent, les parents du défunt imputent à la jeune femme de leur fils décédé la responsabilité du mal. Ainsi Koudbi est le seul recours de sa fille. Le poids des responsabilités morales, affectives et financières qui pèsent sur Koudbi est tel qu'elle éprouve une grande sensation d'épuisement.

Avec le temps et la prise en charge associative aidant, sa fille a recouvré la santé et le mécanisme de l'entraide dans la parentèle a retrouvé une direction jugée plus habituelle. Awa, en recouvrant la santé, est devenue une des conseillères de son association. Cet emploi lui permet d'avoir un revenu et de subvenir à leurs besoins à l'une et à l'autre. L'accès à la prise en charge améliore considérablement les conditions des personnes vivant avec le VIH (Knodel, 2012). Elle contribue par exemple à réduire le poids économique de la prise en charge du malade pour son entourage, ainsi que c'est le cas pour Awa.

Oumar a, quant à lui, 65 ans. Il occupe des fonctions très importantes dans la Police Nationale à Ouagadougou, il est en quête d'informations autour d'une prise en charge efficiente du VIH. Sa seule et unique fille, la cadette d'une fratrie de quatre, âgée de 21 ans, vient d'apprendre son infection à VIH. Désespéré, il mobilise alors son réseau social, par le biais d'amis français communs, des anthropologues qui travaillaient dans sa région d'origine, il entend parler de notre travail et demande à nous rencontrer afin

d'avoir des informations sur les itinéraires les plus efficaces pour conduire à une prise en charge optimale. Oumar mobilise son réseau social, il est prêt à engager ses ressources financières. Très attaché à sa fille, il affirme dès notre premier entretien qu'il ne la laissera pas tomber. Elle est, à ses yeux, victime de ce mal du fait de l'inconséquence d'un homme plus âgé qu'elle et il ne la juge aucunement responsable de ce qu'elle traverse. Il se sent d'autant plus affligé par l'infection de sa fille qu'il juge qu'il ne l'a pas assez protégée de ce genre de risque. Si économiquement il n'a besoin d'aucune aide, il a recours à son réseau social afin de pouvoir la soutenir au mieux. Ici l'entraide extrafamiliale joue à plein. Elle est possible du fait de la situation économique et sociale d'Oumar, il occupe un poste de responsabilité qui lui a permis de rencontrer des personnes fortement dotées en capital social et intellectuel, s'assurant alors par leur intermédiaire d'une compréhension maximale des enjeux et des écueils liés à une prise en charge efficiente.

Le troisième cas est celui de Sidbenewende, un homme infecté par le VIH. Nous avons fait sa connaissance en 2006, il avait alors 59 ans, père de 6 enfants, âgés de 20 à 33 ans. Marié et père de famille, Sidbenewende est pourtant dans une grande situation de marginalité au sein de son environnement familial. Il associe cette marginalisation à son état de santé et aussi à la perte de ses capacités financières. En effet, Sidbenewende a vécu en Côte d'Ivoire pendant 20 ans où il menait une activité qui lui permettait de subvenir aux besoins de sa femme et de ses enfants. Sa maladie l'a obligé à rentrer au Burkina et à devenir inactif, et de fait, à dépendre de ses proches. « *J'étais en pleine forme avant, je travaillais très bien, je travaillais très bien en Côte d'Ivoire, donc j'ai dit à ma femme de*

venir ici (à Yako au Burkina Faso) avec les enfants, comme il y a la guerre, de venir rester ici avec les enfants pendant que moi je me débrouille là-bas ». Affaibli par une maladie, il regagne le Burkina Faso et la cour familiale. Trop faible pour travailler, Sidbenewende a perdu son autonomie financière tandis que sa femme en a acquis une en vendant des plats cuisinés. Il reçoit dans les premiers moments de l'aide de ses proches, notamment son épouse : « *Quand je suis revenu ici avec ma maladie, au début en tout cas, vraiment ma femme s'occupait très bien de moi. Elle s'occupait bien de moi parce que, ah, elle aussi elle mangeait, elle profitait de ma situation et comme c'était devenu comme ça, elle ne pouvait pas me laisser tomber* ». Son épouse, voyant son état se dégrader, l'incite avec des mots réconfortants à aller faire le test du VIH qui se révèle positif. Sidbenewende décide d'informer immédiatement sa femme et ses enfants : « *Quand je suis reparti à la maison, je les ai appelés tous, les enfants, il se trouvait que quatre enfants étaient venus de Ouaga, donc tous les 6 étaient réunis, avec la femme, donc je leur ai dit, voilà, j'ai la maladie-là dans mon corps. Quand je leur ai dit ça, ils m'ont tous bien parlé, ils ont très bien parlé, ils m'ont dit de ne pas me décourager, que de tout laisser entre les mains de Dieu, que je ne suis pas le seul à être infecté, c'est la femme elle-même qui m'a bien parlé, elle m'a dit de garder espoir que ça va aller* ».

Malgré les propos d'encouragements qu'elle lui tient, le ressentiment et la rancœur naissent peu à peu chez sa femme ; elle l'accuse d'avoir amené la maladie, elle se sent trahie. Sidbenewende dément ces accusations d'infidélité : « *J'ai dit à ma femme que je peux lui assurer que ce n'est pas chez une autre femme que j'ai pris cette maladie, mais elle ne croit pas, elle dit que je suis allé*

chercher d'autres femmes et la maladie m'a attrapé. Et pourtant, quand on se rase par exemple, quelquefois quand je me rase, il y a des blessures, ou bien les ongles qu'on coupe, mais malgré tout ça, elle pense que c'est avec une femme que j'ai pris ça, donc, j'assume ça ». Il va ainsi faire l'objet de rejet de la part de sa femme. Ainsi, la responsabilité imputée au malade ou au contraire le fait de le considérer victime détermine très largement l'aide au sein du couple et au-delà au sein de la famille. L'exemple de Oumar et celui de Sidbenewende l'illustrent.

Pour revenir à Sidbenewende, à la faveur de la longue séparation d'avec leur père, ses enfants se sont particulièrement attachés à leur mère et semblent se rallier à l'attitude de rejet que leur mère adopte vis-à-vis de leur père : « *ils m'ont mis de côté, mon plat pour le tô est à part, mon plat pour la sauce est à part, mon gobelet pour l'eau est à part, je ne bois rien avec eux, même jusqu'à aujourd'hui c'est toujours comme ça, ils me demandent de boire et manger avec eux, mais moi je refuse de le faire, comme vous m'avez déjà mis de côté-là, je ne peux plus me mélanger à vous* ».

Sidbenewende a été mis sous antirétroviraux en 2006, mais sa mise à l'écart au sein de sa propre famille l'affecte énormément. Nous avons pu constater la dégradation de son état physique (perte progressive de la vue, difficultés à se déplacer) et de sa situation sociale au fil de nos rencontres entre 2006 et 2008. L'entraide extra-familiale à laquelle Sidbenewende peut avoir recours est extrêmement ténue, en effet durant vingt ans, il a vécu loin de sa ville d'origine, c'est en Côte d'Ivoire qu'il compte ses principales relations amicales et professionnelles. Il ne peut donc recourir à elles. Ses seuls soutiens sont aujourd'hui ceux fournis par l'association SEMUS et par les différentes personnes qui

bénéficient de la prise en charge en son sein. Au cours de notre troisième rencontre en 2007 : « *il n'y a pas eu de problème grave en tant que tel depuis la dernière fois, mais c'est comme je vous l'avais dit l'autre fois, avec les gens de ma cour, il n'y a pas beaucoup d'entente et comme je n'ai plus assez de force pour travailler, vraiment, parfois c'est difficile en ce qui concerne le problème de nourriture. C'est tout ça qui me rend triste et je vis avec, en priant Dieu. Maintenant je lave moi-même mes habits, on refuse de me laver ça, la maman a demandé à ses enfants de ne pas laver mes habits au risque d'être infectés eux aussi par la maladie. Je leur ai dit « qu'est-ce que j'ai de susceptible de vous contaminer ? Je n'ai ni plaies, ni rien, si quelqu'un même me voit, il ne peut pas savoir que j'ai cette maladie, donc soyez indulgents et lavez mes habits ».* Mais comme c'est elle qui commande les enfants, ils ne m'écoutent pas. Donc c'est moi, malgré que je suis vieux et malade qui lave mes habits, et je prépare quelquefois moi-même quand on refuse de me donner à manger ». Il est décédé finalement en 2009 sans avoir pu retrouver un réconfort auprès de sa femme et de ses enfants.

Ainsi, le VIH peut devenir un facteur de vieillissement. Maladies opportunistes et fardeau moral favorisent l'apparition précoce des signes du vieillissement chez la personne de plus de 50 ans infectée ou affectée par le VIH. Comme on l'a vu chez Sidbenewende et Koudbi (et aussi chez sept autres des personnes de plus de 50 ans vivant avec le VIH que nous avons rencontrées), le VIH a contribué à l'apparition de signes du vieillissement tels que la réduction ou la perte de la vue, des difficultés à se déplacer. Leur vulnérabilité s'en est trouvée accrue. L'infection par le VIH peut aussi signifier une

inversion de la direction de l'aide, dans la mesure où les personnes âgées peuvent se retrouver en charge de frères ou de sœurs, filles ou fils, petits-fils ou petites-filles confrontés à la maladie à un âge où le mécanisme de l'entraide aurait voulu que les personnes concernées par la maladie soient les principaux soutiens de leurs aîné(e)s. Ainsi, en situation du VIH, « l'hypothèse dominante est celle du déséquilibre, sinon du renversement des rôles : les parents des patients se retrouvant en situation de prendre en charge leurs enfants adultes et leurs petits-enfants, au moment où eux-mêmes sont vieillissants et requièrent de l'aide » (Merli et Palloni, 2006). Et comme nous l'avons vu dans le cas de la mère de Awa, la maladie vient renforcer la vulnérabilité, obliger la personne âgée à redevenir active et accélérer le vieillissement. Les situations de Koudbi et Sidbenewende témoignent d'un changement majeur, celui de « la conditionnalité de l'être ». Aujourd'hui « la conditionnalité de l'être », c'est-à-dire son statut économique, social mais aussi l'état sanitaire d'un individu, détermine très largement l'ensemble des relations intra-familiales qu'il entretient. La personne âgée porteuse de VIH peut ainsi faire l'objet de rejet de la part des proches. Ce rejet se signale par le refus de partage : de manger ensemble principalement, d'aider une personne fragile dans ses tâches du quotidien (laver ses vêtements, lui faire à manger, lui faire ses courses). Parfois, le refus de l'entraide entre proches a des conséquences matérielles graves. Le rejet est tel qu'il entame les conditions matérielles d'existence de la personne infectée comme l'illustre tristement le cas de Sidbenewende entre autres. Nous avons également rencontré des personnes âgées pour lesquelles la séropositivité a contribué à accroître l'aide ou à l'instaurer.

Ainsi Valentine (58 ans) par exemple a bénéficié d'un soutien de la part de ses enfants lorsque son mari l'a quittée pour une femme plus jeune, il y a environ 15 ans, et a vu ce soutien s'accroître lorsqu'elle est tombée malade et que les soins ont conduit au diagnostic du VIH. Le soutien envers la personne âgée porteuse du VIH peut venir des enfants, d'une sœur ou d'un membre quelconque de l'entourage. La vulnérabilité instaurée par le VIH est différentielle selon les sexes bien sûr ; les hommes, parfois seuls à connaître leur mal, évitent les centres de soins par peur de la honte et de la stigmatisation (Bila et Egrot, 2008 et 2009) ; les femmes souvent veuves et confrontées au rejet de la famille de leur mari ; les chefs de famille (hommes et parfois femmes) sont souvent les seuls à connaître le statut de leurs enfants, des parents dont plusieurs enfants sont infectés... Le contexte conjugal est essentiel pour les femmes évidemment, mais aussi pour les hommes nous l'avons vu, il détermine largement le degré de vulnérabilité face au mal et à son traitement médical comme social.

L'exemple de Sidbenewende illustre de quelle manière les rapports de pouvoir peuvent se renégocier ou se recomposer entre aînés et cadets (époux/épouse, parent/enfant, vieux/jeunes, etc.) en situation de VIH. Ainsi, la personne détentrice des ressources financières semble bénéficier des fonctions ordinairement prêtées à l'aïnesse sociale. Cela se traduit par exemple dans la prise de décision dans l'assistance qu'on apporte à autrui. Ainsi, le rang d'aïnesse sociale ne se définit désormais plus par l'âge ou par le sexe, mais dans les processus d'intégration ou d'exclusion, dans les prises de décision et dans les mécanismes de l'entraide. Le cadet (ici la femme de Sidbenewende) devient

de par son pouvoir économique un aîné qui décide, et à l'aîné « naturel » revient le rôle de cadet. Ces mécanismes entraînent une forte vulnérabilité, car comme le souligne Claudia Roth « ceux qui ne peuvent plus participer aux échanges réciproques de dons ou de services risquent d'être marginalisés socialement. Or sans relation, pas de sécurité sociale [...] pas de reconnaissance sociale, donc pas de capital symbolique » (Roth, 2010, p. 101).

Pour conclure

Considérer la situation sociale que peuvent rencontrer les personnes âgées confrontées au VIH permet de rendre compte de leur implication active comme pourvoyeur de ressources, de soins et d'aide. Celles et ceux vivant avec le VIH, ayant accédé aux traitements et à la prise en charge, veilleront à regagner une position de dispensateur au sein de leur foyer (apport de vivres par l'intermédiaire des associations, rencontre d'un réseau de prise en charge...) ; celles et ceux directement confrontés au mal d'un de leurs enfants ou de leurs nièces ou neveux s'impliqueront dans l'achat des traitements pour lutter contre les maladies opportunistes, dans le soutien affectif et souvent matériel. Pour ceux comme Sidbenewende, dont la maladie signe peu à peu un déclassement économique, social puis affectif, les associations sont les seuls recours. Les exemples des personnes âgées confrontées au VIH témoignent d'un changement majeur des motifs de l'action interindividuelle et de la mise en place d'une relation d'entraide. Au-delà de l'existence d'un cadre moral et normatif qui prescrit l'entraide entre les générations, « les conditionnalités de l'être » déterminent très largement le niveau d'aide matérielle et affective que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ainsi, une situation économique dégradée, une histoire relationnelle conflictuelle, un faible ancrage dans des réseaux de sociabilité extra-familiaux, une position de « coupable » et « responsable » de son état de santé ou de sa défaillance économique ou relationnelle aux yeux de l'entourage éloignent la personne âgée de toute possibilité de recours.

Ainsi les personnes âgées vivant avec le VIH sont prises entre quête de traitement et volonté de ne pas être rejetées ; dès qu'elles sont confrontées à la maladie d'un

proche, enfant, petit-enfant, elles ont à gérer une charge morale et économique qui alourdit considérablement leurs difficultés quotidiennes. Elles n'obtiendront le soutien des proches et de l'entourage familial que si elles sont jugées comme étant valeureuses et victimes de leur mal (ce qui est le cas de Halimata et Valentine, qui sont jugées comme telles par leurs enfants). Elles seront reléguées si elles sont considérées comme responsables et défaillantes. Ainsi, « être aidé » semble pour les personnes âgées – comme pour les personnes appartenant à d'autres classes d'âge – de plus en plus devoir « se mériter » aux yeux des aidants et ce particulièrement lorsqu'il s'agit d'entraide intra-familiale. La solidarité extra-familiale paraît davantage inscrite dans le grand cycle de la réciprocité.

Antoine A. (éd.)

- 2007, Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle. Paris : Ceped, 255 p.

Attané A.

- 2007a, « Les défis de l'incohérence ou comment penser la pluralité sociale ? L'exemple des cérémonies de funérailles, Ouahigouya et sa région, Burkina Faso », in T. Bierschenk, G. Blundo, Y. Jaffré et M. Tidjani Alou, Une anthropologie entre rigueur et engagement. Essais autour de l'œuvre de Jean-Pierre Olivier de Sardan, Paris, Karthala, p. 507-526.

- 2007b, « Choix matrimoniaux : le poids des générations. L'exemple du Burkina Faso » in P. Antoine (éd.), Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle, Paris, Ceped, p. 167-195.

- 2012, « Enfants et conjoints dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH au Burkina Faso », In Relations intergénérationnelles. Enjeux démographiques, Actes du XVIème colloque de l'AIDELF, Genève 21-24 juin 2010. www.erudit.org/livre/aidelf/2010/004166co.pdf.

- 2014 « Multiplicité des formes conjugales dans l'Afrique contemporaine. L'exemple du Burkina Faso », dans P. Antoine et R. Marcoux (dir.), Transformations des formes et des modèles matrimoniaux en Afrique, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 108-128.

Attané A. et Ouédraogo R.

- 2008, « Le caractère électif de l'entraide intrafamiliale dans le contexte de l'infection à VIH. » Science et technique, Sciences de la santé, numéro Hors Série, novembre 2008, p.101-106.

- 2011, « Lutter au quotidien: effets de genre et de génération sur l'entraide intrafamiliale en contexte de VIH au Burkina Faso », dans A. Desclaux, P. Msellati et K. Sow (dir.), Femmes et VIH dans les pays du Sud, Paris, Éditions de l'ANRS, pp. 207-216.

Attias-Donfut C. et Rosenmayr L.

- 1994. Vieillir en Afrique, Collection les champs de la santé, 353 p.

Audet Gausselin L.

- 2012 « « Si vieillesse savait... » les représentations des générations dans les caricatures du Journal du Jeudi, Burkina Faso », in M. Gomez-Perez et M.-N. Leblanc, 2012, L'Afrique des générations. Entre tensions et négociations, Paris, Karthala, p. 801-839.

Badini-Kinda F.

- 2005, « L'écart entre idées et pratiques : l'insécurité sociale des personnes âgées en milieu rural burkinabè », in W. de Jong, C. Roth, F. Badini-Kinda (dir), Ageing in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso/Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas, Münster, Lit, p. 23-351.

Bila B. et Égrot M.

- 2008, « Accès au traitement du sida au Burkina Faso : les hommes vulnérables ? », Science et technique, Sciences de la santé, numéro Hors Série, novembre 2008, p.85-91.

- 2009, « Gender asymmetry in healthcare-facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso », Social Science & Medicine, 69, p. 854-861.

Cattell M.

- 1997, « The Discourse of Neglect: Family Support for The Elderly in Samia », in T. Weisner, C. Bradley et P.L. Kilbride (eds.), African Families and the Crisis of Social Change, London, Begin & Garvey, p. 157-183.

Corrin E.

- 1985, Définisseurs culturels et repères individuels : le rapport au corps chez les personnes âgées, International Journal of Psychology, 20, p. 471-500.

Gruénais M.E.

- 1985, « Aînés, aînées ; cadets, cadettes. Les relations aînés / cadets chez les mosis du centre (Burkina Faso) » In M. Abélès et C. Collard, Age, pouvoir et société en Afrique noire, Paris, PUM, Karthala. p. 219-245.

Héjoaka F.

- 2009, « Care and secrecy: Being a mother of children living with HIV in Burkina Faso », Social Science & Medicine, 69, p. 869-876.

- 2012, L'enfant gardien du secret. Vivre et grandir avec le sida et ses traitements à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), Doctorat d'anthropologie de l'EHESS – Paris, 423 p.

Héritier F.

- 1981, L'exercice de la parenté, Paris, Hautes Études, Gallimard, Le Seuil, 199 p.

de Jong W., Roth C., Badini-Kinda F., Bhagyanath S., 2005, Ageing in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso/Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas, Münster, Lit, 401 p.

Knodel J.

- 2012, « The changing impact of the AIDS epidemic on older-age parents in the era of ART: Evidence from Thailand », Journal of Cross-Cultural Gerontology, 27, p. 1-15.

Marie A.

- 1997a, « Les structures familiales à l'épreuve de l'individualisation citadine », in : Ménages et familles en Afrique – Approches des dynamiques contemporaines, Les Études du Ceped, 15, CEPED/Ensea/INS/Orstom/URD, p. 279-299.

Marie, A. (dir.)

- 1997b, L'Afrique des individus : itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey), Paris, Karthala, 438 p.

Merli M. et Palloni A.

- 2006, «The HIV/AIDS Epidemic, Kin Relations, Living Arrangements and the Elderly in South Africa,» in B. Cohen and J. Menken (eds), Aging in Africa, Washington D.C., National Academy of Science Press, p. 117-165.

Olivier de Sardan J-P.

- 1994 «Séniorité et citoyenneté en Afrique pré-coloniale », Communication, 59, Générations et filiation, p. 119-136.

ONUSIDA

- 2014a, Rapport 2014, http://data.unaids.org/pub/Report/2014/JC1700_Epi_Update_2014_fr.pdf

- 2014b, Rapport d'activité sur la riposte au sida au Burkina Faso (GARP 2014), 72 p. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BFA_narrative_report_2014.pdf.

Ouattara F., Gruénais M.E., Huygens P, Traoré A

- 2004, Sida, stigmatisation et exclusion. Étude anthropologique au Burkina Faso (Bobo-Dioulasso, Banfora, Niangoloko et Orodara). Rapport final, IRD-SHADEI, 127 p.

Ouattara F., Gruénais M.-E., Zongo S., Ouédraogo R.

- 2011, « Organiser l'activité de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les structures périphériques : l'exemple du Burkina Faso », in A. Desclaux, P. Msellati et K. Sow (dir.), Femmes et VIH dans les pays du Sud, Paris, Éditions de l'ANRS, p. 137-148.

Pochet P.

- 1997, Les personnes âgées, Paris, La Découverte « Repères », 128 p.

Roth C.

- 2007, « « Tu ne peux pas rejeter ton enfant ! » », Cahiers d'études africaines [En ligne], 185 | 2007 URL : <http://etudesafricaines.revues.org/6742>

Roth C.

- 2010, « Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso ». Autrepart, Vieillir au Sud. 53, p. 95-110.

Rouamba G.

- 2012, « Dynamiques d'autonomisation financière des femmes âgées et rôle de cette autonomie dans la prise de pouvoir (gris). Que signifie le pouvoir gris en Afrique ? » *Gérontologie et société*, n° 143, p. 189-206.

Vuarin R.

- 2000, *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation : ou « Venez m'aider à tuer mon lion »*. Paris, L'Harmattan, 252 p.

Weber F.

- 2005, *Le sang, le nom, le quotidien. Sociologie de la parenté pratique*. Paris, Aux lieux d'être, 264 p.

- 2013, *Penser la parenté aujourd'hui, la force du quotidien*. Paris, Éditions de la rue d'Ulm, 264 p.

Zongo S. et Ouattara F.

- 2008, « Quand la prévention de la transmission mère-enfant du VIH « cause problèmes » : une ethnographie des relations interprofessionnelles dans trois sites de Ouagadougou », *Sciences et technique, Spécial hors-série*, p. 107-115.

PARTIE 2

DES MODALITÉS DE SOUTIEN AUX AÎNÉS EN QUESTION

Chapitre 5

Déclinaisons multiples du soutien aux aînés au Sénégal

Abdou Ka
UMI 3189 Environnement,
Santé et Sociétés
asska18@hotmail.com

Fatoumata Hane
Université de Ziguinchor
UMI 3189 Environnement,
Santé et Sociétés
hane-fatoumata@yahoo.fr

Nicole Chapuis-Lucciani †
CNRS
UMI 3189 Environnement,
Santé et Sociétés

Vieillesse

Aide

Protection sociale

Sénégal

Au Sénégal, selon les discours les plus souvent tenus, la personne âgée jouissait jusqu'à une période récente d'un statut valorisé car elle contribuait, grâce à sa sagesse et à son expérience, à l'équilibre de la société en mettant à disposition son savoir, son savoir-faire et son savoir-être. Mais aujourd'hui une profonde mutation des relations intergénérationnelles redéfinit le rôle et le statut des personnes âgées. En effet, les tensions sociales découlant de la crise économique qui se traduit par le chômage et le désœuvrement des jeunes remettent en cause les modèles de prise en charge des personnes âgées basés sur la solidarité intergénérationnelle. Ce sont même dans bien des cas les aînés qui soutiennent financièrement leurs descendants sans emploi stable. Or, en dépit des régimes de retraite existants et de différentes initiatives, les mécanismes institutionnels de soutien à la vieillesse demeurent insuffisants. Ce chapitre interroge les transformations des relations intergénérationnelles dans ce contexte et les difficultés et contraintes auxquelles sont confrontés les aidants familiaux.

In Senegal it is often said that older persons used to be highly respected because they contributed, thanks to their wisdom and experience, to the social balance by sharing their knowledge, their know-how and other soft skills. Yet, today a deep transformation of intergenerational relationships redefines the roles and statuses of older persons. The social tensions that have arisen in relation to an economic crisis that has brought about unemployment and lack of activity for young people question the models of support for older persons that are based on family solidarities. In many cases elders are the ones supporting their descendants without stable employment. In spite of existing pension schemes and of various initiatives, institutional support in old age is limited. This chapter questions the transformations of intergenerational relationships and the difficulties and constraints that family carers face.

Relations intergénérationnelles

Introduction

Sur le plan démographique, le Sénégal est caractérisé par un fort poids démographique des jeunes. De ce fait, la lutte contre les mortalités infantile, maternelle et néo-natale, ainsi que les politiques d'espacement des naissances font l'objet d'une grande attention et bénéficient de l'appui d'organismes internationaux. En revanche, l'attention portée par les pouvoirs publics aux besoins des aînés est pour l'heure bien moins grande. Pourtant, le pays connaît une augmentation non négligeable du nombre de personnes âgées dans sa population. Sur le plan sanitaire, les aînés sont particulièrement vulnérables du fait notamment du risque d'apparition de maladies dégénératives. Ils sont également le plus souvent en situation socio-économique difficile alors même que la société est minée par un criant sous-emploi des jeunes. Dans ce contexte, les modalités de prise en charge de la vieillesse méritent une réflexion approfondie.

La population du Sénégal recensée en 2013 s'élève à 13,5 millions d'habitants⁴⁵. Elle se caractérise par sa grande jeunesse : la moitié de la population est âgée de moins de 18 ans (17 ans pour la population masculine contre 19 ans pour la population féminine). Les enfants de moins de 15 ans constituent 42,1 % de la population globale. La population de 65 ans et plus ne représente quant à elle que 3,5 % de la population totale et compte près de 475 000 individus⁴⁶. Réflétant la charge pesant sur la population potentiellement active, le ratio de dépendance démographique s'élève à 83,8 %, c'est-à-dire qu'il y a 83,8 personnes

de moins de 15 ans et de 65 ans et plus pour 100 personnes potentiellement actives (15-64 ans).

Les tensions sociales suscitées par le désœuvrement des jeunes et la dépendance des personnes âgées à des piliers familiaux et institutionnels parfois insuffisants nous ont conduits à nous interroger sur la redéfinition de la place et du rôle des personnes âgées dans la société sénégalaise. Nous nous interrogeons également sur la manière dont s'expriment aujourd'hui les relations intergénérationnelles et sur les difficultés auxquelles elles sont parfois confrontées dans le cadre du soutien apporté aux aînés.

Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus d'une recherche menée dans le cadre du programme PIR⁴⁷ longévité 2009 et d'un contrat INPES-CNRS⁴⁸ ainsi que dans le cadre du PIR Longévité et Vieillesse 2011⁴⁹. A Dakar, la collecte de données a été faite dans des structures sanitaires, au centre de santé de l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) et à l'Institut de Gériatrie de Ouakam mais aussi au sein des familles de personnes préalablement identifiées dans ces lieux. A Diourbel, les entretiens ont été effectués au sein des associations de personnes âgées notamment avec le Corps des volontaires des personnes du 3^{ème} âge de Diourbel, au centre médico-social de l'IPRES de Diourbel et au domicile des personnes âgées. En milieu rural, en l'absence de structures dédiées, nous avons réalisé les enquêtes dans des familles tirées au hasard.

I. Vieillir au Sénégal : éléments de contexte

Les travaux de démographes (Antoine et Golaz, 2010 ; Golaz et Rutaremwa, 2011) ont montré, à partir de données de recensements, à quel point les configurations domestiques dans lesquelles vivent les personnes âgées peuvent induire des formes de vulnérabilité sociale. Elles se retrouvent de plus en plus souvent seules et dans certains cas sont obligées de se débrouiller pour assumer une progéniture au chômage. En outre les transformations des modes de vie sont concomitantes du développement de maladies cardiovasculaires et de pathologies dégénératives liées à l'avancée en âge. Ces constats ont été réalisés par Macia et Chapuis-Lucciani (2008, p. 102) qui se posaient la question de savoir « comment maintenir une subjectivité cohérente dans la continuité de soi, alors que le corps, à la fois facteur d'individuation, symbole d'identité et témoin de moralité, décline visiblement avec l'âge ».

Face à cette situation, on note pourtant que les institutions spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées sont rares au Sénégal. Seules deux structures publiques existent : le Centre de gériatrie et gérontologie de Ouakam et le Centre médicosocial de l'IPRES, érigées depuis 2006 en centres de référence en gérontologie et situées dans l'agglomération dakaroise. Bien évidemment, les personnes âgées peuvent avoir recours aux autres structures sanitaires publiques. Cependant, elles sont confrontées, comme la plupart des usagers du service public de santé, aux difficultés d'accès aux soins sur le plan géographique, économique et culturel⁵⁰. Pourtant, dès 1999, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) annonçait des conflits intergénérationnels issus du partage des

ressources collectives existantes en matière de santé (Seck, 2009). En effet, rappelons que traditionnellement, les familles étaient obligées de se substituer à ces institutions nouvelles pour gérer leurs personnes âgées. En outre, la proportion de personnes âgées actives est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. Le taux d'activité des 60-64 ans est de 39,1 % en milieu urbain contre 49,5 % en milieu rural. Pour les 70 ans et plus ces taux sont respectivement de 16,9 et 28,4 % (ANSD, 2014, p. 114). Cette situation s'expliquerait par le fait qu'en milieu rural, une partie importante des personnes âgées continue d'exercer dans le secteur agricole, secteur qui compte, d'ailleurs, la plus grande proportion de personnes actives tous âges confondus au Sénégal. Par le passé, les personnes d'âge avancé restaient la plupart du temps chez elles entourées de leurs enfants et petits-enfants. Du fait d'une histoire basée sur la tradition orale, la personne âgée jouissait d'un statut valorisé car elle contribuait, grâce à sa sagesse et à son expérience, à l'équilibre de la société. Elle mettait du reste à la disposition de la communauté, et en particulier de sa descendance, son savoir, son savoir-faire et son savoir-être. En outre, chez les personnes âgées ayant exercé une activité salariée, le passage à la retraite entraîne souvent un sentiment de dépossSESSION et de dévalorisation surtout si le travail était intéressant et l'audience sociale de qualité. Le vide ainsi créé sans transition favorise un sentiment d'insécurité et d'inutilité. Ces dysfonctionnements liés à l'avancée en âge contribuent, pour une large part, à rendre les personnes âgées vulnérables. Leur impact est d'autant plus important chez les individus incapables de s'inscrire dans des

45 Selon le RGPHAE 2013, la population sénégalaise compte 13 508 715 individus dont 6 735 421 hommes et 6 773 294 femmes (ANSD, 2014, p. 62).

46 229 111 hommes et 245 584 femmes (ANSD, 2014, p. 64).

47 Programme interdisciplinaire du CNRS.

48 « Vieillesse et incapacités fonctionnelles. Réseaux d'aide, prise en charge et vécu des Sénégalais vivant en ville, en milieu rural et en France », projet financé par le CNRS dans le cadre du PIR 2009. « Mode de vie et état de santé des hommes marocains et sénégalais âgés vivant en France et dans leur pays d'origine. Étude comparative anthropobiologique », projet financé par le contrat n° 502843 INPES/CNRS.

49 « Vieillir au Maroc, Vieillir au Sénégal : analyse qualitative comparative des relations intergénérationnelles et des formes de soutiens familiaux et institutionnels aux personnes âgées. Identification d'enjeux pour les politiques publiques », projet sélectionné dans le cadre de l'appel CNRS Longévité et Vieillesse 2011.

50 Sur le plan culturel, certains hommes âgés ne veulent pas aller se faire soigner au poste de santé du quartier en prétextant qu'ils n'aiment pas être soignés par des infirmières du même âge que leurs petites-filles.

réseaux sociaux comme les associations de personnes âgées ou les grand-places⁵¹. Par ailleurs, les mutations sociales en cours au Sénégal, et notamment à Dakar, affectent profondément la cellule fondamentale de la société, la famille. L'éducation, la formation, l'économie moderne, l'urbanisation, les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont autant de facteurs de changement qui se traduisent par la contestation des statuts et rôles des membres de la famille et l'affaiblissement des liens de solidarité.

De ce point de vue, les personnes âgées constituent la catégorie sociale la plus touchée par ces transformations. En effet, alors que sur le plan culturel, la personne âgée était autrefois respectée, choyée, protégée et soutenue par la famille et la communauté, considérée comme la gardienne de la mémoire collective et des valeurs ancestrales, elle apparaît aujourd'hui de plus en plus victime des bouleversements culturels. Sur le plan social, elle souffre de la désintégration du tissu social et familial née du décalage entre les cultures « moderne » et « traditionnelle » et de l'affaiblissement des réseaux de solidarité. Auparavant élément central de la prise en charge de la personne âgée, la famille est affaiblie et les aidants familiaux se retrouvent au cœur de processus de soutien, nécessitant parfois des soins modernes qu'ils ne maîtrisent pas, et doivent de plus en plus négocier avec des institutions sociales et sanitaires et des politiques balbutiantes.

Du fait du manque de système structuré de prise en charge, la vieillesse dans les pays africains apparaît comme un « lieu du rien » pour reprendre l'expression d'Isabelle Mallon (2011). On a souvent pensé - à tort - que les

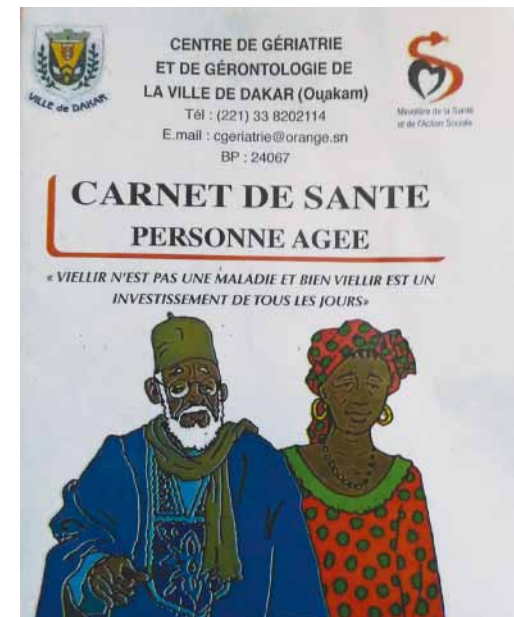
solidarités familiales suffiraient et pourraient se substituer aux services publics pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes âgées. Néanmoins les entretiens réalisés en milieux urbain et rural révèlent que les personnes âgées ont une perception ambivalente de leur statut social. Certaines se sentent marginalisées parce qu'elles ne sont plus productives pour la société. Selon elles, sur le plan de la prise en charge sanitaire, elles représentent une charge pour leurs familles. Les propos de ce membre de la FARPAS⁵² le confirment, « *Dans les familles plus tu deviendras âgé plus on t'isole. Ce n'est même pas par méchanceté mais c'est par comportement* ».

Sur une note plus positive, d'autres se considèrent comme les dépositaires de la tradition, une personne âgée étant avant tout un sage, une personne qui a beaucoup d'expérience. « *Les personnes âgées ont un rôle dans la société. Ce rôle doit être une jonction entre les générations. Ce rôle est important parce que les personnes âgées représentent la tradition et elles doivent la transmettre aux jeunes avant de partir. Il y a un autre aspect de leur vie, c'est qu'elles servent de régulateur social* » (Homme âgé, Dakar).

Dans un tel contexte, vieillir apparaît de plus en plus comme un phénomène complexe dont la prise en charge devient à la fois individuelle et collective. Cette complexité s'accroît quand la vieillesse s'accompagne de handicaps. Cette situation de handicap qui crée de la dépendance nécessiterait la mise en place de systèmes de prise en charge spécifiques. Cela peut passer par des aménagements spatiaux, pas toujours évidents dans certains

types d'habitat – comme les immeubles sans ascenseurs et les appartements aux surfaces réduites –, mais peut aussi nécessiter la mise en place de systèmes complexes de structuration de l'aide dans des contextes où l'assistance publique et sociale est quasi inexistante. Ainsi, les enfants ont de plus en plus de mal à prendre en charge leurs parents surtout dans des contextes urbains comme nous le verrons plus loin. Ces situations nous conduisent à questionner la notion d'aidant familial d'autant plus que l'aide à la personne âgée dépendante est segmentée en fonction des possibilités (financière, capital social, etc.) et de la disponibilité des différents membres de la famille. Notre principal objectif est

d'analyser les processus de construction des représentations ainsi que les modes de prise en charge de la vieillesse et du vieillissement selon le genre et le milieu de résidence. Cela nous permettra de décrire la structuration de l'aide dans les familles sénégalaises à Dakar et à Diourbel. Aussi, allons-nous étudier la construction de la prise en charge de la vieillesse au Sénégal. Comment fonctionne le réseau social et comment est-il mobilisé pour répondre aux besoins des personnes âgées ? Comment se structurent et s'articulent les interactions entre professionnels de santé et familles dans les services de prise en charge qui leur sont dédiés ?



Centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam, Sénégal, 2013. Muriel Sajoux

⁵¹ Les grand-places sont des endroits aménagés de manière précaire, se résumant parfois à un long banc en bois ou à des nattes disposés(es) dans un coin de rue ou sous un arbre. Les grand-places sont fréquentées uniquement par une population âgée masculine.

⁵² FARPAS : Fédération des Associations de Retraités et Personnes Agées du Sénégal créée en 1993 et comptant des antennes dans toutes les régions.

II. Approche méthodologique

II.1 Enquête par questionnaire

Des enquêtes de terrain ont été menées auprès d'une population âgée sénégalaise vivant en milieu rural (dans les communautés rurales de Dougar, Toubab Dialaw et Rao) et à Dakar, la capitale. Au total, 422 personnes âgées de 50 à 90 ans –dont 220 à Dakar et 202 en milieu rural- ont pu être rencontrées. Nous avons associé des mesures anthropométriques, permettant de mesurer l'état physique, à un questionnaire par lequel nous avons recueilli des indicateurs sociodémographiques, socioéconomiques, sanitaires et alimentaires ainsi que des informations concernant la perception de la santé, du corps, de l'avancée en âge et de la vieillesse. Ce questionnaire composé de questions fermées associées à des questions ouvertes visait à décrire les situations vécues par les personnes âgées rencontrées. Les réponses à ces questions ouvertes ont été traitées par une analyse de contenu.

Les données ici analysées portent sur :

- des indicateurs socio - démographiques : lieu de vie, genre, âge, habitat (nombre de co-habitants dans le logement).
- la perception de la vieillesse au Sénégal du point de vue de l'enquêté
- la perception de l'enquêté sur sa place dans la société
- les personnes sur qui l'enquêté peut compter en cas de coup dur.

II.2 Entretiens semi-directifs

En ce qui concerne les données qualitatives, en plus des informations collectées via le questionnaire et qui portaient sur la perception de la vieillesse et sur la manière dont les personnes âgées se sentaient perçues et entourées, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. Dans chaque institution près de quarante entretiens formels et informels ont été menés auprès de personnes âgées et de leurs accompagnants. Nous avons ainsi interrogé des personnes malades ou souffrant de perte d'autonomie en relation avec la vieillesse.

Le but de ces enquêtes dans des établissements de soins était de saisir les modes d'interactions entre, d'une part, les personnes âgées et les professionnels de santé et, d'autre part, entre ces derniers et les accompagnants. Cette démarche nous a aussi permis de suivre les personnes âgées à la fois chez elles et dans leurs itinéraires de soins, afin de pouvoir confronter les discours recueillis lors des entretiens à la réalité de leur mode de vie au sein de leur environnement familial. Nous avons donc pu suivre les usagers des structures de soins et leurs familles dans différents quartiers de Diourbel et de Dakar et sa banlieue. A ces entretiens, se sont ajoutées des séries d'observations directes dans les structures de prise en charge et dans les familles.

III. Au sein des familles, des relations d'entraide en évolution

La question des solidarités familiales constitue une part importante des recherches sur le vieillissement et son accompagnement. Au Sénégal, en l'absence de système de prise en charge institutionnelle efficiente, les familles essaient de soutenir par elles-mêmes leurs membres âgés. Les descendants doivent reconnaître à leurs parents âgés qui les ont aidés et, s'ils ne le font pas, passent pour des ingrats. Cependant, cette règle de « réciprocité » (Van der Geest, 2005) devient de plus en plus difficile à appliquer par les jeunes incapables de prendre le relais dans des contextes de pauvreté et de précarité. Cela est d'autant plus flagrant en milieu urbain comme à Dakar où les migrants en provenance des zones rurales n'ont d'autre choix que d'exercer des petits boulots leur permettant à peine de survivre. *De facto*, les familles connaissant des situations de vulnérabilité économique et sociale sont obligées de faire preuve d'inventivité pour mobiliser les ressources nécessaires à la prise en charge de leurs parents âgés et éventuellement malades. L'une des stratégies mobilisées repose sur la segmentation de l'aide, définie ici comme la manière dont chaque membre de la famille participe à la prise en charge de la personne âgée. Elle entraîne des jeux de positionnement social, des négociations mais elle est souvent aussi source de tensions et de conflits. Le rôle et la place des aidants familiaux dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes au Sénégal mettent en évidence les relations de pouvoir entre individus au sein de la famille mais aussi les stratégies de ces acteurs en quête de statut social.

III.1 Cohabitation et sentiment de solitude, une relation complexe

Insistons sur le constat que ce mode de prise en charge basé sur la famille tend à s'effriter dans les contextes urbains comme Dakar, du fait des processus d'individuation de plus en plus poussés (Marie, 1997) se traduisant par la nucléarisation de la famille et la « verticalisation » du type d'habitat. En effet, les maisons à étages et les appartements situés dans des immeubles sans ascenseurs ne cessent de se construire dans la capitale sénégalaise rendant difficile le déplacement et la mobilité des personnes âgées.

L'enquête par questionnaire (portant sur plus de 400 personnes âgées), nous a permis d'observer une différence significative quant au nombre moyen de cohabitants des personnes interrogées selon le milieu de résidence : on en comptait 17,5 en moyenne en milieu rural contre 10,6 à Dakar.

En même temps les couples ayant une activité professionnelle sont contraints de laisser la personne âgée seule toute la journée, « *Ce qui est pesant, ce n'est pas seulement la vieillesse, mais la solitude. Je passe la journée seul au lit à écouter la radio ou à regarder la télé. Mon fils, chez qui j'habite, ainsi que sa femme, travaillent ; les enfants sont à l'école toute la journée* » (Un ancien cadre à la retraite).

Par ailleurs, dans notre enquête, le nombre de personnes ne pouvant compter sur leur famille ou leurs amis en cas de coup dur s'élève à 27,8 % pour les hommes ; ce taux est significativement inférieur pour les femmes (17,5 %) ; il est aussi plus élevé pour les urbains (28,2 %) que pour les ruraux (16,3 %).

III.2 Des aînés à la fois aidants et aidés

D'autre part, le fait que les hommes se sentent moins souvent soutenus que les femmes peut s'expliquer par leur rôle social de pourvoyeur de ressources et de chef de famille alors que les femmes sont celles dont on doit s'occuper. Elles sont prises en charge par leurs enfants en cas de veuvage. Dans certains cas on peut leur demander de s'occuper des petits-enfants dont elles assureront la surveillance quotidienne au domicile. Ce travail domestique peut s'avérer éprouvant pour une personne âgée. La responsabilité qui découle du confiage des enfants est parfois vécue comme une source d'angoisse et de stress. Une personne âgée confirme ces propos quand elle affirme : « Souvent quand nos enfants sont au travail, ils nous laissent avec leurs enfants, nos petits-fils, mais il faut toujours les surveiller parce que souvent ces enfants sont terribles. Quand on mange aussi, soi-disant pour nous éviter d'être seul on nous sert dans un bol qu'on partage avec les enfants qui se chamaillent pour plus de riz ou de viande. Quelquefois, je suis obligée de leur laisser le bol de riz et de ne pas manger » (Veuve âgée vivant chez sa fille).

Il apparaît que, du fait des nouvelles dynamiques sociales et économiques et des problématiques migratoires, la gestion familiale de la vieillesse, dont la solidarité intergénérationnelle reste le socle, connaît des mutations. Les familles sont obligées de « bricoler » pour gérer la prise en charge et le soutien de leurs aînés. Dans certains cas, d'ailleurs, ces aînés peuvent continuer à être eux-mêmes des « aidants », notamment ceux qui ont une pension de retraite et qui assurent

une prise en charge économique et sociale de leurs enfants sans ressources, comme en témoignent les propos de ce membre du bureau de l'ARS (Association des retraités du Sénégal), « Si nous sommes restés à ce stade de pays sous-développé, c'est que les jeunes ne travaillent pas. Vous trouvez dans une famille dix à douze personnes qui vivent à la charge d'une personne âgée qui perçoit une allocation de retraite de soixante-dix mille francs CFA par bimestre. C'est cette même personne âgée qui assure le manger, l'habillement, les frais de scolarité des petits enfants. Cette personne s'occupe de tout ça par sa maigre pension ». Ces situations reflètent celles de retraités qui restent « chef de famille » grâce à la capacité financière que leur pension leur octroie, ou bien encore celles d'émigrés âgés qui continuent à exercer en Europe comme vendeurs à la sauvette pendant l'été, ou qui bénéficient d'une retraite relativement confortable versée depuis les pays du Nord où ils ont travaillé dans le passé. Ainsi, ces personnes continuent à subvenir aux besoins essentiels (logement, nourriture, etc.) de leurs enfants au chômage et incapables de prendre la relève sur le plan économique.

III.3 Segmentation de l'aide apportée aux aînés

En ce qui concerne l'aide apportée aux personnes âgées, celle-ci est partagée au sein de la famille en fonction des possibilités de chacun de ses membres. Chacun prend en charge ce qu'il peut, les dépenses sont ainsi réparties entre tous les membres de la famille et peuvent quelquefois s'étendre aux amis et connaissances. Se pose ainsi

la problématique de l'état de santé des personnes traditionnellement prises en charge par les familles. « Je suis avec mon petit-fils qui m'aide à me déplacer. Mes déplacements me coûtent excessivement cher. Chaque fois que je me déplace je dépense quatre à cinq mille francs [CFA] par jour et je me déplace beaucoup. J'ai mon premier [enfant] qui est en Italie comme modoumodou⁵³. C'est lui qui s'occupe de la dépense quotidienne et de la location et je complète. Il est très courageux, chaque mois il m'envoie 150 000 francs ».

Néanmoins, l'accompagnement des personnes âgées est souvent source de conflits et de négociations entre les différents aidants potentiels. Les « émigrés » par exemple, participent à distance en prenant en charge les dépenses qui traditionnellement incombaient au chef de famille, comme les frais de nourriture et d'hébergement. Le fait de faire l'éloge du fils émigré qui assure la dépense quotidienne et la location peut être blessant pour le (la) préposé(e) aux soins et à l'accompagnement quotidiens de la personne âgée, qui se trouve être le plus souvent le frère ou la sœur de l'émigré, ou un autre membre de sa famille. Ainsi, la capacité des individus à mobiliser des ressources matérielles redéfinit leur place dans le système familial. Selon leur type d'investissement dans la prise en charge de leurs aînés, ils seront en mesure d'accéder à tel ou tel degré de pouvoir décisionnel au sein de la famille, quel que soit leur rang dans la fratrie.

Au-delà de la question de la prise en charge financière, on constate que les aidants familiaux diffèrent selon que le destinataire des soins est une femme âgée ou un homme âgé. La gestion quotidienne de la personne âgée est aussi divisée en fonction des tâches

et du genre de l'aidant. Ainsi, les femmes s'occupent généralement de la toilette de leur conjoint, les filles (les plus âgées) de celles de leur mère, et les hommes adultes peuvent accompagner leurs parents dans les structures sanitaires ou à défaut payer les soins.

Ainsi, dans certains services des centres de gérontologie visités comme le service de kinésithérapie, les accompagnants sont mis à contribution pour faire réaliser des exercices à leur parent. Ainsi le kinésithérapeute installe le malade sur la machine – pour la marche par exemple – et explique à la personne accompagnante les mouvements à faire ; à charge pour cette dernière de l'aider, soit en la soutenant, soit en lui soulevant les jambes et en les lui plaçant l'une après l'autre pendant toute la durée de l'exercice. Les personnes en perte d'autonomie sont déplacées et soulevées par les personnes qui les accompagnent. Ce sont ces accompagnants qui reçoivent aussi les prescriptions des professionnels de santé, qui sont chargés de veiller au suivi de celles-ci. En effet, l'assistance médicale procurée par les aidants familiaux peut se poursuivre à domicile. Ces situations témoignent de la place des familles dans les parcours de soins. Les aidants familiaux se confrontent ainsi aux aidants médicaux et s'y substituent parfois. La régularité de cette confrontation avec le milieu médical leur permet de maîtriser un certain nombre de savoirs et de savoir-faire qui sont incorporés à des représentations profanes sur la gestion de la personne âgée. Ces compétences acquises sur le tas leur donnent une certaine légitimité dans l'accompagnement de la personne âgée et sont importantes dans le positionnement social de la personne aidante au sein de

53 Terme utilisé en wolof pour désigner un vendeur à la sauvette émigré en Occident.

la famille. Ces accompagnants sont soit l'époux/l'épouse ou l'un des enfants, sachant que la prise en charge quotidienne des personnes âgées est répartie collectivement entre les enfants ou bien assumée par le plus disponible des enfants.

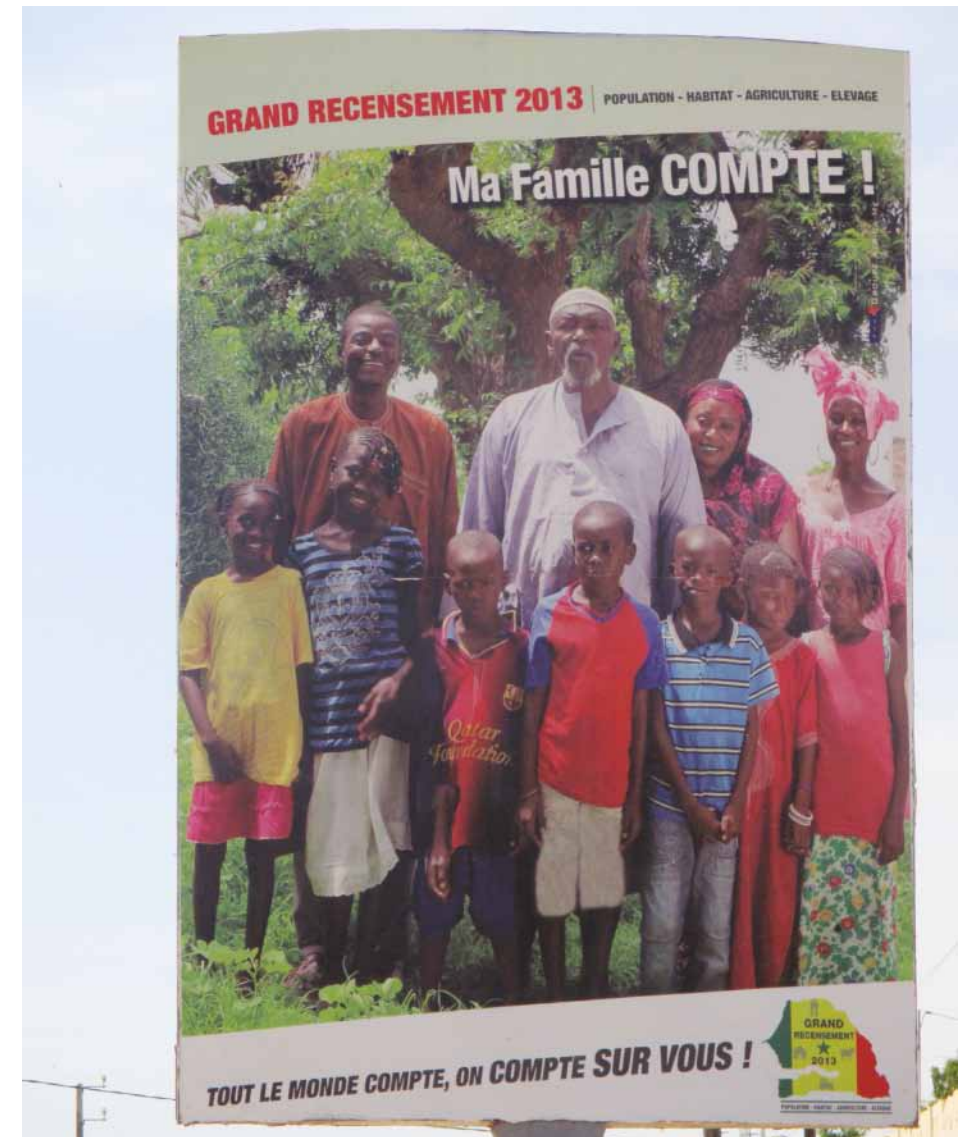
Au même titre que celui qui prend en charge les frais médicaux ou les dépenses de la famille, la maîtrise de ces « compétences » profanes confère aux aidants familiaux un statut privilégié qui leur permet de se soustraire à la participation économique aux soins. Il s'agit souvent d'une stratégie consciente qui permet aux intéressés d'améliorer leur position sociale au sein de la famille, et même au-delà, à l'échelle de l'entourage au sens large (famille élargie, communauté, etc.). Ces aidants familiaux bénéficient ainsi d'une forme de reconnaissance sociale du fait que les autres membres de l'entourage peuvent percevoir cet investissement auprès des parents comme un « sacrifice » réalisé par ces aidants au détriment de leur vie sociale et professionnelle.

III.4 Émigration et reconfiguration de l'aide apportée aux aînés

Cette reconnaissance est accentuée par le fait qu'au Sénégal les taux d'émigration restent assez élevés. Dans certaines situations, l'aide et l'accompagnement des personnes âgées sont externalisés, comme en témoigne cet infirmier : « *Tu verras dans des familles où la maman n'est pas tellement malade, elle n'est pas tellement très âgée, elle doit avoir dans les 60 ans ou 65 ans. Mais ses enfants ne sont pas là, ils sont tous à l'étranger, Italie, Espagne, France. Ils prennent une bonne*

qui s'occupe d'elle. Il y a une affection qui lui manque. Avant elle gérait la maison, elle faisait tout. Maintenant ses enfants ont payé une personne qui s'occupe d'elle. Tu vois que les enfants achètent tous les médicaments, même s'ils coûtent un million, mais ça ne va pas ».

Comme cette dame, et contrairement aux idées reçues, certaines personnes âgées au Sénégal, vivent dans des situations de vulnérabilité et sont souvent seules, elles assistent impuissantes à la modification de leur statut et à la déposssession de leur rôle social (Antoine, 2007). En effet, les migrations participent de plus en plus à la fragilisation du tissu social et à la solitude ou encore à l'isolement des personnes âgées. La proportion de personnes vivant seules est de 1,1 % pour les femmes âgées et de 1,4 % pour les hommes âgés (Antoine et Golaz, 2009). Ces chiffres s'expliquent par le veuvage mais aussi par les différentes formes de migration. De plus, il apparaît que la concentration dans la capitale des actions sanitaires et sociales dédiées aux personnes âgées rend problématique leur prise en charge dans les villes secondaires et en milieu rural très touché par les migrations internes et internationales.



Diourbel, Sénégal, 2013. Muriel Sajoux

IV. La prise en charge institutionnelle du vieillissement

La prise en charge des personnes âgées au Sénégal s'inscrit dans des dynamiques sociales et des mécanismes très différents de ceux des pays développés. Très peu de personnes âgées ont accès à une retraite et la plupart des personnes âgées sont déconnectées des rares structures sanitaires existantes. Les familles interviennent pour pallier les défaillances de l'État.

Rappelons que l'amélioration des conditions sanitaires dans les pays en développement y fait apparaître des phénomènes qui étaient jusqu'à présent plutôt caractéristiques des pays industrialisés. Ainsi, grâce au recul de la mortalité, l'Afrique sub-saharienne sera confrontée dans les années à venir au vieillissement de sa population. Selon le bureau régional de l'OMS pour la zone Afrique, les maladies liées au vieillissement constitueront l'un des problèmes de santé publique les plus importants auxquels les états africains seront confrontés dans un proche avenir. Pourtant malgré la place centrale du personnage du « vieux » dans les sociétés africaines, il existe encore très peu de données empiriques sur la question du vieillissement en Afrique (Attias-Donfut et Rosenmayr, 1994).

Au Sénégal, où l'espérance de vie à la naissance atteint désormais 64,8 ans (66,5 pour les femmes et 63,2 pour les hommes)⁵⁴, le processus de gestion institutionnelle de prise en charge de la vieillesse pourrait sembler bien engagé. En effet, le gouvernement a mis en place le « plan Sésame ». Lancé le 1er septembre 2006, ce plan financé à hauteur de 700 millions de francs CFA sur fonds propres de l'État, a pour objectif de permettre aux personnes âgées de 60 ans et plus d'accéder

gratuitement aux soins médicaux sur toute l'étendue du territoire aussi bien dans le centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam et le centre médico-social de l'IPRES que dans les autres structures sanitaires publiques. L'âge de 60 ans correspond à celui de l'âge légal de départ à la retraite.

Par ailleurs, deux régimes de retraite sont en vigueur au Sénégal : l'IPRES concernant les salariés du secteur privé et le Fonds National des Retraites (FNR) constituant le régime de retraite des fonctionnaires. Mais au total, ces deux systèmes ne couvrent qu'une part limitée de la population âgée de plus de 60 ans et au moins 70 % des personnes âgées bénéficient d'aucune couverture sociale (Coumé et al., 2011). Ce sont des personnes dont l'activité économique était agricole ou relevait du secteur informel. Ces personnes de plus de 60 ans n'ayant pas accès à la retraite, paient leurs soins dans les structures publiques de santé, ce qui peut d'ailleurs sembler en contradiction avec les objectifs du Plan Sésame. Il arrive parfois, quand elles peuvent justifier de leur statut d'indigent, qu'elles bénéficient d'une prise en charge partielle de ces soins. Face à cette situation, les pouvoirs publics ont pris des mesures à caractère réglementaire⁵⁵ et socio-économique.

Concernant les mesures à caractère socio-économique, il s'agit de l'exonération de l'impôt sur les revenus générés par la location de maisons dont les personnes âgées sont propriétaires et dont la valeur locative n'excède pas la somme de 75 000 Fcfa (environ 110 euros) par mois. A cela s'ajouterait la fixation des dates de règlement des factures d'eau et d'électricité des personnes âgées à

partir des dates de paiement des pensions. La facilitation de l'acquisition d'appareils orthopédiques, le versement de subventions accordées aux associations œuvrant pour les personnes âgées et les revalorisations de 5 % des pensions versées par l'IPRES depuis 2002 viennent compléter ces mesures. A cela s'ajoutent la tenue d'un conseil interministériel sur la politique sociale et la problématique du vieillissement (novembre 2001), le recul de l'âge de la retraite de 55 à 60 ans dans la fonction publique⁵⁶ (2002) et la création d'une Association de Corps de Volontaires pour les personnes âgées (2003). Cependant, précisons à ce niveau qu'en ce qui concerne le conseil interministériel, certaines directives n'ont pas encore été exécutées : elles sont restées au stade de déclarations d'intentions. Il s'agit, entre autres, de l'institution de la carte prioritaire SESAME pour faciliter l'accès aux soins, de l'élaboration d'une charte sur les droits et le statut des personnes âgées, de la création d'un fonds de promotion et de protection pour les aînés, et de l'élaboration d'un schéma d'intégration de la gérontogériatrie dans le système médico-social. Concrètement, seules ont été réalisées la création du centre de gérontologie de Ouakam et la mise en place du Plan SESAME (dont l'opérationnalité sur le terrain connaît des difficultés). Quant aux autres projets et programmes de l'État, des perspectives de prise en compte des préoccupations des personnes âgées ont été dégagées dans le Projet de Lutte Contre la Pauvreté élaboré par l'Agence du Fonds de Développement Social. A cela se sont ajoutés les Programmes d'Actions et d'Investissements Prioritaires en matière de Population (PAIP) et le Programme de Développement Intégré de la Santé et du Document de Stratégie de Réduction

de la Pauvreté (DSRP). C'est ainsi que le Ministère de la Famille, du Développement social et de la Solidarité Nationale a élaboré en 2004, un Plan d'Action National pour les Aînés (PAPA- 2005-2009) dans le cadre du troisième PAIP. Ledit document a tenu compte des orientations majeures de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement à Madrid en 2002, dont les principales portaient sur les thèmes du développement, de la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées.

En termes de soins médicaux, nous avons pu constater à travers nos observations que les retraités relevant de l'IPRES disposant d'une lettre de garantie étaient pris en charge au centre de gériatrie et devaient payer 4000Fcfa/jour en cas d'hospitalisation. Par contre ceux relevant du FNR conservent les avantages qu'ils avaient au cours de leur vie active et sont suivis au centre médico-social des fonctionnaires. Ils sont pris en charge médicalement aux 4/5ème par imputation budgétaire, c'est-à-dire que l'État du Sénégal prend en charge les 4/5ème de leurs dépenses en soins médicaux, le retraité de la fonction publique n'en paie que 1/5ème. Cependant, cette forme de prise en charge exclusivement réservée aux retraités de la fonction publique et d'une partie du secteur privé révèle des inégalités de traitement des personnes âgées puisque moins de 30 % d'entre elles sont concernées, et ce d'autant que le Plan Sésame a connu des blocages et des difficultés quelques années seulement après sa mise en œuvre. En effet, les structures de santé peinent à trouver leur équilibre budgétaire. La gratuité de la prise en charge reste problématique dans un contexte sanitaire marqué par la politique de recouvrement des coûts. Ainsi, malgré

⁵⁴ ANSD, 2014, p. 207.

⁵⁵ Les mesures réglementaires concernent notamment la reconnaissance officielle de certaines associations parmi lesquelles l'Association Nationale des Retraités du Sénégal (ANRS) et la Fédération des Associations de Retraités des Personnes Agées du Sénégal (FARPAS) créée en 1984 et, membre depuis 2004 de la Fédération Internationale des Personnes Agées (FIAPA). De même, une journée nationale des personnes âgées a été mise en place pendant la deuxième quinzaine du mois de novembre (décret 87/712 du 4 Juin 1987). Un arrêté (n°13272/MDS/DBEF du 24 septembre 1987) fixant la composition et le fonctionnement du comité national sur le vieillissement a été réactualisé, de même que les arrêtés (n°0299/MFASSN/DAS du 10 Janvier 1999 et n°8192/MFPT/CT du 16 août 2000) portant sur la création du comité national de pilotage chargé de l'organisation des activités liées à la célébration de l'Année Internationale des Personnes Agées (AIPA) et sur la composition et le mode de fonctionnement de la commission paritaire État - Retraités.

⁵⁶ Le recul de l'âge légal de départ à la retraite permet aux individus concernés de poursuivre plus longtemps leur activité, différant ainsi le moment où, en raison du « passage à la retraite », ils voient leurs capacités financières s'amenuiser fortement du fait du mode de calcul des pensions.

Conclusion

les intentions généreuses du Plan Sésame, les personnes âgées se voient ainsi refuser l'accès aux soins et aux médicaments. Souvent ceux-ci ne sont pas disponibles dans les pharmacies des structures publiques. Les personnes âgées ou leurs familles sont obligées de recourir aux officines privées et continuent donc de payer leurs soins. Ainsi, malgré les efforts consentis au niveau national, les personnes âgées, dans l'immense majorité des cas, continuent de rencontrer des difficultés d'accès aux services sociaux et médico-sanitaires, comme en témoignent les propos de cet infirmier qui dit : « Pour moi, actuellement au Sénégal ou plus particulièrement à Dakar les moyens mis à leur disposition c'est mille fois rien. Ici à la gériatrie

de Ouakam, nous faisons 40 % de social. Je ne peux pas passer de garde sans régler des cas. Des fois ils vous disent qu'ils n'ont pas d'argent. Je suis obligé de déboursier, d'aller négocier ou de me débrouiller. Je ne peux pas les laisser mourir ». Il apparaît à travers ces propos que l'aide gouvernementale aux personnes âgées reste très en deçà des besoins. Les prestataires de service dans les structures de santé se trouvent confrontés à des personnes âgées démunies qu'ils doivent traiter. De plus, en l'absence de professionnels pour accompagner les personnes âgées dans leurs parcours de soins, les familles sont obligées de s'impliquer comme en témoignent nos données d'observations.



Mosquée de Diourbel, Sénégal, 2013. Muriel Sajoux

Depuis quelques années le vieillissement dans les pays en transition démographique intéresse les chercheurs en sciences sociales, notamment les démographes et les socio-anthropologues, en raison des dynamiques sociales qui y sont associées. Au Sénégal les recherches sont encore à l'état embryonnaire. Mais la croissance démographique, les avancées obtenues sur le plan sanitaire et l'amélioration du mieux-être des populations, tout particulièrement en milieu urbain, ont permis une augmentation sensible du nombre de personnes d'âge avancé. L'accroissement du nombre de personnes âgées a suscité des réflexions scientifiques sur l'ampleur et les modalités de la prise en charge par la collectivité de cette partie de la population. Vieillir est perçu diversement selon le milieu de résidence, le statut social de la personne âgée, ses capacités financières, ses possibilités de mobiliser ou pas un réseau pour la soutenir en cas de besoin. Cela mène à une imbrication entre différentes formes de solidarité. Cependant la famille, considérée comme le premier soutien de la personne âgée, subit des bouleversements intenses à cause du chômage et du sous-emploi des jeunes générations censées assurer la relève après la « retraite » des aînés. Ce qui fait que l'aide apportée à la personne âgée est segmentée entre les différents membres de la fratrie ou plus généralement au sein de la famille élargie. Ce partitionnement de l'aide crée des tensions latentes ou manifestes au sein des familles. Nous constatons également que les aînés continuent d'assurer dans plusieurs familles une partie du fonctionnement du ménage avec des pensions de retraites modiques ou un travail rémunéré qu'ils continuent d'exercer. Sur le plan institutionnel, les politiques mises en œuvre par les pouvoirs publics restent

timides et sans réelle planification pour le long terme. Des institutions proposant une réelle prise en charge telles que les « maisons de retraite » ou les lieux d'accueil des personnes âgées tardent à se mettre à place. De ce point de vue, la prise en charge du vieillissement demeure donc un défi au Sénégal. Les familles restent encore le socle des solidarités inter et intra-générationnelles alors qu'elles connaissent des transformations et des mutations rendant la prise en charge des aînés de plus en plus aléatoire et problématique. Ces réflexions s'inscrivent dans un contexte où le nombre de personnes âgées va croître très rapidement. Les projections de l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD, 2014) indiquent en effet que le Sénégal devrait compter près de 725 000 personnes de plus de 65 ans en 2025, ce qui, comparativement à la situation prévalant en 2013, représente une augmentation de plus de 50 % en 12 ans seulement.

ANSD (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie)

- 2014, Rapport définitif du Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE-2013), Dakar, ANSD, 417p.

Antoine P. (éd.)

- 2007, Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle, Paris, CEPED, 255p.

Antoine P., Golaz V.

- 2009, « Vieillir en Afrique », idées, n°157, p.34-37.

Antoine P., Golaz V.

- 2010, « Vieillir au Sud : une grande variété de situations », Autrepart, (53), p.3-15.

Attias-Donfut C., Rosenmayr L. (dir.)

- 1994, Vieillir en Afrique, Paris, PUF, 353p.

Coumé M., Touré K., Ka M. M., Diop Moreira T.

- 2011, « Prise en charge institutionnelle du vieillissement au Sénégal », in W. Molmy, M. Sajoux, L. Nowik (coord.), Vieillissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées... État des lieux et perspectives. Actes du colloque international de Meknès, Paris, coll. Les Numériques du CEPED, p.868-871.

Golaz V., Rutaremwa G.

- 2011, « The vulnerability of older adults: what do census data say? An application to Uganda », African Population Studies, 25(2), p.605-622.

Macia E., Chapuis-Lucciani N.

- 2008, « La vieillesse et ses masques », Corps 2/2008 (n° 5), p.101-106.

Mallon I.

- 2011, « L'accompagnement du vieillissement en milieu rural au-delà de la solidarité intergénérationnelle », Informations sociales 2, n°164, p.100-108.

Marie A. (éd)

- 1997, L'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine, Paris, Karthala, 438p.

Seck, A.

- 2009, Vieillir au féminin. L'expérience de femmes sénégalaises âgées de 60 ans et plus vivant dans la communauté, Thèse de Doctorat, Université Laval, Québec, 220p.

Van der Geest, K.

- 2005, "Local perceptions of migration and livelihood in Northwest Ghana: The home community's perspective". Communication présentée à la CERES SummerSchool, La Hague, 27-30 juin.

Introduction

Le Maroc se situe aujourd'hui à l'aube d'une nouvelle ère, celle du vieillissement de sa population. Alors qu'en 1982, les plus de 60 ans représentaient 6,3 % de sa population (1,29 millions de personnes), ils en constituaient 9,4 % en 2014⁵⁷ soit 3,2 millions de personnes. Le vieillissement démographique est ainsi en marche et sera très marqué dans les toutes prochaines décennies : les plus de 60 ans devraient représenter 23,2 % de la population marocaine en 2050⁵⁸ et compter alors plus de 10 millions de personnes. Ainsi, en 35 ans, le Maroc devrait connaître un triplement de sa population âgée. Les transformations concernant le haut de la pyramide des âges seront encore plus prononcées et la population âgée elle-même vieillira de plus en plus : alors que les plus de 75 ans ne représentent aujourd'hui que 2,5 % de la population totale⁵⁹, soit 0,84 million de personnes, leur part relative devrait s'élever à 7 % en 2050 et leur nombre devrait avoir bien plus que triplé atteignant alors 3 millions⁶⁰. Sur le plan socio-économique, la population âgée marocaine est hétérogène mais les difficultés socio-économiques et parfois aussi l'exclusion sociale concernent un nombre important d'aînés. Dans le même temps, les déficits sociaux du pays sont nombreux et la jeunesse de sa population est encore très prononcée : les moins de 15 ans représentent 28,2 % de la population et les moins de 25 ans en représentent 46,2 %. De plus, parmi les jeunes actifs, beaucoup sont en situation de chômage ou de sous-emploi. Ainsi par exemple, début 2017, le taux de chômage s'élevait à 10,7 % pour

l'ensemble de la population mais était près de deux fois et demie plus élevé chez les 15-24 ans (25,5 %) et de moitié plus élevé chez les 25-34 ans (16,6 %)⁶¹. En milieu urbain, les chiffres du chômage sont encore plus élevés et la situation des jeunes d'autant plus préoccupante : alors que le taux de chômage était de 15,7 % pour l'ensemble de la population au premier trimestre 2017, celui des 15-24 ans était de 41,5 %) et celui des 25-34 ans de 23,2 %⁶². Dans ce contexte, les priorités des politiques sociales sont donc multiples et permettre à chacun(e) de vieillir dignement est un objectif s'inscrivant parmi d'autres. Toutefois, plusieurs indicateurs témoignent de l'intérêt croissant des pouvoirs publics marocains à l'égard de la question du vieillissement.

Un contexte économique et social marqué par de fortes inégalités

Au cours des dernières décennies, le Maroc a indéniablement réalisé de nombreuses avancées en matière de développement économique et social. Cela se reflète dans l'évolution de l'Indice de Développement Humain (IDH⁶³) ; ce dernier est passé de 0,399 en 1980 à 0,628 en 2014. Cette même année le Maroc se situe au 126^{ème} rang en matière d'IDH (sur un total de 188 pays classés) gagnant ainsi 5 places par rapport au classement de l'année 2009 (PNUD, 2016, p. 186). Toutefois, « [...] en dépit des avancées réalisées et des efforts déployés pour résorber les déficits sociaux, des faiblesses persistent encore et interpellent les pouvoirs publics à redoubler d'efforts et à optimiser leur action,

notamment en matière d'organisation, de modes de gouvernance et d'approches à adopter pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des actions dans la diversité des domaines du champ social. Ainsi, le défi pour le Maroc est, non seulement, de multiplier les opportunités de création de richesse et d'emplois mais aussi d'en garantir le bénéfice aux plus larges couches de la population, à toutes les régions, à toutes les générations et à tous les sexes » (DEPF, 2016, p. 1). La poursuite des efforts concernant la réduction des inégalités est d'une importance majeure, notamment en matière de développement humain. En effet, l'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI⁶⁴), qui peut être interprété comme le niveau du développement humain compte tenu des inégalités, s'établit pour sa part à 0,441 en 2014. Cela signifie qu'en raison des inégalités l'IDH du Maroc perd 29,7 % de sa valeur (PNUD, 2016, p. 187). S'agissant de la population âgée, on peut considérer qu'une large part des inégalités présentes entre les aînés reflète les déficits sociaux auxquels de nombreuses personnes, aujourd'hui âgées, ont dû faire face durant une grande partie, si ce n'est la totalité, de leur vie. Permettre aux futures personnes âgées, aujourd'hui adultes ou jeunes, de se construire un parcours de vie garantissant un accès correct à la formation, l'emploi et la santé, leur permettra d'aborder, dans plusieurs années ou décennies, leur période de vieillesse avec une résilience renforcée. Il n'en reste pas moins nécessaire de s'interroger sur la manière dont les politiques sociales participent aujourd'hui à la prise en charge des aînés vulnérables socialement et économiquement.

Depuis plus d'une décennie, le Maroc est

entré dans une « période marquée par la construction politique d'une « question sociale » (Catusse, 2009, p. 59 et suiv.). Ceci s'est traduit par la mise en place de nombreuses réformes menées par des institutions différentes ; le « social » ne peut plus être considéré comme une question résiduelle jusque-là insuffisamment considérée comparativement à l'importance accordée aux performances économiques. Il devient ainsi une préoccupation politique majeure et « [...] alors que le Maroc n'a jamais été un État social au sens moderne de l'État providence et que l'on prône tous azimuts le recours au privé et à l'initiative privée, les politiques sociales sont devenues ces dernières années une « affaire d'État » dans les deux sens du terme, le lieu privilégié d'arrangements politiques, de transformation de l'action publique... et de conflits majeurs » (Catusse, 2011, p. 66).

C'est dans ce contexte de profonds changements que nous nous interrogeons sur la place accordée, dans les politiques sociales, à la lutte contre la vulnérabilité des aînés.

Vieillesse et vulnérabilité : un défi important renforcé par les évolutions démographiques à venir

La vulnérabilité des personnes âgées au Maroc peut apparaître globalement assez forte selon les éléments publiés par l'ONG HelpAge International qui, à notre connaissance, est la seule ONG à s'investir explicitement et exclusivement dans la défense des droits des personnes âgées. Elle élabore depuis 2013 l'indice Global AgeWatch destiné à fournir une vue d'ensemble des mesures prises par les pays pour favoriser le bien-être de

57 Site du Haut-Commissariat au Plan, Indicateurs du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2014. www.hcp.ma.

58 http://www.hcp.ma/Structure-en-par-grands-groupes-d-ages-de-la-population-totale-urbaine-et-rurale-1960-2050_a680.html

59 www.hcp.ma. Indicateurs RGPH 2014.

60 D'après http://www.hcp.ma/Projections-de-la-population-totale-par-groupe-d-age-et-sexe-en-milliers-et-au-milieu-de-l-annee-1960-2050_a676.html

61 http://www.hcp.ma/Taux-de-chomage-au-niveau-national-selon-les-tranches-d-age_a262.html

62 http://www.hcp.ma/Taux-de-chomage-au-milieu-urbain-selon-les-tranches-d-age_a257.html

63 Développé par le PNUD, l'IDH permet de mesurer de manière globale les progrès réalisés dans trois dimensions essentielles de la vie humaine : santé et longévité, instruction et niveau de vie décent. Sa valeur est comprise entre 0 et 1. Pour une présentation détaillée du calcul de l'IDH, Cf. PNUD (2010), Note technique 1, 240-241.

64 L'IDHI a pour objectif de corriger l'IDH en tenant compte des inégalités existant dans ses dimensions en « réduisant » la valeur moyenne de chaque dimension en fonction du niveau d'inégalité qu'elle présente. Pour une présentation détaillée du calcul de l'IDHI, Cf. PNUD (2010), Note technique 2, 242-244.

I. Dispositifs de protection sociale et situation des aînés au Maroc : entre déficits et réformes

I.1 La vieillesse : un risque social⁶⁵ partiellement et inégalement couvert

La couverture du risque vieillesse⁶⁶ au Maroc peut être qualifiée de partielle pour deux raisons : d'une part, elle ne couvre qu'une faible part de la population âgée ; d'autre part, les montants des pensions sont dans bien des cas modestes et de ce fait ne permettent pas aux retraités de faire face aux différentes charges qui leur incombent.

Un système de retraites jusqu'à récemment centré sur les salariés du secteur formel

Pour le moment, il n'existe pas au Maroc de système de « pension sociale » non contributif du type « minimum vieillesse ». Seules perçoivent une pension de retraite, fondée sur un système contributif, les personnes ayant suffisamment cotisé durant leur vie active à un des régimes existants ou à plusieurs dans le cas de périodes d'affiliation successives à des régimes différents. Trois régimes obligatoires coexistent : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) dont relève le personnel des entreprises privées et les salariés agricoles dûment déclarés, la Caisse Marocaine des Retraites (CMR) couvrant la population des salariés des administrations publiques et enfin le Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR) assurant la protection du personnel contractuel des administrations publiques ainsi que celle du personnel de certains établissements publics⁶⁷. La Caisse

Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR) assure quant à elle la couverture du personnel du secteur privé sur une base volontaire et complémentaire. Une nouveauté importante a été récemment introduite : en novembre 2017, le projet de loi sur le régime de retraite des travailleurs indépendants a été adopté par la Chambre des représentants. Le texte a été publié au Bulletin Officiel du 21 décembre 2017. Près de 6 millions de personnes devraient être concernées. « Il s'agit de « personnes physiques, exerçant une profession libérale ou une activité commerciale, des exploitants agricoles, des travailleurs non-salariés, du secteur du transport, des auto-entrepreneurs... ». La mise en œuvre devra démarrer progressivement, en commençant par les métiers organisés, notamment les professions libérales, ainsi que d'autres catégories comme les chauffeurs professionnels ».⁶⁸ De par sa configuration actuelle, le système de retraite ne couvre donc que partiellement la population âgée. Les résultats de l'Enquête Nationale sur les Personnes Âgées (ENPA 2006) indiquent que seuls 16,1 % des plus de 60 ans perçoivent une pension de retraite (HCP, 2008). En outre, d'importantes disparités peuvent être observées : si 30,4 % des hommes de cette tranche d'âges sont pensionnés seulement 3 % des femmes le sont. En ne considérant que les personnes de 60 ans et plus déclarant avoir déjà travaillé, ces pourcentages s'établissent respectivement à 32 % et 10 %. La singularité du monde rural est également très marquée : 26,9 % des aînés urbains perçoivent une pension contre

leur population âgée (HelpAge International, 2013). La construction de cet indice intègre 13 indicateurs différents relevant de quatre domaines clés pour lesquels des données comparables au niveau international sont disponibles : sécurité des revenus, état de santé, éducation et emploi, environnement favorable. En 2015, sur 96 pays classés, le Maroc figure au 84^{ème} rang. Précisons qu'en raison du manque de données comparables, seuls 11 pays d'Afrique figurent en 2015 dans ce classement et qu'aucun pays d'Afrique du Nord autre que le Maroc n'y est intégré (HelpAge International, 2015). Par rapport aux autres pays africains classés, le Maroc figure en 4^{ème} position derrière l'île Maurice (42^{ème} rang), l'Afrique du Sud (78^{ème} rang) et le Ghana (81^{ème} rang). En observant les résultats par domaine, le Maroc est classé au 65^{ème} rang en ce qui concerne la sécurité des revenus, au 72^{ème} pour l'état de santé, au 88^{ème} pour l'éducation et l'emploi et au 89^{ème} pour la perception que les aînés ont de leur environnement (relations sociales, sentiment de sécurité physique, liberté civique, satisfaction en matière d'accès aux transports publics). Même si, comme tout indice, l'indice Global Age Watch peut faire l'objet de critiques quant à sa construction, le classement du Maroc ne peut qu'attirer l'attention sur la situation des aînés dans ce pays.

Étudier les sources de vulnérabilité des aînés et leurs origines, tout en questionnant les moyens d'y remédier, s'avère d'autant plus incontournable pour le devenir de la société marocaine qu'en raison du processus de vieillissement en cours, c'est à une véritable métamorphose démographique qu'elle doit se préparer. Les politiques sociales devraient ainsi s'adapter au plus vite pour être à même d'anticiper et d'accompagner

convenablement les profonds et rapides changements qui se dessinent.

En nous appuyant sur des données issues d'enquêtes et études réalisées au niveau national, de rapports institutionnels, mais aussi sur des éléments issus de nos propres investigations de terrain, nous analysons différents axes de politiques sociales destinées aux personnes âgées et identifions un certain nombre d'enjeux. Pour ce faire, nous examinons tout d'abord les traits principaux des dispositifs de protection sociale existants et en cours de développement. Puis nous questionnons différents dispositifs et initiatives mis en œuvre pour soutenir les plus vulnérables des aînés, que ce soit par l'accueil en institution ou le recours à des actions relevant de la gestion de l'urgence sociale.

65 Le terme «risque social» désigne ici une situation susceptible de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille, en provoquant une baisse de ses ressources et/ou une hausse de ses dépenses : vieillesse, maladie, invalidité, etc. La protection sociale peut alors être définie comme l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective destinés à aider les individus à faire face aux conséquences financières des risques sociaux.

66 La vieillesse est considérée comme un risque social au sens où l'arrêt de l'activité professionnelle lié à l'avancée en âge se traduit, en l'absence de système de retraite, par la perte du revenu d'activité perçu jusque-là et donc par une dégradation substantielle du niveau de vie.

67 Depuis 2002, le RCAR a progressivement intégré les Caisses internes de retraite (CIR) de différents établissements publics tels que l'ONCF (Office National des Chemins de Fer), la Régie des Tabacs, l'ODEP (Office d'Exploitation des Ports), etc. En 2014, il a finalisé l'intégration des CIR de l'ensemble des Régies de distribution d'eau et d'électricité.

68 Article du 15 novembre 2017 du quotidien L'Economiste intitulé « Retraite des travailleurs indépendants : le défi de la mise en œuvre ».

4,1 % des aînés ruraux. Parmi les personnes âgées déclarant avoir déjà travaillé, seulement 6,5 % des ruraux perçoivent une retraite à l'issue de leur vie active contre 46,2 % des citadins.

Selon le rapport mondial sur la protection sociale 2014/2015 (ILO, 2014, p. 274), les pensionnés représentent 39,8 % de l'ensemble des personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite (soit 60 ans⁶⁹). L'écart important entre ce chiffre et celui issu des résultats de l'ENPA est probablement en partie explicable par la prise en considération dans le rapport du BIT des pensions versées au conjoint survivant (pensions de réversion) que les enquêtés n'ont peut-être pas forcément mentionné lors de l'ENPA.

Des pensions de montants variables

La seule opposition entre pensionnés et non pensionnés ne saurait rendre compte à elle seule des inégalités au sein de la population âgée. En effet, parmi les retraités, beaucoup sont en proie à des difficultés économiques importantes du fait du trop faible niveau de leur pension. Le système de retraite marocain étant fondé sur un principe contributif, le montant de la pension perçue dépend de la durée et du niveau des cotisations (fonction des salaires) versées durant la période de vie active.

Par ailleurs, les règles de calcul des pensions diffèrent d'un régime à l'autre : « chaque régime a été institué à un moment donné, pour une population déterminée, dans des circonstances particulières et avec un cadre juridique distinct. Les régimes de retraite en vigueur sont régis par des règles et des paramètres de fonctionnement non harmonisés » (Cour des comptes, 2013,

p. l). De ce fait, derrière le montant moyen de pension servie se profilent d'importantes variations. Selon Dupuis et al. (2011, p. 355), « Au Maroc, la pension moyenne versée en 2005 s'élevait à 2357 dirhams⁷⁰, soit 128 % du salaire minimum et 54 % du salaire moyen. En pourcentage du salaire moyen et minimum, les données sont comparables à celles de l'Algérie. Les différences entre salariés du privé et du public sont extrêmement marquées, les retraites des titulaires de la fonction publique étant en moyenne près de trois fois plus élevées que celles du privé ». Selon ces mêmes auteurs, en 2005, le montant de la pension moyenne était de l'ordre de 1400 dirhams (DH) pour la CNSS, d'un peu moins de 3000 DH pour le RCAR et de 4000 DH pour la CMR.

L'attention portée aux pensionnés les plus fragiles économiquement s'est traduite en 2011 par le relèvement à 1000 DH du montant de la pension minimale versée par la CNSS et la CMR contre 600 DH auparavant. La pension minimale servie par le RCAR a par la suite également été alignée sur ce montant de 1000 DH. Suite à la promulgation, en août 2016, de lois modifiant certains régimes, il est établi qu'à compter du 1er janvier 2018, le montant minimum de pension de retraite ne pourra être inférieur à 1500 DH par mois pour les fonctionnaires (relevant de la CMR) et agents affiliés au RCAR dès lors qu'ils auront validé au moins 10 ans de services. L'application de cette hausse s'échelonnait sur trois ans.

En ce qui concerne la pension de vieillesse⁷¹ moyenne versée par la CNSS en 2015, son montant s'élevait à 1817 DH pour les femmes et 1902 DH pour les hommes. Quant à la pension de survivant⁷², son

montant moyen était de 827 DH pour les femmes et de 878 DH pour les hommes. Du fait de l'amélioration des salaires déclarés et de l'allongement de la durée de carrière, la pension moyenne mensuelle des nouveaux retraités est plus élevée que celle de l'ensemble des retraités : elle s'élève à 2055 DH pour les hommes et 2047 DH pour les femmes (CNSS, 2016, p. 24).

En dépit du relèvement progressif du niveau minimal de pension de retraite servie par la CMR et le RCAR, et malgré l'élévation des pensions moyennes servies par l'ensemble des régimes, nombre de retraités sont en difficulté sur le plan financier. A titre indicatif, le loyer mensuel d'un modeste appartement de 2 pièces avec cuisine et salle de bain dans un quartier populaire d'une ville comme Meknès varie de 1000 à 1500 DH⁷³. Par ailleurs, la somme de 1000 DH correspond à environ 40 % du SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti⁷⁴).

I.2 La santé : un risque social accru chez les aînés et couvert de manière différenciée

Évolutions dans la couverture du risque santé

Les réformes introduites en matière de couverture du risque santé s'appuient sur les deux volets de la protection sociale avec, d'une part, le renforcement et l'extension de la couverture assurantielle légale et, d'autre part, l'intensification et l'amélioration des dispositifs relevant de la logique assistancielle. Ainsi, le principe de l'universalité de la

couverture médicale de base a été érigé en un droit constitutionnel depuis l'adoption de la nouvelle constitution de 2011. Cette dernière « consacre dans son article 31 le droit de tous les citoyens marocains à la couverture médicale. L'atteinte de cet objectif s'inscrit dans la progressivité conformément au préambule et aux dispositions de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base » (ANAM, 2016, p. 2). Dans le cadre de cette loi, promulguée en 2002, il a été institué un système de couverture médicale de base comprenant l'assurance maladie obligatoire de base (AMO) et le régime d'assistance médicale (RAMED).

En ce qui concerne le volet assurantiel de la couverture du risque santé, l'AMO est entrée en vigueur en 2005 pour les salariés et les titulaires de pensions, ainsi que pour leurs ayants droit (conjoint, enfant(s) à charge) ne disposant pas à titre personnel d'une couverture de même nature. L'impulsion donnée ces dernières années transparait à travers l'augmentation du nombre de personnes immatriculées à l'AMO qui est passé de 6,3 millions en 2009 (3,7 millions relevant du secteur public, 2,6 millions du secteur privé) à 8,7 millions en 2015 (5,7 millions relevant du secteur privé et 3 millions du secteur public) (ANAM, 2016, p. 8). La population immatriculée à l'AMO de base des salariés représentait 16 % de la population marocaine en 2006, 20 % en 2009 et 26 % en 2015. Cette proportion devrait continuer à augmenter dans les années à venir suite à l'entrée en vigueur en janvier 2016 du régime de l'AMO des étudiants et à l'adoption par la commission des secteurs sociaux à la chambre des représentants, en août 2016, du projet de loi relatif à l'AMO des travailleurs

69 Suite à la réforme du système de retraite adoptée en 2016, l'âge légal de départ à la retraite sera porté progressivement de 60 à 63 ans pour les fonctionnaires et personnels affiliés au régime des pensions civiles.

70 Cette somme équivaut à environ 214,50 euros en se basant sur le taux de change en vigueur en juin 2005.

71 Pension de retraite de droit direct versée en contrepartie de l'activité professionnelle antérieure et donc des cotisations versées (et de la durée d'activité) qui y sont liées.

72 Liée au droit à une pension de retraite transféré au conjoint survivant lors du décès du bénéficiaire. Il s'agit alors de pension de droit dérivé, souvent appelé pension de réversion.

73 1000 DH équivaut à 93,53 euros selon le taux de change en vigueur en février 2017.

74 Le salaire horaire minimum brut est 13,46 DH depuis le 1er juillet 2015, la durée légale de travail hebdomadaire étant de 44 heures pour les activités non agricoles, le SMIG mensuel s'élève à 2568,84 DH.

indépendants et des non-salariés exerçant une profession libérale. . Témoignant de la poursuite de l'objectif de généralisation de l'AMO, un projet de loi adopté en juillet 2016 vise à faire bénéficier de l'AMO les ascendants des salariés et retraités assurés. Il s'agit là d'un projet d'une importance majeure dans la recherche de l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées et de leurs familles. C'est en effet sur ces dernières que repose la prise en charge des frais médicaux des parents âgés ne disposant pas de couverture médicale, situation jusqu'ici fort courante (Sajoux et Amar, 2015).

Le RAMED est quant à lui un dispositif fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des personnes démunies non assujetties au régime de l'assurance maladie obligatoire. A la suite d'une expérience pilote lancée en 2008 dans la région Tadla-Azilal, sa généralisation a débuté en mars 2012. Fin novembre 2016, plus de 10 millions de personnes étaient immatriculées au RAMED dépassant ainsi la population cible estimée à 8,5 millions de personnes selon une étude réalisée en 2006 (ANAM, 2017). Deux catégories de bénéficiaires du RAMED sont distinguées. D'une part, les personnes éligibles et reconnues en situation de pauvreté ont droit, sans avoir de contribution à verser, aux prestations médicalement requises disponibles dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'État. D'autre part, les personnes éligibles reconnues en situation de vulnérabilité doivent acquitter une contribution annuelle s'élevant à 120 DH par personne et par an dans la limite d'un plafond de 600 DH par ménage. Fin 2016, les personnes en situation de pauvreté représentaient 88 %

des bénéficiaires du RAMED dépassant ainsi largement les prévisions initiales réalisées en 2006 selon lesquelles cette proportion devait être de 45 % (ANAM, 2017).

Si d'indéniables avancées ont été réalisées en matière de couverture du risque santé et si d'importants projets d'extension de cette couverture sont à l'œuvre, il n'en reste pas moins qu'une part importante de la population marocaine ne dispose en la matière d'aucune couverture relevant du système public. Dans ce contexte et alors même que les besoins en matière de santé augmentent avec l'âge⁷⁵, l'étude de la situation des aînés en termes de couverture face à ce risque révèle différents enjeux.

Population âgée et couverture du risque santé

En matière d'assurance maladie, le déficit de couverture de la population âgée est concomitant de fortes disparités liées au genre et au milieu de résidence. Ainsi, en 2006, seulement 13,3 % des personnes interrogées lors de l'ENPA ont déclaré avoir une telle couverture avec une très forte différence entre milieux de résidence, cette proportion s'élevant à 22,4 % en milieu urbain et à 3,2 % seulement en milieu rural. L'ENRNV⁷⁶ 2006-2007 fournit des résultats comparables : le pourcentage de personnes de 60 ans et plus disposant d'une couverture médico-sanitaire s'élève à 12,6 % pour l'ensemble du pays, à 21,5 % pour le milieu urbain et à 3,1 % pour le milieu rural. Mais, du fait qu'une partie des soins et médicaments n'est pas remboursée, disposer d'une telle couverture ne met pas nécessairement les aînés (comme le reste de la population d'ailleurs) à l'abri de difficultés

pour faire face au paiement des soins ou examens nécessaires ce qui peut s'avérer particulièrement problématique étant donné que l'avancée en âge expose à un risque de plus en plus grand de cumul de pathologies. Que ce soit en raison de l'absence de couverture assurantielle du risque santé (et faute d'éligibilité au dispositif assistancier) ou en raison du montant des dépenses restant à la charge des assurés ou des difficultés à faire face à l'avance des frais médicaux, des situations de renoncement aux soins peuvent survenir entraînant une détérioration de l'état de santé des individus concernés.

En 2015, les plus de 60 ans représentaient 11,2 % de la population immatriculée à l'AMO (ANAM, 2016, p. 21) soit un peu moins de 980000 personnes. Ainsi, 30 % des personnes âgées de plus de 60 ans seraient couvertes par le système assurantiel en matière de risque santé.

Parmi les bénéficiaires du RAMED, 12 % avaient plus de 60 ans fin 2013 (ANAM, 2014, p. 14) soit plus de 723000 personnes âgées. Cela revient à dire que 23,5 % de l'ensemble de la population âgée marocaine remplissait les conditions pour être couvertes par ce système d'assistance en 2013 alors même que la montée en charge du nombre de bénéficiaires du RAMED n'était pas terminée⁷⁷. Ces éléments confirment la vulnérabilité de la population âgée face au risque santé. A titre de comparaison, les 30-40 ans représentaient quant à eux 13 % des bénéficiaires du RAMED soit un ensemble de près de 783800 personnes soit 15,5 % de la population totale de cette tranche d'âge dans le pays. Autrement dit, la part des 30-40 ans couverte par le RAMED en 2013 était de 8 points inférieure à celle des 60 ans et plus. Mais l'éligibilité au RAMED ne garantit pas pour autant un accès effectif aux soins.

Dans son rapport annuel de 2016 le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) indique : « [...] des efforts importants restent à accomplir pour améliorer la qualité des soins offerts aux bénéficiaires du régime et d'accès aux infrastructures de soins » (CESE, 2016, p. 42). La problématique de la soutenabilité financière de ce régime est par ailleurs mentionnée dans ce rapport considérant que cette dernière « interpelle plus largement sur la nécessité d'adopter une approche globale et intégrée en matière de protection sociale notamment en termes de seuils limites des prélèvements obligatoires et d'équilibre financiers des différents régimes de couverture médicale et sociale » (CESE, 2016, p. 42). Par ailleurs, les personnels de santé font face à de fortes difficultés du fait que l'avènement du RAMED n'a pas été accompagné de la dotation des hôpitaux en ressources humaines, équipements et budgets supplémentaires nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires. Des malades devant subir des opérations chirurgicales se trouvent de ce fait obligés d'attendre durant des délais parfois très longs. Compte tenu des différentes difficultés existantes, l'accès aux soins reste parfois difficile pour les plus fragiles. On peut supposer que les répercussions de cette situation touchent d'autant plus fortement les personnes âgées que celles-ci connaissent plus fréquemment des situations de polypathologie.

Même si d'importants déficits persistent en matière de protection sociale et même si l'accès aux soins reste encore difficile dans bien des cas, force est de constater que l'orientation, même progressive et non encore aboutie, vers l'universalisation de la couverture du risque santé est de nature à faciliter l'accès aux soins pour nombre de personnes âgées. Toutefois un autre défi est à relever, celui de

⁷⁵ En ce qui concerne la prévalence des maladies chroniques par exemple, les résultats de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF) de 2011 indiquent que si 18,2 % de la population marocaine (tous âges confondus) est atteinte d'une maladie chronique, cette prévalence augmente nettement avec l'âge : 40,4 % au sein des 50-59 ans et 57,5 % parmi les personnes de 60 ans et plus. Pour la population masculine de cette tranche d'âge, elle s'élève à 49,3 % et atteint 65,3 % au sein de la population féminine.

⁷⁶ Enquête Nationale sur les Revenus et les Niveaux de Vie des Ménages.

⁷⁷ Le taux de couverture du RAMED (c'est-à-dire le pourcentage de la population cible couverte) était estimé à 74,6 % à la fin 2013 (ANAM, 2014, p. 7).

II. L'accueil en institution, exclusivement destiné aux aînés en situation de grande précarité

l'extension de l'offre de soins adaptée aux besoins du « grand âge ». Dans son Axe 3 portant sur « Santé des populations à besoins spécifiques », la stratégie sectorielle 2012-2016 du Ministère de la Santé mentionnait différentes actions parmi lesquelles le « Renforcement des actions de prévention et de prise en charge des personnes âgées » qui devrait notamment passer par le développement de la gériatrie comme spécialité au niveau des facultés de médecine du pays (Ministère de la Santé, 2013, p. 55). Dans son rapport sur les personnes âgées au Maroc, le CESE met notamment en exergue la nécessité de « développer d'urgence la gérontologie et la gériatrie », d' « améliorer l'accès des personnes âgées, notamment en milieu rural, aux services de santé », d' « améliorer leur prise en charge médicale et paramédicale » de façon à faire progresser leur bien-être et leur état de santé (CESE, 2015, 23-24). Dans le cadre d'une stratégie nationale, sont également envisagés : « la création d'unités de gériatrie à Kenitra et à

Fès (en cours de réalisation) », un « projet de création d'une unité de santé psychique et mentale dédiée aux personnes âgées au sein du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de psychiatrie de Salé dans la perspective de la généralisation de ces unités au niveau des autres CHU et Centres Hospitaliers Régionaux », « l'enseignement des soins de base en gériatrie à l'Institut Supérieur des métiers de l'infirmier et des techniques sanitaires de Rabat » et « l'organisation de sessions de formation au niveau des régions sur la prévention et le traitement des maladies liées à la vieillesse au profit des médecins et des infirmiers » (Ministère de la Solidarité, 2015, p. 22-23).

A côté des dispositifs de protection sociale, le soutien aux personnes âgées, et plus précisément aux plus démunies d'entre elles, s'exprime à travers l'accueil en institution qui s'inscrit, depuis quelques années maintenant, dans un nouveau cadre réglementaire appelé à évoluer.



Centre pour personnes âgées de Meknès – Pavillon des hommes, Maroc, 2017. Mohammed Amar

Au Maroc, l'assistance aux personnes âgées démunies, comme à toute personne en situation de détresse et de dénuement, s'appuie sur un ancrage ancien. La prise en charge, dans les Centres pour Personnes Agées (CPA, appelés couramment en arabe Dar Al Moussinine⁷⁸), des personnes âgées en situation de grande exclusion connaît, depuis quelques années maintenant, des transformations sous l'influence d'évolutions liées aux contextes juridique et institutionnel mais aussi à la manière dont est abordée la question de l'action sociale et du développement social au Maroc⁷⁹.

II.1 Des « maisons de bienfaisance » aux « établissements de protection sociale »

Au Maroc, l'assistance apportée aux personnes en situation d'abandon ou de précarité sociale (orphelins, femmes veuves ou divorcées, personnes âgées démunies et sans famille,...) relevait jusqu'à il y a peu des maisons de bienfaisance. La première d'entre elles avait été ouverte à Tanger il y a plus d'un siècle. Plusieurs décennies plus tard, c'est à l'Entraide Nationale que les pouvoirs publics ont confié la responsabilité du contrôle des maisons de bienfaisance. L'Entraide Nationale a été créée en 1957 sous forme d'établissement privé à caractère social et constitue le premier pilier de l'action sociale au Maroc. En 1972, elle a été érigée en établissement public. Elle est actuellement placée sous la tutelle du

Ministère du Développement social, de la Famille et de la Solidarité.

Initialement, il n'existait pas de normes concernant la construction, la prise en charge des personnes accueillies et l'encadrement de ces structures ; en l'absence de cadre réglementaire, des malversations et abus de tous genres se sont parfois produits de l'aveu même du secteur associatif qui a reconnu la nécessité « d'instaurer une gestion transparente de ces institutions »⁸⁰. Jusqu'au milieu des années 2000, ces établissements fonctionnaient sous le régime de la bienfaisance et n'étaient régis par aucun cadre juridique. Le tournant qui a eu lieu en 2005 est notamment à mettre en relation avec la visite du Roi Mohammed VI dans les locaux de l'Association Musulmane de Bienfaisance d'Aïn Chok à Casablanca en avril 2005. L'état de délabrement de certaines installations et la précarité des conditions de vie des jeunes pensionnaires ont été relevés par le souverain. Suite à cette visite, dont la presse a largement fait écho⁸¹ et qui est restée dans les mémoires, des instructions ont été données pour réglementer ce secteur.

Fin 2006 a été promulguée la loi 14-05 relative aux conditions d'ouverture et de gestion des « établissements de protection sociale » (EPS). Dans son article premier, cette loi stipule que ses dispositions s'appliquent aux établissements dont l'objet est de prendre en charge toute personne, homme ou femme, se trouvant dans une situation de difficulté, de précarité ou d'indigence. Sont notamment concernés les enfants abandonnés⁸², les femmes en situation d'abandon familial ou d'exclusion, les personnes âgées sans

78 Ce qui signifie littéralement « la maison des personnes âgées ».

79 À titre d'exemple, l'Agence de Développement Social (ADS) a été créée en 1999. Il s'agit d'un établissement public dédié à la réduction de la pauvreté et à la promotion du développement social. Ses actions s'inscrivent en complémentarité avec les autres instruments étatiques contribuant à réduire le « déficit social ».

80 « L'action associative au Maroc : éléments de diagnostic ». Actes des tables rondes organisées par l'Espace Associatif, Rabat- Casablanca, 1999, p.86. L'Espace Associatif est une association fondée en 1996 visant à contribuer au renforcement et à la promotion du mouvement associatif pour le développement démocratique.

81 Cf. notamment l'article du 4 avril 2005 issu d'Aujourd'hui Le Maroc intitulé « Bienfaisance : Le coup de colère royal » ou bien l'article de l'édition N° 1994 du 6 avril 2005 de l'Economiste intitulé « Scandale de l'orphelinat de Aïn Chock. Trois personnes avaient pris le pouvoir ».

82 Au sens de l'article premier de la loi n° 15.01 relative à la prise en charge (kafala) des enfants abandonnés et publiée dans le Bulletin Officiel n°5036 du 5 septembre 2002.

soutien et les personnes handicapées. S'agissant des personnes âgées, cette prise en charge institutionnelle consiste donc en un ultime filet de sécurité reposant sur la solidarité nationale et qui n'a vocation à intervenir qu'en cas de défaillance absolue des solidarités familiales. Aucune contrepartie financière n'est demandée aux bénéficiaires. Dans l'article premier de la loi 14-05, il est précisé que l'on entend par prise en charge « l'accueil, l'hébergement, l'alimentation, les soins paramédicaux et le suivi socio-éducatif, dans le respect de l'intégrité physique des personnes prises en charge, de leur dignité, de leur âge, de leur sexe et de leur capacité physique, mentale et psychologique. Cette prise en charge peut, en fonction du type d'établissement de protection sociale, être permanente ou provisoire, totale ou partielle ». Les EPS peuvent comporter un ou plusieurs types de centres destinés à accueillir (en les hébergeant) des publics spécifiques : Centre pour Personnes Agées (Dar Al Moussinine), Maison d'Enfants et Maison des Filles (Dar Al Atfal et Dar Al Fatate, établissements assurant respectivement la prise en charge des garçons ou des filles en situation sociale et familiale difficile), Maison de l'Étudiant et Maison de l'Étudiante (Dar Talib et Dar Taliba, internats destinés à soutenir la scolarisation de garçons et de filles poursuivant leurs études secondaires ou supérieures). En 2013, on comptait 1186 EPS accueillant au total 136213 bénéficiaires tous publics confondus (Entraide Nationale, 2014, p. 62 et 68). Les articles 6 et 7 de cette loi indiquent quant à eux que la création de ces établissements est soumise au respect d'un cahier des charges type précisant les exigences à satisfaire en

matière de normes techniques de construction, d'équipements, de conditions d'hygiène et de sécurité, de qualifications du personnel, de gestion administrative et financière, ... Les établissements existants ont obligation de demander des agréments et par conséquent de faire progressivement converger leur mode de gestion et de fonctionnement vers les exigences de la loi 14-05. Mais sept ans après son entrée en vigueur, de nombreux établissements de protection sociale⁸³ n'étaient toujours pas en conformité avec ses exigences. En 2011, sur les 46 établissements accueillant des personnes âgées, 22 s'étaient conformés à ses dispositions ; pour 8 d'entre eux, la procédure d'agrément était en cours et pour les 16 restants, le dossier de demande d'autorisation n'avait pas encore été déposé. En novembre 2013, 27 EPS accueillant des personnes âgées étaient conformes aux exigences de cette loi. Début 2015, 42 des 53 établissements proposant un accueil permanent étaient agréés et 4 en cours d'agrément. Parmi les 6 centres d'accueil de jour, 3 étaient agréés. Pour le respect des dispositions de cette loi, notamment en ce qui concerne les normes de construction, les pouvoirs publics s'appuient essentiellement sur les possibilités de financement qu'offrent l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH)⁸⁴ et la Fondation Mohammed V pour la Solidarité⁸⁵. Beaucoup d'efforts ayant été fournis quant aux projets d'infrastructures et d'équipements, de nouveaux enjeux sont apparus. Un responsable de l'Entraide Nationale a ainsi déclaré à un quotidien national que « après avoir consacré beaucoup d'efforts à la construction, l'enjeu actuel est

celui de la bonne gouvernance »⁸⁶. Un autre enjeu important à souligner concerne la formation des ressources humaines œuvrant auprès des personnes âgées. Présenté en janvier 2014, un rapport du ministère de la Solidarité, de la famille et du développement social a mis en exergue des dysfonctionnements concernant de nombreux EPS. Parmi les points relevés figurent la question de « l'encombrement » (avec un nombre de bénéficiaires accueillis supérieur aux capacités théoriques d'accueil) mais aussi celles de l'insuffisance d'encadrement et des manques de formation et de qualification du personnel⁸⁷. Ce rapport relève également, principalement pour les centres construits avant 2007, année d'entrée en vigueur de la loi 14-05, que dans certains EPS l'hygiène et la qualité de l'alimentation font encore défaut⁸⁸. Les recommandations contenues dans ce rapport ministériel ont permis d'identifier les grandes orientations d'une réforme en cours. Parmi celles-ci figurent un projet de loi complétant et modifiant la loi 14.05 et un projet de loi sur l'exercice du travail social. Concernant le premier point, le projet de loi vise notamment à contribuer à l'amélioration du panier de prestations offertes et à souligner l'importance de la mise en place de cahiers des charges par domaine, par type d'établissement et par groupe de bénéficiaires. Quant au second point, au regard des conclusions du rapport concernant la situation des employés en matière d'encadrement et de qualifications, ainsi que l'insuffisance des ressources humaines spécialisées et les disparités observées au niveau de leur couverture sociale et salariale, un projet de loi a été élaboré afin d'organiser l'exercice des métiers du travail social au sein des EPS⁸⁹.

II.2 Conditions d'accueil des personnes âgées en institution. Traits généraux.

Sont ici mises en relief quelques caractéristiques clés des centres pour personnes âgées (CPA) et des évolutions en cours.

Population accueillie en CPA, une hétérogénéité de publics appelée à s'estomper

En théorie, les personnes accueillies en CPA, appelées les bénéficiaires, doivent avoir plus de 60 ans et être dans une situation où aucun appui social ou familial ne peut leur être apporté. Ces critères-là sont respectés sauf pour certains bénéficiaires atteints de handicap mental sévère, qui ont été accueillis en institution de bienfaisance bien avant d'avoir 60 ans. La mise en conformité avec les exigences de la loi 14-05 devrait conduire à une moins grande hétérogénéité du public accueilli. Mais même en ne considérant que la population âgée de plus de 60 ans, non porteuse de handicap mental sévère, des profils différents existent notamment en matière de degré de perte d'autonomie. Cet élément est essentiel à prendre en considération dans le cadre de la réflexion sur un accompagnement professionnel adapté à l'état de santé des différents bénéficiaires.

Un hébergement en dortoirs devant désormais respecter des normes

L'hébergement est organisé en dortoirs spécifiquement dédiés aux hommes ou aux femmes. Le nombre de personnes dormant dans un même dortoir était jusqu'à il y a peu très variable suivant les CPA. Il en était de

83 Indépendamment du type de public accueilli.

84 L'INDH, lancée lors du discours royal du 18 mai 2005, vise la réduction de la pauvreté, de la précarité et de l'exclusion sociale. À partir d'un ciblage territorialisé, elle a pour objectif de lutter contre les déficits sociaux prévalant dans les quartiers urbains pauvres et les communes rurales les plus démunies. Elle vise également à soutenir les personnes en grande vulnérabilité ou à besoins spécifiques. Pour la phase I (2006-2010), un budget de 10 milliards de DH a été affecté au financement des projets INDH ; pour la phase II (2011-2015), le financement alloué était 17 milliards de DH (Coordination de l'INDH, 2013, p. 5).

85 La Fondation Mohammed V pour la Solidarité, créée en 1999 et reconnue d'utilité publique, contribue avec les autres acteurs sociaux à la lutte contre la pauvreté selon la devise : « Unis pour aider les démunis ».

86 Cf. l'article intitulé « La bienfaisance et l'histoire de la transformation des « boutiques de la charité » en institutions d'éducation et d'insertion » (titre traduit de l'arabe), journal Al Massae du 11/01/2012, p.6 (www.almassae.press.ma).

87 « Centres de protection sociale : Un rapport accablant », L'économiste, Édition N° 4196 du 22 janvier 2014.

88 « Protection sociale : Le naufrage des centres », L'économiste, Édition N° 4232 du 13 mars 2014.

89 <http://www.social.gov.ma/fr/etablissement-d%E2%80%99accueils-des-personnes-en-situation-difficiles/chantier-de-r%C3%A9forme-0>, consulté le 12 décembre 2016.

même pour l'agencement des dortoirs ainsi que pour la proximité et la qualité des blocs sanitaires.

La mise en conformité avec la loi 14-05 devrait amener à une convergence des conditions matérielles d'hébergement. La fiche technique relative aux établissements accueillant des personnes âgées prévoyait entre autre que le dortoir devait être réparti en « box » (de 6,30 m² chacun) pouvant héberger deux bénéficiaires au maximum, que sa superficie minimale doit être de 96 m² et que le nombre de bénéficiaires dans chaque dortoir ne doit pas excéder 32 personnes. Un plan type de dortoir pour 32 bénéficiaires, constitué de deux ailes accueillant chacune 16 personnes, a été pendant un temps disponible sur le site internet de l'Entraide Nationale dans une rubrique dédiée à la présentation de la loi 14-05. Dans la fiche technique accompagnant ce plan type, il était également mentionné, avec des repères relativement précis, que « le dortoir doit être suffisamment aéré et éclairé ». D'après le plan type, un couloir de circulation devait être prévu au sein du dortoir, couloir autour duquel se trouve, de part et d'autres, 4 box. Des caractéristiques précises relatives aux blocs sanitaires, qui doivent être attenants au dortoir selon le plan type, sont également mentionnées. L'ensemble de ces éléments a vocation à assurer aux bénéficiaires un environnement sain, collectif certes, mais qui préserve en même temps de relatifs espaces d'intimité. L'article 4 du cahier des charges type insistait sur le fait que chaque bénéficiaire devait pouvoir accéder dans des conditions correctes aux éléments et à l'espace qui lui sont nécessaires pour dormir, prendre ses repas et avoir la possibilité d'avoir des « temps de loisirs ».

Le niveau de « confort » correspondant au respect de ces différentes dispositions pourrait

être considéré comme relativement sommaire ; mais il ne faut pas oublier que ces dernières ont pour vocation d'éviter que l'accueil des bénéficiaires ne se fasse dans des conditions insatisfaisantes, voire dégradantes comme cela a pu parfois arriver dans certains cas⁹⁰. Des évolutions sont par ailleurs en cours en matière de normes relatives aux conditions d'hébergement. Ainsi, dans le cahier des charges relatif aux CPA publié en 2016⁹¹ (page 14), il est précisé qu'il est « préférable d'avoir, si possible, des chambres à deux lits » et de « réserver des chambres individuelles pour des cas d'urgence ou spécifiques (maladies contagieuses ou troubles psychiatriques) ».

Manque de personnel qualifié et enjeux liés à l'accès aux soins

Le personnel des CPA est la plupart du temps en nombre insuffisant ; il est d'ailleurs relativement fréquent que les personnes âgées en bonne santé prêtent assistance à celles qui sont malades. Mais au-delà de la question du nombre, c'est la question de la qualification du personnel qui doit être considérée. La plupart du temps, les personnes qui interviennent directement auprès des personnes âgées n'ont reçu aucune formation.

Au niveau de l'encadrement médical, la plupart du temps une infirmière, et beaucoup plus rarement un médecin, est en poste au sein des CPA. Mais le personnel médical n'a pas nécessairement reçu de formation spécifique pour l'intervention auprès des personnes âgées et/ou des personnes âgées dépendantes. Bien souvent, l'intervention de médecins bénévoles vient compléter le dispositif de soins. Des initiatives locales peuvent également venir étoffer l'offre de soins proposés sur place. Ainsi par exemple, un cabinet dentaire a été implanté au sein de l'EPS de Meknès, son équipement consistant en un

don du Lions Club de Meknès. Une convention de partenariat a été signée entre ce dernier, l'Association Musulmane de Bienfaisance de Meknès – gestionnaire de l'EPS- et le Ministère de la santé. Une telle initiative illustre l'imbrication fréquemment rencontrée dans le champ social entre secteur associatif, secteur public et actions de bienfaisance. Par ailleurs, si les personnes âgées prises en charge dans les CPA sont admises de droit au RAMED, la mise en œuvre concrète de cette disposition repose sur des procédures administratives parfois compliquées.

La très fréquente absence, au sein des CPA, de personnel spécialisé et notamment de médecins, aides-soignants, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes, assistantes sociales⁹² et animateurs socioculturels⁹³, est certainement un des aspects sur lesquels devront désormais porter les efforts en matière d'investissement dans l'action sociale autour de la vieillesse. De manière générale, la prise en charge médicale ou médico-sociale spécifiquement orientée en direction des personnes âgées, et a fortiori des personnes âgées dépendantes, est encore bien peu développée au Maroc.

Déficits d'activités adaptées au public accueilli

En ce qui concerne les activités proposées aux personnes âgées accueillies dans les CPA, force est de constater qu'à part la télévision, il y a généralement très peu d'animation et de loisirs dans ces centres. Il y a néanmoins des actions ponctuelles organisées par des personnes extérieures, bénévoles (étudiants, membres d'associations,...) ou « bienfaiteurs » selon le

terme couramment utilisé. Plus rarement, des sorties à l'extérieur de l'établissement peuvent être organisées. Certains moments importants de l'année, notamment les principales fêtes religieuses, font généralement l'objet d'une attention particulière de la part du personnel et des bienfaiteurs. Hormis quelques rares exceptions, la place accordée à l'animation et la connaissance de ce qu'elle peut potentiellement apporter aux bénéficiaires des CPA sont pour l'heure insuffisantes⁹⁴. Ce point est crucial car il en va de la possibilité d'éviter des situations de « non-traitance »⁹⁵ dans lesquelles seuls les besoins primaires (être nourri, hébergé, soigné) sont pris en compte alors que les autres besoins de la personne (se divertir, se cultiver, développer l'estime de soi,...) seraient largement délaissés. Bien entendu la recherche de la satisfaction des premiers dans des conditions correctes peut être légitimement perçue comme une priorité ; mais dans un contexte de réforme, prendre en compte l'intérêt qu'il y a à considérer les seconds semble important notamment en raison des impacts positifs sur la santé que la satisfaction de ces besoins peut générer.

Entre enjeux communs et diversité de situations

De manière générale, parmi les difficultés auxquelles sont confrontés les CPA⁹⁶, on peut noter les aspects suivants : absence de personnel spécialisé et insuffisance des effectifs actuels, difficulté de prise en charge des personnes très dépendantes (présentant par exemple une situation d'aliénation mentale, une quasi absence d'autonomie, une maladie neurodégénérative,...), insuffisance

90 Voir par exemple Rhissassi Fouzia, 2004, « La vieillesse des femmes pauvres : cas de la maison de bienfaisance de Kenitra » in Femmes et État de Droit, Dar Al Calam, 71-90.

91 Accessible sur <http://www.social.gov.ma/fr/personnes-ages> (document en arabe), consulté le 15 mars 2017.

92 Il ressort de nos investigations de terrain que le terme « assistante sociale » peut revêtir plusieurs sens et désigner soit une personne titulaire d'un diplôme de niveau universitaire chargée de l'accompagnement social de personnes en difficultés économiques, sociales ou psychologiques soit une personne chargée des soins du corps directement prodigués aux personnes en perte d'autonomie.

93 Ceci s'inscrit dans un contexte global où, pour l'heure, le nombre de travailleurs sociaux qualifiés est très insuffisant et où l'approche professionnelle de l'animation socioculturelle est en construction.

94 Précisions que ceci s'inscrit dans un contexte global où l'animation sociale et socioculturelle est encore insuffisamment reconnue et développée.

95 Selon le sens donné par le Groupement des animateurs en gérontologie dans Livre blanc. L'animation avec les personnes âgées. Pour en finir avec la « non-traitance », réédition mai 2014. http://www.non-traitance.com/livre_blanc-edition-05-2014.pdf, consulté le 15 décembre 2016.

96 Voir notamment Smar A., 2011.

des programmes d'animation au sein des CPA. Mais les situations, notamment en matière de dotation en personnel, constitué le plus souvent de salariés de l'association gestionnaire du centre et de fonctionnaires de l'Entraide nationale mis à leur disposition, sont très variables d'un centre à l'autre. Début 2015, le personnel de l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées était constitué à 83 % de salariés de l'association gestionnaire et à 5 % de salariés de l'Entraide Nationale. Dans certains CPA, des salariés de collectivités locales ou d'autres partenaires peuvent également être présents (représentant 12 % de l'ensemble du personnel). Mais au-delà de ces chiffres globaux⁹⁷ se profilent des situations contrastées et l'hybridation entre acteur public et acteurs de la société civile se décline de manière très variable. Le nombre de personnes âgées accueillies varie également fortement selon les centres. En novembre 2013, en ne considérant que les établissements s'étant conformés aux exigences de la loi 14-05, ce nombre allait de 12 dans les CPA des provinces de Midelt (dans la région de Meknès Tafilalet) et Guercif (région de Taza Al Hoceima Taounate) à 116 dans le CPA de la province Tanger Assilah (dans la région Tanger-Tétouan)⁹⁸. Début 2015⁹⁹, en considérant l'ensemble des établissements, qu'ils soient agréés ou non, ce nombre allait de 6 dans le CPA de la province de Taroudant (dans la région Souss-Massa-Draâ) à 193 dans le CPA de la province de Marrakech et à 246 dans le CPA de la préfecture d'Oujda-Angad (région de l'Oriental)¹⁰⁰. Certains centres, parmi les plus récents, paraissent particulièrement bien dotés en

personnel. Il en est ainsi pour le centre d'accueil des personnes âgées Bouknadel, d'une capacité de 33 places, situé dans la province de Salé. Ce centre, dont Aide Fédération assure la gestion, a accueilli son premier bénéficiaire en juillet 2013. Selon le rapport publié en juillet 2014 par cette Organisation Non Gouvernementale¹⁰¹, le nombre de bénéficiaires accueillis n'avait pas dépassé 20 personnes depuis son ouverture. De ce fait, avec 14 salariés (dont un médecin), le taux d'encadrement de cet établissement apparaissait alors comme exceptionnellement élevé. En 2016, 31 bénéficiaires étaient accueillis, dont 20 hommes et 11 femmes. En outre, dans le rapport de 2014, l'importance de l'apport de l'animation dans la qualité de vie des bénéficiaires est mise en relief de même que dans le rapport d'activité 2016.

II.3 Évolution du nombre de personnes âgées accueillies en institution

Le nombre total de personnes âgées accueillies de manière permanente en institution¹⁰² avoisinait 3 500 personnes au plus en 2014¹⁰³. Il existe des incertitudes quant aux effectifs enregistrés, car les manières de comptabiliser les bénéficiaires peuvent varier. Certains CPA consistent en effet en des bâtiments intégrés dans d'autres types de centres accueillant par exemple, dans des bâtiments différents, des personnes handicapées ou des enfants en grandes difficultés sociales et familiales. Dans ce type

de configuration, l'effectif des bénéficiaires âgés n'est pas toujours distingué de l'effectif total des personnes accueillies. Par ailleurs, depuis quelques années, quelques établissements, encore rares (on en comptait 6 début 2015), proposent des accueils de jour pour personnes âgées et ces établissements sont parfois intégrés dans le nombre total

de CPA. Le nombre de personnes âgées accueillies semble toutefois avoir notablement augmenté depuis 1990. A cette date, un peu plus de 1300 personnes étaient hébergées en CPA ; près de 25 ans plus tard, ce chiffre a plus que doublé atteignant un peu plus de 3 000 (Tableau 1).

Tableau 1 : Évolution du nombre de structures accueillant des personnes âgées et du nombre de personnes accueillies, période 1990-2014

Années	Nombre d'établissements	Effectifs des bénéficiaires*
1990	30	1340
1995	30	1361
2000	30	1997
2005	32	2250
2009	44	3222
2011	46	3629
2013a	51	3940
2013b	27	2635
2014a	59	5203**

Source : Entraide Nationale.

* la majorité des bénéficiaires ici mentionnés sont des personnes âgées mais les données ne permettent pas toujours de distinguer les bénéficiaires âgés d'autres types de bénéficiaires lorsque les CPA consistent en des bâtiments intégrés dans d'autres types de centres.

** dont 3033 en accueil permanent et 2170 en accueil de jour.

^a Les chiffres mentionnés concernent l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées, qu'ils se soient conformés ou pas aux exigences de la loi 14-05. Six de ces établissements assurent un accueil de jour sans hébergement.

^b Les chiffres mentionnés ne concernent que les établissements s'étant conformés aux exigences de la loi 14-05 et assurant l'hébergement des bénéficiaires tout en ayant le statut d'EPS. Sept d'entre eux comportent des CPA mais aussi d'autres types d'unités.

Les données disponibles indiquent qu'il y a plus d'hommes (57 %) que de femmes (43 %) hébergés en CPA. Cette répartition diffère de celle que l'on peut observer dans l'ensemble de la population âgée, les femmes représentant 51 % des plus de 60 ans selon le recensement de 2014. Ce constat tend à montrer que les hommes âgés connaissent un risque de précarité extrême plus élevé que

les femmes âgées et sont donc davantage susceptibles de ne pouvoir s'appuyer que sur cet ultime filet de sécurité qu'est l'accueil permanent en institution. Ceci est à relier au fait que culturellement, il est plus facilement accepté de porter assistance à une femme, voire de l'héberger au sein de son foyer, même s'il s'agit d'une parente éloignée voire d'une personne étrangère à la famille, que s'il

⁹⁷ Calculs des auteurs à partir de données de l'Entraide Nationale.

⁹⁸ Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement social, 2013, Répertoire des établissements de protection sociale, novembre, Rabat, 168 p. (document en arabe).

⁹⁹ Selon les données de l'Entraide Nationale.

¹⁰⁰ Cf. carte en annexe.

¹⁰¹ <http://aide-federation.org/rapport/presentation.pdf>, consulté le 10 novembre 2016.

¹⁰² Ne sont pris en compte que les établissements référencés par l'Entraide Nationale.

¹⁰³ Estimation effectuée par les auteurs à partir des données du tableau 1 et en tenant compte du fait que certaines personnes âgées peuvent être hébergées dans des centres destinés majoritairement à d'autres types de publics.

III. Progression vers une approche intégrée et préventive de la question du vieillissement ?

s'agit d'un homme. Les solidarités privées, qu'elles soient familiales ou non, seraient ainsi plus opérantes en direction des femmes en situation de détresse qu'en direction des hommes dans ce même type de situation. Une étude menée au sein du CPA de Meknès (Amar, 2011) a par ailleurs mis en évidence le fait que 40 % des hommes, et 10 % des femmes, accueillis en CPA ne s'étaient jamais mariés. En outre, la proportion de personnes divorcées ou séparées était également relativement élevée (près de 37 % pour les hommes, 30 % pour les femmes). Ces proportions contrastent fortement avec la situation de la population âgée totale. Le mariage était en effet quasi universel dans ces générations (moins de 1 % de célibataires parmi les 60 ans et plus) et le statut de divorcé ne concerne que 1 % de l'ensemble des hommes et moins de 4 % des femmes de cet âge (Sajoux et al., 2015). L'impossibilité, ou le refus, de se marier, possiblement en raison de conditions matérielles ne permettant pas d'envisager de fonder un foyer, de même que les situations de rupture conjugale, semblent ainsi avoir émaillé le parcours de vie d'une large part des bénéficiaires de ce CPA. On peut émettre l'hypothèse que tout au long de leur vie, la précarité sociale et matérielle et une situation matrimoniale atypique (au regard des réalités constatées au niveau national) se sont en quelque sorte mutuellement entretenues de sorte que les conditions précaires dans lesquelles ces personnes ont abordé le « grand âge » reflètent pour nombre d'entre elles ce type de trajectoires. L'augmentation du nombre de personnes âgées accueillies en institution n'est pas attribuable aux seules évolutions démographiques¹⁰⁴. Le fort développement

qu'a connu le secteur associatif à partir de la décennie 1990 ainsi que les nouvelles composantes de la politique sociale au Maroc (dont l'INDH) ont certainement permis de prendre en considération un nombre de plus en plus important de personnes âgées en grande précarité.

Viellir en institution au Maroc consiste donc en une double exception. Au sens statistique du terme tout d'abord dans la mesure où le nombre de bénéficiaires ne représente qu'une très petite part (moins de 0,1 %) des 3,2 millions de personnes âgées de 60 ans et plus que compte le pays. Mais il s'agit aussi, et même surtout, d'une exception au sens culturel du terme : «habituellement», lorsque les personnes âgées se retrouvent en difficulté (problèmes de santé, perte d'autonomie, difficultés financières), les solidarités familiales interviennent pour soutenir ou prendre en charge l'aîné(e). La vieillesse en institution est donc une vieillesse atypique, exclusivement destinée aux personnes âgées démunies et sans soutien familial. Dans une étude de cas, M. Amar (2011) a mis en évidence le fait que pour la très grande majorité des bénéficiaires interrogés, se retrouver en institution est presque toujours vécu comme un échec, un abandon, un signe de déchéance sociale, même lorsque les conditions matérielles de vie y sont nettement meilleures que celles qu'ils avaient avant leur entrée en CPA.

Depuis quelques années, la question du soutien spécifique à apporter aux personnes âgées, et aux personnes âgées démunies en particulier, intègre de plus en plus le champ des politiques publiques.

Ainsi, l'accompagnement institutionnel des centres de prise en charge des personnes âgées constituait, dans son plan stratégique 2008–2012, l'un des axes d'intervention du Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité (organe gouvernemental chargé de la promotion des droits des personnes âgées) qui avait alors notamment pour objectif l'élaboration d'une stratégie nationale en faveur des personnes âgées. Suite aux résultats des élections législatives du 25 novembre 2011, un nouveau gouvernement a été constitué. La volonté d'apporter un soutien aux acteurs travaillant pour les personnes âgées est apparue au sein du volet politique sociale de la déclaration gouvernementale présentée en janvier 2012¹⁰⁵. Dans cette déclaration, il était entre autre prévu d'apporter un soutien aux familles qui prennent en charge des personnes handicapées ou âgées. Le gouvernement envisageait par ailleurs un soutien pour les personnes âgées démunies : « Le gouvernement œuvrera pour apporter appui aux personnes âgées, ne disposant pas de ressources suffisantes, par la mise à niveau des établissements sociaux d'accueil des personnes âgées ainsi que de leurs ressources humaines et veillera à inciter les associations locales à organiser des activités récréatives et de divertissement à leur profit, tout comme il veillera à renforcer les capacités des associations s'occupant des personnes âgées ». Il est à noter que dans

cette déclaration la question de la qualification des ressources humaines était explicitement abordée.

Outre le soutien accordé pour la mise à niveau des EPS accueillant des personnes âgées, d'autres initiatives récentes sont à considérer. C'est le cas de la campagne de sensibilisation à la situation des personnes âgées initiée par le ministère de la Solidarité, de la femme, de la famille et du développement social et menée pour la première fois du 1er au 10 octobre 2013 puis réitérée sur la même période¹⁰⁶ en 2014. Le slogan associé à ces campagnes était « Les personnes âgées, un trésor dans chaque foyer ». Elles visaient notamment à sensibiliser à l'importance de la promotion des droits des personnes âgées et promouvoir la diffusion de la culture de la solidarité entre les générations.

Une autre initiative, émanant du même ministère a consisté en la campagne « Hiver 2014 » d'assistance aux personnes âgées sans-abri menée du 13 janvier au 20 mars 2014 avec pour slogan «L'assistance aux personnes âgées sans-abri... Notre responsabilité à tous ». Son objectif était de venir en aide pendant l'hiver aux personnes âgées sans-abri et sans soutien familial en mettant à leur disposition des espaces d'accueil et d'hébergement provisoires. Les affiches relatives à cette campagne invitaient les citoyens à appeler des numéros d'urgence pour signaler les situations de personnes âgées vivant dans la rue. Cette première campagne a permis de porter assistance à plus de 1160 personnes, dont une majorité d'hommes, 76 %, et 24 % de femmes. Parmi ces personnes, un peu plus de 600 ont été admises dans des institutions d'assistance

¹⁰⁴ Selon le recensement de 1994, le pays comptait alors 1,84 millions de personnes âgées de 60 ans et plus. En 2014, date du dernier recensement, il en comptait 3,2 millions. La population âgée a ainsi été multipliée par 1,7 entre 20 ans.

¹⁰⁵ Royaume du Maroc. Le Chef du gouvernement, « Déclaration gouvernementale », janvier 2012, p.110-111. http://www.cg.gov.ma/fr/DOCs/programme_gouv_FR.pdf, consulté le 21 novembre 2016.

¹⁰⁶ Le 1er octobre ayant été proclamé Journée internationale des personnes âgées par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 45/106 du 14 décembre 1990.

sociale, plus de 220 ont bénéficié d'une assistance là où elles se trouvaient¹⁰⁷, et 73 ont été admises dans des centres hospitaliers. Une cinquantaine de personnes (dont deux tiers d'hommes) ont rejoint le noyau familial et quelques autres ont été pris en charge par des tiers. Parmi les difficultés auxquelles cette première campagne s'est heurtée figurent le manque de personnel et d'infrastructures mais aussi la difficulté de localiser toutes les situations d'aînés en détresse du fait de leur éparpillement géographique. Cette initiative a été reconduite en 2015 ; les affiches y faisant référence indiquaient : « Appel pour la protection des personnes âgées sans-abri : hiver 2015. Votre devoir est de nous informer. Le nôtre est de faire le nécessaire ».

Outre ces initiatives, un observatoire national des personnes âgées est en projet¹⁰⁸. Sa mission sera de collecter régulièrement des données sur les conditions sociodémographiques et socio-économiques des personnes âgées tout en se situant dans une optique prospective.

L'ensemble de ces éléments tend à montrer l'importance croissante accordée par les responsables politiques à la question de la place des personnes âgées dans la société marocaine ainsi qu'à la prise en compte de leurs besoins spécifiques lorsqu'elles se trouvent en difficulté. Néanmoins, on peut s'interroger sur le caractère parfois fragmenté des initiatives menées ainsi que sur les discours relatifs à la responsabilisation des familles vis-à-vis des aînés-e-s. Car force est de constater que face à la complexification des contraintes auxquelles doivent faire face les familles (notamment en raison des difficultés d'insertion des jeunes sur le marché du travail) et face à l'ampleur du vieillissement à venir, les

solidarités familiales ne pourront suffire à elles seules à assurer une prise en charge correcte des aînés le nécessitant (Sajoux et Amar, 2015 ; Sajoux et Lecestre-Rollier, 2015). Il devient incontournable d'interroger les moyens qui seraient à même de consolider les solidarités intergénérationnelles en instaurant des dispositifs de soutien relevant des politiques publiques. La création d'accueils de jour pour les personnes âgées en difficulté, et tout particulièrement pour les aînés souffrant de maladies lourdement handicapantes (telle que la maladie d'Alzheimer) s'inscrit dans ce cadre. De tels lieux d'accueil commencent à voir le jour mais sont encore extrêmement rares au regard de l'immensité des besoins actuels et à venir.

De manière plus globale, recourir à une approche intégrée de la question de la vieillesse permettrait aux politiques publiques de se saisir simultanément des différentes dimensions inhérentes aux conditions de vie des aînés. Celles-ci se réfèrent à la fois aux revenus (ce qui intègre la question des réformes des régimes de retraite existants), à la santé, au logement, aux soins et à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, au soutien aux aidants, à la lutte contre l'exclusion sociale liée à l'âge et à la valorisation du rôle des aînés dans la société. Pour toutes ces dimensions, une réflexion d'ensemble gagnerait à être menée quant aux rôles respectifs des pouvoirs publics, des familles et des acteurs de la société civile susceptibles d'intervenir dans les différents dispositifs et actions envisagés. Dans son rapport sur les personnes âgées au Maroc, le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE, 2015) a notamment recommandé que soit élaborée

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. Dans ce rapport est de nouveau soutenue l'idée que le maintien au sein de la famille des personnes âgées doit être privilégié chaque fois que cela est possible, la prise en charge totale en institution ne devant être que le dernier recours. Parallèlement, l'importance de soutenir les personnes âgées dépendantes et leur entourage est clairement reconnue. Le CESE prône ainsi la mise en place de structures d'aide et de programmes de formation destinés aux aidants-familiaux prenant en charge des personnes âgées dépendantes. Il souligne également que « 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 » (CESE, 2015, p. 55).

Outre une réflexion d'ensemble sur la manière de répondre aux besoins de la population âgée actuelle, une approche préventive permettrait d'anticiper sur la manière dont les individus, actuellement jeunes ou adultes, aborderont la vieillesse dans les décennies à venir. Une telle approche passe notamment par le fait d'assurer à chaque individu, tout au long de sa vie, un accès à la protection sociale afin de lui permettre de ne pas arriver au grand âge en ayant accumulé un trop grand nombre de fragilités et sources de vulnérabilité. En particulier, l'état de santé que connaîtront ces individus lorsqu'ils seront âgés dépend en grande partie de l'accès

aux soins et aux actions de prévention dont ils pourront bénéficier durant leur jeunesse et leur vie adulte. Préparer l'accompagnement économique et social du vieillissement démographique à venir suppose ainsi d'œuvrer de manière simultanée dans deux directions. D'une part, en travaillant à la mise en place d'une véritable politique nationale de la vieillesse basée sur une approche intégrée et à même de répondre de manière appropriée aux besoins des aînés et de leur entourage et, d'autre part, en permettant aux jeunes et aux adultes de se construire un parcours de vie qui soit le moins possible entaché par la précarité de manière à leur permettre d'aborder ultérieurement leur propre période de vieillesse sans avoir accumulé différentes formes de vulnérabilité.

¹⁰⁷ Certaines personnes ayant refusé d'être dirigées vers des centres d'accueil.

¹⁰⁸ Selon le recensement de 1994, le pays comptait alors 1,84 millions de personnes âgées de 60 ans et plus. En 2014, date du dernier recensement, il en comptait 3,2 millions. La population âgée a ainsi été multipliée par 1,7 entre 20 ans.

Annexe

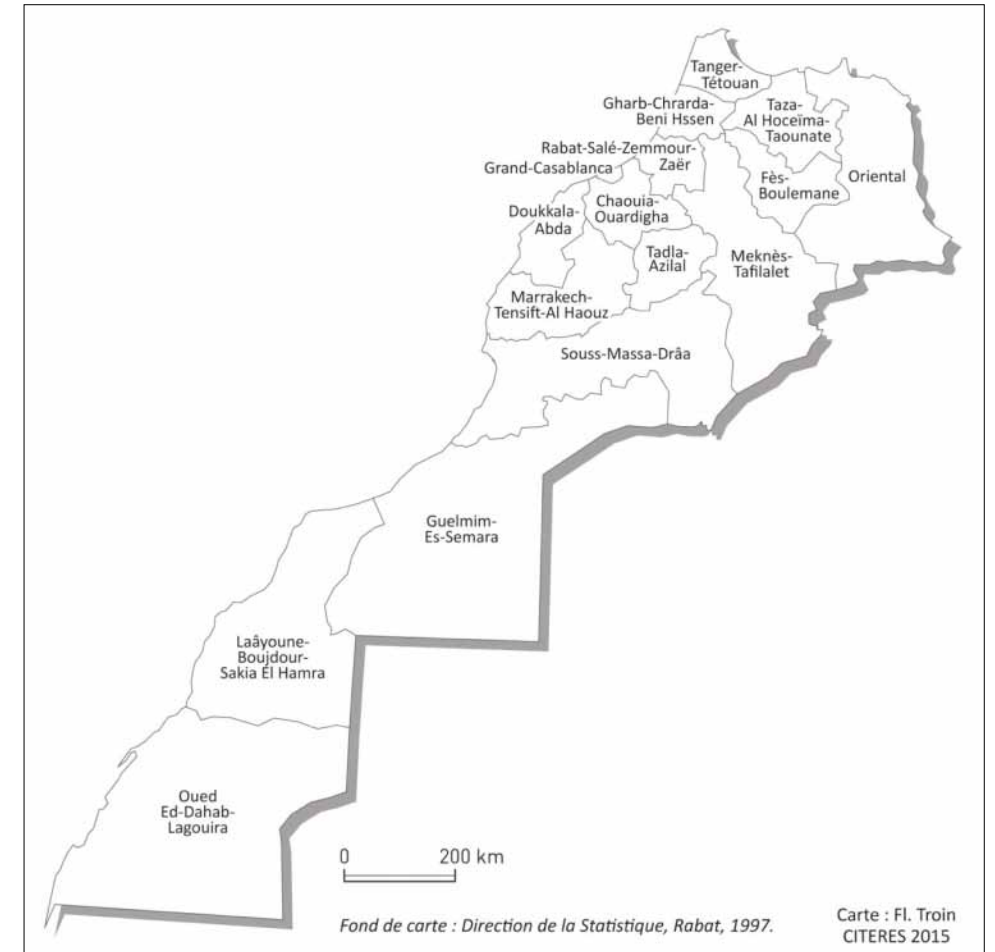


Façade extérieure du Centre pour personnes âgées de Meknès, Maroc, 2017. Mohammed Amar



Centre pour personnes âgées de Meknès – Pavillon des femmes, Maroc, 2017. Mohammed Amar

Carte 1. Maroc, découpage régional en 16 régions*



*Début 2015, le Conseil de gouvernement a officiellement approuvé le nouveau découpage régional : le Maroc compte désormais 12 régions au lieu de 16.

Amar M.

- 2011, « Les perceptions des personnes âgées sur leurs conditions de vie : cas de l'Association Musulmane de Bienfaisance de Meknès », in W. Molmy, M. Sajoux, L. Nowik (coord.), *Viellissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées*, Actes du Colloque international de Meknès, coll. Les Numériques du CEPED, Paris, Ceped, p. 741-758.

Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)-Royaume du Maroc

- 2014, *Rapport Global annuel 2013 et plan d'action 2014-2016 Relatif au Régime d'Assistance Médicale*, 51 p. <http://www.anam.ma/upload/document/RapportGlobalannuel2013.pdf>.
- 2016, *Rapport annuel global de l'Assurance Maladie Obligatoire au titre de l'année 2015*, 78 p.
- 2017, *Rapport d'activités de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie 2016*, 76 p.

Catusse M.

- 2009, « Maroc : un État fragile dans la réforme néolibérale », *Alternative Sud*, «Retour de l'État. Pour quelles politiques sociales ? », Centre Tricontinental, Louvain-la-Neuve, édition Syllepses, 16(2), p. 59-83.
- 2011, « Le « social » : une affaire d'État dans le Maroc de Mohammed VI », *Confluences Méditerranée*, Le Maroc : changements et faux-semblants, Été, 78, p. 63-76.

Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)

- 2016, *Rapport annuel 2015*, 46 p.

Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE)

- 2013, *Les soins de santé de base. Vers un accès équitable et généralisé*, Saisine n°4, Rabat, 111 p.
- 2015, *Les personnes âgées au Maroc*, Auto-saisine n°20, Rabat, 102 p.
- 2016, *Rapport annuel 2015*, Rabat, 126 p.

Coordination de l'INDH

- 2013, *Initiative nationale pour le développement humain. Genèse et Évolution*, Ministère de l'Intérieur, Rabat, septembre, 14 p.

Cour des comptes – Royaume du Maroc

- 2013, *Rapport sur le Système de retraite au Maroc : Diagnostic et propositions de réformes*, 151 p.

Direction des Études et des Prévisions Financières (DEPF)

- 2016, *Tableau de bord social, Royaume du Maroc*, Ministère de l'économie et des finances, Rabat, 74 p.

Dupuis J.-M., El Moudden C., Hammouda N. E., Petron A., Dkhissi I.

- 2011, « Inégalités, système de retraite et redistribution au Maroc », in W. Molmy, M. Sajoux, L. Nowik (coord.), *Viellissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées*, Actes du Colloque international de Meknès, coll. Les Numériques du CEPED, Paris, Ceped, p. 352-369.

Entraide Nationale

- 2014, *L'Entraide Nationale en chiffres. Annuaire statistique 2013*, Rabat, 120 p.

Haut-Commissariat au Plan(HCP)

- 2008, *Enquête Nationale sur les Personnes Agées au Maroc 2006*, Rabat, 87 p..
- 2010, *Enquête Nationale sur les Revenus et les Niveaux de Vie des Ménages 2006/2007 - Rapport de synthèse*, Rabat, 235 p.

HelpAge International

- 2013, *Indice Global AgeWatch 2013*.Résumé, 8 p.
- 2015, *Global AgeWatch Index 2015: Insight report*, 28 p.

International Labour Office

- 2014, *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice*, Geneva, ILO, 364 p.

Ministère de la Santé

- 2012, *Stratégie sectorielle de Santé 2012-2016*, Rabat, 103 p.

Ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social

- 2015, *Les réalisations du Maroc en matière de protection des personnes âgées*, Rabat, 32 p, document en langue arabe.

PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement)

- 2010, *Rapport sur le développement humain 2010*. Édition du 20e anniversaire du RDH. *La vraie richesse des nations : Les chemins du développement humain*, New York, 268 p.
- 2014, *Rapport sur le développement humain. Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience*, New York, 259 p.
- 2016, *Rapport sur le développement humain en Afrique 2016 - Accélérer les progrès en faveur de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes en Afrique*, 214 p.

Sajoux M., Amar M.

- 2015, « Vieillesse et relations familiales au Maroc. Des solidarités fortes en proie à des contraintes multiples », in L. Nowik et B. Lecestre-Rollier (dir.), *Viellir dans les pays du Sud. Les solidarités familiales mises à l'épreuve du vieillissement*, Paris, Karthala, p. 187-209.

Sajoux M., Amar M., Ka A.

- 2015, « Vieillir au Maroc, vieillir au Sénégal : ressemblances et dissemblances », *Mondes en développement*, n°171, p. 99-116.

Sajoux M., Lecestre-Rollier B.

- 2015, « Inégalités et difficultés sociales dans la vieillesse au Maroc. Mise en évidence des limites des solidarités privées et de besoins croissants en matière de protection sociale », in A. Adjamagbo A. et P. Antoine (eds) *Démographie et Politiques sociales (Actes du XVIIe colloque de l'AIDELF, Ouagadougou, novembre 2012)*. www.erudit.org/livre/aidelf/2012/004094co.pdf.

Smar A.

- 2011, « Personnes âgées en institutions dans la région. Conditions de prise en charge, état des lieux et perspectives d'avenir », in W. Molmy, M. Sajoux, L. Nowik (coord.), *Viellissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées*, Actes du Colloque international de Meknès, coll. Les Numériques du CEPED, Paris, Ceped, p. 859-862.

Chapitre 7

Structures d'accueil pour personnes âgées en Algérie et dispositifs de soutien aux aînés démunis



Karima Bouaziz

Université d'Alger 2,
Faculté des Sciences Sociales,
Algérie.
kbouaziz2000@yahoo.fr

Santé

Algérie

Structures d'accueil

Personnes âgées

Politique sociale

Face à l'augmentation à venir de la part relative de la population âgée, aux différentes difficultés susceptibles d'être induites par l'avancée en âge, et compte tenu du changement des réalités socio-économiques et culturelles de la société algérienne (restructuration de la famille, ouverture de la société sur la modernité et réduction de la taille des familles), la prise en charge et l'accompagnement de la population âgée apparaissent comme un enjeu important. Plusieurs dispositifs ont été promulgués dans le domaine de la promotion de la santé ainsi que dans le champ médico-social et visent à répondre aux besoins des personnes âgées démunies et/ou sans attaches familiales. Dans cet article sont analysés les mécanismes de la prise en charge institutionnelle, sociale et sanitaire de la vieillesse démunie en Algérie en décrivant l'évolution de cette prise en charge tant au niveau du mode d'organisation et de fonctionnement des structures d'accueil pour personnes âgées qu'en termes de caractéristiques médico-sociales des pensionnaires accueillis et de ressources humaines et matérielles disponibles. Sont également abordées les interventions et des initiatives de l'État en faveur des aînés en difficulté vivant à domicile.

Faced with the future increase in the relative share of older persons in the population, and given the change in the socio-economic and cultural realities of Algerian society (restructuring of the family, openness to modernity, and reduction of family size), the care and support to this population appears to be an important issue today. Several schemes have been promulgated in the field of health promotion and in the medico-social field in order to meet the needs of the most disadvantaged and / or without family ties. In this article we offer an analysis of the mechanisms of the institutional social and health care for the poorest older persons in Algeria. We will describe the evolution of this care system in terms of organization and functioning of the structures in use, as well as in terms of the medico-social characteristics of the residents and the human and material resources available. This contribution also documents state interventions and initiatives for non-institutionalized aged persons in dire need.

Introduction

À l'instar des autres pays du sud, l'Algérie connaît une mutation démographique marquée par un vieillissement rapide de sa population. Selon les projections de l'office national des statistiques, la proportion de la population âgée va augmenter dans les prochaines décennies, cette partie de la population croissant selon un rythme beaucoup plus rapide que celui de la population totale. Les plus de 60 ans représentaient 6,6 % de la population algérienne en 1998 et 8,9 % en 2016 (ONS, 2017). Leur poids relatif devrait considérablement se renforcer dans les années 2030-2050 avec l'arrivée à l'âge de 60 ans des générations successives issues du baby-boom des années 1970 et 1980¹⁰⁹. La population âgée devrait représenter 13,2 % de la population totale en 2030 (ONS, 2017) et devrait atteindre 23 % en 2050 (UN, 2017). Par ailleurs, l'effectif de la population âgée de plus de 60 ans qui était estimé à 2,2 millions en 2002, à 2,8 millions en 2010, sera de l'ordre de 4,3 millions en 2020 et 6,7 millions en 2030 (ONS, 2004). Face à cette augmentation à venir de la part relative de la population âgée, et compte tenu du changement des réalités socio-économiques et culturelles de la société algérienne, la prise en charge et l'accompagnement de cette population apparaissent comme un enjeu important dans la promotion de la santé ainsi que dans le champ médico-social. En outre, l'évolution de l'unité familiale et des conditions économiques et sanitaires font que le vieillissement démographique qui est à l'œuvre amène à considérer la question de la dépendance et celle des possibilités pour les familles d'y faire face. C'est en effet principalement des solidarités familiales que dépend la personne âgée en situation de perte d'autonomie, la famille devant être là

pour répondre à ses besoins et constituer un rempart contre l'exclusion, l'isolement et l'abandon. Cependant, le rôle et le statut de la personne âgée au sein de la structure sociale et familiale en Algérie, comme dans les autres pays du Maghreb, ont connu de profonds changements, « vieillir dans les sociétés traditionnelles, était une simple question individuelle et familiale, aujourd'hui qu'on soit dans les pays industrialisés ou dans les pays en voie de développement, la vieillesse interpelle à des degrés différents la société toute entière. Il ne s'agit plus d'une question individuelle mais d'une question collective » (Labidi, 2003).

L'histoire de l'accueil des personnes âgées dans des établissements spécialisés chemine en parallèle avec l'évolution de la société algérienne. Longtemps, le mode de vie et les solidarités familiales ont fait que les personnes âgées demeuraient au sein de leur famille jusqu'au terme de leur vie, les familles assurant le quotidien, essayant de répondre à leurs besoins et les aidant à faire face à une éventuelle dégradation de leur état physique et mental. Néanmoins, une part de cette catégorie de population se retrouve en perte d'autonomie et sans soutien.

Pour répondre aux besoins des plus démunis et/ou sans attaches familiales, ainsi qu'à la satisfaction de besoins spécifiques susceptibles d'être induits par l'avancée en âge, par la restructuration de la famille, par l'ouverture de la société sur la modernité et par la réduction de la taille de la famille davantage nucléarisée qu'élargie, plusieurs dispositifs ont été promulgués afin de compenser ces différents mutations. A ses débuts, l'intervention visant la population âgée était très limitée et n'a pas été promue au rang d'une politique de vieillesse. En effet,

depuis les années 1980, l'État algérien a commencé à développer un premier dispositif de protection des personnes âgées démunies. Le choix qui a alors été fait était axé sur la prise en charge institutionnelle gratuite dans des établissements d'accueil appelés foyers pour personnes âgées et/ou handicapées et sur l'instauration de quelques prestations dans le cadre des programmes mis en place en faveur des personnes âgées vulnérables et des personnes handicapées. Au regard des changements socio-économiques et culturels qui ont affecté la société algérienne depuis le début des années 1990, le ministère de la solidarité nationale et de la famille est intervenu de façon plus précise en faveur de la population âgée par la promulgation en 2010 d'une loi-cadre définissant les responsabilités

et les modalités d'intervention auprès des aînés, en particulier ceux considérés comme démunis et vulnérables, et en proposant plusieurs programmes en leur faveur.

Dans le présent article nous proposons d'analyser les mécanismes de la prise en charge institutionnelle, sociale et sanitaire de la vieillesse démunie en Algérie en décrivant l'évolution de cette prise en charge tant au niveau du mode d'organisation et de fonctionnement des structures d'accueil pour personnes âgées qu'en termes de caractéristiques médico-sociales des pensionnaires accueillis et de ressources humaines et matérielles disponibles. Notre contribution vise aussi à rendre compte des interventions et des initiatives de l'État en faveur des aînés nécessaires.



Foyer pour personnes âgées de Dely Brahim, Algérie, 2017. Karima Bouaziz

¹⁰⁹ La fécondité était très élevée durant ces deux décennies ; l'indice conjoncturel de fécondité étant monté jusqu'à 8,1 enfants par femme au début des années 1970 et s'élevant à 5,4 enfants par femme au milieu des années 1980.

I. Création et statut de la prise en charge institutionnelle en Algérie

Selon les termes de leur texte de création, les foyers pour personnes âgées et /ou handicapées (FPAH), sont chargés d'accueillir « les personnes âgées de plus de 65 ans, sans soutien familial ni ressources ainsi que les handicapés et infirmes moteurs de plus de 15 ans, sans soutien familial ni ressources, reconnus inaptes au travail et à la rééducation professionnelle »¹¹⁰. En effet, la prise en charge institutionnelle demeure l'ultime recours pour ces catégories de personnes, à ce jour 33 foyers pour personnes âgées sont opérationnels et répondent aux dispositions du décret n° 80-82 du 15 mars 1980 portant création, organisation et fonctionnement de ces foyers.

I.1 Organisation et mode de fonctionnement des foyers pour personnes âgées et / ou handicapées (FPAH)

Les foyers pour personnes âgées et / ou handicapées sont des établissements publics à caractère administratif, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, placés sous la tutelle du ministre chargé de la solidarité nationale. Au niveau local c'est la direction de l'action sociale de la wilaya¹¹¹ qui est chargée de coordonner, d'évaluer et de contrôler leur fonctionnement administratif. Ils sont administrés par un conseil d'administration¹¹² et dirigés par un directeur nommé par arrêté ministériel, dont la

mission est d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement et de veiller à la réalisation des objectifs assignés à ce dernier. Par ailleurs, l'organisation interne de ces structures est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la solidarité nationale, du ministre des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique. En revanche, leurs règlements intérieurs sont établis par le wali qui nomme également les membres du conseil d'administration, sur proposition des autorités et organisations dont ils relèvent, pour une durée de trois ans renouvelable. Ces établissements sont chargés d'accueillir les personnes âgées de 65 ans et plus démunies et/ou sans attaches familiales et les personnes handicapées et infirmes moteurs de plus de 15 ans et de leur garantir une prise en charge médico-psycho-sociale appropriée. Ils ont également pour mission de favoriser les relations entre les pensionnaires et leurs familles et de proposer toutes actions favorisant la réinsertion familiale des personnes âgées en situation d'abandon, et d'assurer leur accompagnement ainsi que d'entreprendre toutes démarches et soutien auprès des familles d'accueil désirant les héberger, et de les accompagner dans leur prise en charge. Ils ont également pour mission d'assurer des activités occupationnelles visant le bien-être des personnes âgées prises en charge notamment des activités culturelles, sportives, récréatives et de loisirs.

La nouvelle loi institutionnalisée en 2010 fixe de nouvelles conditions de placement. En effet, les établissements spécialisés ou structures d'accueil seront réservés

uniquement aux personnes âgées démunies et/ou sans attaches familiales, ces personnes ne peuvent être admises ou maintenues dans ces établissements ou structures qu'en cas de nécessité ou en l'absence de solution de substitution, et qu'après échec de toutes les tentatives d'obtention des différentes aides octroyées par les pouvoirs publics (allocations forfaitaires de solidarité, soins et médicaments gratuits, microcrédits...). Ainsi, l'admission en foyer s'effectuera après une étude attentive du dossier de la personne âgée, et son placement dans les établissements sera subordonné à la présentation d'une demande accompagnée d'un dossier dont la composition est fixée par le ministre chargé de la solidarité nationale et soumis à l'avis de la commission d'admission de l'établissement ; il pourra également être effectué à la diligence des services chargés de l'action sociale de la wilaya.

I.2 Mode de financement et ressources

Les ressources dont disposent les FPAH sont de diverses natures :

- les subventions de fonctionnement et d'équipement allouées par l'État ;
- les contributions des collectivités locales ;
- les contributions des institutions, organismes et entreprises publiques et privées conformément à la législation et la réglementation en vigueur ;
- les dons et legs.

Par ailleurs, les dépenses effectuées par ces établissements concernent :

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement et toutes les autres dépenses nécessaires pour acquérir le matériel ou les matières premières pour le démarrage d'une activité occupationnelle ou pour la réalisation de micro-activités (broderie, couture, etc...).



Rue Larbi Ben M'hidi, Alger centre, Algérie, 2017. Karima Bouaziz

¹¹⁰ Décret n° 80-82 du 15 mars 1980.

¹¹¹ La wilaya est une circonscription administrative de l'État dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière, l'Algérie compte 48 wilayas.

¹¹² Le conseil d'administration des établissements, présidé par le wali ou son représentant, comprend : un représentant de la direction de l'action sociale et de la solidarité de la wilaya; un représentant de la direction de la santé et de la population de la wilaya; un représentant de la direction de la jeunesse et des sports de la wilaya; un représentant de la direction des affaires religieuses et des Wakfs (des donations faites à perpétuité par un particulier à une œuvre d'utilité publique, pieuse ou charitable, le bien donné devient alors inaliénable); un représentant de la caisse nationale de la sécurité sociale au niveau de la wilaya; un représentant de la caisse nationale de la sécurité sociale des non-salariés au niveau de la wilaya; un représentant de la caisse de retraite au niveau de la wilaya; un représentant de l'assemblée populaire communale du siège de l'implantation de l'établissement; un représentant du personnel de l'établissement élu par ses pairs; un représentant du personnel administratif de l'établissement élu par ses pairs et deux représentants de deux associations œuvrant dans le même domaine d'activité de l'établissement.

II. Évolution et répartition des structures d'accueil pour personnes âgées sur le territoire algérien

La prise en charge institutionnelle reste plutôt exceptionnelle en Algérie, le pays ne compte en effet que 33 centres accueillant un total de 1130 personnes âgées ainsi que quelques pavillons situés au sein d'établissements appelés Diar-Rahma (maisons de clémence). Cette faible représentation s'explique par un cadre social et juridique qui détermine

prioritairement que c'est à la famille que revient la prise en charge de la personne âgée et appelle les enfants à accomplir leurs devoirs envers leurs parents sauf dans des cas particuliers où le recours aux autorités compétentes s'avère nécessaire (MESN, 2003).

Tableau 1. Évolution du nombre de foyers pour personnes âgées et/ou handicapées créés (1962-2014)

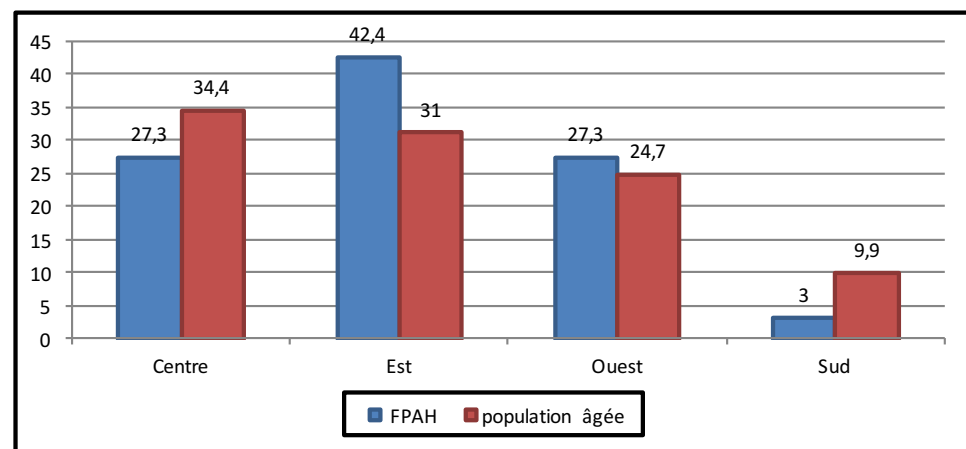
Années	1962-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2014	Total
Nombre de foyers créés	02	02	10	10	9	33

Source : Ministère de la Solidarité Nationale

Le tableau 1 montre l'augmentation progressive du nombre des établissements d'accueil au cours des années 1980-1990 parallèlement avec le changement du paysage socio-économique et culturel de la société algérienne. Le nombre de ces foyers est donc très réduit, ils se trouvent souvent dans les

grandes villes (Alger, Skikda, Oran, etc.). Un peu moins de la moitié (42 %) des foyers pour personnes âgées et/ou handicapées se situe dans la région est¹¹³ et près de 97 % de ces foyers se trouvent dans le nord du pays, le sud algérien ne comptant pour sa part qu'un seul foyer (Graphique 1).

Graphique 1. Comparaison entre la répartition des institutions et la répartition de la population âgée – 2008 (en %)



¹¹³ Selon le recensement de 2008, la population était inégalement répartie entre les quatre grandes régions du découpage administratif du territoire algérien : la région « centre » qui regroupe 11 wilayas et comptait 11,4 millions d'habitants ; la région « ouest » composée de 11 wilayas et comptait 8,1 millions d'habitants ; la région « est » composée de 14 wilayas et comptait 10,4 millions d'habitants ; la région « sud » composée de 12 wilayas et comptait 4,1 millions d'habitants.

Avec une capacité d'accueil théorique de 3680 places et un effectif réel de 1986 personnes, le taux d'occupation de ces établissements est donc de 54 % (Tableau 2). Répartis à

travers 28 wilayas du pays, la majorité de ces établissements sont mixtes et leur capacité d'accueil varie entre 50 et 250 pensionnaires.

Tableau 2. Données générales sur les foyers pour personnes âgées et handicapées (2014)

Données générales sur les foyers pour personnes âgées et/ou handicapées	Effectif général
Nombre de wilayas	28
Nombre de FPAH	33
Effectif théorique des personnes âgées ou handicapées	3680
Effectif réel des pensionnaires	1986
Nombre de personnes âgées accueillies	1130

Source : Ministère de la Solidarité Nationale

Parmi ces 33 établissements, 24 structures sont gérées par l'État tandis que les 9 autres sont réparties entre les associations et les communes comme suit :

- Foyers pour personnes âgées et/ou handicapées gérés par le mouvement associatif : 4 foyers pour personnes âgées et/ou handicapées sont gérés par le mouvement associatif (Association d'Aide aux Personnes Agées de Blida, Association Culturelle et Sociale des Personnes Agées d'Ain Temouchent, Association El Sidk de Relizane). Ils accueillent en moyenne 100 personnes âgées par an.
- Foyers pour personnes âgées et/ou handicapées gérés par les communes : 5 foyers pour personnes âgées et/ou handicapées sont gérés par les communes des wilayas de Chlef, Tlemcen, M'sila, Oran et Khenchela. Ils accueillent en moyenne 80 personnes âgées par an. Il convient de signaler que 8 autres établissements destinés à accueillir des personnes âgées sont en cours de réalisation à travers le territoire national dans les wilayas de Ghardaïa, Biskra, Tamanrasset, Tébessa, Alger, Oran, El-Oued, Souk-Ahras.

Aux FPAH, il faut ajouter des pavillons destinés à accueillir temporairement des personnes

âgées. Ils sont situés dans les villes d'Alger, Constantine et Oran au sein de 3 établissements appelés Diar-Rahma (maisons de clémence). Ces établissements sont placés sous la tutelle du ministre de la solidarité nationale et de la famille, ils sont chargés d'accueillir, pour une période temporaire n'excédant pas une durée de six mois :

- les personnes âgées sans revenus et/ou sans attaches familiales,
- les personnes démunies atteintes de maladies chroniques,
- les enfants et personnes adultes en situation de précarité sociale et/ou en difficulté psychologique et toutes personnes nécessitant une assistance ponctuelle dûment prouvée.

En ce qui concerne leur mode d'organisation et de fonctionnement, ces structures sont administrées chacune par un conseil d'administration¹¹⁴, dotées d'un conseil médico-psychologique¹¹⁵ et dirigées par un directeur. Les pavillons accueillant les personnes âgées dans ces maisons de clémence ont pour mission d'assurer l'hébergement et la restauration de ces personnes, d'entreprendre toutes mesures de réintégration auprès de leurs familles et de les accompagner dans leur prise en charge.

¹¹⁴ Selon le recensement de 2008, la population était inégalement répartie entre les quatre grandes régions du découpage administratif du territoire algérien : la région « centre » qui regroupe 11 wilayas et comptait 11,4 millions d'habitants ; la région « ouest » composée de 11 wilayas et comptait 8,1 millions d'habitants ; la région « est » composée de 14 wilayas et comptait 10,4 millions d'habitants ; la région « sud » composée de 12 wilayas et comptait 4,1 millions d'habitants.

¹¹⁵ Le conseil médico-psychologique des Diar-Rahma comprend : le directeur de l'établissement comme président, un médecin, un psychologue, un assistant social et un éducateur spécialisé, désigné par ses pairs, pour une période d'une année renouvelable.

III. Évolution des effectifs et caractéristiques des personnes accueillies dans les FPAH

Alors que l'effectif total de la population âgée en Algérie est de 3,64 millions en 2016 (ONS, 2017), le nombre de personnes âgées placées dans les foyers d'accueil est à peine supérieur au millier. Elles représentent moins de 0,1 % de l'ensemble des aînés. Les données mentionnées dans le tableau 3 montrent clairement que le nombre des personnes âgées accueillies dans les FPAH est minime et qu'il a décliné ces dernières années en raison des programmes de réinsertion développés au sein des établissements et à l'encouragement de la politique de maintien à domicile. La prédominance des hommes dans les

foyers pour personnes âgées est très nette : plus de 61 % des personnes qui y séjournent sont des hommes. Ce fait peut s'expliquer par la situation familiale et sociale différentielle favorisant les femmes âgées. Souvent les familles algériennes acceptent mieux d'accueillir un proche âgé de sexe féminin célibataire, veuf ou sans enfants qu'un proche âgé de sexe masculin se trouvant dans la même situation. La répartition des personnes âgées accueillies selon l'état matrimonial indique que 63 % d'entre elles sont célibataires, 21 % divorcées et 11 % veuves.

Tableau 3. Pensionnaires âgés accueillis dans les foyers pour personnes âgées

	2012		2013		2014		Évolution 2012-2014 en %
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Femmes	450	38,1	465	38,9	433	38,3	-4 %
Hommes	732	61,9	731	61,1	697	61,7	-5 %
Total	1182	100	1196	100	1130	100	-4 %

Source : Tableau élaboré à partir de données fournies par le ministère de la solidarité nationale

La proportion de personnes âgées analphabètes s'élève à 80 % ; s'agissant de leur mode de vie avant le placement, 20 % vivaient seules, 10 % en famille et 10 % en institutions sanitaires comme les hôpitaux publics et les centres hospitalo-universitaires. Dans la réalité, les populations accueillies dans ces foyers sont hétérogènes et font se côtoyer, dans un même espace, des personnes de plus de 60 ans et des personnes âgées de moins de 60 ans. Il peut s'agir de jeunes handicapés physiques, de personnes rejetées par leur famille ou ayant rejeté la leur, de personnes, physiquement autonomes ou non, avec ou sans famille, mais disposant

de très peu de revenus. Près de la moitié des personnes âgées accueillies n'ont pas d'attaches familiales directes (descendants) et quand il y a un lien avec la famille il s'agit le plus souvent de collatéraux au second degré et plus (Benkheilil, 1993). Quand il y a rupture relativement ancienne et dans la plupart des cas antérieure au placement en institution et intervient avec la dépendance économique ou la perte d'autonomie physique : en somme, quand la personne âgée devient une charge.

Tableau 3. Pensionnaires âgés accueillis dans les foyers pour personnes âgées

Statut des personnes âgées	Effectif	%
Sans attachement familial	621	55
Abandonnées	503	44,5
Sans domicile fixe (SDF)	6	0,5
Total	1130	100

Source : Tableau élaboré à partir de données fournies par le ministère de la solidarité nationale

D'après le tableau 4, les personnes âgées abandonnées¹¹⁶ représentent 44,5 % des pensionnaires des structures d'accueil. L'apparition de ce phénomène, auparavant rare dans la société algérienne, et son aggravation constatée ces dernières années, expression des contraintes vécues par la famille algérienne, pose clairement le fait que l'esprit de cohésion familiale et de solidarité, pièces maîtresses de la société, est fortement ébranlé. Dans une société où le devoir envers les ascendants est un devoir sacré entre tous, cela ne doit-il pas faire réfléchir sur les mesures à prendre dès à présent pour prévenir une éventuelle accélération des démissions familiales ? (Benkheilil, 1993).

¹¹⁶ L'abandon des personnes âgées dans la société algérienne revêt trois aspects :

- Expulsion ou « auto-expulsion » du foyer familial : La personne âgée devient subitement une personne errante, mendiante, sans domicile fixe, vivant de peur et d'angoisse. Cette situation est encore plus alarmante lorsqu'il s'agit d'une femme âgée. Dans certains cas, lorsque le vieillard est gardé au sein de sa famille, il peut subir un traitement discriminatoire de la part de ses proches lui faisant ressentir qu'il constitue une charge supplémentaire pour la famille.
- Abandon par les siens dans un foyer pour personnes âgées, parce que la famille ne peut plus ou ne veut plus le prendre en charge.
- Abandon par les siens à l'hôpital où l'absence de services spécialisés de gériatrie ne permet pas une prise en charge correcte du malade. Aussi, les personnes âgées continuent-elles à se faire soigner par des médecins généralistes qui maîtrisent très peu les pathologies propres aux troisième et quatrième âges et leur évolution.

VI. Fonctionnement des FPAH : exemples d'enjeux soulevés

A l'instar des autres pays du Maghreb, l'Algérie a connu de profonds changements qui ont touché les principales institutions traditionnelles de la société et en particulier la famille. Les différents aspects de ces changements, et bien d'autres, n'ont pas été favorables aux catégories vulnérables telles que les personnes âgées et en particulier les plus démunies d'entre elles. Certes, dans la culture algérienne et la culture arabo-musulmane en général, mettre un parent dans une maison de retraite est ressenti comme un abandon et souvent perçu comme un acte répréhensible car la question du vieillissement a toujours été considérée comme une affaire familiale et pour cause, "le devoir d'assistance est sacré, incontournable et, sauf exception ou réelle impossibilité, toutes les familles s'en acquittent" (Jacquet, 2009), ce devoir est d'autant plus important qu'il puise son origine dans le Coran. Ainsi, les solutions institutionnelles sont rares et exceptionnelles car elles partent du principe du devoir de solidarité de la famille envers ses ascendants et ses descendants (Boutefnouchet, 1984). De ce fait, mettre en place ou multiplier de telles structures serait, pour certains, donner l'opportunité de ne pas respecter ces principes moraux. L'on comprend alors que le discours de la population, ainsi que celui des pouvoirs publics, soit plutôt hostile à l'éventualité d'une telle option (Lebsari, 2006). S'inscrivent également dans cette logique les hésitations et les omissions survenues dans des régions du sud algérien et les hauts-plateaux où les notables refusent aux responsables gouvernementaux la construction des foyers pour personnes âgées. Par ailleurs, les résultats des enquêtes sur l'abandon des personnes âgées, effectuées par les cellules de proximité et de solidarité ont révélé qu'il n'y a aucune nécessité de réaliser de nouvelles

structures dans certaines wilayas, ce qui a amené le ministère de la solidarité nationale à annuler la réalisation de 3 nouvelles structures inscrites au titre du programme quinquennal 2010-2014 dans les wilayas d'El bordj, Batna et Msila.

VI.1 État de santé des pensionnaires des foyers pour personnes âgées et / ou handicapées

L'introduction du terme handicapé dans la dénomination de ces foyers a entraîné une certaine confusion juridique permettant l'admission dans la plupart des foyers de personnes atteintes généralement de troubles mentaux et placées sous l'étiquette de handicapés (Benkamla et Zehmani, 1993). Les populations accueillies se partageant le même espace, cela a généré des difficultés dues à la cohabitation de personnes âgées sans trouble particulier avec des personnes souffrant de maladies psychiatriques présentant des comportements dangereux et permanente, un suivi rigoureux et des soins adéquats. Il ressort donc de cette situation critique qu'il est nécessaire de créer des établissements spécialisés destinés à accueillir seulement les personnes âgées sans handicap mental, démunies et sans attaches familiales et de leur assurer une prise en charge psychologique, sociale et médicale adéquate. Il s'agit d'adapter les structures aux besoins spécifiques des personnes âgées et de mettre en place des projets thérapeutiques et rééducatifs assurés par des agents qualifiés et spécialisés capables de préserver le bien-être des personnes âgées et de faciliter la tâche

aux intervenants pour plus de cohérence dans le suivi et l'accompagnement des personnes accueillies.

Il ressort des données présentées dans le tableau 5 que seulement un quart des personnes pensionnaires des structures d'accueil ne souffrent d'aucun handicap. Les données disponibles ne permettent pas de déterminer combien de personnes souffrent simultanément de plusieurs handicaps et/ou maladies chroniques. Cependant, on peut noter que les situations de handicap mental concernent plus de 40 % des pensionnaires, les situations de polyhandicap plus de 16 %. Ce type de situations nécessite un accueil particulier dans la mesure où nombre des

pensionnaires porteurs de handicaps doivent être assistés dans leurs activités quotidiennes (se déplacer, se laver, s'habiller, manger...). Notons également que plus de 43 % des pensionnaires présentent des maladies chroniques.

A l'origine, les foyers pour personnes âgées et/ou handicapées ont été conçus comme lieux de vie et de repos pour ceux qui se retrouvent sans famille, sans ressources financières et sans aide, ou pouvant présenter un handicap physique. Or, dans ces établissements, 4 pensionnaires sur 10 sont porteurs de handicap mental, situation qui relève beaucoup plus du secteur de la santé et de ses services spécialisés.

Tableau 5. État de santé des pensionnaires des FPAH en 2014 (1986 pensionnaires dont 1130 personnes âgées)

État de santé	Nombre de pensionnaires concernés	Proportion des pensionnaires concernés (en %)*
Pensionnaires valides	491	24,7
Handicap visuel	144	7,3
Handicap auditif	68	3,4
Handicap moteur	260	13,1
Handicap mental	805	40,5
Poly handicap	323	16,3
Malades chroniques	862	43,4

Source : Tableau élaboré à partir de données fournies par le ministère de la solidarité nationale
* Certains pensionnaires ont déclaré appartenir à plus d'une des catégories proposées.

VI.2 Le personnel travaillant dans les FPAH et son statut

Tableau 6. Caractéristiques du personnel travaillant dans les FPAH en 2014

	Effectifs	Pourcentage(%)
Statut du Personnel administratif		
Personnel permanent	780	51
Personnel vacataire	750	49,0
Total	1530	100
Personnels pédagogiques		
Psychologue clinicien	42	21,2
Psychologue pédagogique	05	2,5
Psychologue orthophoniste	01	0,5
Assistant social	20	10,1
Éducateur spécialisé	121	61,1
Aide éducateur spécialisé	09	4,6
Total	198	100
Corps médical et paramédical		
Médecin généraliste	24	31,6
Médecin psychiatre	03	3,9
Médecin spécialiste	00	0
Infirmier	43	56,6
Aide infirmier	06	7,9
Total	76	100
Personnel d'hygiène		
De l'établissement	198	58,6
Dans les chambres des pensionnaires	140	41,4
Total	338	100

Source : Tableau élaboré à partir de données fournies par le ministère de la solidarité nationale

Le personnel des établissements d'accueil comporte 2142 agents dont 1530 (71 %) sont affectés à des tâches administratives alors que le personnel spécialisé ne compte que 274 personnes (13 %). 64 % du corps médical est représenté par des infirmiers et aides infirmiers et l'on ne compte que 24 médecins au niveau des 33 foyers c'est-à-dire un taux de couverture de moins d'un médecin par centre (Tableau 6).

Le taux moyen d'encadrement rapporté au personnel médical spécialisé peut être considéré comme constituant un indicateur fiable et très significatif pour apprécier non seulement le niveau mais également la qualité de la prise en charge des personnes recueillies par ces centres. Ce ratio atteint en 2011 quatre pensionnaires par agent alors qu'il était à près de 1 pour 15 personnes âgées en 2000 où seulement le tiers des établissements disposaient d'un médecin, soit à temps plein, soit à temps partiel. Ce qui est marquant c'est l'absence totale des médecins spécialistes dans les foyers pour personnes âgées et/ou handicapées alors que 60 % des personnes âgées accueillies présentent un handicap. En outre, l'ensemble des 33 établissements d'accueil ne compte que 3 psychiatres alors que de nombreux pensionnaires sont des malades mentaux.

Ces caractéristiques justifient la nécessité de doter les établissements d'accueil de moyens suffisants pour une prise en charge correcte des besoins des pensionnaires, et l'affectation d'un personnel qualifié, attentif et sensible, susceptible d'humaniser leurs conditions de séjour. En effet, ces centres ne pourront pas continuer à remplir la mission dont ils ont la charge s'ils demeurent dans leur état actuel de sous-encadrement, de vétusté et d'insuffisance de moyens humains et matériels.

V. Aides, prises en charge et accès aux soins des personnes âgées démunies

Les réseaux d'aide informelle (familiale ou communautaire) constituent en Algérie un des piliers importants sur lesquels les individus s'appuient pour faire face aux aléas de la vie, tels les problèmes de santé et les limitations physiques d'activités pouvant survenir au grand âge. Cependant, dans les prochaines décennies, les évolutions démographiques et sociales vont peser sur l'aide que continueront à apporter les familles à leurs aînés. En conséquence, l'aide formelle publique, sa valorisation et son accessibilité sont des enjeux importants dans les débats sur la prise en charge de la dépendance et l'assistance aux personnes âgées vulnérables.

V.1 Les aides de l'État

Dans le souci d'assister les familles pour accomplir le devoir de prise en charge de leurs aînés et dans le but d'encourager l'intégration de ces derniers dans leur milieu familial et social, le ministère de la solidarité et de la famille a mis en place une série de prestations diversifiées visant le maintien de la personne âgée dans son milieu familial. Ces dispositifs permettent une offre globale intégrant à la fois l'allocation de solidarité, les microcrédits, les soins, les équipements, le suivi médical et les services d'aide à domicile. Cette politique sociale progressivement développée au profit des personnes âgées démunies et en situation de précarité, s'articule autour de différents axes.

- L'aide à domicile

L'aide à domicile est un dispositif de services à domicile de nature médico-sociale, et de soutien psychologique. Il permet aux familles de ne pas se laisser de la prise en charge de leurs aînés et aux personnes âgées de ne pas être privées de l'affection familiale. Cette

prestation est peu développée et s'avère opérationnelle essentiellement dans les grandes villes. Elle est assurée actuellement par des intervenants qualifiés des foyers pour personnes âgées. Le nombre des personnes âgées recensées par les services du ministère de la solidarité nationale nécessitant une aide à domicile au titre de l'année 2011 était de 120000.

- Le placement dans les familles d'accueil
Cette modalité de prise en charge consiste à placer des personnes âgées sans attaches familiales au sein de familles désirant accueillir ces personnes, et ce en contrepartie d'un soutien de l'État en matière de suivi médical, paramédical et psychologique. Il est en effet considéré que l'institution, quelle que soit la qualité de ses prestations, ne constitue pas le milieu le plus approprié et n'offre pas la sérénité et le bien-être dont la personne âgée a besoin et auxquels elle a droit. Cependant cette modalité d'intervention reste encore très limitée, l'année 2014 a vu la réinsertion de 97 personnes âgées dans leurs familles et le placement de seulement 14 personnes âgées dans des familles d'accueil.

- L'aide et l'assistance au profit des familles démunies

Lorsqu'elles ont à leur charge des personnes âgées, les familles qui ne disposent pas de moyens matériels et financiers bénéficient d'une aide matérielle des institutions spécialisées concernées comme le ministère de la solidarité nationale, les directions de l'action sociale (DAS) et l'agence de développement social (ADS). En effet, quelques mesures sont prises pour assister ces familles et les aider à prendre en charge les personnes âgées et ce, en leur fournissant les médicaments, les soins gratuits, les allocations et quelques ravitaillements (nourriture, literie, habillement etc...).

- Dispositif d'aide personnalisée : allocation forfaitaire de solidarité (AFS)

Les personnes âgées de 60 ans et plus, sans ressources, non pensionnées, sont éligibles aux mécanismes relevant de la solidarité nationale et bénéficient de l'allocation forfaitaire de solidarité (AFS), qui ne doit pas être inférieure à deux tiers (2/3) du salaire national minimum (SNMG). Instituée par décret n° 94-336 du 24 octobre 1994, cette allocation était initialement attribuée aux personnes âgées et aux personnes handicapées chefs de familles sans revenu. En 2001, cette

allocation a été étendue aux personnes âgées handicapées moteur, malades chroniques, et aux personnes âgées atteintes de cécité, son versement n'étant pas soumis à la condition d'être chef de famille. Le montant de l'AFS était de 1000 DA/mois, majoré de 120 dinars par personne à charge dans la limite de trois personnes. Cette allocation a été revalorisée en 2008, elle est passée de 1000 DA/mois à 3000 DA/mois par arrêté interministériel n°08 du 27 octobre 2008, Il est à signaler que plus de 53 % des bénéficiaires de l'AFS sont de sexe féminin.

Tableau 7 : Évolution du nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'AFS, période 2004-2010

Sexe	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Masculin	142 367	141 710	157 368	154 605	141 418	134 791	132 681
Féminin	167 358	164 430	174 718	154 336	150 992	146 371	145 683
Ensemble	309 725	306 140	332 086	308 941	292 410	281 162	278 364

Source : Ministère du travail et de la protection sociale (MTPS)

Le tableau 7 présente l'évolution entre 2004 et 2010 des allocations forfaitaires de solidarité octroyées aux personnes âgées. Plus de 309 000 personnes percevaient cette allocation en 2004. Depuis, ce chiffre n'a cessé d'augmenter pour atteindre son maximum en 2006. Toutefois, le nombre des bénéficiaires de l'AFS a baissé de 16 % entre 2006 et 2010 soit une diminution de 53 722 allocations. Cette baisse s'explique par l'opération d'assainissement du fichier des bénéficiaires de l'AFS lancée en 2007 et supervisée par des équipes de l'agence de développement social (ADS), en collaboration avec des techniciens supérieurs des directions de l'action sociale et des élus locaux au niveau des wilayas. Cette opération a fait suite à une instruction ministérielle visant à actualiser une

liste nationale de 750 000 bénéficiaires inscrits en tant que personnes éligibles aux mesures relevant de la solidarité nationale et à faire en sorte que le dispositif soit plus équitable socialement. En effet, l'opération s'est soldée par l'évincement de près d'un dixième de l'effectif ; près de 70 000 bénéficiaires illégaux ont été radiés des listes des bénéficiaires de l'AFS, allocation attribuée aux sans revenus et aux personnes âgées démunies.

- Le microcrédit

Les personnes âgées de plus de 60 ans sans revenus, ou ayant de faibles revenus, et dont le statut et les conditions économiques ne leur permettent pas d'accéder aux circuits de crédits classiques, peuvent bénéficier de prêts non rémunérés sur la base d'un savoir-faire dans l'activité projetée dans les

secteurs de l'alimentation, de l'agriculture, et de l'artisanat. Il est à souligner qu'en dépit de la modestie de son apport financier, l'impact d'un tel dispositif sur les personnes âgées concernées reste indéniable. Il leur permet de rester productives, de participer à une entreprise économique, et de valoriser leur savoir-faire. Il leur permet également de nouer des contacts sociaux, de sortir de leur isolement et de trouver une écoute. Depuis sa mise en place en 2004 et jusqu'à 2010, 6472 personnes âgées (sur un total de 173 642 prêts accordés) ont bénéficié de prêt non rémunérés soit 3 % du nombre global. Pour l'année 2010, 1621 personnes âgées ont bénéficié du microcrédit dont 973 femmes¹¹⁷.

V.2 La prise en charge sanitaire des personnes âgées démunies et/ou dépendantes

Le vieillissement de la population algérienne conduira, dans les années à venir, à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes ce qui constitue un véritable défi, or les réponses apportées à ce jour, ne semblent pas à la hauteur des enjeux. Aujourd'hui, la prise en charge de ces personnes combine à la fois la solidarité familiale, à travers l'aide apportée par les proches, et la solidarité collective par le biais de quelques prestations. En effet, les personnes âgées ont le droit d'accès à la

gratuité des soins au niveau des structures de santé publique (centres de soins de bases, hôpitaux publics et centres hospitalo-universitaires). Les aînés malades chroniques démunis et sans couverture sociale sont pris en charge pour l'accès aux médicaments dans le cadre d'une convention signée avec la CNAS (La Caisse nationale d'assurance sociale)¹¹⁸. Les personnes âgées démunies, en difficulté ou en situation de précarité sociale, bénéficient également de la gratuité ou de la réduction des tarifs de transport terrestre, aérien, maritime et ferroviaire y compris pour les soins à l'étranger ; bénéficie également des mêmes mesures l'accompagnateur de la personne âgée devant effectuer des soins. Par ailleurs, les personnes âgées dépendantes¹¹⁹ démunies bénéficient d'une prise en charge en matière de soins, d'acquisition d'équipements spécifiques et d'appareillages. L'État a également mis en place un dispositif de prévention des maladies et accidents qui peuvent atteindre les personnes âgées, en favorisant la création de structures de gériatrie au niveau des structures hospitalières concernées¹²⁰ car il est nécessaire de renforcer la filière de soins gériatriques et psychologiques. Il s'agit pour la personne âgée non seulement de vieillir dans la dignité, mais il importe pour elle de vieillir en bonne santé. Une prise en charge sanitaire graduée et diversifiée s'inscrivant dans la complémentarité d'une prise en charge médico-sociale est indispensable pour bien accompagner le vieillissement.

V.3 Les nouveaux dispositifs en faveur des personnes âgées et leurs familles

Dans le cadre des nouvelles orientations de la politique sociale, les dispositions de la loi relative à la protection de la personne âgée promulguée en 2010 ont pour objectif de favoriser et encourager le maintien de la personne âgée dans son milieu habituel, à savoir la famille, et ce à travers la mise en place d'une série de mesures d'accompagnement et de dispositifs d'assistance particulière au profit des personnes âgées notamment celles se trouvant en situation de précarité et/ ou en difficulté sociale.

Un projet de décret prévoit en outre, l'aménagement de structures d'accueil de jour, d'accueil temporaire et d'accueil de nuit pour personnes âgées dans le cadre de la diversification de la prise en charge adaptée et le renforcement de leur protection.

- L'accueil de jour des personnes âgées au sein des foyers

Des centres d'accueil de jour accueilleront des personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile et nécessitant une assistance et un accompagnement socio-psychologique approprié durant la journée, pendant la période d'absence de leurs familles. Ce dispositif vise à permettre aux familles de bénéficier d'un répit dans l'aide qu'ils apportent aux personnes âgées, de permettre aux personnes âgées de garder ou de recréer un lien social en sortant de leur isolement et de favoriser la stimulation des capacités pour préserver une certaine autonomie dans les activités de la vie quotidienne par un projet individuel d'aides et de soins adaptés.

- L'accueil temporaire

Il permettra à une personne âgée d'être

accueillie dans un foyer pour personnes âgées pour une courte période pour relayer temporairement les familles.

- L'accueil de nuit

La personne âgée est accueillie uniquement la nuit lorsque des aides et des soins lui sont nécessaires tout au long de la nuit.

Ces dispositifs (l'accueil de jour, l'accueil temporaire et l'accueil de nuit) seront disponibles pour l'ensemble des personnes âgées qui en auraient besoin, ou dont les familles auraient besoin, qu'elles soient démunies ou pas. Mais il est fait obligation aux personnes âgées, ou aux personnes qui ont la charge de personnes âgées et qui disposent d'un revenu suffisant de participer aux frais de leur prise en charge au sein de ces établissements et structures.

¹¹⁷ Les statistiques cumulées de l'Agence Nationale de Gestion du Micro-crédit (ANGEM) indiquent qu'au 31 août 2017, 801513 crédits avaient été octroyés depuis sa création en 2004, 30224 (soit 3,77 % du total) ayant concerné des personnes de plus de 60 ans. www.angem.dz

¹¹⁸ Circulaire interministérielle n°585 du 12 juin 1996 portant gratuité des médicaments vitaux au profit des malades chroniques non assurés sociaux.

¹¹⁹ Est entendue par personne âgée dépendante, au sens de la loi relative à la protection de la personne âgée décrétee en 2010, toute personne âgée qui a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, ou qui nécessite une surveillance régulière. La situation de dépendance de la personne âgée est constatée par les services chargés de l'action sociale territorialement compétents.

¹²⁰ Le renforcement de la prise en charge médicale des personnes âgées se traduit par le lancement d'une nouvelle spécialité sous le nom de «gériatrie» à la faculté de médecine. Cette décision émanant du ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière intervient suite à la proposition faite par l'Assemblée populaire nationale qui vise à renforcer la prise en charge médicale des personnes âgées dans un cadre familial convenable.

Conclusion

Le vieillissement de la population interroge la société tant dans les relations entre générations que dans les modalités de prise en charge des aînés ayant besoin de soutien. Dans le contexte algérien, l'existence des solidarités familiales et intergénérationnelles n'épargne pas à certaines personnes âgées d'être marginalisées et exclues. En effet, l'apparition de troubles liés à la sénescence, le changement des mentalités et le manque de moyens financiers constituent des facteurs pouvant conduire à l'exclusion des personnes âgées. C'est ainsi que des personnes souvent très âgées et ne disposant plus de forces physiques ou de moyens financiers sont abandonnées et ne trouvent plus au sein de la structure familiale la protection et la prise en charge dont elles ont besoin. Le nombre de personnes âgées hébergées en institution est évalué à 1130 personnes en 2014, cette situation est donc pour l'heure marginale dans la société algérienne. En effet, les solutions institutionnelles sont assez limitées et exceptionnelles car malgré les difficultés, les liens de solidarité familiale et communautaire continuent de se manifester. Les femmes algériennes sont au cœur de cette solidarité, comme partout dans le monde, et elles sont plus souvent en position d'aidantes que les hommes. Par ailleurs, lorsqu'elles sont aidantes au sein de la sphère familiale, les femmes actives doivent concilier le soutien à un proche âgé et leur activité professionnelle. Cette multiplication des rôles nous incite à interroger le devenir de la disponibilité de ces aidantes. Les femmes sont en effet de plus en plus impliquées sur le marché du travail et lorsqu'elles seront elles-mêmes plus âgées, et donc avec une santé éventuellement plus fragile, les femmes aidantes auront encore plus de difficultés à concilier leur rôle de soutien d'un parent âgé ayant d'importants soucis de

santé avec leurs impératifs professionnels. Nos analyses faites sur la situation des établissements d'accueil pour personnes âgées soulignent les difficultés dues à la diversité des populations accueillies dans ces foyers et le manque de qualification du personnel y travaillant. Ces foyers censés assurer un lieu de mise à l'abri, d'hébergement, d'hygiène et de santé, d'occupation et de loisirs pour personnes âgées sont loin de répondre à ces objectifs. Dans le contexte de la prise en charge des personnes âgées démunies, et en dépit des efforts engagés par l'État afin d'améliorer la qualité de l'accueil dans les foyers une nouvelle approche et une attention plus vigilante à l'environnement et aux conditions d'accueil, à l'intégration des familles dans les activités des structures d'accueil, à la formation des personnels et des intervenants dans la vie et la gestion de ces établissements, constituent autant d'actions à engager. Par ailleurs, l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge de la personne âgée démunie et/ou sans attaches familiales nécessitent l'intervention des différents départements ministériels en vue d'assurer à cette stratégie une entière cohérence et une complémentarité des actions et programmes à mettre en œuvre. Il devient alors primordial de mettre en place un nouveau système de prise en charge des plus démunis complémentaire à la traditionnelle solidarité familiale. L'État doit œuvrer pour le maintien des personnes âgées dans leur milieu familial à travers des dispositifs et des mesures permettant une offre de prise en charge globale intégrant à la fois les soins, les équipements spécifiques, l'aide à domicile, l'aide-ménagère et les prestations nécessaires susceptibles de répondre à leurs besoins. Car le maintien de l'aîné dans son milieu de vie habituel a des retentissements positifs sur son

état psychologique et consolide efficacement le tissu familial et communautaire de la société, sous réserve que les aidants familiaux soient eux-mêmes soutenus. Ces paramètres constituent de nouveaux facteurs de

traitement du vieillissement de la population algérienne, afin de prendre de nouvelles mesures en adéquation avec les principes du vivre dans la dignité et la décence humaine.



Placette publique, Birtouta, Algérie, 2017. Karima Bouaziz

Annexe

Tableau 8. Liste des foyers pour personnes âgées selon les régions administratives en Algérie (2014)

Dénomination de l'établissement	Siège de l'établissement	Wilaya d'implantation	Région administrative
Foyer pour personnes âgées de Hammam Righa	Commune de Hammam Righa	Ain Defla	Centre
Foyer pour personnes âgées de Bab Ezzouar	Commune de Bab Ezzouar	Alger	Centre
Foyer pour personnes âgées de Dely Brahim	Commune de Dely Brahim	Alger	Centre
Foyer pour personnes âgées de Sidi Moussa	Commune de Sidi Moussa	Alger	Centre
Foyer pour personnes âgées de Bejaia	Commune de Bejaia	Bejaia	Centre
Foyer pour personnes âgées de Bouira	Commune de Bouira	Bouira	Centre
Foyer pour personnes âgées de Bordj Menaïel	Commune de Bordj Menaïel	Boumerdes	Centre
Foyer pour personnes âgées d'Oued Fodda	Commune d'Oued Fodda	Chlef	Centre
Foyer pour personnes âgées de Ben Chicao	Commune de Ben Chicao	Média	Centre
Foyer pour personnes âgées de Tizi Ouzou	Commune de Tizi Ouzou	Tizi Ouzou	Centre
Foyer pour personnes âgées d'Annaba	Commune d'Annaba	Annaba	Est
Foyer pour personnes âgées de Batna	Commune de Batna	Batna	Est
Foyer pour personnes âgées de Hammam Bouziane	Commune de Hammam Bouziane	Constantine	Est
Foyer pour personnes âgées d'AinAssel	Commune d'AinAssel	El Taref	Est
Foyer pour personnes âgées de Hammam Debagh	Commune de Hammam Debagh	Guelma	Est
Foyer pour personnes âgées d'El Aouna	Commune d'El Aouna	Jijel	Est
Foyer pour personnes âgées de Babar	Commune de Babar	Khenchela	Est
Foyer pour personnes âgées d'Oum El Bouaghi	Commune d'Oum El Bouaghi	Oum El Bouaghi	Est
Foyer pour personnes âgées de Salah Bey	Commune de Salah Bey	Sétif	Est

Benkamla B., Zehmani H.

- 1993, « Difficultés de prise en charge des malades mentaux dans les foyers pour personnes âgées et / ou handicapées », in Actes du troisième séminaire International ; la personne âgée, ses espérances, ses droits et sa protection, CNEPS, p. 70.

Benkhelil R.

- 1993, « Les personnes âgées, réalités et perspectives, contribution à la réflexion sur une nouvelle problématique de la vieillesse en Algérie », in Actes du troisième séminaire international ; la personne âgée, ses espérances, ses droits et sa protection, CNEPS, p. 38.

Boutefnouchet M.

- 1984, La famille Algérienne, évolutions et caractéristiques modernes, éd. OPU, Alger, 316 p.

Direction chargée de la protection des personnes âgées

- 2010, Projet de décret exécutif fixant les conditions de placement ainsi que les missions, l'organisation et le fonctionnement des établissements spécialisés et des structures d'accueil des personnes âgées. Ministère de la solidarité sociale et de la famille (document non publié), 12 p.

Jacquet I.

- 2009, La vieillesse au Maroc. Récits de vie et portraits, Acadamia Bruylant, Louvain La Neuve, 209 p.

Labidi L.

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

Lebsari O.

- 2006, Populations âgées en Algérie : quelle prise en charge au sein de la famille ? In, actes du colloque international familles et santé ; le regard des sciences sociales.4-5 Avril 2006, Oran, Éditions Dar El Charb, p.187-193.

Ministère de l'emploi et de la solidarité nationale (MESN)

- 2003, Guide relatif aux droits des personnes âgées, Alger, Éditions ANEP, 13p.

Office du Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme

- 2010, Contribution du gouvernement algérien au questionnaire de l'experte indépendante sur les questions des droits de l'homme et de l'extrême pauvreté, portant sur la protection sociale des personnes âgées, Genève.

Office National des Statistiques (ONS)

- 2004, Projections de populations à l'horizon 2030. Collections Statistiques n°106, Série S : Statistiques Sociales, Alger.

- 2017, Démographie Algérienne 2016, n°779, Direction technique chargée des statistiques de population et de l'emploi, 24p.

République Algérienne Démocratique et Populaire

- 2002, Journal officiel de la république algérienne, n°37 du 26 mai 2002, p. 12-15.

- 2010, Journal officiel de la république algérienne, n° 79 du 29 décembre 2010, p. 4-7.

United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division

- 2017, World Population Prospects: The 2017 Revision. <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

Tableau 8. (suite)

Dénomination de l'établissement	Siège de l'établissement	Wilaya d'implantation	Région administrative
Foyer pour personnes âgées de Skikda 1	Commune de Skikda	Skikda	Est
Foyer pour personnes âgées de Skikda 2	Commune de Skikda	Skikda	Est
Foyer pour personnes âgées de Sedrata	Commune de Sedrata	Souk Ahras	Est
Foyer pour personnes âgées de Souk Ahras	Commune de Souk Ahras	Souk Ahras	Est
Foyer pour personnes âgées de Bekkaria	Commune de Bekkaria	Tébessa	Est
Foyer pour personnes âgées d'Ain Temouchent	Commune d'Ain Temouchent	Ain Temouchent	Ouest
Foyer pour personnes âgées de Sig	Commune de Sig	Mascara	Ouest
Foyer pour personnes âgées de Mascara	Commune de Mascara	Mascara	Ouest
Foyer pour personnes âgées de Sayada	Commune de Ben Sayada	Mostaghanem	Ouest
Foyer pour personnes âgées d'Oran	Commune d'Oran	Oran	Ouest
Foyer pour personnes âgées de Relizane	Commune de Relizane	Relizane	Ouest
Foyer pour personnes âgées de Sidi Bel Abbes	Commune de Sidi Bel Abbes	Sidi Bel Abbes	Ouest
Foyer pour personnes âgées d'Ain Bouchekif	Commune d'Ain Bouchekif	Tiaret	Ouest
Foyer pour personnes âgées d'Ourgla	Commune de Ben Ouargla	Ouargla	Sud

Source : Ministère de la Solidarité Nationale

Tableau 9 : Répartition des pensionnaires âgés selon leur statut et leur âge (2013)

	60 ans et plus		Moins de 60 ans	
	Effectif	%	Effectif	%
Sans famille	526	43,8	330	37,5
Abandonnés	675	56,2	550	62,5
Total	1201	100	880	100

Source : Tableau élaboré à partir de données fournies par le ministère de la solidarité nationale

Tableau 10 : Nombre de sans domicile fixe accueillis en foyers en 2010 selon l'âge et le sexe

	60 ans et plus		Moins de 60 ans	
	Effectif	%	Effectif	%
Femmes	145	40,7	248	52,6
Hommes	211	59,3	223	47,4
Total	356	100	471	100

Source : Tableau élaboré à partir de données fournies par le ministère de la solidarité nationale

Tableau 11 : Répartition des personnes pensionnaires par âge et sexe en 2013

	60 ans et plus		Moins de 60 ans	
	Effectif	%	Effectif	%
Femmes	465	38,9	470	50,3
Hommes	731	61,1	464	49,7
Total	1196	100	934	100

Source : Tableau élaboré à partir de données fournies par le ministère de la solidarité nationale

Chapitre 8

Prise en charge institutionnelle des personnes âgées vulnérables en Tunisie



Lassaad LABIDI

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

Intervention sociale

Action associative Tunisie

Politique de la vieillesse

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

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

Population âgée vulnérable

Introduction

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

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

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

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

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

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

Personnes âgées et personnes âgées vulnérables

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

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

Objectifs et méthodes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Préserver l'état de santé et garantir la dignité de la personne vieillissante.

- « Lutter contre toute les formes de discrimination et d'exclusion familiale et sociale » et assurer l'intégration des personnes âgées.

- D'encourager la participation active des personnes âgées dans tous les domaines de la vie sociale, culturelle, sportive et récréative. Le deuxième chapitre de la loi mentionnée traite de deux questions. La première se rapporte aux personnes âgées vivant au

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

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

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

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

L'amélioration des anciens programmes : une intervention plus sélective

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

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

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

personnes âgées à domicile¹²⁵ ». Par ailleurs, pour pouvoir bénéficier d'une aide en espèces à domicile, la personne âgée doit être pauvre, sans soutien et sans couverture sociale¹²⁶. Elle doit déposer une demande auprès des assistantes sociales du secteur ; après enquête sociale ces dernières soumettent le dossier de la personne concernée à la commission spécialisée relevant du conseil régional qui prendra la décision définitive. Il est à noter que tous les efforts sont déployés pour encourager le maintien à domicile. Cette formule d'intervention revêt plusieurs avantages aussi bien pour la personne que pour sa famille. Elle permet à la personne concernée de continuer à vivre dans un cadre qui lui est familier et de rester proche des différents repères qu'elle a construits et pour lesquels elle a un attachement profond. Pour la famille, le maintien à domicile lui permet d'être unie et de profiter de la présence d'une personne dont les conseils et le soutien peuvent être d'une valeur considérable. Toutefois, le maintien à domicile ne garantit pas toujours la bonne qualité de vie aussi bien pour la personne que pour sa famille. Au cas où la personne âgée concernée soit dépendante ou victime d'une grave maladie, son maintien à domicile peut être à l'origine de situations difficiles voire même douloureuses tant pour elle-même que pour son entourage.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : UTSS (2015) et MAS (2016)

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

Parallèlement à la diminution du nombre des pensionnaires, nous constatons une baisse du nombre des centres de protection. Jusqu'à 1982, il y avait 13 centres dans

tout le pays, puis, le Ministère des Affaires Sociales a procédé à la fermeture des deux centres situés au sud du pays. Le sud de la Tunisie est une région qui se distingue par des relations familiales et communautaires fortes ayant bien résisté aux multiples aspects du changement qu'a connus la société tunisienne.

Pour mettre fin au développement de la prise en charge institutionnelle, les autorités publiques se sont orientées depuis le début des années 1980 et surtout après la mise en place du programme d'ajustement structurel en 1986, vers l'assistance à domicile. Cette nouvelle orientation avait pour objectif de favoriser le maintien des personnes âgées vulnérables dans leur milieu de vie. Selon les statistiques disponibles, si l'effectif des pensionnaires des centres de protection n'a pas suivi l'augmentation du nombre des personnes âgées dans la population totale, celui des personnes bénéficiaires de l'aide en espèces à domicile a été multiplié par plus de 42 depuis 1987 atteignant 123 000

en 2013 puis 131120 en 2014.

La prise en charge en institution se trouve ainsi limitée aux cas extrêmes. L'orientation vers le soutien à domicile est expliquée jusqu'à présent dans le discours officiel par le désir des autorités publiques de renforcer les liens familiaux et préserver les valeurs culturelles de la société qui accordent une place particulière aux personnes âgées aussi bien dans la famille que dans la société. Cependant, si nous analysons de manière approfondie cette orientation, nous découvrirons qu'elle s'explique en fait davantage par des considérations financières, dans la mesure où elle a été renforcée depuis la mise en application du plan d'ajustement structurel qui a été accompagnée par une politique sociale de rationalisation et de ciblage des besoins des catégories sociales les plus démunies.

En effet, si nous comparons le coût mensuel par personne dans un centre de protection, celui de la Manouba par exemple, et le montant mensuel de l'aide en espèces à domicile par personne nous nous rendons compte qu'il y a une différence énorme. Prenons par exemple le cas de l'année 2013, le coût mensuel par personne placée dans le centre de la Manouba est de 517 dinars (environ 250 euros), alors que le montant de l'aide à domicile est de 120 dinars (environ 55 euros). Par ailleurs, le nombre des bénéficiaires de la prise en charge dans les centres représente moins de 0,5 % du total des personnes bénéficiant de l'aide à domicile. Cette différence au niveau des coûts ainsi qu'au niveau de l'importance relative de chacun de ces deux modes d'intervention, montre bien que l'aide à domicile, indépendamment des considérations familiales et culturelles, est un choix qui répond à une certaine rationalité

économique. Il permet de protéger un plus grand nombre de personnes âgées vulnérables avec un coût moindre, comparé à celui de la prise en charge institutionnelle. Cette dernière, est strictement limitée aux personnes pour lesquelles il n'y a pas d'autre alternative possible. Elle ne constitue plus l'axe central de la politique d'intervention auprès des personnes âgées vulnérables.

Par ailleurs, il est important de signaler que le montant de l'aide à domicile est dérisoire comparé au coût de la vie qui n'a cessé d'augmenter d'une année à l'autre ce qui n'encourage pas suffisamment le maintien de la personne âgée dans son milieu de vie habituel. De ce fait, en raison de cette faiblesse des aides à domicile, certaines familles n'hésitent pas à faire subir à leur membre âgé différentes formes de maltraitance directe et indirecte pour le pousser à aller chercher refuge auprès des centres de protection. C'est ainsi, que chaque centre de protection de personnes âgées dispose d'une liste d'attente plus ou moins longue selon les régions. Mais les personnes demandeuses d'hébergement peuvent attendre toute leur vie sans avoir la possibilité de finir leurs vieux jours dans un centre de protection.

Quoiqu'il en soit, l'aide mensuelle en espèces dont le montant a atteint 150 dinars en 2015 (environ 60 euros) malgré son montant dérisoire, a permis à certaines personnes âgées issues des couches populaires de demeurer intégrées dans leur milieu familial. Elle a permis de réduire les conséquences d'une forme de pauvreté caractérisée non pas par la précarité ou la médiocrité des revenus, mais par leur absence totale.

Conscients des mauvaises conditions de vie de certaines personnes âgées qui

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

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

Enfin, mentionnons que les personnes âgées recevant des aides en espèces à domicile ainsi que celles prises en charge dans le cadre du programme du placement familial bénéficient de la gratuité des soins dans les structures hospitalières publiques.

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

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

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

Répartition des pensionnaires selon le sexe

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

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

Source : UTSS (2015) et INS (2015)

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

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

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

Répartition des pensionnaires selon le statut matrimonial

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

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

Source : UTSS (2015) et INS (2015)

Plusieurs éléments clés peuvent être dégagés des résultats figurants dans le tableau 3.

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

Un autre point marquant est l'importante proportion de célibataires parmi les pensionnaires qui est de l'ordre de 62 % pour

les hommes et de 46 % pour les femmes.

Qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, ces proportions sont largement supérieures aux proportions de célibataires observables au niveau de la population âgée tunisienne. En effet, selon les résultats du recensement de 2014, on trouve 2,4 % célibataires parmi les hommes et 2,7 % parmi les femmes, cette dernière ayant augmenté par rapport à son niveau de 2004 à savoir 1,4 % (INS 2016).

Qu'il s'agisse des femmes ou des hommes, célibataires ou veufs, nous pouvons déduire que le veuvage et le célibat pendant la vieillesse constituent deux variables importantes qui poussent certains à prendre le chemin des centres d'hébergement pour personnes âgées. D'un point de vue psychosocial, les proportions élevées de veufs et de célibataires enregistrées au sein de la population âgée prise en charge dans les centres de protection démontrent l'importance du couple pendant la vieillesse. C'est-à-dire que le célibat et le veuvage pendant la vieillesse pourraient indiquer une situation qui pose problème. En effet, pour certaines vieilles personnes en raison du célibat ou à cause de la perte du conjoint, elles peuvent se retrouver sans revenu et ce en plus des problèmes de solitude et

d'isolement qu'elles peuvent vivre. Ainsi, avec l'avancée en âge certaines femmes, mais aussi certains hommes, risquent de subir aussi bien les conséquences du vieillissement sur le plan psychologique que ses conséquences sociales et économiques relatives au statut de veuf ou de célibataire.

Par ailleurs, à la lumière des projections démographiques (INS, 2015b), nous pouvons nous attendre dans les prochaines décennies à une augmentation du nombre des personnes âgées célibataires pour les deux sexes. Car les données qui nous sont fournies par l'INS pour 2014, nous permettent de constater que le célibat augmente pour les deux sexes.

En effet, en 1994, la proportion des personnes célibataires dans la classe d'âge 40-59 ans était de 11,2 %. Elle a par la suite augmenté pour atteindre 19 % en 2004 puis 30,2 % en 2014. Même si cette situation de célibat ne sera pas définitive pour tous, il est certain qu'elle le demeurera pour d'autres. L'évolution des valeurs et des mentalités, mais aussi les difficultés socio-économiques, pourrait être à l'origine du choix que font certaines personnes de ne pas fonder de famille et de rester célibataire tout au long de leur vie. Ceci pourra dans les prochaines décennies augmenter la proportion des personnes célibataires parmi la population âgée et par conséquent nous

pouvons nous attendre à une augmentation des demandes de placement dans les centres de protection pour personnes âgées.

Nous constatons également qu'il y a parmi les personnes âgées bénéficiaires de la prise en charge institutionnelle une proportion importante de personnes divorcées : 13 % pour les femmes et 18 % pour les hommes. En comparant ces taux à ceux enregistrés parmi toute la population âgée tunisienne nous dégagons une énorme différence. En effet, selon le dernier recensement les données disponibles indiquent qu'il y a au sein de l'ensemble de la population âgée 1 % d'hommes divorcés et 2 % de femmes dans la même situation.

De ce qui précède, nous pouvons déduire que le divorce est une autre variable qui peut à son tour pousser certaines personnes âgées à finir leurs vieux jours dans un centre de protection. En définitive, qu'il s'agisse du célibat, du divorce ou du veuvage, cela nous permet de conclure que dans le contexte de la société tunisienne la famille reste une institution sociale fondamentale à tous les stades de la vie et en particulier au premier et au dernier stade.

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

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

Source : UTSS (2015) et INS (2015)

Répartition des pensionnaires selon le niveau scolaire et les antécédents professionnels

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

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

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

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

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

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

Source: UTSS (2015)

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

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

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



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

Conclusion

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

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



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

Arafa H.

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

Bouhdiba A.

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

DGPS (Direction Générale de la Promotion Sociale)

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

Doudich M.

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

Goffman E.

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

Institut National de la Statistique (INS)

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

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

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

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

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

Labidi L.

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

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

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

Ministère des Affaires Sociales (MAS)

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

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

Union Tunisienne de Solidarité Sociale

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

Introduction

Au Brésil, vieillir en maison de retraite est une réalité encore peu répandue. Selon l'étude de Camarano et Kanso (2010), réalisée entre 2007 et 2010, la proportion de personnes de plus de 60 ans dites « institutionnalisées » est très largement inférieure à 1 %. Plus précisément, tandis que la population brésilienne comptait 19,6 millions d'aînés, seulement 84 000 individus environ vivaient dans une Institution de Long Séjour (ILS). En dépit de chiffres peu élevés¹²⁸, l'institutionnalisation des personnes âgées au Brésil soulève des questions « bonnes à penser » du fait du vieillissement de la population et des images de la vieillesse dans ce pays¹²⁹. L'hébergement social des personnes âgées y constitue-t-il un phénomène social nouveau ? Pourquoi et sur quels critères certains des aînés brésiliens se retrouvent-ils institutionnalisés à la fin de leur vie ? Comment l'État répond-il à cette « demande sociale » ? Quel est le rôle de la famille dans le processus d'institutionnalisation ? Comment l'hébergement social est-il envisagé par les personnes directement concernées – l'individu âgé lui-même, mais aussi les membres de sa famille ou ses amis ?

Ces questions incontournables indiquent le caractère problématique et plurifactoriel de l'institutionnalisation de la prise en charge des personnes âgées au Brésil. Les réponses à ces questions pouvant être apportées par des études à caractère démographique, historique, sociologique et/ou ethnographique, notre ambition ne sera pas de les traiter exhaustivement. Nous avons choisi d'aborder un sujet assez précis, à savoir la tension entre la demande croissante de nouvelles places

dans ces institutions et l'image négative à laquelle les ILS se trouvent associées. L'objectif est de repérer l'un des enjeux forts liés à cette tension, à savoir l'émergence d'un véritable marché de l'hébergement pour les personnes âgées au Brésil.

Dans une première partie, nous allons voir pourquoi, dans le cadre d'une « politique de la vieillesse » assez récente au Brésil (Debert, 2004), les ILS ne sont pas parmi les options considérées comme « positives » par les législateurs et les hommes politiques. Plus important encore : même la population brésilienne en général refuse l'hébergement social des personnes âgées. Il s'agit, au contraire, d'un choix par défaut – et, dans certains cas, d'un interdit. Dans un deuxième temps, à partir des enquêtes menées par Ana Amélia Camarano (2007 ; 2008a ; 2008b ; 2008c) et Micheline Christophe (2009), nous mentionnerons quelques éléments statistiques de nature à expliquer l'émergence d'une demande croissante pour des places en ILS au Brésil.

I. Bien vieillir, c'est vieillir en famille ? La solidarité familiale comme principe normatif

D'après l'article 230 de la Constitution de la République Fédérative Brésilienne, « la famille, la société et l'État doivent apporter soutien aux personnes âgées, en leur assurant la participation dans la communauté, en protégeant leur dignité, leur bien-être et leur droit à la vie » (Brasil, 1988). L'ordre des éléments présentés dans cet article définit une hiérarchie de responsabilités dans laquelle le devoir de soutenir et protéger les aînés revient en premier lieu à la famille¹³⁰. Au Brésil, lorsque l'État et les institutions privées, philanthropiques ou religieuses participent aux soins en fin de vie et à l'hébergement de personnes âgées, ceci révèle une sorte de « vide » (qu'il a fallu combler) laissé par le soutien familial ou – en reprenant l'expression de Robert Castel (1991) – par le processus de désaffiliation. En effet, ainsi que le stipule l'article 37 de la Charte de la Personne Âgée, « l'assistance intégrale en modalité d'institution de long séjour sera offerte en cas d'inexistence du groupe familial, foyer, d'abandon ou d'absence de ressources propres ou familiales » (Brasil, 1994). Autrement dit, dans le contexte brésilien, l'hébergement social des personnes âgées ne se justifie que lorsqu'il y a rupture définitive ou durable des liens avec le travail et la famille.

Retrouvé par ailleurs dans la Politique Nationale de la Personne Âgée (Brasil, 2003), ce « principe familial » se place au cœur des conceptions publiques de la solidarité envers les personnes âgées et contribue à encadrer de manière stricte le profil de la frange institutionnalisée de cette population. Cela ne s'explique pas, ou pas seulement, en raison de l'efficacité d'un système de lois « positif » (dans le sens juridique) visant à conformer les comportements individuels à ce que l'État juge « naturel » ou « nécessaire », mais plutôt par les conséquences normatives

et pratiques qui se dégagent de l'accord tacite entre le point de vue des législateurs et celui des personnes directement concernées – autrement dit, les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches. Si les ILS ne sont pas considérées comme une alternative de premier choix par les législateurs et les hommes politiques – voire par la population brésilienne en général –, cela s'explique avant tout par un système de représentations où la vieillesse et la position sociale des plus âgés se caractérisent par l'inactivité (le « non-travail ») et par la dépendance à l'égard du groupe familial (la perte graduelle ou abrupte de capacités cognitives et physiques). Par ailleurs, cela s'explique aussi par la circulation internationale d'un « discours gérontologique » où l'institutionnalisation des vieillards et l'action assistantielle à leur égard sont perçues comme des pratiques indignes, voire dégradantes, vis-à-vis d'un véritable droit au « bien vieillir » (Guillemard, 1986 ; Debert, 1998, 2004).

En résumé, l'entrée en institution de personnes âgées au Brésil est considérée comme une solution par défaut, voire interdite d'un point de vue à la fois social et juridique, qui ne s'impose que lorsque l'individu concerné a perdu son autonomie et ses liens avec le travail et la famille.

¹²⁸ En Norvège, par exemple, la proportion de personnes âgées vivant en institution s'élève à 11,8 %, tandis qu'au Royaume Uni, ce taux est d'environ 6 % (Gibson et al., 2003).

¹²⁹ D'après les études de Guita Grin Debert (1998 ; 2004), les « images » ou représentations de la vieillesse au Brésil oscillent entre celle du vieillard décadent et impuisant (liée au processus de vieillissement des personnes appartenant aux classes populaires) et celle des personnes âgées vivant leur « meilleur âge » au sein d'un véritable marché de consommation. Cependant, comme le souligne Debert, ces images ou représentations sont floues et fonctionnent plutôt comme des catégories de classification et, partant, de distinction sociale.

¹³⁰ À ce sujet, un point de vue similaire est proposé dans l'étude panoramique sur le vieillissement au Brésil menée par la Direction Générale du Trésor (DGE, 2015).

II. « Bien vieillir » en maison de retraite : vers l'émergence d'un marché ?

Entre 1980 et 2015, l'indice synthétique de fécondité a fortement baissé au Brésil, passant de 4,1 à 1,72 enfants par femme (Banque Mondiale) et l'espérance de vie de la population brésilienne est passée de 62,6 à 75,4 ans (IBGE, 2015). Aujourd'hui le pays compte plus de 23 millions de personnes de plus de 60 ans (IBGE, 2015). Par rapport aux pays européens dont le vieillissement démographique s'est réalisé progressivement, sur un siècle environ, le Brésil doit faire face à un fort vieillissement se produisant en quelques décennies seulement. Selon l'IBGE¹³¹, les plus de 60 ans représentaient en effet 7,3 % de la population totale du pays en 1991 (ils étaient alors 10,72 millions), et en représentaient 8,2 % en 2000 (ils étaient alors 14,23 millions). Durant les 35 prochaines années, leur nombre devrait passer de plus de 23 millions à 66 millions environ, leur part relative passant quant à elle de 11,7 % en 2015 à 29,4 % en 2050¹³². En parallèle du processus de vieillissement en cours, de nouvelles configurations familiales se sont dessinées et, avec elles, de nouvelles formes d'individualisation (Camarano, 2014). Le fait que les femmes participent significativement et durablement au marché de travail a contribué à la délimitation de nouveaux rôles pour les parents et grands-parents. En ce qui concerne les classes moyennes, par exemple, ces derniers participent moins à la garde des leurs petits-enfants – les écoles maternelles privées sont en plein essor au Brésil (INEP, 2000) – et, pendant leur temps libre, tendent à s'inscrire dans des nouvelles formes de sociabilité, loisirs et consommation (Debert, 1999). Compte tenu du contexte économique

et social qui est actuellement favorable¹³³, du rythme accentué des transformations démographiques et du « principe familial » jalonnant les conceptions publiques de la solidarité concernant l'hébergement des aînés, il est possible de considérer qu'un véritable marché d'Institutions de Long Séjour est en train d'émerger au Brésil.

En effet, en dépit du fait que dans ce pays moins de 1 % des personnes de plus de 65 ans vivent en institution, les dernières études socio-démographiques indiquent une augmentation considérable non seulement de la demande potentielle pour des institutions de long séjour, mais également de l'offre réelle de places d'hébergement en ILS. Concernant la demande, les études de Camarano (2007, 2008a, 2008b, 2009) et Christophe (2009) montrent que 13 % de la population âgée brésilienne souffre d'une diminution de capacités pour les actes de la vie quotidienne. D'après ces auteurs, la perte ou la diminution de ces capacités sont parmi les facteurs prédictifs de l'institutionnalisation en ILS – les autres étant l'âge, le statut marital (veuf/veuve, divorcé/divorcée ou célibataire) et le fait de vivre seul. Au sein d'une population totale d'environ 2,2 millions de personnes âgées présentant une diminution de capacités, la demande potentielle de nouvelles places d'hébergement en Institutions de Long Séjour pourrait ainsi s'élever à 610 000 (Christophe, 2009).

Ainsi, les études réalisées sur le sujet (Camarano, 2007, 2008a, 2008b, 2009 ; Christophe, 2009) estiment qu'il y a un déficit de plus de 500 000 places en ILS au Brésil. Une hypothèse explicative à cet

égard est, bien entendu, la faible action des pouvoirs publics – une réponse logique dans un univers où les législateurs partagent des convictions communes à l'égard du rôle fondamental de la solidarité familiale envers les plus âgés et à l'égard du caractère indigne de l'institutionnalisation des vieillards. D'autre part, les 500 000 places manquantes peuvent aussi être interprétées comme révélatrices d'un marché potentiel d'autant que, d'après les études socio-démographiques citées, parmi les ILS créées au Brésil depuis 1990, une sur deux est privée.

Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'au Brésil, environ un tiers des personnes

âgées placées en institutions sont classées « indépendantes ». Considérant l'importance de ce public, les nouvelles ILS sont en train de se redéfinir, en ne se présentant plus nécessairement comme des « mouiroirs » (Beauvoir, 1990) ou comme des lieux pour « bien mourir » (Debert, 2004). Ainsi, la compétition pour conquérir ce nouveau marché de plus de 500 000 consommateurs potentiels s'inscrit, au niveau des représentations, en opposition avec le point de vue jusque-là très largement partagé au Brésil, selon lequel le « bien vieillir » ne peut se réaliser qu'en vivant au sein de la famille ou des proches.



Institution de Long Séjour Asilo Padre Cacique, Porto Alegre, Brésil, 2005. Lucas Graeff

¹³¹ Instituto Brasileiro de Estudos Demográficos.

¹³² Informations extraites de la base de données de l'IBGE.

¹³³ Il n'est jamais inutile de rappeler l'émergence rapide d'une nouvelle classe moyenne au Brésil. Depuis 2003, environ 31 millions de brésiliens sont sortis de la pauvreté et sont considérés comme appartenant désormais à la « Classe C ». Cette « classe », définie par l'IBGE correspond aux personnes dont le revenu moyen mensuel est compris entre 520 et 2000 euros par mois et dont le taux d'équipement en biens durables (voitures, télévisions, etc.) dépasse un certain seuil.

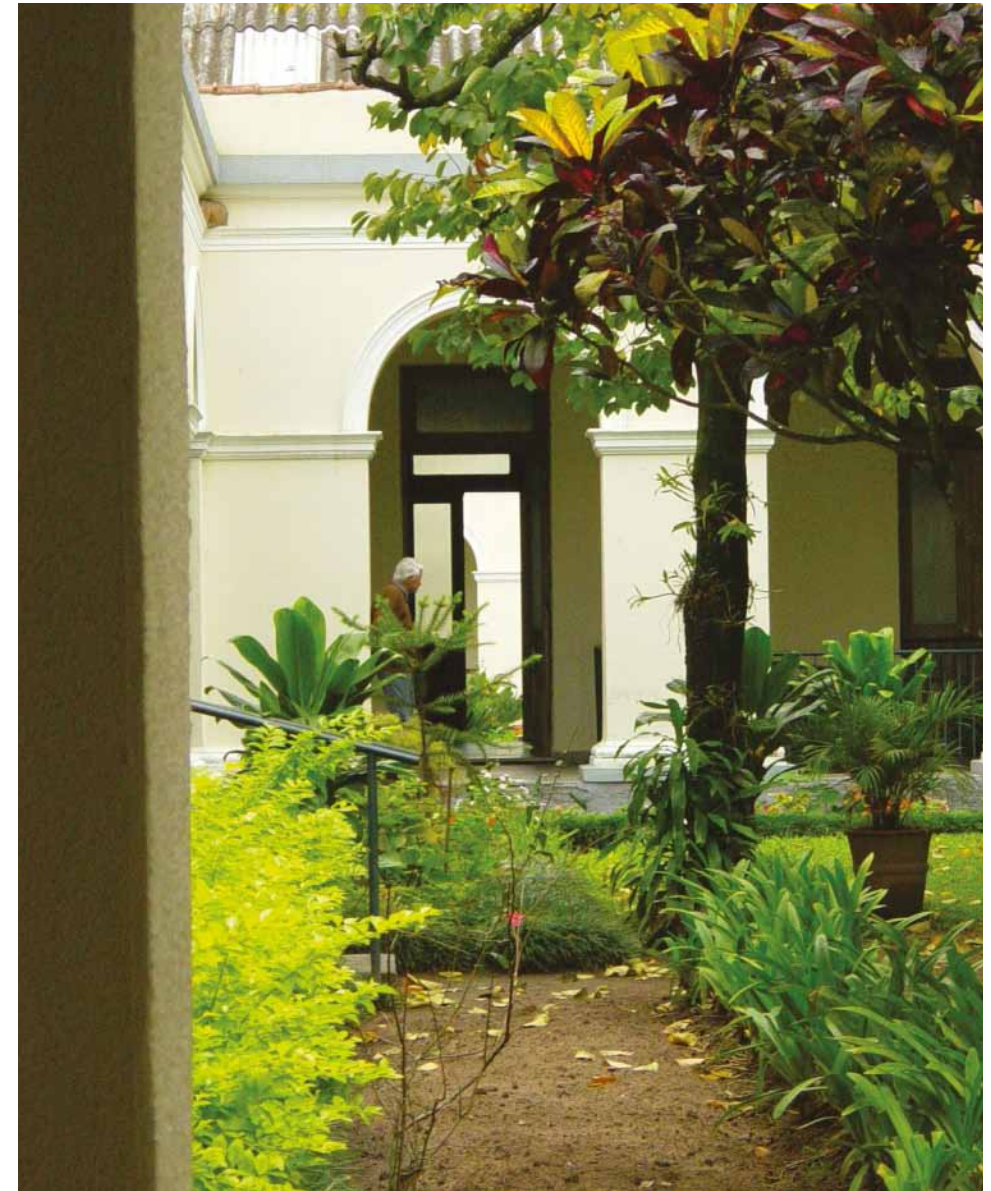
Conclusion

L'objectif de cet article était de souligner l'importance des enjeux liés à l'émergence d'un véritable marché de l'hébergement en institution pour les personnes âgées au Brésil. Notre propos n'était pas de faire l'éloge des ILS ou de lutter contre l'importance du « principe familial », mais d'identifier certains enjeux concernant la possibilité de percevoir l'hébergement en ILS comme un choix « positif » parmi d'autres. En ce sens, face à une demande grandissante d'hébergement et

de services destinés aux personnes âgées, il appartient à l'État et aux législateurs de décider s'il convient de laisser les nouvelles formes de « bien vieillir » dans les mains invisibles du marché ou bien de s'y investir plus directement en proposant, au sein des établissements publics, des alternatives d'hébergement plus adaptées aux différents publics composant la population âgée brésilienne.



Institution de Long Séjour Asilo Padre Cacique, Porto Alegre, Brésil, 2005. Lucas Graeff



Institution de Long Séjour Asilo Padre Cacique, Porto Alegre, Brésil, 2005. Lucas Graeff

Beauvoir S.

- 1990, A velhice, Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

Brasil

- 1988, Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, Senado Federal.

- 1994, « Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências », Diário Oficial da República Federativa do Brasil, vol. 132, n.

3, p. 77-79, Seção 1, pt. 1.

- 2003, « Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria no 1.395, de 9 de dezembro de 1999 », Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 237-E, p. 20-24, 13 dez. Seção 1.

Camarano A.A.

- 2007, Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: região Norte, Brasília, IPEA.

- 2008a, Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: região Centro-Oeste, Brasília, IPEA.

- 2008b, Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: região Sul, Brasília, IPEA.

- 2008c, Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: região Nordeste, Brasília, IPEA.

Camarano A. A. (Org.)

- 2014, Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea),.

Camarano A. A., Kanso S.

- 2010, As instituições de longa permanência para idosos no Brasil, Revista Brasileira de Estudos de População, vol. 27, n. 1, p. 232-235.

Castel R.

- 1991, « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », in J. Donzelot (dir.), Face à l'exclusion. Le modèle français, Paris, Éditions Esprit, p.137-168.

Christophe M.

- 2009, Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?, Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro.

Datasus

- 2011, Banco de dados online, disponível sur: <http://www.datasus.gov.br/ldb>

Debert G.G.

- 1998, Envelhecimento e representações sobre a velhice. Anais do VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais

Debert G.G.

- 2004, A Reinvenção da Velhice. São Paulo: EDUSP e FAPESP.

Direction générale des entreprises (DGE)

- 2015, Les marchés de la silver économie : analyse comparative dans 8 pays, Paris, Direction Générale du Trésor, 70 p. Disponible sur : <http://www.entreprises.gouv.fr/etudes-et-statistiques/marches-la-silver-economie>

Gibson M.J., Gregory S.R., Pandya, S.M.

- 2003, Long-term care in developed nations: a brief review, Washington D.C., AARP Public Policy Institute.

Guillemard A-M

- 1986, Le déclin du social, formation et crise des politiques de la vieillesse, Paris, Presses universitaires de France.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

- 2015, Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponible sur : <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP)

- 2000, Resultados preliminares do censo da educação infantil, Brasília, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais.

PARTIE 3

SYSTÈMES DE RETRAITE AU SUD : ENJEUX ET DÉFIS

Chapitre 9

Les régimes de prévoyance sociale au Burkina Faso, Sénégal et Togo :
consolidation budgétaire, extension de la couverture et intégration régionale



Tom Briaud

Université Paris Descartes
tbriaud@gmail.com

Burkina Faso

Togo

Protection sociale

Sénégal

Pour comprendre la situation actuelle des systèmes de retraite en Afrique de l'Ouest, il convient de revenir sur leur introduction du temps de la colonisation. Le droit de la sécurité sociale est intimement lié au droit du travail et ce encore maintenant dans la mesure où la définition légale du travailleur exclut de la protection sociale près de 80 % de la population. Nous expliquons en quoi la mise en place des premières institutions de prévoyance a conditionné le fonctionnement de celles d'aujourd'hui puis étudions trois trajectoires nationales (Burkina Faso, Sénégal, Togo). Bien qu'étant toutes de type « bismarckien », elles possèdent des particularités et se trouvent dans des situations différentes. Enfin, sont abordées les réformes possibles et les dynamiques actuelles qui prennent corps dans ces trois pays, et plus généralement en Afrique de l'Ouest.

To understand the current state of pension systems in West Africa, we need to study their introduction at the time of colonization. Social Security Law is closely linked to Labor Law, even still now as the legal definition of the worker excludes from social welfare about 80 % of the population. We show how the setting of the first pension institutions still conditions their current functioning. We analyse three national trajectories (Burkina Faso, Senegal, Togo). Although are all are of a "Bismarckian" type, each country has its own particularities and current situations therefore differ. Finally, we will deal with possible reforms and current dynamics which take shape in these three countries, and more generally in West Africa.

Systèmes de retraite

Introduction

Depuis plus de cinquante ans, les recherches, rapports et communications au sujet des systèmes de retraite soulignent l'étranglement de leur couverture sur le continent africain. Cet indicateur clé classe les pays d'Afrique de l'Ouest au bas de l'échelle mondiale : entre 5 et 15 % de la population âgée¹³⁴ bénéficierait d'une pension. L'Organisation Internationale du Travail (OIT) a, dès les Indépendances, joué un rôle important dans la mise en place des systèmes de protection sociale en Afrique (Morse, 1959, p. 14-16). Pour cette institution, il convenait d'asseoir le financement des régimes de retraite sur les cotisations salariales et patronales et de les gérer par répartition. Or, une telle stratégie reposait sur l'hypothèse de salarisation progressive des économies ouest-africaines. Cinquante années plus tard, force est de constater qu'une part toujours très importante de la population exerce une activité dans le secteur informel ; cette situation pose ainsi le problème de l'extension des systèmes de retraite qui ne bénéficient qu'à une minorité de la population active (fonctionnaires et salariés du privé). L'impasse du modèle de la « société salariale »¹³⁵ (Castel, 1997) se pose avec acuité en Afrique.

« L'OIT est partie du principe qu'une proportion croissante de la population active des pays en développement finirait par trouver un emploi dans le secteur formel de l'économie ou par exercer une activité indépendante en étant au bénéfice de la sécurité sociale. Elle faisait implicitement l'hypothèse que les régions en développement suivraient la même

évolution que celle qu'avaient connue les pays industrialisés au cours de leur développement économique et social. L'expérience a toutefois montré, dans les pays en développement – et, plus récemment, dans les pays industrialisés –, que cette proportion stagne, voire diminue dans de nombreux cas. » (OIT, 2001, p. 3)

L'échec dans la transposition de modèles de protection sociale issus de pays du Nord (beveridgien et bismarckien) trouverait ses causes à la fois dans des facteurs exogènes (crise économique des années 1980, programmes d'ajustement structurel, etc.) et endogènes (mauvaise gestion, corruption, etc.). En première approximation, quatre périodes peuvent être distinguées dans la construction des systèmes de retraite ouest-africains. Tout d'abord, on assiste à leur mise en place dans les colonies à l'intention des expatriés. Progressivement, le régime spécial des fonctionnaires s'ouvre aux africains qui investissent la fonction publique. De la même manière, les régimes de base pour les salariés du privé, instaurés par le biais de négociations syndicales, intègrent les travailleurs africains. Par la suite, des Indépendances (1960) à la crise économique des années 1980, les institutions de prévoyance sociale s'autonomisent, s'implantent sur le territoire national et gèrent de plus en plus de cotisants. L'OIT qualifie cette période de « temps des vaches relativement grasses » (Giuliano, 2000, p. 16). Malgré la consolidation de leur équilibre budgétaire (très souvent excédentaire pour la branche des pensions), rien n'est fait pour

accroître la population couverte ou proposer d'autres prestations (comme des allocations chômage par exemple). Des années 1980 au début des années 2000, les programmes d'ajustement structurel mettent à mal les institutions de prévoyance sociale. Cette période de crise économique est aggravée par des ratios démographiques qui se dégradent et une mauvaise gestion de la branche des pensions qui creusent peu à peu les déficits budgétaires des régimes de retraite. A partir des années 2000, les organisations internationales (OIT et Banque mondiale principalement) interviennent de plus en plus auprès des gouvernements et proposent soit des réformes paramétriques soit des programmes d'assistance sociale. Peu à peu, l'idée d'étendre la protection sociale aux populations non salariées gagne du terrain. L'OIT en fait son cheval de bataille à travers l'appui à la création de mutuelles de santé. Actuellement, la priorité des systèmes de protection sociale africains est à l'extension de leur couverture maladie universelle grâce à des politiques nationales de protection sociale favorisant l'hybridation entre mutuelles et régimes de base.

Les systèmes de retraite au Burkina Faso, au Sénégal et au Togo se trouvent aujourd'hui face à deux défis majeurs qui conditionnent leur pérennité : consolider leur équilibre budgétaire et étendre la couverture aux individus qui en sont actuellement exclus (professions indépendantes, agriculteurs, personnel domestique, travailleurs du secteur informel). Dans chacun de ces pays, les institutions de prévoyance sociale possèdent un certain nombre de traits communs : modicité des pensions du privé, meilleur taux de remplacement pour les pensions des fonctionnaires, pluralisme institutionnel

(un régime spécial pour les fonctionnaires et un régime pour les salariés du privé), mauvaise gestion et corruption, limitation de la population bénéficiaire, quasi exclusion des femmes en tant que pensionnés de droit direct.

Il s'agira pour comprendre l'état actuel des systèmes de retraite en Afrique de l'Ouest de revenir sur leur introduction du temps de la colonisation. Le droit de la sécurité sociale est intimement lié au droit du travail et ce encore maintenant dans la mesure où la définition légale du travailleur exclut de la protection sociale près de 80 % de la population. Nous verrons en quoi la mise en place des premières institutions de prévoyance a conditionné le fonctionnement de celles d'aujourd'hui. Il conviendra ensuite de s'intéresser aux trois trajectoires nationales. Bien qu'étant toutes de type « bismarckien »¹³⁶, elles possèdent des particularités et se trouvent dans des situations différentes. Enfin, seront abordées les réformes possibles et les dynamiques actuelles qui prennent corps au Burkina Faso, au Sénégal et au Togo.

¹³⁴ Notons que la définition d'une personne âgée ne fait pas consensus, notamment quand elle est en lien avec la retraite. Les âges de départ à la retraite diffèrent d'un pays à l'autre. Les législations en la matière (Burkina Faso, Sénégal et Togo) considèrent la fourchette d'âge de 50 à 63 ans tout régime confondu.

¹³⁵ Pour R. Castel « la problématique moderne du salariat qui débouche sur la construction d'un salariat protégé apparaît à la conjonction de quatre facteurs principaux : le développement du marché, celui de l'industrialisation et de l'urbanisation, et de l'émergence d'un nouveau rôle de l'État » (1997, p. 35).

¹³⁶ C'est-à-dire relevant de l'assurance sociale (cotisations assises sur le salaire) et fonctionnant sur le mode de la répartition.

I. Une origine commune : le dispositif institutionnel et juridique de la colonisation

La couverture du risque vieillesse en Afrique occidentale est la dernière branche instituée¹³⁷ dans les systèmes de protection sociale coloniaux (il n'y en aura pas d'autres après les Indépendances). Pourquoi cette arrivée tardive ? En premier lieu, on peut considérer que l'histoire de la branche vieillesse en Afrique Occidentale Française (A.O.F) s'inscrit dans l'histoire de l'encadrement colonial de la main d'œuvre d'une part et de l'évolution du statut de la personne d'autre part (Vuarin, 2000, p. 46-48). La mise en valeur des colonies a nécessité de vastes transferts de population. Ainsi la Haute-Volta¹³⁸ considérée comme riche en hommes mais pauvre en ressources contribua à l'essor du Sénégal (dont l'économie s'appuyait notamment sur la culture d'arachides) et de la Côte d'Ivoire (qui avait besoin de main d'œuvre pour accroître le nombre de forestiers, exploitants de palmier à huile, de café et de cacao). Ces populations éloignées de leur village, sans formation professionnelle, à la recherche d'un revenu en numéraire, furent engagées en nombre, à la fois pour se garantir contre l'instabilité des travailleurs et pour pallier leur manque de productivité (de Briey, 1959, p. 41). Le développement des cultures tropicales telles que le café et le cacao nécessitait une main d'œuvre abondante, ce qui eut pour conséquence l'usage du travail forcé. La construction des centres urbains a quant à elle généré l'essor des migrations vers les villes et capitales. Il faut noter que l'abolition du travail forcé¹³⁹,

tardive en A.O.F, n'a eu lieu qu'en 1946, soit 16 ans après la promulgation de la convention n°29 de l'OIT (1930)¹⁴⁰. Avant de penser un système de retraite, il était nécessaire d'affirmer un travail libre. Il existait toutefois quelques textes épars de portée réduite évoquant les réparations d'accidents du travail et les prestations familiales, soit les deux domaines privilégiés d'intervention des politiques coloniales (Vuarin, 2000, p. 54). Les efforts de l'administration coloniale en matière de politiques sociales consistaient à accorder une protection de base à la population à la fois la plus touchée par le processus de développement et de modernisation, et la plus utile dans la réalisation de ce processus. Ces premières formes publiques de protection sociale ne cherchaient pas à se substituer aux formes de soutien communautaire mais à les compléter (Giuliano, 2000, p. 94). La couverture du risque vieillesse n'étant pas encore instituée à cette période, le travailleur était donc incité à retourner dans sa communauté pour être soutenu par sa famille une fois sa période de vie active terminée.

La conférence de Brazzaville (1944) peut être considérée à plusieurs égards comme un tournant dans la constitution d'un dispositif de protection sociale en A.O.F. Premièrement, elle déclare que les Africains ne sont plus des sujets privés des droits et des libertés élémentaires mais des citoyens français ou des citoyens de l'Union Française pour le Togo par exemple (Fouomene, 2013, p. 134). La nouvelle Constitution de 1946

garantit juridiquement cette égalité de droits et de libertés aux « Africains français »¹⁴¹. Deuxièmement, de cette conférence découle un ensemble de mesures qui vont peu à peu façonner les droits du travail et de la sécurité sociale : ouverture plus large des emplois aux « indigènes », rémunération égale à compétence égale entre expatriés et « indigènes », fin du travail forcé, création d'assistances sociales plus efficaces, abolition du code de l'indigénat (1945), etc. Le rôle d'un parlementaire français, Marius Moutet, ministre des colonies de 1946 à 1947, mérite d'être souligné ; il fut à l'origine d'un ensemble de réformes dont le « code Moutet », première tentative d'application d'un code du travail à l'ensemble des T.O.M et des travailleurs sans discrimination (européens comme africains). Malheureusement « mort-né » sous les pressions des lobbies patronaux, il suscita néanmoins de vives polémiques à l'Assemblée nationale, polémiques qui donnèrent lieu à une vaste concertation et aboutirent à l'adoption du Code du Travail d'Outre-mer en 1952. Ce code fut une « véritable charte pour les travailleurs et les employeurs en Afrique francophone » (Assima-Kpatcha et al., 2011, p. 365). De lui découla l'architecture juridique des systèmes de retraite de la fin de la colonisation et il constitua l'assise, incomplète, du Code du Travail des États nouvellement indépendants.

Très tôt les fonctionnaires expatriés ont bénéficié d'un régime de pension. La loi du 14 avril 1924 dans son article 71 stipule la création d'une caisse intercoloniale des retraites. Un décret intervenu dans l'exécution de cet article précise l'organisation du régime des pensions, ses modalités de gestion, fixe son siège à Paris et envisage de créer une caisse locale dans les colonies à laquelle

seront assujettis les « indigènes » de l'A.O.F. Toutefois, il faut attendre 1946 pour que le régime des pensions de la caisse locale des retraites du personnel indigène voie le jour. S'en suit un ensemble de décrets de 1949 à 1952 qui successivement fixent les conditions donnant droit à la pension¹⁴², ouvrent les crédits permettant la mise en application de la réforme et instaurent la Caisse des Retraites de la France d'Outre-mer (CRFOM).

Les fonctionnaires ont toujours constitué une catégorie privilégiée dans le domaine de la sécurité sociale. Leur expatriation dans les colonies a donc permis le transfert de leurs droits sociaux et, dans certains cas, ils ont bénéficié d'un régime plus généreux qu'en métropole afin de faciliter leur recrutement. Comme le souligne P. Mouton (1961, p. 158) « les premières réalisations importantes [en matière de protection sociale] dans les terres africaines se sont [...] produites dans le secteur public ». Peu à peu avec l'intégration de personnels locaux dans les administrations publiques, les régimes leur ont été ouverts. Ces avancées sociales pour le personnel local à l'époque coloniale vont se transformer aux Indépendances en privilège à l'égard du reste de la population. Les régimes spéciaux des fonctionnaires sont, encore aujourd'hui, considérés comme plus généreux que ceux relevant du privé, et ce, même avec un régime complémentaire.

Les régimes du secteur privé sont eux plus tardifs, bien que certaines grandes entreprises industrielles et commerciales aient institué des pensions pour leurs cadres. A l'instar du secteur public avec l'« africanisation » du personnel, les régimes se sont ouverts au personnel « indigène » (Mouton, 1961, p. 159). Cependant, ce n'est qu'avec l'adoption du Code du Travail d'Outre-mer en 1952 qu'on

137 L'administration coloniale en matière de protection sociale a mis l'accent sur la couverture du travail (accident du travail et risques professionnels) et les prestations familiales (notamment, les prestations de maternité).

138 Officiellement pour restriction budgétaire lors de la crise de 1929-1930, un décret de 1932 porta suppression de la colonie de Haute-Volta (renommée Burkina Faso en 1984) répartie entre ses trois voisins : la Côte d'Ivoire, le Soudan (actuel Mali) et le Niger. Ce n'est qu'en 1947 qu'elle est rétablie au sein de l'Union française dans ses anciennes limites avec pour capitale Ouagadougou.

139 Il s'agissait dans les textes de loi du terme de « prestations » que l'OIT a dénoncé dès 1930 car elle considérait ces dernières comme une forme d'esclavage (Vuarin, 2000, p. 48).

140 Cette convention relative au travail forcé ou obligatoire est consultable sur la base de données Normlex de l'OIT : http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEX_PUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C029.

141 La Constitution de 1946 dans son article 80 stipule que « tous les ressortissants des territoires d'outremer ont la qualité de citoyens français ».

142 Le droit à la pension pour ancienneté de services est acquis à 30 ans de services effectifs et 55 ans d'âge.

II. L'équilibre précaire des systèmes de retraite burkinabè, sénégalais et togolais

observe des avancées pour la couverture du risque vieillesse. Sur la base de conventions collectives, les organisations syndicales ont joué un rôle central dans l'édification d'un régime de pension pour les travailleurs du secteur privé.

En 1958, une institution particulière est créée : l'Institution de Prévoyance et de Retraite de l'Afrique Occidentale (IPRAO). Sa qualification juridique est « délicate » (Gautron, 1970, p. 709). Il s'agit à la fois d'une application du droit syndical, d'une série d'avenants aux diverses conventions collectives conclues par les organisations professionnelles et syndicales et d'une union interprofessionnelle. J.-C. Gautron (1970, p. 710) précise que l'IPRAO est un régime de base, exclusif (qui ne peut être superposé à d'autres régimes de retraite) et unique¹⁴³. Elle fonctionne sur le mode de la répartition et est alimentée par des cotisations patronales (60 %) et salariales (40 %) ainsi que par les produits de la gestion financière du fonds de réserve. Étant un organisme interprofessionnel et interterritorial, l'éclatement de l'A.O.F à partir de 1960 la transforme en organisme privé multinational avec un pouvoir de contrôle appartenant aux autorités gouvernementales des divers États membres et non plus à une seule autorité. Avec le développement des nouveaux États, l'IPRAO se voit confrontée aux retraits¹⁴⁴ de Haute-Volta en 1960, du Mali en 1962, de la Mauritanie en 1965, du Niger et du Togo¹⁴⁵ en 1966. Les motivations ont trait à plusieurs facteurs : politique d'abord, le siège de l'IPRAO étant à Dakar, le Sénégal s'imposait

dans les relations du travail des autres États ; économique ensuite, les États nouvellement indépendants étant dotés d'une infrastructure industrielle et commerciale qui entraîna une augmentation du salariat. Ils décidèrent alors de créer des régimes nationaux contrôlés par leurs soins. Les retraits successifs¹⁴⁶ ont rendu caduque le fonctionnement de l'IPRAO. En 1970, le Bénin émit à son tour le vœu de créer un régime national de retraite. Le Sénégal hérita donc de cette structure qu'il garda telle quelle (et notamment son système à points) jusqu'en 1978, date à laquelle l'IPRAO est renommée IPRES¹⁴⁷.

Les institutions de prévoyance, qui ont vu le jour durant la colonisation, s'inscrivent dans les codes juridiques relevant de la métropole. Ainsi, les codes du travail burkinabè, sénégalais ou togolais ont une acception particulièrement réductrice de la notion de travailleur¹⁴⁸ au regard de leur structure d'emploi. Sont donc juridiquement exclus des systèmes de retraite, les travailleurs indépendants ainsi que ceux évoluant dans le secteur informel. Dans chacun de ces pays on retrouve un régime spécial pour les fonctionnaires qui a gardé les avantages acquis lors de la période coloniale et un régime de base – destiné aux salariés du secteur privé dûment affiliés – qui s'est lentement constitué autour des négociations collectives entre organisations syndicales et patronales. Le Sénégal et le Togo ont également mis en place un régime complémentaire¹⁴⁹ pour les cadres afin de compenser la modicité des

pensions du régime de base et ainsi réduire l'écart entre fonctionnaires et salariés du privé. Il convient de s'arrêter quelques instants sur quelques indicateurs afin de rendre compte du décalage entre la réalité des structures sociodémographiques (Tableau 1) et la conception des institutions de prévoyance sociale en Afrique de l'Ouest. Un système de retraite est lié de manière inextricable aux structures démographique, sociale et économique dans lesquelles il s'inscrit. Aussi, quand la conception du système de protection sociale ne se justifie qu'au regard de l'Histoire, il semble nécessaire de le ré-enraciner dans le présent. La pertinence d'un tel système devrait s'inscrire d'une part dans un ensemble de valeurs partagées par une société et d'autre part dans la réalité sociologique, économique et démographique de la société en question.

Tableau 1 : Indicateurs sociodémographiques et socio-économiques

	Burkina Faso	Sénégal	Togo
Population totale (millions)*	14	14	6
Moins de 15 ans (%)*	46,4	41,8	42,2
15-60 ans (%)*	48,4	52,6	52,3
60 ans et plus (%)*	5,2	5,6	5,5
Taux d'accroissement naturel moyen (%)*	3,1	2,5	2,8
Taux d'urbanisation (%)*	22,7	45,2	38
IDH [Rang sur 187 pays]**	0,388 [181]	0,485 [163]	0,473 [166]
Taux de dépendance¹⁵⁰ (%) ***	91,3	86,5	80,1
Espérance de vie à la naissance (années)***	56,3	63,4	56,5

Sources : * Burkina Faso : RGPB 2006, Sénégal : RGPB 2013, Togo : RGPB 2010 ; ** PNUD, 2014 ; ***SSA et ISSA (2015).

Nota Bene : Les sommes des trois tranches d'âge pour chaque pays ne font pas exactement 100% du fait d'arrondis successifs.

143 Au sens où « [il] n'opère aucune distinction entre les groupements associés et ne laisse aucune place – en principe – à des dérogations d'ordre territorial ou professionnel » (Gautron, 1970, p. 710).

144 Les premiers furent ceux de la Guinée en 1958 suite à l'application du choix politique de Sékou Touré, puis de la Côte d'Ivoire en raison de sa « politique de territorialisation et du choix de son modèle économique » (Gautron, 1970, p. 717).

145 Il faut noter que le Togo ne faisait pas partie de l'A.O.F. Ce sont ses organismes professionnels qui avaient demandé l'adhésion à l'IPRAO en 1962.

146 Il faut préciser comme le souligne J.-C. Gautron qu'« il s'agit du retrait des organisations professionnelles relevant de chacun des États. Mais la décision de retrait est prise par chacun des gouvernements qui institue, à la place des conventions collectives, un mécanisme de couverture du risque « vieillesse » purement interne en créant des caisses de retraite publiques (ou en favorisant la conclusion de nouvelles conventions collectives) » (1970, p. 716).

147 Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal.

148 « Est considérée comme travailleur [...] quels que soient son sexe et sa nationalité, toute personne qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction et l'autorité d'une autre personne, physique ou morale, publique ou privée, appelée employeur ». Cette définition se retrouve à la fois dans la loi n°2006 portant code du travail au Togo, la loi n°97-17 du 1er décembre 1997 portant Code du Travail au Sénégal et la loi n°028-2008/AN portant code du travail au Burkina Faso. Seul le Sénégal établit une distinction entre « travailleur permanent » et « travailleur saisonnier et journalier ». Ce dernier est défini comme « engagé à l'heure, à la journée ou pour la durée d'une campagne agricole, industrielle ou artisanale » (article 2 de la loi susmentionnée).

149 Respectivement en 1973 (le régime complémentaire des cadres du secteur privé (IPRES-RCC)) et 1974 (la caisse de retraite complémentaire des cadres (CRCC)).

150 Population âgée de moins de 15 ans et de plus 65 ans divisée par la population âgée de 15 à 64 ans.

Bien que les tailles de leur population diffèrent, les structures démographiques de ces trois pays sont très proches, caractérisées par une population encore très jeune. Les taux d'accroissement naturel figurent parmi les plus élevés au monde, signe d'une vigueur de la natalité et d'une transition démographique à peine entamée. Les taux de dépendance attestent de cette jeunesse et de la dépendance supposée des inactifs sur les actifs. L'IDH permet de rendre compte des difficultés en termes de revenu, d'éducation et de santé auxquelles sont confrontées les populations. La composition du PIB de ces trois pays est relativement similaire. Elle révèle un secteur des services dominant en termes de valeur ajoutée, une industrie embryonnaire et une agriculture déclinante malgré le fait qu'elle occupe, au minimum, plus des deux tiers de la population active. Hormis quelques grands centres urbains (Lomé, Dakar et Ouagadougou), l'essentiel de la population se trouve en milieu rural (au Burkina Faso tout particulièrement).

Avant de rentrer plus avant dans l'analyse de ces régimes de retraite, il convient de s'arrêter un instant sur les données disponibles concernant l'Afrique de l'Ouest. Les institutions de prévoyance, à l'exception notable du Burkina Faso, ne mettent pas à disposition leurs données statistiques. L'OIT a, depuis le début des années 2000, entrepris la collecte systématique de données relatives à la sécurité sociale auprès de ses États membres et les a rendues accessibles. L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) lui a emboîté le pas avec la constitution d'une base de données qualitatives sur les

systèmes de protection sociale à travers le monde. Il a également été possible d'avoir accès aux évaluations actuarielles du régime de pension des fonctionnaires sénégalais. Les données (lacunaires) sur le Togo proviennent de rapports d'experts qui se sont appuyés sur des évaluations actuarielles récentes des régimes du public et du privé (non consultables).

L'enquête sur la sécurité sociale de l'OIT permet de se faire une idée des taux de couverture des différents régimes de retraite nationaux. Si l'on considère la proportion de la population âgée bénéficiant d'une pension, le Sénégal arrive en tête de la sous-région avec 12,4 % en 2006 et 23,5 % en 2010, suivi par le Togo avec 10,9 % (2009) et le Burkina Faso avec 3,2 % (2009). Toutefois ces statistiques sont à prendre avec précaution car la fiabilité des données est sujette à caution. Les institutions de prévoyance sociale ne possèdent pas toujours de fichier fiable permettant une prise en compte complète de l'ensemble des affiliés. On peut toutefois estimer que les taux de couverture des personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiaires d'une pension en droit direct sur l'ensemble de cette même population ne dépassent pas les 15 % en Afrique de l'Ouest. Le Sénégal possède une meilleure couverture retraite que les autres pays de la sous-région. Il faut également prendre avec précaution les conclusions des différents rapports des organismes internationaux (notamment la Banque mondiale), des consultants et autres experts au sujet de la dégradation des ratios démographiques des caisses de retraite. Il s'agit souvent d'un argument en faveur

de l'introduction de régimes de retraite par capitalisation. Si les données disponibles attestent en effet d'une dégradation des ratios démographiques, le déficit des institutions de prévoyance sociale ne peut être imputé uniquement à cela. Le décalage croissant entre pensionnés et cotisants ne relève pas tant d'une fin de transition démographique que d'un marché du travail de plus en plus inscrit dans l'informalité. Benjamin & Mbaye (2012 : 73) estiment que pour le Bénin, le

Sénégal et le Burkina Faso « le secteur informel représente plus de 90 % de l'emploi total ». Les programmes d'ajustement structurel, mis en place dans les années 1990, ont marqué la « fermeture des possibles » (Mazzocchetti, 2009) en termes d'emplois salariés.

La structure et les modes de fonctionnement des régimes de retraite des 3 pays ici étudiés diffèrent sur plusieurs points (Tableau 2) mais leur analyse détaillée révèle plusieurs enjeux en partie partagés.

Tableau 2 : présentation synoptique des institutions de prévoyance sociale

	Burkina Faso		Sénégal		Togo	
	CARFO*	CNSS**	FNR ^{153*}	IPRES RG**	CRT*	CNSS**
Cotisations en % (employé / employeur)	8 / 12	5,5 / 5,5	12 / 23 (avant 2002 : 15/20)	5,6 / 8,4	7 / 20	4 / 8
Années de cotisations pour une pension à taux plein	15	15	30	400 points (19 années en moyenne)	30	15
Âges requis pour l'ouverture des droits à la retraite	Entre 56 et 63 ans	Entre 56 et 63 ans	60 ans	60 ans	Entre 50 et 60 ans	60 ans
Régimes complémentaires	/	/	/	IPRES RCC (cotisations employé 2,4 % employeur 3,6 %)	/	CRCC (dissoute par décret en 2010)
Élargissement de la couverture	/	Assurance volontaire (2008)	/	/	/	Assurance obligatoire (2011)

* : régime spécial pour les fonctionnaires ; ** : régime pour les salariés du privé

Les études disponibles (OIT, 2008, Auffret, 2011, Ndiaye & Diabate, 2012) s'accordent sur la dégradation des ratios démographiques pour le Sénégal et le Togo. Ainsi les institutions togolaises telles que la CNSS passe de 1 retraité pour 12 cotisants

151 Données juridiques avec NORMLEX (qui intègre NATLEX la base de données sur les législations nationales du travail et de la sécurité sociale), statistiques avec SecSoc (l'Enquête sur la sécurité sociale qui fait suite à l'Enquête sur le coût de la sécurité sociale lancée dès la deuxième partie des années 1940) et analytiques avec les SPER (Évaluation des dépenses et des performances en protection sociale). Il faut noter que les bases de données statistiques et juridiques traitent le plus souvent des régimes de pensions du secteur privé.

152 L'OIT calcule cet indicateur en considérant le nombre de personnes âgées recevant une pension de retraite sur l'ensemble de la population au-delà de l'âge légal de départ à la retraite selon les législations nationales. Les détails de l'enquête sur la sécurité sociale de l'OIT sont disponibles sur le site internet de l'organisation. http://www.ilo.org/dyn/lossi/ssmain.home?p_lang=fr

153 Le FNR est un établissement public à caractère administratif à la différence de la CARFO burkinabè. Régime à prestations définies et en annuités, il est financé par répartition sans constitution d'un fonds de réserve (on retrouve cette configuration pour la CRT et la CARFO. Seuls les régimes des salariés du privé ont constitué un fonds de réserve, qui fut d'ailleurs soit récupéré par les autorités, soit mal géré par les caisses qui n'en avaient pas la compétence). Le régime de prestations définies est l'un des deux types d'engagements de retraite proposés par l'employeur, avec celui de régime à cotisations définies. Pour le premier, l'employeur garantit le niveau des prestations définies par la convention (en l'occurrence en fonction du salaire et de l'ancienneté du salarié). Alors que pour le deuxième, l'équilibre s'obtient en faisant varier les pensions en fonction des ressources. Ainsi les actifs et les retraités profitent de la croissance ou subissent les crises en ensemble. Ce qui qui n'est pas le cas pour les régimes à prestations définies où seul les actifs profitent de la croissance ou subissent les crises.

en 1980 à 1 retraité pour 3 cotisants en 2008 (Auffret, 2011, p. 48) ; la Caisse de Retraite du Togo (CRT), en 2009, est à 1 retraité pour 3,2 actifs et 1 retraité pour 2,4 actifs si l'on inclut les bénéficiaires de pension de réversion (Auffret, 2011, p. 45). En ce qui concerne le Sénégal, le constat est le même, le FNR connaît une légère baisse¹⁵⁴ de 1 pensionné pour 2,45 cotisants en 1985 à 1 pensionné pour 1,38 cotisants en 2004 (OIT, 2008, p. 46), tout comme l'IPRES RG (régime de base des salariés du secteur privé) qui passe de 2,27 à 1,87 cotisants pour un pensionné entre 1991 et 2004 (OIT, 2008, p. 48). L'étude actuarielle conduite en 2009/2010 auprès de la CRT est particulièrement alarmiste quant à la viabilité de ce système contributif fonctionnant par répartition. Ce ratio a conduit à un déficit structurel significatif malgré des cotisations salariales et patronales relativement élevées pour la région. Toutefois, ce n'est pas la seule raison. La CRT a été amenée à prendre en charge des dépenses ne relevant pas de sa mission¹⁵⁵ sans pour autant avoir les fonds pour la remplir. A l'heure des bilans, les rapports admettent qu'aux causes endogènes (mauvaise gestion essentiellement, mainmise des autorités sur les réserves, enregistrement incomplet des cotisants), les politiques d'ajustement structurel des années 1990 (notamment les départs à la retraite anticipés sans renouvellement de la population cotisante) ont aggravé les dysfonctionnements et mis à mal la pérennité de la CRT. Une stratégie de réforme et d'équilibre des comptes devrait être adoptée par les autorités togolaises

dans le cadre d'une nouvelle loi réorganisant le fonctionnement de la CRT (Auffret, 2011, p.45).

Pour son homologue Sénégalais, le FNR, l'étude actuarielle réalisée en projection de la période 2010-2050 pointe du doigt sa viabilité, bien que la situation financière du régime soit excédentaire de 5 milliards XOF¹⁵⁶ (environ 7,62 millions €) entre 2002 et 2004. Afin de faire face à la dégradation du ratio démographique, il a été décidé de modifier certains paramètres comme l'élargissement de l'assiette de cotisations et le relèvement de l'âge légal de départ à la retraite. Pour Ndiaye et Diabate (2012), ce ratio va continuer à diminuer sous l'effet des départs à la retraite nombreux et de l'évolution insuffisante des cotisants pour soutenir le régime. De fait, les recettes peu dynamiques conjuguées à des dépenses qui vont croître, laissent entrevoir une situation déficitaire dès 2011. La « générosité » du système est alors mise en question.

Pour la CNSS togolaise, l'évaluation actuarielle de 2009/2010 pointe un déficit préoccupant (5 milliards XOF (environ 7,62 millions €) pour la seule branche vieillesse, frais administratifs compris, en 2009). Des problèmes d'enregistrement sont présents. Auffret (2011, p. 46) souligne que sur les 126 574 salariés enregistrés pour 2008, le fichier d'enregistrement omet toute information concernant le salaire pour 60 % d'entre eux. Dès lors, seulement 50 480 enregistrements seraient exploitables. La mauvaise gestion¹⁵⁷ ne saurait tout expliquer, la situation financière déficitaire de la CNSS trouverait une de

ses explications dans la crise des années 1990 qui a conduit les autorités à capter les réserves financières d'une part et d'autre part, à ne pas verser les cotisations sociales en tant qu'employeur.

La Caisse de retraite complémentaire des cadres (CRCC) du Togo créée en 1974 mais réellement fonctionnelle en 1987 a connu un sort singulier. Comme elle était elle aussi déficitaire, la CNSS a décidé à la fois de la transformer en régime par capitalisation, de l'ouvrir aux salariés non cadres des secteurs privés et de suspendre l'attribution de la pension aux cadres cotisants partant à la retraite au 1er janvier 2005. Une décision de justice a été rendue en 2006 et a jugé illégale cette « réorientation », condamnant la CNSS au paiement des pensions. En 2010, un décret porte dissolution de la CRCC après s'être assuré que la caisse verserait les 3,6 milliards XOF (environ 5,48 millions €) dus aux bénéficiaires.

Au Sénégal, l'IPRES RG est l'héritière de l'IPRAO, elle en conserve les locaux mais aussi son système à points. Elle met également en place dès 1973 un régime complémentaire, l'IPRES RCC pour compenser le décalage des pensions entre fonctionnaires et salariés du privé. Le montant de la pension est défini par le nombre de points accumulés par le salarié¹⁵⁸. Les cotisations figurent aussi parmi les plus élevées des régimes pour salariés du privé d'Afrique de l'Ouest. Même si l'objectif concernant les charges administratives n'est pas atteint puisque les dépenses administratives en 2004 s'élevaient à 13,3 % des recettes totales, soit 3,3 points au-dessus

du plafond fixé par l'IPRES, le régime est largement excédentaire en 2004 (15 milliards XOF (environ 22,86 millions €)) suite au versement des arriérés (après parfois dix ans de retard) de cotisations des agents de l'État non fonctionnaires.

Les deux institutions burkinabè, CARFO et CNSS, connaissent essentiellement des problèmes de recouvrement des cotisations, d'évasion sociale ou encore de faibles taux de transformation¹⁵⁹. Bien que l'absence de statistiques fiables ne permette pas de statuer sur la performance de la CARFO, certains analystes (Soulama & Zett, 2008, p. 18) signalent que « la CARFO rencontre des difficultés dans le recouvrement des cotisations en raison des lourdeurs administratives qui se traduisent par un circuit de reversement long et à cause de l'incivisme de certaines institutions qui refusent de se conformer à la législation dans le cadre du reversement des cotisations des agents en détachement ». Il en va de même pour la CNSS qui est confrontée à des problèmes de recouvrement des cotisations (en 2008, ses arriérés s'élevaient à 18 milliards XOF (soit 27,44 millions €)). Selon les données disponibles de 2006, la CNSS couvrirait 175 317 travailleurs salariés sur un effectif estimé à plus de 360 000 personnes soit un taux de couverture de 48,7 % (Soulama & Zett, 2008). L'évasion sociale importante ajoutée aux charges administratives¹⁶⁰ entrave sérieusement le fonctionnement de la CNSS. Les dépenses de la CNSS se caractérisent avant tout par un faible taux de transformation¹⁶¹. De 2006 à 2009, ce taux a évolué négativement en

154 Comme le précise l'OIT « le nombre de points de cotisations est calculé en divisant le montant de la cotisation par un salaire de référence. Ce salaire de référence est défini chaque année par le conseil d'administration de l'IPRES » (2008, p. 42).

159 Rapport entre les dépenses de prestations sociales et les cotisations sociales.

160 Sur 100 XOF de dépenses, 39 XOF constituent les dépenses de fonctionnement dont 25 sont affectés aux frais de personnel (Soulama & Zett, 2008 : 16). Selon les normes de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES), les coûts de fonctionnement ne devraient pas être supérieurs à 15 % (contre 39 % à la CNSS).

161 Rapport entre les dépenses de prestations sociales et les cotisations sociales : 35,93 % en 2009. De 2006 (42 %) à 2009, ces taux ont donc évolué négativement en s'éloignant de la norme fixée à 65 % par la CIPRES (OIT, 2012 : 33). Notons à ce sujet que la CARFO a un taux de transformation satisfaisant (64 % en 2007), entraînant d'importants manques à gagner pour cette société ». Le dossier est accessible à cette adresse : <http://www.cac.tg/cnss.htm>

154 Même si l'augmentation de l'effectif des pensionnés a toujours été plus rapide que celle des cotisants sur la période 1985-2004, le ratio démographique s'est détérioré rapidement à partir de 1997 à cause d'une réduction nette des fonctionnaires en activité.

155 Le rapport d'Auffret (2011) fait état de la prise en charge de coût de licenciement par exemple.

156 XOF est un code désignant le franc CFA de l'Union économique et monétaire ouest-africaine. 1 € = 655,957 XOF.

157 La Commission Nationale de Lutte contre la Corruption et le Sabotage économique (CAC) du Togo fait état de « certaines pratiques irrégulières avérées qui ont entraîné d'importants manques à gagner pour cette société ». Le dossier est accessible à cette adresse : <http://www.cac.tg/cnss.htm>

s'éloignant de la norme fixée à 65 % par la Conférence interafricaine de la prévoyance sociale (CIPRES), traduisant ainsi un réel problème d'efficacité de la gestion des prestations.

Un autre point commun à ces institutions de prévoyance sociale, qu'il convient de souligner, est la très faible représentation des femmes. Le nombre de personnes couvertes par la CARFO est, pour l'année 2008, d'environ 94 500 cotisants assurés dont 71 % d'hommes contre 29 % de femmes. Même si le nombre de femmes couvertes est en augmentation depuis 2005, elles sont nettement moins représentées que les hommes dans la fonction publique. En ce qui concerne le secteur privé, en 2009, la CNSS compte 13 478 pensionnés de droit direct dont 93 % d'hommes. Cette sous-représentation féminine y est ainsi encore plus marquée que dans le régime public.

Au Sénégal, l'exclusion des femmes est également présente puisque sur dix pensionnés de l'IPRES RG neuf sont des hommes et que seulement 15 % des cotisants en 2003 sont des femmes. De manière surprenante, comme le constate l'OIT (2008 : 60), la pension vieillesse moyenne des femmes est plus élevée que celle des hommes. Elle reste toutefois très modique car les taux de remplacement sont d'environ 20 %, soit bien en-dessous de l'objectif fixé par le régime¹⁶². Pour le FNR, parmi les 19 609 anciens fonctionnaires (dont 93 % d'hommes) comptabilisés par l'enquête sur la sécurité sociale (OIT, 2008) en 2004, la pension moyenne s'élève à 107 375 XOF

(environ 164 €), soit un taux de remplacement moyen¹⁶³ proche de 100 %. La pension des hommes est en moyenne un peu plus élevée de 1,4 % que celle des femmes en 2004 (OIT, 2008, p. 56).

En somme, la situation du système de retraite togolais nécessite des réformes (fichiers cotisants, fichiers bénéficiaires, contrôles, gestion paritaire etc.). Les études actuarielles concluent à la nécessité de restructurer les deux caisses (CRT et CNSS). Elles proposent d'étudier d'autres formes de fonctionnement et en particulier un système par capitalisation. Malgré cette situation, a été adoptée par l'Assemblée Nationale en 2011¹⁶⁴ une loi portant assujettissement obligatoire à l'assurance sociale pour trois catégories de la population : les professions indépendantes (avocats, architectes, médecins, etc.), les ministres des cultes et les travailleurs relevant du secteur informel. La CNSS va donc jouer un rôle de premier plan dans l'extension de la protection sociale. Cette extension ne va toutefois pas sans poser de problèmes. L'ouverture des droits étant subordonnée au versement des cotisations, certaines catégories du secteur informel et du secteur indépendant, du fait de la faiblesse et de l'irrégularité de leurs revenus, ne pourront probablement jamais atteindre l'ouverture des droits. Enfin et surtout, il reste à savoir comment ces catégories réceptionneront l'obligation d'adhésion.

La situation des régimes de retraite burkinabè semble moins préoccupante que celle de leurs homologues togolais. Néanmoins, bien que la CARFO possède des meilleurs

taux de transformation que la CNSS, des problèmes dans le recouvrement des cotisations nuisent à l'efficacité et l'extension des régimes. Il s'avère nécessaire de lutter contre les lourdeurs administratives et d'améliorer le respect des dispositions relatives aux procédures de déclaration et la fiabilité des comptes de cotisants des employeurs. L'enjeu est donc de résoudre le problème des charges administratives car les assurés cotisent d'abord pour couvrir les dépenses de fonctionnement de la CNSS. Il faut également souligner un point important, à savoir que l'assurance volontaire¹⁶⁵ est ouverte aux burkinabè résidant à l'étranger¹⁶⁶ ainsi qu'aux professions libérales et aux travailleurs agricoles depuis 2008. Ce processus d'élargissement s'inscrit dans la politique nationale de protection sociale où la CNSS devra couvrir, d'ici à 2020, 90 % de la population ne travaillant pas dans la fonction publique. Le Burkina Faso étant un pays qui connaît une émigration importante dans la sous-région¹⁶⁷, surtout de la part des jeunes partis en Côte d'Ivoire¹⁶⁸ à la recherche d'un emploi, la possibilité de cotiser durant la période de migration est un apport intéressant de cette nouvelle loi.

De cette analyse descriptive des régimes de retraite burkinabè, sénégalais et togolais, il ressort que les régimes spéciaux des fonctionnaires sont à la fois plus « généreux » et plus pérennes financièrement que les régimes du privé¹⁶⁹. Même si le système sénégalais rend compte de meilleures performances que

ses homologues, il faut cependant soulever un ensemble de difficultés transversales. Ces régimes connaissent un déséquilibre constant entre les cotisants et les retraités. Les politiques d'ajustement structurel ont eu des conséquences directes et multiples sur les régimes de sécurité sociale : réduction des effectifs dans la fonction publique (départ à la retraite anticipé et gel des recrutements), cessation de paiement des cotisations, développement du chômage (fermetures ou restructurations d'entreprises, insolvabilité des employeurs, notamment dans le secteur public, etc.). De plus, l'illusion « déterministe » d'une transposition du modèle salarial dans le contexte ouest-africain a contribué à l'érosion des régimes en place : l'informalisation de l'emploi a, dans ces pays, pris le pas sur la salarisation de l'économie. Enfin, les caisses de retraite des salariés du privé connaissent des taux de transformation insuffisants, des charges administratives excessives, leurs données de base sont lacunaires et les pensions versées peuvent être dérisoires du fait d'une période de cotisation trop courte et de taux de cotisation parfois trop faibles.

Malgré ces difficultés, il est à noter que les institutions de prévoyance s'engagent sur la voie de l'extension de leur couverture. Si le Togo a choisi l'assurance obligatoire, le Burkina Faso s'est orienté vers l'assurance volontaire en proposant à ses ressortissants d'y adhérer qu'ils résident ou non sur le sol burkinabè. Le Sénégal à travers son projet de couverture maladie universelle se dirige,

162 L'objectif du régime est de verser une pension équivalente à 1,33 % du salaire par année de cotisation ; soit avec 19 années de cotisation en moyenne (OIT, 2008, p. 60), un taux de remplacement de 25,3 %.

163 Il n'a pas été possible d'avoir accès aux taux de remplacement pour les régimes de retraite burkinabè et togolais. Si pour le régime des fonctionnaires sénégalais le taux de remplacement avoisine les 100 %, le régime de base pour les salariés du privé (IPRES) n'offre qu'un taux de 20 %, soit des revenus divisés par 5 lors de la retraite. Il semble que la situation, malgré l'absence de chiffre, soit la même pour les trois pays, c'est-à-dire un régime pour le secteur public nettement plus « généreux » que celui du secteur privé.

164 Article 3 de la loi n°2011-006 portant code de sécurité sociale.

165 Par la loi n°015-2006/ AN du 11 mai 2006 et l'arrêté n°2008-002/ MTSS/SG/DGPS du 10 mars 2008. Une cotisation allant de 3375 XOF (environ 5 €) à 66 000 XOF (environ 100 €) est demandée selon un rythme défini lors de la souscription ; cotisation d'une durée de 15 ans minimum. A partir de 56 ans, une pension vieillesse est versée ainsi qu'une pension de survivant payée au conjoint et aux enfants (quatre maximum) si l'assuré décède alors qu'il bénéficie ou aurait dû bénéficier de ladite pension.

166 Comme le précise le texte de loi « l'assurance volontaire assure une protection sociale à tous les travailleurs indépendants burkinabè, qu'ils résident au Burkina Faso ou non ».

167 Au moment de la crise ivoirienne en 2000 et de l'émergence des discours sur l'ivoirité, on dénombrait près de trois millions de Burkinabè en Côte d'Ivoire sur une population estimée à 12 millions (Banégas et Otayek, 2003).

168 Cordell, Gregory et Piché (1996) caractérisent le système migratoire entre le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire de circulaire. Les jeunes hommes burkinabè partent travailler en Côte d'Ivoire pour des périodes relativement courtes avant de se réinstaller dans leur village d'origine.

169 Les taux de cotisation, la durée de cotisation et la gestion des déficits par le budget de l'État expliquent en partie cette différence.

III. Dynamiques actuelles

quant à lui, vers l'extension de sa couverture par le biais des mutuelles de santé. Même s'il ne s'agit pas pour l'instant de fournir une protection contre le risque vieillesse, le développement des mutuelles permettra de toucher des populations qui jusque-là ne possédaient aucune protection sociale. A terme, l'introduction du risque vieillesse couplé à des prestations santé pourrait se révéler une voie féconde dans l'adhésion des populations au système de protection sociale.



Sculpture, Ouagadougou, 2012. Muriel Sajoux

En 1993, une structure supranationale apparaît dans le paysage africain. Regroupant quatorze pays¹⁷⁰ préoccupés par les déficiences administratives, techniques et financières de leurs régimes de prévoyance, la Conférence interafricaine de prévoyance sociale (CIPRES) a instauré un ensemble d'indicateurs afin de fixer des règles communes de gestion. Elle n'a pas vocation à sanctionner les manquements aux normes mais vise par des audits et des formations à l'harmonisation technique des organismes de prévoyance. Vingt ans après sa création et malgré la persistance de problèmes structurels comme le déséquilibre de la branche des retraites, l'absence de la branche maladie et l'exclusion des professions libérales et des travailleurs des secteurs primaire et informel, la CIPRES a permis, notamment, la signature de plusieurs accords bilatéraux et d'un accord multilatéral, la Convention CIPRES en 2007, concernant la transférabilité des droits aux prestations sociales des travailleurs migrants.

Il existe en Afrique de l'Ouest deux entités d'intégration régionale distinctes¹⁷¹ dont le Burkina Faso, le Sénégal et le Togo font partie. La Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) qui a vu le jour en 1975 regroupe quinze pays d'Afrique de l'Ouest et s'investit dans le volet de la libre circulation des personnes et du maintien de la paix. Elle se veut une zone d'intégration économique. Toutefois, aucune convention multilatérale de sécurité sociale n'est encore effective bien que C.T. Tounkara (2011, p. 7) précise qu'une telle convention

serait en cours d'élaboration. La deuxième organisation d'intégration régionale est l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) dont le traité constitutif a été signé en 1994. Elle regroupe 7 pays d'Afrique de l'Ouest ayant en commun le Franc CFA. Elle s'investit, quant à elle, dans le volet de la libre circulation des biens et l'harmonisation juridique des activités économiques dans le cadre d'un marché régional. A ce niveau, il faut noter qu'un règlement communautaire a été adopté sur les mutuelles sociales¹⁷² en 2009. Cependant, pour l'instant aucune convention multilatérale de sécurité sociale n'a été adoptée.

La convention CIPRES de 2007 est donc le seul instrument multilatéral de coordination des régimes nationaux en matière de protection sociale des travailleurs migrants. Elle est entrée en vigueur dans cinq pays (Burkina Faso, Mali, Niger, Centrafrique et Bénin). Concernant les accords bilatéraux entre pays africains, C.T. Tounkara (2011, p. 8) constate que leur nombre est encore faible. A titre d'exemple, la Côte d'Ivoire n'est liée qu'au Burkina Faso, et la Mauritanie qu'au Sénégal. Quoique l'intégration régionale des systèmes de sécurité sociale soit encore balbutiante, elle est une voie à poursuivre afin de prendre en compte la mobilité importante des travailleurs en Afrique de l'Ouest¹⁷³.

La priorité des gouvernements ouest-africains semble plutôt dirigée vers la consolidation des régimes en place à travers des réformes paramétriques. La question de l'extension de la couverture semble être une préoccupation

170 A savoir le Bénin, le Burkina Faso, la Centrafrique, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée Equatoriale, le Mali, le Niger, la République Démocratique du Congo, le Sénégal, le Tchad, le Togo et l'Union des Comores.

171 Pour une analyse approfondie et détaillée de ces deux organisations d'intégration régionale voir la thèse de Lama Kabbanji (2008).

172 Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.

173 L. Kabbanji souligne que les migrations en Afrique de l'Ouest sont essentiellement intrarégionales et concernent majoritairement les pays voisins. En termes de volumes, la Côte d'Ivoire, le Nigeria et le Sénégal polarisent la majorité des migrations de la sous-région (2008, p. 59). Les principaux pays de départ, principalement de travailleurs, sont le Burkina Faso, la Guinée, le Mali et le Togo (2008, p. 59). Selon la base de données des Nations-Unies traitant des migrations (<http://esa.un.org/migration>), sur les 17,1 millions de migrants internationaux répertoriés en 2005 sur le continent africain, 7,5 millions se trouvaient en Afrique de l'Ouest, la partie du continent qui accueille le plus grand nombre de migrants.

de second plan. Ce sont essentiellement les organismes internationaux qui en ont porté l'initiative. L'assurance volontaire de la CNSS du Burkina Faso en 2008 ou l'assurance obligatoire de la CNSS du Togo en 2011 pour les professions indépendantes et du secteur informel s'inscrivent dans le sillage de l'OIT qui, lors de la conférence de Genève en 2001 a fait de l'extension de la couverture son cheval de bataille (Reynaud, 2003, p. 1). L'AISS s'est également engagée sur cette voie en élaborant une stratégie pour l'extension de la sécurité sociale (AISS, 2010) et un cadre conceptuel, la « sécurité sociale dynamique »¹⁷⁴. On observe aujourd'hui une certaine convergence autour des systèmes de retraite à piliers multiples. Il s'agit généralement d'un premier niveau comprenant une pension non contributive, d'un deuxième niveau avec une pension contributive obligatoire et d'un troisième niveau constitué d'une épargne volontaire. Cette combinaison n'est pas encore à l'ordre du jour en Afrique de l'Ouest où les pensions, comme il en a été question, sont basées sur un système de cotisations obligatoires pour les seuls salariés du secteur public et du secteur privé. En revanche, une réflexion sur une pension minimale est en train d'émerger au sein de l'IPRES sénégalaise. Il s'agirait d'assurer pour les bénéficiaires d'une pension, un revenu minimal qui aurait comme objectif de combler les écarts importants entre les pensions les plus basses et les pensions les plus élevées. A terme, cela permettrait de mensualiser les

pensions qui sont encore bimestrielles. Pour l'heure, l'instauration d'un minimum vieillesse non contributif n'est toujours pas d'actualité en Afrique de l'Ouest. Il faudrait également s'interroger sur l'absence de revendication d'un régime de retraite de la part des populations. Bénéficier d'une pension ne fait pas partie des revendications collectives. Les organisations syndicales ont été déterminantes dans l'instauration d'un régime de base durant la colonisation. Or, depuis les Indépendances, les négociations à ce sujet sont absentes. Peu d'études¹⁷⁵ ont questionné leur silence. Comment interpréter ce manque d'intérêt à l'égard d'une prise en charge institutionnelle de la vieillesse ? Les dynamiques actuelles sont conçues et proposées par les organismes internationaux. Les préoccupations quotidiennes des populations ont trait à la satisfaction des besoins de santé et d'éducation des jeunes générations. Se projeter (et donc épargner) dans 20, 30 ans est, pour beaucoup, tout simplement impossible. Bien que les vécus révèlent de grandes difficultés dans la vieillesse¹⁷⁶, l'adhésion à une assurance volontaire reste un idéal difficilement réalisable. Peut-être que le couplage de l'assurance maladie universelle (en projet dans de nombreux pays de la sous-région) au risque vieillesse serait une voie féconde dans l'adhésion des populations à la prévoyance sociale. En fin de compte, relativement peu de recherches ont été réalisées au sujet

du soutien à la vieillesse en Afrique. Les dynamiques actuelles (urbanisation, scolarisation, migrations, baisse de la fécondité, chômage des jeunes, etc.) qui traversent les sociétés ouest-africaines interrogent les capacités familiales de prise

en charge de leurs membres les plus âgés. Sans pour autant imiter les choix fait par les sociétés occidentales en la matière, il est nécessaire que les politiques publiques parviennent à appuyer les familles.



En route vers la place des cinéastes, Ouagadougou, 2012. Muriel Sajoux

174 L'AISS la définit comme « un ensemble de politiques, programmes et processus novateurs et évolutifs, permettant d'offrir des régimes de protection sociale plus accessibles et plus viables qui ne se limitent pas à fournir une protection, à encourager la prévention et à soutenir la réadaptation et l'intégration ou la réintégration, mais qui contribuent également à l'édification de sociétés socialement plus ouvertes et économiquement plus productives » (AISS, 2008, p. 2).

175 L'OIT dans le cadre d'un rapport (2010) émet l'hypothèse d'un assujettissement des syndicats au politique. Durant les premières décennies de l'Indépendance, la vigueur syndicale a été fondue au sein de syndicats uniques, en lien direct avec le parti au pouvoir (2010, p. 7). Avec l'ouverture politique des années 1990 et le pluralisme politique qui émerge, le rapport constate une prolifération et une fragmentation des syndicats qui empêchent toute unité, et ce faisant, tout pouvoir de négociation.

176 Voir à ce sujet l'étude réalisée par N. Kakwani & K. Subbarao (2005) qui soulignent, quantitativement, la précarité des ménages comportant une personne âgée comme chef de ménage.

Agence Nationale de la Statistiques et de la Démographie (ANSD)

- 2014, Résultats définitifs du Recensement général de la population, de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage 2013 (RGPHAE 2013), Dakar, République du Sénégal, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, 418 p.

Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS)

- 2008, Une sécurité sociale dynamique pour l'Afrique : une stratégie pour le développement.

Développements et tendances, Genève, Association internationale de la sécurité sociale, 42 p.

- 2010, La stratégie de l'AISS sur l'extension de la couverture de la sécurité sociale, Genève, Association internationale de la sécurité sociale, 10 p.

Assima-Kpatcha E., Sebald P. et Sossou K.A.

- 2011, « Les formes du travail et la naissance du syndicalisme » in N. Gayibor (éd.), Histoire des Togolais. Des origines aux années 1960. Tome 4 : Le refus de l'ordre colonial, Paris-Lomé, Karthala et Presses de l'Université de Lomé (UL), p. 327-374.

Auffret P.

- 2011, La protection sociale au Togo. Situation présente, besoins des populations et propositions pour l'avenir, Lomé, PNUD, 77 p.

Banégas R. & Otayek R.

- 2003, « Le Burkina Faso dans la crise ivoirienne. Effets d'aubaine et incertitudes politiques », Politique Africaine, 89, p. 71-87.

Benjamin N., Mbaye A. A.

- 2012, Les entreprises informelles de l'Afrique de l'ouest francophone : Taille, productivité et institutions, Africa Development Forum, Washington, DC: World Bank and Agence Française de Développement, 299 p. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/9364> License: CC BY 3.0 IGO."

Briey (de) P.

- 1959, « Les Rapports du Travail et la Sécurité Sociale dans les Territoires non métropolitains d'Afrique », Civilisations, 9(1), p. 37-59.

Burkina Faso

- 2008, Recensement général de la population et de l'habitation de 2006. Résultats définitifs, Ouagadougou, Ministère de l'économie et des finances, Comité national du recensement, Bureau central du recensement, 52 p.

Castel R.

- 1997, « Le modèle de la « société salariale » comme principe d'une comparaison entre les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en Europe du Sud » in MiRe, Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud, Vol. 3, Paris, MiRe, p. 29-48.

Cordell D., Gregory J. W. et Piché V.

- 1996, Hoe and Wage: A Social History of Circular Migration System in West Africa, Boulder (Colorado), Westview Press, 384 p.

Fouomene E.

- 2013, Les protections traditionnelles et le développement du système de sécurité sociale au Cameroun, Thèse de doctorat, Université de Genève, 647 p.

Gautron J.-C.

- 1970, « Note sur certains aspects internationaux des relations du travail en Afrique de l'Ouest », Annuaire français de droit international, 16, p. 705-719.

Giuliano A.

- 2000, « la situation actuelle des régimes publics de sécurité sociale dans les pays francophones d'Afrique au sud du Sahara : un état des lieux » in Bureau International du Travail, Réflexions sur les stratégies de réforme de la protection sociale en Afrique francophone au sud du Sahara, Genève, BIT, p. 93-126.

Kabbanji L.

- 2008, Vers une régionalisation de la gestion des migrations en Afrique de l'Ouest : la politique à l'épreuve de la pratique, Thèse de doctorat, Université de Montréal, 328 p.

Kakwani N. et Subbarao K.

- 2005, Ageing and poverty in Africa and the role of social pensions, Working paper n°8, Brasilia, United Nations Development Programme, International Poverty Centre, 44 p.

Mazzocchetti J.

- 2009, Être étudiant à Ouagadougou. Itinérances, imaginaire et précarité, Paris, Karthala, 360 p.

Morse D. A.

- 1959, « The ILO and Africa / Le B.I.T et l'Afrique », Civilisations, 9(1), p.2-16.

Mouton P.

- 1961, « la sécurité sociale en Afrique au sud du Sahara », Revue internationale du travail, LXXXIV (3), p. 155-190.

Ndiaye P.B. et Diabate B.

- 2012, Rapport d'évaluation actuarielle du régime de retraite des fonctionnaires du Sénégal pour la période 2010-2050, Dakar, République du Sénégal, 64 p.

OIT

- 2001, Rapport VI. Sécurité sociale. Questions, défis et perspectives, Conférence internationale du Travail 89ème session, Genève, Bureau International du Travail, 91 p.

- 2008, Sénégal. L'analyse des prestations et des indicateurs de résultats de la protection sociale (SPER), Genève, Bureau International du Travail, 159 p.

- 2010, Pluralisme syndical et prolifération des syndicats en Afrique francophone, Genève, Bureau International du Travail, 60 p.

- 2011, Revue des Dépenses et de la Performance de la Protection Sociale (SPER) au Burkina Faso, Genève, Bureau International du Travail, 145 p.

PNUD

- 2014, Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience, Rapport sur le développement humain 2014, New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 259 p.

République Togolaise

- 2011, Recensement général de la population et de l'habitat (06 au 21 novembre 2010). Résultats définitifs, Lomé, Ministère chargé de la planification, du développement et de l'aménagement du territoire, Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale, Bureau central du recensement, 65 pages.

Reynaud E.

- 2003, L'extension de la couverture de la sécurité sociale : la démarche du Bureau international du Travail, ESS – Document n°3, Genève, Bureau International du Travail, 30 p.

Social Security Administration et International Social Security Association

- 2015, Social Security Programs Throughout the World: Africa, 2015, Washington, SSA Publication, no. 13-11802, 227 p.

Soulama S. et Zett J-B.

- 2008, Diagnostic des dispositifs de protection sociale au Burkina Faso, Ouagadougou, Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, 71 p.

Toukara C.T.

- 2011, « Séance 6. Approche générale et défis : accès à la protection sociale et la portabilité de ses prestations pour les travailleurs migrants résidents à travers les frontières internationales » in Soutien au processus de Rabat sur la Migration et le Développement, Réunion d'experts sur les droits sociaux des migrants et leur portabilité dans un cadre transnational, Rabat, Maroc, 31 mars – 1er avril 2011, 10 p.
[Accessible sur : <http://www.dialogueuroafricainmd.net>]

Vuarin R.

- 2000, Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation ou « Venez m'aider à tuer mon lion... », Paris, L'Harmattan, 252 p.

Note

sur les systèmes de retraite au Cameroun



Marcel Nkoma

Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
Cameroun
nkoma_fr@yahoo.fr

Cameroun

Pension

Système de retraite

Protection sociale

Le Cameroun compte 21,6 millions d'habitants en 2014. Sa population est extrêmement jeune : 43 % de celle-ci a moins de 15 ans et un camerounais sur deux a moins de 18 ans. Par ailleurs, 5 % seulement de la population est âgée de 60 ans ou plus et à peine plus d'un aîné sur 10 perçoit une pension. Les régimes de retraite en vigueur reposent sur une logique assurantielle, le montant de la pension perçue étant fortement corrélé à la carrière de l'individu mais aussi au régime auquel il est affilié. Le Cameroun dispose de trois systèmes de sécurité sociale pour les personnes dotées de capacité contributive : le système des travailleurs salariés du secteur privé, celui des fonctionnaires et assimilés et le dernier mis en place en 2014 qui concerne les assurés volontaires. Des questions cruciales se posant quant aux équilibres financiers de ces régimes, des réformes sont à l'œuvre.

Cameroon numbers 21,6 million inhabitants in 2016. This population is extremely young: 43 % are less than 15 years old; one Cameroonian out of two is less than 18 years old. Besides, 5 % of the population is aged 60 or more, and barely more than one elder out of 10 gets a pension. The current pension system relies on contributive schemes where the amount received is strongly related to the person's career and to the pension scheme. The legal age of retirement varies from 50 to 65 years. Cameroon has three social security schemes for persons with contributive abilities, namely: the system of salaried workers; that of civil servants and those in the same category; and the last one put in place in 2014 for voluntary insured parties. Twenty years ago, five working persons contributed for one retiree. As crucial questions have arisen concerning the financial balance of these schemes, reforms are underway.

Personnes âgées

Introduction

Parmi les 21,6 millions d'habitants que compte le Cameroun en 2014¹⁷⁷ seulement 1,09 millions de personnes ont de plus de 60 ans soit 5 % de la population totale. Ce pays est en effet extrêmement jeune : l'âge médian de la population est de 18 ans et l'âge moyen se situe à 22,5 ans. Les moins de 15 ans représentent 43 % de la population totale et les moins de 25 ans en représentent 64,1 % (BUCREP, 2015). Cette extrême jeunesse de la population fait que les plus de 60 ans ne représenteront toujours qu'une faible part de la population dans les décennies à venir. Toutefois, le nombre de 60 ans et plus devrait augmenter fortement pour atteindre 1,7 millions de personnes à l'horizon 2030 et près de 4 millions en 2050 (UN, 2017). Aussi, « [...] les besoins sociaux des personnes âgées sont en forte croissance. Cette situation appelle à une mise en place des politiques et des programmes sociaux convenablement ciblés en vue de la protection sociale de cette couche vulnérable de la population. » (BUCREP, 2011, p. 9). Les régimes de retraite en vigueur reposent sur une logique contributive et à peine plus d'un aîné sur 10 perçoit une pension. Ainsi, au sein des aînés, la proportion de personnes âgées pensionnées est estimée à 12,5 % pour l'année 2011 et présente de fortes disparités selon le genre et le milieu de résidence. Elle s'établit à 20,2 % pour les hommes et à 5,9 % pour les femmes, à 15,4 % en milieu urbain et à 4,3 % en milieu rural (ILO, 2014). Les pensionnés constituent de ce fait une minorité au sein des personnes âgées. Le 3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en 2005 avait recensé 65 997 personnes ayant déclaré être en position de retraite professionnelle et

bénéficiant d'une pension-retraite. Parmi elles, 41 392 personnes étaient âgées de 60 ans et plus (33 742 hommes et 7 650 femmes) et 24 605 étaient âgées de 50 à 59 ans. Selon le recensement, les pensionnés de 60 ans et plus ne représenteraient donc que moins de 5 % (4,75 %) de l'ensemble des aînés, soit une proportion plus de deux fois moins élevée que celle énoncée plus haut. Ceci s'explique par le fait que les personnes enregistrées comme appartenant à cette catégorie sont des « [...] personnes qui bénéficient d'une pension-retraite mais qui, au cours de la période de référence arrêtée (correspondant aux 7 derniers jours précédant le premier passage de l'agent recenseur dans le ménage), n'ont exercé aucune activité économique ni ne bénéficiaient d'aucune rente. [...] la méthodologie de collecte des données lors du dénombrement a privilégié l'exercice d'une quelconque activité économique durant cette période de référence, par rapport à la situation d'inactivité. [...] nombre de retraités continuent d'exercer une activité économique après le départ à la retraite, le plus souvent à leur propre compte, ou jouissent d'une rente substantielle, deux positions qui les excluent de la catégorie des retraités dans le cadre du recensement » (BUCREP, 2011, 135-136). Les situations, très fréquentes, de personnes âgées recevant une pension mais poursuivant malgré tout une activité témoignent du fait que bien souvent, les montants des pensions sont insuffisants pour permettre aux aînés de faire face à leurs charges. De manière générale, la poursuite d'activité après 60 ans est très fréquente au Cameroun comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne : selon le RGPH de 2005, plus de la moitié (54,3 %) des personnes de plus de 60 ans

exercent une activité. Cette proportion est de 35,6 % en milieu urbain et de 63,6 % en milieu rural (BUCREP, 2011, p. 59).

Le Cameroun dispose à présent de trois systèmes de sécurité sociale destinés à couvrir le risque vieillesse pour les personnes dotées de capacité contributive. Il existe ainsi deux régimes obligatoires, l'un concernant les fonctionnaires et assimilés, l'autre concernant les salariés du secteur privé. Depuis 2014 existe également un système d'assurance volontaire.

¹⁷⁷ La population camerounaise est estimée à 23,7 millions d'habitants (23 794 164) pour l'année 2018. www.bucrep.cm

I. Régimes de retraite obligatoires – Diversité des pensions

Ces régimes sont basés sur le principe de l'assurance sociale et de la répartition consistant à financer les pensions d'une période donnée par des ressources collectées au cours de cette même période. Le système actuel se décline en deux composantes :

- *Le régime des Fonctionnaires et assimilés*¹⁷⁸, géré par le Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme administrative (MINFOPRA, 2009)

Deux principaux cas de figure correspondent à des modes définis de pension vieillesse : la retraite normale d'un fonctionnaire et la retraite par anticipation.

La retraite normale d'un fonctionnaire fait suite à la cessation régulière de ses fonctions et donne droit à une pension mensuelle payée par le trésor public. La limite d'âge (âge au-delà duquel le fonctionnaire n'est pas autorisé à poursuivre son activité) d'admission à la retraite est de 50 ans pour les fonctionnaires des catégories C et D¹⁷⁹ et 55 ans pour ceux des catégories A et B, à l'exception de ceux régis par certains statuts particuliers ou spéciaux¹⁸⁰. La double condition d'âge et de services accomplis conduit soit à une pension d'ancienneté, servie au fonctionnaire qui réunit au moins 25 ans de service effectif à la date de départ à la retraite, soit à une pension proportionnelle pour celui par exemple qui est mis à la retraite en cas d'invalidité totale résultant de l'exercice des fonctions.

Quant à la retraite par anticipation, qui correspond à la cessation précoce d'activité du fonctionnaire sur sa demande, elle intervient lorsqu'il a accompli au moins 15 ans de service effectif. Par ailleurs, le fonctionnaire qui se trouve dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions reçoit une pension d'invalidité cumulable à la pension retraite.

Pour illustrer la diversité des montants des pensions, prenons l'exemple de deux fonctionnaires. L'un de catégorie D (indice 200) qui dispose en fin de carrière d'un salaire mensuel de 85 938 FCFA (131 euros) ; à la retraite il perçoit une pension mensuelle de 38 672 FCFA (61 euros). L'autre de catégorie A (indice 1115) perçoit en fin de carrière un salaire mensuel de 412 395 FCFA (630 euros) ; à la retraite il perçoit mensuellement 243 313 FCFA (371 euros). Ainsi, la comparaison du rapport de leurs salaires en activité avec celui de leurs pensions révèle un accroissement des inégalités de revenu lors du passage à la retraite.

En février 2015, le fichier solde de l'État relevait 133 000 pensionnés, tous types de pensions confondus.

- *Le régime des travailleurs du secteur privé et des personnels de l'État (employés des sociétés publiques et parapubliques) relevant du code du travail, géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)*

L'assuré qui atteint l'âge de 60 ans a droit à une pension de vieillesse s'il a été immatriculé à la CNPS depuis au moins 20 ans, accompli 180 mois d'assurance dont au moins 60 au cours des 10 dernières années précédant la date d'admission à la pension et avoir cessé toute activité salariée. L'âge d'admission à pension peut être abaissé à 50 ans en faveur de l'assuré qui, ne répondant pas à la définition de l'invalidité, est atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques ou mentales dûment certifiée, l'empêchant d'exercer une activité salariée.

En 2016, la CNPS a versé des pensions Vieillesse Invalidité Décès (VID) à 109 304 personnes (CNPS, 2017, p. 26). Parmi elles, 33 084 ont perçu une pension vieillesse (28 603 hommes et 4481 femmes), 25 757 une pension vieillesse anticipée (22 577 hommes et 3 180 femmes) et 35 660 une pension de veuf/ve (1 869 hommes et 33 791 femmes). 907 personnes ont reçu une allocation de vieillesse (775 hommes et 132 femmes)¹⁸¹. Cette dernière est versée, sous forme de versement unique, au travailleur qui justifie d'au moins 12 mois d'assurance et qui, à l'âge requis, ne remplit pas les conditions pour avoir droit à une pension de vieillesse. Les chiffres ci-dessus font ressortir le fait que les femmes percevant une pension de droit direct (une pension de vieillesse) sont six fois moins nombreuses que les hommes en percevant une. La situation est par contre inverse pour les pensions de réversion (pension de veuf/ve) : les femmes sont dix-huit fois plus nombreuses à en recevoir.

Les montants des pensions de vieillesse versées par la CNPS dépendent du niveau des salaires antérieurement perçus par le retraité. Le montant mensuel de la pension de vieillesse est égal à 30 % de la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré. Si le total des mois d'assurance dépasse 180, ce taux est majoré de 1 % pour chaque période d'assurance de 12 mois au-delà de 180 mois. La rémunération mensuelle moyenne est définie comme la 36^{ème} ou la 60^{ème} partie du total des rémunérations plafonnées perçues au cours des 3 ou 5 dernières années précédant la date de cessation d'activité, le choix étant dicté par l'intérêt de l'assuré¹⁸². Le montant de la pension de vieillesse doit être au moins égal à la moitié du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG). Ce dernier est égal à 36 270 FCFA (55,30 euros) par mois pour 40 heures de travail par semaine depuis juillet 2014¹⁸³. Pour des niveaux de salaire élevés, comme par exemple pour un salaire mensuel brut de 228 647 FCFA (348,57 euros) en fin de carrière, la pension de retraite s'élèvera à 68 594 FCFA (104,57 euros)

178 La gestion des pensions vieillesse des fonctionnaires, magistrats, du personnel de la Sûreté Nationale, de l'Administration pénitentiaire, des auxiliaires d'Administration et d'autres agents de l'état relève du ressort du Ministère des Finances (MINFI). Il convient de signaler que jusqu'en 1990, la gestion des prestations vieillesse des contractuels et agents de l'État était du ressort de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Suite aux nombreuses difficultés éprouvées par la CNPS pour assurer le paiement des pensions vieillesse des agents de l'État, le MINFI a pris la relève à partir de 1992.

179 Selon l'Article 9 du statut de la fonction publique, les fonctionnaires sont répartis en quatre catégories désignées dans l'ordre hiérarchique décroissant par les lettres A, B, C, et D.

- Les postes de travail de la catégorie A correspondent aux fonctions de conception, de direction, d'évaluation ou de contrôle.

- Les postes de travail de la catégorie B correspondent aux fonctions de préparation, d'élaboration et d'application.

- Les postes de travail de la catégorie C correspondent à des tâches d'exécution spécialisée.

- Les postes de travail de la catégorie D correspondent à des tâches d'exécution courante ou de grande subordination.

180 La gestion des pensions vieillesse des fonctionnaires, magistrats, du personnel de la Sûreté Nationale, de l'Administration pénitentiaire, des auxiliaires d'Administration et d'autres agents de l'état relève du ressort du Ministère des Finances (MINFI). Il convient de signaler que jusqu'en 1990, la gestion des prestations vieillesse des contractuels et agents de l'État était du ressort de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Suite aux nombreuses difficultés éprouvées par la CNPS pour assurer le paiement des pensions vieillesse des agents de l'État, le MINFI a pris la relève à partir de 1992.

181 Parmi les prestations sociales relevant des pensions VID figurent également : l'allocation d'ascendant, l'Allocation d'orphelin, l'allocation de veuf (ve), la pension d'ascendant, la pension d'invalidité, la pension d'orphelin.

182 www.cnps.cm

183 Décret n° 2014/2217/PM du 24 juillet 2014 portant revalorisation du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG).

II. Régime des assurés volontaires

Si le travailleur salarié régi par le Code du Travail est obligatoirement assujéti à la législation de sécurité sociale tant qu'il exerce une activité, la loi lui donne la possibilité lorsqu'il a cessé son activité salariée, de s'assurer volontairement à la CNPS pour continuer à bénéficier d'une couverture au titre de la branche d'assurance vieillesse. On parle alors d'une assurance volontaire, parce que c'est le travailleur qui, ayant cessé d'être obligatoirement affilié au régime, sollicite son affiliation comme assuré volontaire, parce qu'il ne justifie plus de la qualité de travailleur salarié.

L'assurance volontaire est opérationnelle à ce jour, par le décret N°2014/2377/PM DU 13 août 2014 fixant les conditions et les modalités de prise en charge des assurés volontaires au régime d'assurance pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès. Ledit décret consacre l'entrée d'une troisième catégorie de camerounais dans le régime des assurés sociaux. Le décret les désigne comme les « assurés volontaires ». Du point de vue légal, le présent décret concerne : les personnes dotées de capacités contributives, mais qui ne sont pas soumises à un assujéttissement obligatoire contre les risques vieillesse, invalidité et de décès, les travailleurs qui ne remplissent pas les conditions d'affiliation au régime général, au régime des personnels de l'État, ou à un quelconque régime spécial de Sécurité sociale, et enfin les anciens assurés sociaux qui cessent de remplir les conditions d'assujéttissement au régime général.

L'assurance volontaire offre la possibilité à toute personne exerçant des professions libérales et aux acteurs du secteur informel de s'affilier à la CNPS pour garantir le risque vieillesse, d'invalidité et de décès en contrepartie du paiement d'une cotisation

mensuelle correspondant à 7 % du revenu du travailleur, sur la base du revenu annuel établi d'un commun accord entre le travailleur et la CNPS.



III. Questions autour des équilibres financiers des systèmes de retraite

Le système de sécurité sociale camerounais est contributif, c'est-à-dire qu'il faut avoir cotisé pour pouvoir bénéficier de prestations. C'est un système par répartition en matière de retraite. Cela signifie que les actifs financent les inactifs. Enfin, c'est un système repose sur un mode de calcul des pensions qui rend la branche des pensions de vieillesse déficitaire. Les données relatives à l'évolution du solde technique (écart entre les cotisations et les prestations) du régime général de pension de la CNPS montrent que les cotisations dépassaient les prestations jusqu'en 1992. À partir de cette date, la situation s'est inversée. L'équilibre entre les cotisations et les prestations n'a pu être restauré et stabilisé que moyennant des réformes institutionnelles faites en juillet 1994. La situation financière est demeurée excédentaire jusqu'en 1997 où la croissance du résultat technique se ralentit jusqu'à l'apparition d'un nouveau déficit budgétaire en 2008, suite à la crise financière survenue à cette période. (Motazé, 2008). Ce déficit est ensuite allé croissant. Avec le décret n° 2016/072 du 15 février 2016 et son annexe fixant les taux des cotisations sociales et les plafonds des rémunérations applicables dans les branches des prestations familiales, d'assurances pension de vieillesse, le système de sécurité sociale du Cameroun qui était relativement inchangé depuis 1989 a connu une légère révolution. Ce décret consacre entre autres la revalorisation des cotisations sociales de 7 à 8,4 % et le relèvement du plafond des salaires cotisables de 300 000 FCFA à 750 000 FCFA.

Marché central de Yaoundé, Cameroun, 2018. Marcel Nkoma.

Conclusion

Le système de retraite au Cameroun comprend trois régimes : le régime obligatoire des travailleurs du secteur privé géré par la CNPS, le régime obligatoire des travailleurs du secteur public géré par l'État à travers le ministère des Finances et le régime d'assurance volontaire également géré par la CNPS. La branche retraite de la CNPS Cameroun est en déficit : les dépenses augmentent plus rapidement que les recettes. Par exemple, les cotisations de la branche « pension » de la CNPS ont crû sur la période 2009-2013, passant de 43,069 milliards FCFA en 2009 à 49,86 milliards FCFA en 2013, soit une hausse de 16 %. Mais dans le même temps les dépenses ont progressé de 21 %, passant de 47,86 milliards FCFA en 2009 à 57,99 milliards FCFA en 2013. La hausse des dépenses des régimes de retraite résulte généralement de l'augmentation du nombre de bénéficiaires et de l'évolution de la longévité. Les réformes observées mettent surtout l'accent sur le financement du régime mais également sur l'optimisation de la politique de recouvrement des cotisations, contraignant les entreprises à déclarer leurs employés, sous peine de se voir refuser un marché de l'État. Les réformes de 2014 et 2016 (décret n°2016/072 du 15 février 2016 qui apporte des innovations dans le traitement des cotisations sociales et celui du N°2014/2377/PM DU 13 août 2014 sur la prise en charge des assurés volontaires) visent à permettre à l'organisme d'être excédentaire sur un temps limité et à étendre la couverture des régimes de retraite. Toutefois, il faudra désormais cotiser pendant 240 mois (contre 180 mois avant la réforme) pour acquérir le droit à percevoir une pension de retraite (pension de vieillesse). Dans un contexte où trouver un emploi stable est extrêmement compliqué, rallonger la durée de cotisations

nécessaire signifiera pour certains se trouver dans l'impossibilité d'acquérir des droits à la retraite.

Bureau Central des Recensements et des Études de la Population (BUCREP)

- 2015, Rapport national sur l'état de la population – Édition 2014, 102 p.

BUCREP

- 2011, Situation socio-économique des personnes âgées. Vol II, Tome XII, Cameroun, 192 p.

Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)

2017, Annuaire statistique 2016, Direction Générale - Département des Études, de la Communication et de la Traduction - Service des Études, Cameroun, 62 p.

ILO

- 2014, World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice, Geneva, 364 p.

Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme administrative (MINFOPRA)

- 2009, Guide pratique pour la retraite et la liquidation des droits, Cameroun.

Motazé, L. P.

- 2008, L'Afrique et le Défi de l'Extension de la Sécurité Sociale : l'exemple du Cameroun, Pyramide papyrus presse, Paris.

United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division

- 2017, World Population Prospects: The 2017 Revision. <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

Chapitre 10

Les systèmes de retraite en Iran face au défi du vieillissement à venir



Marie Ladier-Fouladi

CNRS – EHESS,

Institut interdisciplinaire d'anthropologie du contemporain (IIAC)

ladier@ehess.fr

Iran

Paupérisation

Vieillesse

Systèmes de retraite

En Iran, la très rapide transition de la fécondité entamée au milieu des années 1980 et la baisse régulière de la mortalité ont conduit à une modification de la structure par âge de la population et enclenché par-là même le processus de vieillissement démographique. Ainsi, entre 1966 et 2011, la population âgée de 60 ans et plus est passée de 1,6 à 6,1 millions d'individus et, selon nos prévisions, pourrait dépasser les 10 millions en 2025. Le système de retraite et le volet assurance maladie de la protection sociale seront donc confrontés à un défi d'importance, d'autant plus que les 5 caisses principales de protection sociale et les 14 caisses particulières de retraite iraniennes rencontrent d'ores et déjà de très grandes difficultés pour assumer leurs engagements vis-à-vis de leurs assurés. Par ailleurs, la grande majorité des personnes en âge d'être à la retraite ne bénéficient d'aucune pension de retraite et sont obligées de s'appuyer sur la solidarité familiale. Étant donné la crise économique aiguë et le taux élevé du chômage des jeunes, la prise en charge des membres âgés par les familles, notamment les moins favorisées, aggravera leurs difficultés financières et entraînera la paupérisation d'une grande partie d'entre elles dans un avenir proche.

In Iran, a rapid fertility transition from the mid-1980s, along with a steady decline in mortality, led to a change in the age structure of the population, initiating the demographic aging process. Thus, between 1966 and 2011, the population aged 60 or over rose from 1.6 to 6.1 million individuals. According to our estimates, they would be slightly over 10 million in 2025. The pension and social protection system in terms of health insurance would thus face a major challenge. All the more so as the Iranian five main social security funds and the fourteen specific pension funds are already encountering great difficulties in fulfilling their commitments vis-à-vis those they cover. Moreover, the large majority of people in age of retirement who are not covered by any pension insurance resort to family solidarity. Given the acute economic crisis and the high rate of youth unemployment, having to care for older persons within families, particularly among the less privileged, will be an additional burden to their financial difficulties and lead to the impoverishment of many in the near future.

Crise économique

Introduction

Au cours des quatre dernières décennies, l'Iran a connu une transition démographique très rapide qui est actuellement en passe de s'achever. Ce processus a entraîné une profonde modification de la structure par âge de la population iranienne qui n'apparaît pas encore clairement aujourd'hui mais qui se confirmera dans un proche avenir.

D'une part, grâce à l'amélioration de la situation sanitaire et à la politique préventive mise en place depuis le début des années 1980, notamment pour la population en bas âge, la baisse de la mortalité a conduit à une hausse considérable de la durée de vie moyenne (Ladier-Fouladi, 2003). En moins de quarante ans, les Iraniens ont gagné près de dix-neuf années d'espérance de vie à la naissance qui est passé de 55,2 ans en 1970-1975 à 74 ans en 2013 (Population Reference Bureau, 2014). Avec l'allongement de la durée de vie moyenne, le sommet de la pyramide des âges a commencé à s'élargir progressivement.

D'autre part, la chute vertigineuse de la fécondité depuis 1986 a entraîné le rétrécissement assez rapide de la base de la pyramide des âges. En effet, d'après notre estimation, l'indice synthétique de fécondité a baissé de 70 % en l'espace de 22 ans, passant de 6,4 enfants par femme en 1986 à 1,9 en 2008 (Ladier-Fouladi, 2009). Selon les dernières statistiques disponibles, il se situait au même niveau en 2011.

Ainsi, le déclin régulier de la mortalité à tous les âges et le recul impressionnant de la fécondité ont contribué au vieillissement de la population iranienne. D'après les résultats des

recensements de la population et de l'habitat en Iran, la population âgée de 60 ans et a plus que triplé entre 1966 et 2011 passant de 1,6 à 6,1 millions d'individus. Le processus de vieillissement de la population va s'accélérer durant les prochaines décennies : en 2025, selon nos prévisions, basées sur les résultats des recensements iraniens¹⁸⁴, le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus serait d'un peu plus de dix millions constituant alors 12 % la population totale en Iran contre 8,2 % (soit 6,1 millions de personnes) en 2011. Cette nouvelle donne démographique a d'ores et déjà pris au dépourvu le système de retraite qui se trouvera face à un défi d'importance dans un proche horizon alors même qu'il ne couvre qu'une partie des actifs. On estime en effet que seuls 39,3 % des personnes actives de plus de 15 ans étaient affiliées à un système d'assurance vieillesse en 2010 ; dans le même temps, seuls 26,4 % des personnes ayant dépassé l'âge légal de départ à la retraite (60 ans pour les hommes, 55 ans pour les femmes) étaient pensionnés (International Labour Office, 2014, p. 269 et 275). Outre les problèmes financiers des caisses de retraite qui touchent directement les pensions des assurés, s'impose une autre question : celle de la prise en charge des personnes âgées de soixante ans et plus (ou d'un âge plus avancé selon les choix politiques et économiques qui seront faits), dont le nombre ne cessera d'augmenter, qui ne bénéficient encore d'aucune assurance vieillesse.

Dans le cadre de ce travail, nous rappellerons brièvement l'historique de l'assurance vieillesse jusqu'à la mise en place d'un régime

de protection sociale (assurance maladie, accident du travail, famille et retraite) puis nous présenterons les principales caisses de retraite, le mode de calcul des pensions de retraite ainsi que les institutions et structures d'aide sociale aux personnes âgées. Nous examinerons ensuite les caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population active afin d'entrevoir les limites du marché du travail et enfin la couverture sociale des personnes âgées et les niveaux des pensions. L'objectif de ce chapitre est

de mettre en lumière le déséquilibre financier qui menace les caisses de retraite dans un avenir très proche ainsi que l'urgence qu'il y a à établir une politique de soutien formel aux personnes âgées de soixante ans et plus qui sont exclues du système de retraite. Cette étude est fondée sur les recensements décennaux iraniens (de 1976 à 2006) aussi bien que sur les statistiques administratives de la République islamique et des caisses de retraite.



Porte du complexe Amir Chakhmaq, Yazd, Iran, 2017. Agnès et Denis Martouzet.

¹⁸⁴ Calcul par la méthode de composantes.

I. La difficile naissance de la politique de sécurité sociale

I.1 De l'assurance vieillesse à la loi de la protection sociale

Les politiques de protection sociale mises en place au lendemain de la Seconde Guerre mondiale dans les pays occidentaux constituèrent une source d'inspiration pour le tout nouveau ministère du Travail iranien (créé en 1946), qui proposa en 1947 la création de deux caisses, l'une pour l'assurance maladie et l'autre pour l'assistance sociale des ouvriers. Ces deux caisses ont été réunies en 1949 et, moyennant une cotisation mensuelle correspondant à 6 % du salaire et des primes de l'ouvrier (2 % prélevés sur le salaire et 4 % cotisés par l'employeur), proposaient à l'ouvrier et sa famille du premier degré¹⁸⁵ une assurance maladie et une couverture sociale comprenant une indemnité pour invalidité, une prime de mariage, une indemnité pour la grossesse, une pension de retraite, une allocation aux familles nombreuses et, en cas de décès de l'ouvrier, une aide financière pour ses héritiers ainsi que pour son enterrement. Aussi séduisant que puisse paraître ce projet d'État-providence, selon le gouvernement lui-même (Annuaire Statistique de 1975), il n'a pas vraiment été réalisé, dans la mesure où les recettes de la caisse n'étaient jamais suffisantes pour couvrir les assurances sociales engagées. Plusieurs projets de loi se sont succédés jusqu'à ce que dans le cadre de la nouvelle loi sur l'emploi dans la fonction publique, adoptée par le parlement iranien en 1966, le droit des employés d'État aux prestations des assurances maladie, invalidité et vieillesse ait été clairement établi. Le gouvernement a commencé alors à

mettre en place les dispositifs administratifs et financiers adéquats pour réaliser son projet d'État providence. Avec la loi de 1966, tous les employés d'État et des organismes publics ont été donc assurés d'une pension de retraite, qui se transmettait après leur décès à leur veuve (ou veuf) et enfants âgés de moins de 18 ans (jusqu'à l'âge de 21 ans si ces derniers poursuivaient leurs études).

D'après l'article 74 de la loi, les conditions à remplir pour demander sa retraite étaient :

- a. Soit être âgé de 60 ans au moins, quel que soit le nombre d'années d'ancienneté
- b. Soit être âgé de 55 ans au moins et avoir 30 années d'ancienneté

Cependant, ceux qui à la date de l'approbation de la loi avaient plus de 11 années d'ancienneté, pouvaient, sous certaines conditions stipulées dans l'article 75 de cette même loi, partir à la retraite avant 60 ans.

En ce qui concerne les ouvriers (secteur public et secteur privé), une loi adoptée en 1960 déterminait deux types d'assurances, l'une « complète » et l'autre « relative », dont la gestion a été confiée aux « Assurances sociales des Ouvriers » créées dix ans plus tôt et qui a changé de nom à cette occasion pour devenir l'« Organisation des Assurances sociales des Ouvriers » (OASO). Avec une assurance « complète » dont le plafond était fixé à 18 % du salaire et des primes de l'ouvrier (5 % prélevés sur son salaire et 13 % cotisés par l'employeur), celui-ci bénéficiait de l'assurance-maladie et de la protection sociale décrite ci-dessus, alors qu'avec l'assurance « relative », fixée à 9 % du salaire et des primes (2,5 % prélevés sur le salaire et 6,5 % pour l'employeur), ce dernier n'était assuré que pour les accidents du travail et la maladie.

Bien que l'OASO ait été chargée de gérer les assurances maladie et sociale des ouvriers, l'État pouvait, selon cette loi, lui confier la gestion des assurances de certains fonctionnaires ainsi que celles des agents non-titulaires. D'ailleurs, toujours selon la même loi, les travailleurs indépendants pouvaient être adhérents à l'OASO (Taleb, 1997).

Il a fallu que la loi de 1960, concernant l'assurance des ouvriers, soit révisée à deux reprises, en 1963 et en 1968, pour qu'enfin le gouvernement ait préparé la loi de la « Sécurité Sociale » en 118 articles et 40 annexes en 1975 (Taleb, 1997). Cette nouvelle loi projetait d'étendre les assurances sociales, sous un régime unique, à toute la population active du secteur privé aussi bien qu'aux agents contractuels de l'État.

Selon l'article 76 de la nouvelle loi, la durée minimale de cotisation est de dix ans. Le même article fixe l'âge légal de départ à la retraite à 60 ans pour les hommes et à 50 ans pour les femmes. Toutefois selon l'alinéa 1 de cet article adopté en 1992, l'âge de départ à la retraite peut être abaissé à 50 ans pour les hommes et à 45 ans pour les femmes à condition qu'ils aient travaillé et cotisé pendant 30 ans.

Après une trentaine d'année durant lesquelles plusieurs initiatives et projets de loi se sont succédés, c'est au milieu des années 1970 que l'État iranien est finalement parvenu à mettre en place une politique de protection sociale pour les salariés du secteur privé.

I.2 Trois régimes de sécurité sociale complétés par des dispositifs d'assistance

Ainsi, depuis la fin des années 1970 la Sécurité sociale fournit la couverture de base

des risques : maladie, maternité, invalidité, accidents du travail, décès, famille, retraite. Elle est composée principalement de deux régimes regroupant les assurés sociaux selon leur secteur d'activité

1. le régime général : il concerne les salariés relevant du secteur privé et les agents non-titulaires de l'État ;
2. les régimes spéciaux : ils couvrent les fonctionnaires et les salariés des organismes publics.

À ces deux régimes s'ajoute un troisième, mis en place récemment (en 2004), avec la création, par le ministère de la Prospérité et de la Protection sociale, d'une caisse spécifique d'assurances sociales pour les exploitants agricoles et la population nomade dont la principale activité est le pastoralisme. Ce régime couvre l'assurance maladie-invalidité, vieillesse (retraite) et décès. Mais la « Caisse d'assurances sociales des populations rurale et nomade » ne paraît pas tout à fait opérationnelle et ne fournit à ce jour aucune statistique permettant d'évaluer le taux de couverture des populations concernées.

En ce qui concerne les deux premiers régimes, deux caisses de retraite principales s'occupent de l'assurance vieillesse des actifs.

Dans le secteur privé, c'est l'Organisation de la sécurité sociale (OSS) qui prend en charge la pension de retraite de ses assurés et, à ce titre, est considérée comme la principale caisse de retraite des actifs dans ce secteur. Les cotisations d'assurance maladie, maternité, décès et d'assurance vieillesse sont versées dans la limite d'un plafond fixé à 30 % du salaire et des primes mensuelles des assurés : 7 % prélevés sur leurs salaires, 20 % cotisés par l'employeur et 3 % par l'État). Pour calculer les pensions de retraite versées par le régime général des salariés du secteur privé,

¹⁸⁵ La famille du premier degré de l'assuré comprend son épouse, ses enfants âgés de moins de 12 ans ou de moins de 21 ans s'ils poursuivent leurs études, et ses parents, à condition que le père soit âgé de 60 ans et plus et la mère de 55 ans et plus (Mahbubi Ardakani, 1978).

trois éléments entrent en ligne de compte :

- La moyenne des salaires et primes des deux dernières années (MS);
- Le nombre d'années de cotisation (AC) ;
- La durée totale d'activité requise, en l'occurrence 30 ans (D)

La formule de calcul répond donc à l'équation suivante :

$(MS) \times (AC) / (D)$.

Dans le secteur public, à la différence du secteur privé, ni la gestion de l'assurance retraite, ni celle de l'assurance maladie, ne sont centralisées. On compte une caisse principale, la Caisse de retraite civile (CRC), pour les employés d'une grande majorité des ministères et 14 caisses spéciales pour les employés d'État ou des organismes publics dont les plus importantes sont : la Caisse de retraite du ministère de la Défense et de l'armée, la Caisse de retraite de la Compagnie nationale du pétrole ou encore la Caisse de retraite de la Banque Centrale¹⁸⁶ (Ladier-Fouladi, 2003).

Les ressources de la Caisse de retraite civile (CRC) comprennent les retenues sur les appointements et salaires des employés actifs (9 %), la contribution de l'État (13,5 % des salaires et primes de l'employé actif) en tant qu'employeur, les revenus des investissements et des activités économiques diverses de la CRC. Le mode de calcul des pensions de retraite versées par le régime spécial est identique à celui du régime général. Parallèlement à l'instauration du système de protection sociale réservée aux salariés actifs et à leurs familles, d'autres institutions étatiques ou semi-étatiques ont vu le jour,

en particulier depuis l'instauration de la République islamique en 1979, dont l'une des missions est de prendre en charge ou d'aider financièrement, sous forme d'allocation mensuelle, la population en précarité ou les familles démunies se trouvant souvent sans chef (homme), pourvoyeur de ressources, aussi bien dans les villes que dans les campagnes. La plus importante et la plus riche parmi ces institutions est le « Comité de secours de l'imam Khomeiny (CSIK) » qui propose, outre les divers services d'aides sociales et d'assistance financière aux personnes et familles défavorisées, une « petite pension » aux personnes nécessiteuses âgées de 60 ans et plus résidant en milieu rural. Selon les statistiques disponibles, le nombre de bénéficiaires de cette pension est passé de 433 250 en 1985 à 1,5 million en 2007. Dans les années 1980, le montant des prestations mensuelles de chaque individu était de 3 000 rials (monnaie iranienne). Mais très vite, en raison de la crise économique et de la croissance exorbitante des prix des biens de consommation, le CSIK a dû non seulement revoir le montant de ces prestations à la hausse mais aussi modifier leur mode d'attribution. De sorte que dans les années 2000, leur montant a été ajusté en fonction de la taille du ménage auquel appartenaient les individus âgés de 60 ans et plus. Ainsi le montant des prestations mensuelles a été fixé à 400 000 rials pour un ménage individuel, à 450 000 rials pour un ménage composé de deux personnes, à 550 000 rials pour un ménage de trois personnes, à 600 000 rials pour un ménage de quatre personnes et enfin à 750 000 rials pour un ménage de cinq personnes et plus. Sachant qu'en 1986, les

dépenses moyennes mensuelles d'un ménage en milieu rural étaient de 63 466 rials et en 2007 de 4 070 504 rials¹⁸⁷, ces prestations ressemblent plus à une allocation qu'à une

« petite pension » de retraite, et ne permettent à l'évidence pas aux bénéficiaires de subvenir à leurs besoins les plus élémentaires.



Dans les jardins du palais Golestan, Téhéran, Iran, 2017. Agnès et Denis Martouzet.

¹⁸⁶ Ces ministères, organismes et entreprises, disposant de longue date de leurs propres dispensaires et de caisses d'assurances sociales, les administrateurs se sont organisés pour proposer à leurs employés des services médicaux et une assurance retraite. Il va sans dire que la qualité des soins et services n'est pas identique et dépend de l'importance de ces administrations et de leur capacité financière.

¹⁸⁷ Sources : Les résultats des enquêtes régulières sur les budgets (revenus et dépenses) des ménages, réalisées par le Centre de Statistiques d'Iran.

II. Caractéristiques de la population active en Iran et inégal accès à la protection sociale

En raison d'une économie fondée essentiellement sur les recettes pétrolières, le marché du travail iranien présente un certain nombre de limites que l'examen des caractéristiques de la population active nous permet de décèler. Seront ainsi mis en relief l'inégal accès aux prestations sociales et l'exclusion de ces mêmes dispositifs d'une grande part de la population en âge d'exercer une activité.

II.1 L'économie rentière et l'emploi

Jusqu'au début de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, l'économie iranienne était principalement basée sur l'agriculture, une agriculture vivrière sous la domination de grands propriétaires. Avec la nationalisation de l'exploitation du pétrole en 1951, ce pays accédait enfin aux revenus nécessaires pour assurer son développement économique. Mais il bascula immédiatement dans une économie reposant sur la seule exploitation et exportation du pétrole. Il s'agissait d'une économie de rente pétrolière dont la gestion et la redistribution n'orienta pas les investissements des capitaux vers les secteurs productifs en biens de consommation et en emploi¹⁸⁸. Aussi, l'industrie manufacturière a-t-elle progressé à petits pas et la création d'emploi est restée insuffisante au regard des besoins nouveaux induits par la croissance démographique. Pour faire face à cette situation l'État monarchique a élargi les subventions sur tous les produits et services de consommation afin que dans chaque

famille le revenu d'une personne, très souvent celui du chef de famille, puisse assurer un niveau de vie minimal. En somme, cette gestion de la rente pétrolière a empêché non seulement le décollage économique de l'Iran mais a également conforté les rapports traditionnels établis, à l'intérieur de la famille, sur l'hégémonie du chef de famille. En outre elle a contribué au maintien des femmes dans un rôle strictement domestique, étant donné qu'elles n'ont nullement été incitées à s'insérer dans la vie active compte tenu de la difficulté à trouver un emploi. Cependant, cet équilibre s'est avéré fragile et la récession économique consécutive au premier choc pétrolier de 1973, amplifiée par la continuité dans la mauvaise gestion des recettes, a entraîné le pays dans une crise économique endémique qui s'est aggravée depuis le début des années 1980.

Pour bien rendre compte des difficultés structurelles de l'économie iranienne et de l'ampleur de la crise, il faut à présent nous pencher sur la question de l'emploi et du chômage, en accordant une attention particulière à l'activité économique des femmes.

II.2 Les limites du marché du travail

Faute de statistiques spécialisées, nous pouvons seulement estimer les taux d'emploi et de chômage à partir des recensements décennaux de la population (Tableau 1). La première constatation est que l'emploi en Iran

constitue un univers presque exclusivement masculin. Ainsi, en 1976, 78,4 % des hommes contre 11,2 % des femmes étaient des actifs occupés¹⁸⁹. Cette inégalité entre les sexes dans l'accès au marché du travail devait logiquement dégager un grand nombre d'emplois pour les hommes. Cependant, la proportion relativement importante de demandeurs d'emploi parmi les hommes actifs, 8,2 % pour l'ensemble du pays en 1976 (4,6 % dans les villes et 11,4 % dans les campagnes), montrait les difficultés de l'économie rentière, particulièrement en milieu rural, à absorber une proportion plus importante de la force de travail disponible. D'autant plus que cette proportion est plus élevée encore chez les femmes, dont le taux d'activité est pourtant déjà très faible : le taux

de chômage des femmes s'élève ainsi en 1976 à 16,4 % pour l'ensemble du pays (6 % en milieu urbain et 23,5 % en milieu rural). La crise économique, le coût financier de la guerre Irak/Iran (1980-1988)¹⁹⁰ et la baisse consécutive des investissements ont par la suite diminué nettement la proportion des actifs effectivement occupés. En 1986, près de 12 % des hommes actifs et 23 % des femmes actives ont été alors dénombrés comme demandeurs d'emploi. Ces proportions, déjà élevées, qui mettaient en évidence l'aggravation de la situation économique depuis la fin des années 1970, indiquaient également les nouvelles aspirations des femmes et le rôle qu'elles comptent désormais s'attribuer dans la sphère sociale.

Tableau 1 : Taux estimatif (en %) d'emploi et de chômage de la population âgée de 15-59 ans selon sexe et par secteur d'habitation

Année	Taux estimatif d'emploi (en %)					
	Hommes			Femmes		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
1976	75,1	92,6	78,4	10,1	13,5	11,8
1986	70,4	86,2	73,0	7,4	7,2	7,3
1996	68,4	74,0	70,4	9,4	11,1	10,0
2006	67,2	69,8	68,0	11,6	10,5	11,3
	Taux estimatif de chômage (en %)					
	Hommes			Femmes		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
1976	4,6	11,4	8,2	6,0	23,5	16,4
1986	12,7	11,1	12,0	27,9	16,6	23,5
1996	7,8	8,5	8,1	12,1	13,2	12,6
2006	10,0	13,6	11,1	22,6	26,1	23,6

Sources : Résultats des recensements de 1976, 1986, 1996 et 2006, Centre de Statistiques d'Iran

188 Étudiant l'économie des pays exportateurs de pétrole, des économistes ont élaboré un modèle théorique appelé le modèle de la maladie hollandaise (Dutch Disease) selon lequel l'opulence des recettes et la facilité avec laquelle les devises entrent dans le pays pétrolier tendent à décourager les investissements dans le secteur industriel. Khalatbari (1994b) et Coville (1994).

189 Au sens du recensement de la population « Toute personne âgée de 10 ans et plus occupant un emploi, ou exerçant au moins 8 heures de travail au cours des sept jours précédant le recensement, ou encore étant demandeur d'emploi, travailleur saisonnier voire incorporé dans l'armée pour faire son service militaire, est considérée comme active ». Centre de Statistiques d'Iran (CSI), Recensements généraux de la population et de l'habitat de 1976. Résultats définitifs Téhéran, 1980, 157 p.
190 Pendant la guerre, le gouvernement n'a jamais décrété la mobilisation générale. Les combattants étaient alors des appelés et des membres des deux grandes organisations paramilitaires, à savoir le « Comité de la révolution islamique » et les « Gardiens de la révolution islamique ».

La fin de la guerre et la modeste reprise qui s'en est suivie semblent avoir contribué à la baisse de la proportion des demandeurs d'emploi aussi bien chez les hommes actifs que chez les femmes actives pour atteindre respectivement 8 % et 12 % en 1996 (Tableau 1). Cela ne doit cependant pas être interprété comme une amélioration de la situation économique dans la mesure où ces années sont notamment marquées par une expansion effrénée de l'économie informelle appelée pudiquement par les dirigeants iraniens « marché libre », une économie qui bien évidemment échappe aux statistiques officielles¹⁹¹.

En 2006, la tendance à la baisse du taux d'emploi des hommes âgés de 15-59 ans se confirme, alors que, contrairement à la décennie précédente, leur taux de chômage augmente (Tableau 1). En ce qui concerne les femmes, à côté d'une légère hausse de leur taux d'emploi, leur taux de chômage a été multiplié par près de deux en 10 ans et ce

aussi bien dans les zones urbaines que dans les zones rurales. En effet, le prolongement de la scolarité des femmes et l'accroissement de leur niveau d'instruction avaient largement augmenté leurs ambitions professionnelles. Celles-ci étaient aussi renforcées par l'exacerbation de la crise économique et l'inflation galopante qui, affaiblissant le budget des ménages, rendaient plusieurs revenus nécessaires au maintien du niveau de vie. Étant donné la gravité de la crise économique et le nombre restreint de places disponibles dans le secteur formel du marché du travail, une grande partie des femmes, dont le nombre échappe aux statistiques, se sont tournées vers le secteur informel (Khalatbari, 1994a et 1998). On pourrait même dire que, paradoxalement, la volonté des femmes de contribuer activement au revenu de la famille dans un contexte difficile révèle clairement l'incapacité du système économique rentier à répondre aux besoins de la population.

Tableau 2 : Taux de chômage (en %) des jeunes de 15-29 ans par sexe, groupes d'âge et secteur d'habitation

Année	Hommes			Femmes		
	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29
Zones urbaines						
1976	15,2	9,5	3,0	13,2	8,2	2,9
1986	29,0	20,1	11,8	68,4	46,2	17,6
1996	22,5	15,7	8,1	47,7	26,8	9,3
2006	28,9	22,2	11,6	58,6	45,7	25,4
Zones rurales						
1976	15,5	11,2	9,3	17,4	19,7	23,2
1986	26,9	15,5	9,0	30,3	22,0	10,3
1996	21,3	14,0	7,4	23,4	18,9	9,9
2006	28,9	22,8	14,4	40,7	39,6	28,2
Ensemble						
1976	15,4	10,3	5,9	13,3	14,4	13,5
1986	27,8	18,1	10,7	47,0	38,1	15,7
1996	21,8	14,9	7,8	30,9	22,9	9,5
2006	28,9	22,4	12,4	48,6	43,7	26,0

Sources : Résultats des recensements de 1976, 1986, 1996 et 2006, Centre de Statistiques d'Iran.

La situation du chômage des jeunes paraît encore plus critique. L'arrivée de jeunes générations de plus en plus nombreuses sur le marché du travail n'a cessé de gonfler le nombre de chômeurs au cours des deux dernières décennies (Tableau 2). En particulier parmi les 15-24 ans, le chômage touche pratiquement un homme sur quatre et près d'une femme sur deux. Il est évident qu'une économie dont le secteur productif est structurellement très restreint et qui, de surcroît, se trouve plongée dans une récession durable, pose un problème dramatique d'accès à l'emploi pour une population d'âge actif en croissance. D'ailleurs, l'omniprésence de ces problèmes dans la presse, les études de terrain commandées par les administrations publiques ou encore les discours politiques rendent tangible le caractère profond de la crise. Ainsi, sur toute la période 1976-2006, le marché du travail iranien, qui n'était même pas

capable de fournir suffisamment d'emplois pour la moitié masculine de la population, n'a à l'évidence pas pu s'ouvrir favorablement aux femmes.

Il va sans dire que l'accès de plus en plus tardif d'un grand nombre d'actifs et, plus particulièrement, d'actives à des revenus réguliers a notamment pour conséquence la restriction des ressources de la protection sociale et des postes budgétaires des retraites.

II.3 L'essor des travailleurs indépendants

Un autre exemple pour aborder les difficultés de la population active à accéder aux prestations sociales est celui des travailleurs indépendants (professions libérales, auto-entrepreneurs

¹⁹¹ Cette économie, qui génère des profits considérables pour des spéculateurs parfois proches du pouvoir, ne fait qu'offrir à la multitude des possibilités précaires de gagner un peu d'argent, indispensable pour les uns, complémentaire pour les autres et est par conséquent extrêmement compliquée à saisir. L'économie informelle ou souterraine comprend des activités qui vont du régulier à l'irrégulier, du légal à l'illégal. Citons ici, à titre d'exemple, quelques activités parmi les plus courantes : utiliser sa voiture personnelle comme taxi, monter un petit atelier de confection chez soi avec la complicité des membres de la famille, donner des cours de langue étrangère ou de préparation des concours universitaires, effectuer des prestations de services (services personnels, d'entretien, de réparation...), vendre des devises étrangères, des biens de seconde main ou des coupons de rationnement pour des produits de première nécessité, etc.

III. Les difficultés du système actuel de retraite

dans les zones urbaines et exploitants indépendants dans les zones rurales), dont la part au sein de la population active continue de croître au cours de la période étudiée. Il est important de préciser qu'en l'absence de développement industriel et de progrès dans les domaines technologiques, l'essor des travailleurs indépendants, notamment dans les zones urbaines, témoigne de l'incapacité de l'économie iranienne à créer suffisamment d'emplois pour répondre à la demande croissante des hommes et des femmes en âge d'exercer une activité. Une demande croissante du fait de raisons démographiques évidentes mais aussi en raison d'une transformation sociétale marquée notamment par le désir des femmes d'intégrer le marché du travail (Ladrier-Fouladi, 2011)

En 1976, les travailleurs indépendants constituaient un peu plus du tiers de la population active âgée de 15-64 ans¹⁹² (22,0 % dans les zones urbaines et 42,1 % dans les zones rurales). La part de cette catégorie professionnelle tend ensuite à croître pour atteindre près de 35 % (29,1 % dans les villes et 47,4 % dans les campagnes) de la population active en 2006. Plus significatif encore est qu'à cette dernière date les travailleurs indépendants comprenaient près d'un tiers de la population active des villes (30,8 % des hommes et 16,3 % des femmes) et pratiquement la moitié de celle des campagnes (48,3 % des hommes et 34,7 % des femmes). Ces proportions considérables indiquent mettent en relief l'existence de problèmes structurels renforcés par la mauvaise conjoncture économique. D'autant que durant la même période, la proportion des salariés (secteurs public et privé) a fléchi, passant de 55,7 % en 1976 à 53,0 % en 2006.

La baisse s'avère très spectaculaire dans les zones urbaines où la part des salariés est passée de 72,4 % en 1976 à 54,9 % en 2006.

Or si les employés du secteur public et une grande partie des salariés du secteur privé peuvent, grâce au système de protection sociale instauré en 1975, bénéficier d'une protection sociale comprenant notamment une assurance vieillesse (retraite), l'accès d'une grande majorité des travailleurs indépendants au système de sécurité sociale semble en revanche incertain dans la mesure où ils doivent, eux-mêmes, cotiser à l'assurance maladie et à l'assurance vieillesse. En effet, les cotisations d'assurance maladie, décès et vieillesse sont fixées à 26 % des revenus mensuels moyens des travailleurs indépendants et l'État doit, selon la loi, y contribuer à hauteur de 3 %. En dehors d'une minorité constituée des professions libérales (médecins, avocats, architectes, etc.), la majorité des travailleurs indépendants ayant un emploi précaire n'est sans doute pas en mesure d'assumer les cotisations ni donc de s'affilier au régime de sécurité sociale.

Le risque de précarité qui menace cette catégorie professionnelle, ainsi que les personnes âgées ne disposant pas d'une véritable couverture sociale, les contraint à travailler au-delà de 65 ans. En 2006, parmi la population âgée de 65 ans et plus, 22,1 % était encore active dont 72,1 % était des travailleurs indépendants.

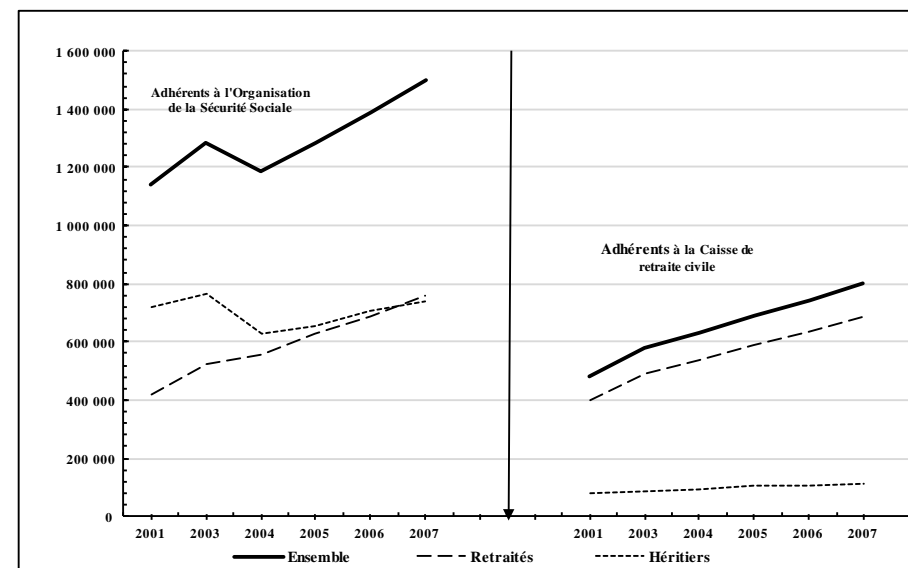
Pour mieux appréhender la situation difficile à laquelle sont confrontés les retraités et les personnes âgées, il nous faut à présent examiner, dans la limite des données disponibles, les difficultés du système de retraite.

III.1 Ratio cotisants/retraités en baisse rapide

En 2000, la Caisse de retraite civile (CRC), la principale caisse d'assurances retraite des employés d'État¹⁹³, comptait 1,5 million d'actifs cotisants et couvrait un peu plus de 450 000 retraités ou héritiers¹⁹⁴. Le rapport entre le nombre de cotisants et celui de bénéficiaires d'une pension de retraite (retraités et ou héritiers), était alors de 3,35, soit un peu plus de 3 actifs pour un pensionné. Au cours des années suivantes, le nombre d'actifs cotisant a commencé à baisser alors que celui des

retraités et leurs héritiers a continué à croître (Figure 1). De surcroît les retraités adhérents à la CRC sont relativement jeunes : en 2009, 55,7 % des retraités étaient âgés de 40-60 ans¹⁹⁵ ; ce qui explique la hausse modérée du nombre de leurs héritiers (Figure 1). En 2009, la CRC comptait 1,22 million d'actifs pour 972 877 retraités ou héritiers, soit un rapport 1,2 actif pour un retraité ou ses héritiers. Se profile alors un déséquilibre entre dépenses et recettes de la CRC, par ailleurs aggravé par la dette cumulée de l'État envers cet organisme qui s'élevait à un milliard de rials (près de trente milliards d'euros) en 2008 en 2008¹⁹⁶.

Figure 1 : Les adhérents (retraités et leurs héritiers) aux deux principales caisses de retraite



Sources : Résultats des recensements de 1976, 1986, 1996 et 2006, Centre de Statistiques d'Iran.

193 Concernant les 14 caisses particulières des employés du secteur public qui ne publient pas leurs statistiques, le nombre de leurs assurés (personnel actifs, retraités et leurs ayants droit) s'élevait à près de 1,8 million de personnes en 2002 selon l'Organisation de gestion et de planification (Panahi, 2006).

194 Il est important de rappeler que, selon l'article 80 de la loi de la « Sécurité Sociale », en cas de décès d'un retraité, ses héritiers (époux-se, enfants, parents) – sous certaines conditions stipulées dans l'article 81 de la même loi –, ont droit à une pension de réversion : l'époux ou l'épouse, recevant 50 % de la retraite de l'assuré-e décédé-e, ses enfants (mineurs, poursuivant des études ou invalides) 25 % et ses parents (s'ils étaient à sa charge) 20 %.

195 Sources : la Caisse de retraite civile : <http://www.retirement.ir/>

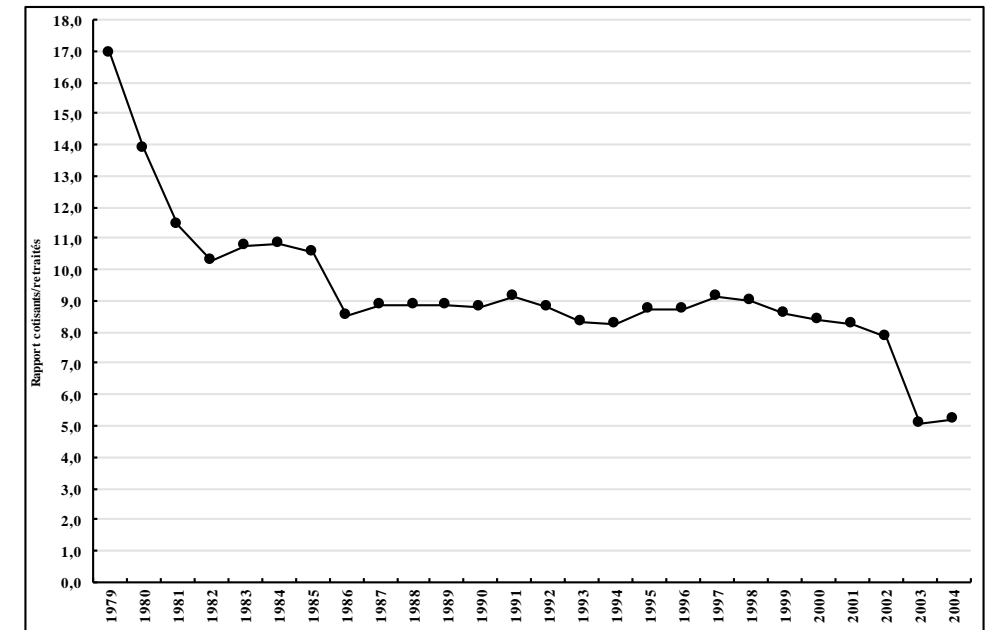
196 *Ibid*

192 Pour pouvoir comparer les résultats des deux recensements 1976 et 2006, nous considérerons ici les actifs âgés de 15 à 64 ans, dans la mesure où en 2006 les statistiques de la population active selon le statut professionnel sont présentées par groupes quinquennaux jusqu'à 49 ans puis par groupe décennal jusqu'à 64 ans.

En dépit de ces difficultés multiples, le gouvernement a penché pour la retraite anticipée¹⁹⁷ de ses employés afin d'apporter une réponse à la vague montante du chômage des jeunes générations. Ainsi depuis 2008, le nombre de retraités couverts par le CRC n'a cessé d'augmenter pour atteindre 1,1 million en 2011. Cela met bien en évidence la hausse considérable des dépenses et par-là même l'aggravation du déséquilibre budgétaire de la CRC ainsi que les problèmes financiers auxquels se heurtent et se heurteront dans un proche avenir les retraités affiliés à cet organisme. Comme le confirme la déclaration de la Direction générale de la CRC à propos du déficit budgétaire de cette caisse en 2014 qui, s'étant élevé à vingt-huit mille milliards de rials (près de huit cent quarante millions d'euros), a gravement perturbé le paiement des pensions de retraites de ses adhérents¹⁹⁸. En ce qui concerne la situation financière actuelle de l'Organisation de la sécurité sociale (OSS), la principale caisse de sécurité sociale dans le secteur privé, elle s'avère encore plus dégradée que celle de la CRC. Rappelons qu'en 1979, l'OSS comptait 1,7 million d'actifs cotisants pour 100 000 retraités ou héritiers. Le rapport entre le nombre de cotisants et celui des bénéficiaires d'une pension de retraite s'élevait alors à 17, soit 17 actifs pour 1 retraité ou héritiers. Mais ce rapport a évolué assez rapidement en raison de la hausse du taux de chômage ainsi que de la mise en place de la retraite anticipée au cours de la décennie 1990. Entre 1979 et 2004, le

nombre des retraités adhérents à l'OSS s'est accru à un rythme annuel de 10 % tandis que celui des actifs cotisants n'a augmenté que de 5,6 % par an. De sorte qu'en 2004, l'OSS comptait 6,9 millions d'actifs cotisants pour 1,3 million de retraités ou héritiers, soit 5,1 actifs pour 1 retraité ou héritier (Figure 2). Depuis les années 1990, la hausse des dépenses et le ralentissement des recettes de l'OSS ont entamé son équilibre budgétaire déjà fragilisé en raison de la dette cumulée de l'État qui en 2015 s'élevait à 1,1 milliard de rials (près de trente-trois milliards d'euros). . Compte tenu de l'exacerbation de la crise économique et l'augmentation du chômage, la situation financière de cet organisme n'a cessé de s'aggraver au cours de la dernière décennie. En conséquence, de 2009 à 2012, l'OSS n'a pas revalorisé annuellement les pensions de retraite en fonction de l'impact de l'inflation contrairement à ce que prévoit à l'article 96 de la loi de la « Sécurité Sociale »¹⁹⁹. Certes, en 2013 et 2015, les pensions de retraite ont finalement été augmentées mais sans rattraper la course effrénée du coût de la vie, essentiellement due à l'inflation. Étant donné les difficultés financières de l'OSS, les paiements des pensions de retraite de ses adhérents ont été à maintes reprises perturbés²⁰⁰. Il apparaît ainsi que les retraités adhérents à l'OSS se trouvent plongés dans une situation financière pour le moins critique.

Figure 2 : Ratio cotisants/retraités des adhérents à l'Organisation de sécurité sociale



Sources : Annuaire statistiques d'Iran, Centre de Statistiques d'Iran

Sachant que les adhérents de l'OSS sont constitués essentiellement de salariés du milieu urbain, les conditions de vie des personnes âgées résidant dans les campagnes, exclues de ce système, s'annoncent donc encore plus difficiles. En effet, la population active en milieu rural, composée majoritairement d'indépendants et d'aides familiaux, ne disposait pas d'une assurance sociale jusqu'au début des années 1990. En 1994, l'État a adopté une loi d'assurance-maladie universelle, assumant pour sa part 50 % du montant de la cotisation de la population rurale (Rassâi-nia, 1997). Vers la fin des années 1990, grâce à cette assurance, une partie de la population rurale

a finalement pu accéder aux soins médicaux mais très peu de personnes bénéficiaient d'une assurance retraite²⁰¹, mis à part la « modeste prestation » du Comité de Secours de l'imam Khomeiny. Les personnes âgées restaient donc tributaires de leurs enfants. Plus important sans doute, la grande majorité des femmes n'accédant pas à l'emploi ne pouvaient bénéficier de cette protection sociale qu'en tant qu'épouse/veuve ou fille d'un assuré. Dans la mesure où le marché du travail s'avère presque exclusivement masculin, les femmes sont dépendantes de leurs familles et se heurtent à de grandes difficultés pour se libérer de l'assujettissement au groupe familial.

197 En 2007, le parlement iranien a approuvé une ordonnance qui autorisait, pour une durée de trois années à partir de la date d'approbation de ladite ordonnance, le gouvernement à accorder la retraite anticipée aux employés qui la demandaient. Selon cette ordonnance, les hommes avec 25 années et les femmes avec 20 années d'ancienneté pouvaient demander leur retraite anticipée en bénéficiant d'une bonification de 5 ans. En 2010, le parlement a prolongé de 5 années supplémentaires la durée d'application de cette ordonnance.

198 Sources : Site iranien d'information Entekhab : <http://www.entekhab.ir/fa/news/261409/> (5 avril 2016)

199 Déclaration du Président de l'association des retraités de l'OSS, source : Mehr (agence iranienne de presse et d'information) <http://www.mehrnews.com/> du 31 janvier 2012.

200 L'interview du Directeur général de l'OSS avec la télévision iranienne (1er juin 2016), source : Le quotidien iranien Hamshahri : <http://hamshahronline.ir/details/339438>.

201 Selon les résultats de notre enquête réalisée en 2002, seulement 16,7 % de la population rurale étudiée bénéficiaient d'une assurance vieillesse (Ladrier-Foualdi, 2005)

III.2 Faible niveau des pensions et risque de paupérisation des personnes âgées

En dépit du nombre relativement restreint de personnes bénéficiant d'une assurance vieillesse, le niveau des pensions des retraités s'avère assez faible, d'autant qu'une inflation galopante²⁰², conséquence de la crise économique aiguë que traverse le pays depuis la fin des années 1970, a réduit le pouvoir d'achat de la population, et en particulier celui des personnes âgées, dont le nombre est également en croissance rapide (Ladier-Fouladi, 2003).

Dans le secteur public, le montant moyen mensuel de la retraite était de 6 500 000 *rials* en 2011²⁰³. Dans le secteur privé, la retraite moyenne mensuelle versée par l'OSS dont une partie des adhérents est constituée d'ouvriers atteignait 4 207 500 *rials*. Or ces pensions s'avèrent insuffisantes dans la mesure où le seuil d'extrême pauvreté²⁰⁴ pour un ménage de 4 personnes en Iran en 2011²⁰⁵ était de 5 758 500 *rials* net par mois selon l'évaluation du Comité technique du Conseil suprême du travail salarié.

Au-delà des inégalités de situations vis-à-vis de la retraite entre les régimes salariés du secteur privé et du secteur public, ce qu'il nous semble important de souligner que les pensions de retraite de l'un et de l'autre

régime ne permettent même pas à ces retraités de maintenir un minimum du pouvoir d'achat. De surcroît, au cours notamment de ces dernières années, les difficultés de paiement de ces deux caisses principales sont devenues de plus en plus évidentes. À titre d'exemple, en 2011, tout en révisant à la baisse la prime de fin d'année des retraités²⁰⁶, la CRC aussi bien que l'OSS ont dû en reporter d'un mois le paiement.

Très récemment, en juin 2016, le parlement sur proposition du gouvernement a décidé de fixer à 9 000 000 de *rials*, le montant minimum de la pension de retraite des adhérents à l'OSS et à la CRC²⁰⁷. Mais étant donné les graves difficultés financières de ces deux caisses d'assurance, la mise en application de cette nouvelle mesure semble se heurter à des obstacles insurmontables et la date de versement des pensions ne cesse d'être reportée.

Quoi qu'il en soit, ce montant minimum de pension de retraite paraît largement insuffisant dans la mesure où les dépenses moyennes mensuelles des ménages urbains comptant en moyenne 3,4 membres s'élevaient à 17 083 333 *rials* en 2014²⁰⁸.

Compte tenu de l'aggravation du contexte économique du pays et de la situation financière des principales caisses de retraite le risque de paupérisation de toute une frange des retraités ne peut être exclu.

Sachant par ailleurs qu'actuellement le système de retraite ne couvre principalement

qu'une partie de la population âgée, des anciens salariés en l'occurrence, les générations des personnes âgées ne peuvent souvent compter que sur la solidarité familiale, celle de leurs enfants notamment dont une partie est sans emploi ou sans revenu régulier. Ils se trouvent ainsi dans une situation de paupérisation et de vulnérabilité.

Cette situation risque de s'aggraver et de s'étendre dans un avenir proche en raison de la crise économique aiguë que la République islamique n'a, jusqu'alors, pas pu maîtriser et de l'absence de dispositifs nécessaires et surtout efficaces pour la prise en charge de toutes les personnes âgées, alors que leur nombre continue de croître rapidement.



Pont piétonnier Tablath Bridge, Téhéran, Iran, 2016, Agnès et Denis Martouzet.

202 Durant les années 1990 et 2000, le taux d'inflation, selon les statistiques officielles et officieuses, a été très souvent à deux chiffres se situant entre 10 à 25 %. D'après les estimations de la Banque mondiale, il a été de 13,5 % en 2009, de 12 % en 2010 mais de 22,5 % en 2011.

203 Selon la Directrice de la Caisse de retraite civile, citée par le quotidien iranien Hamshahri, <http://www.hamshahrionline.ir/news du 22 juin 2011>.

204 Ce seuil a été évalué, en prenant en compte plusieurs indicateurs dont l'inflation et le panier de consommation d'un ménage de 4 personnes. Il ne correspond donc pas à celui utilisé par les institutions internationales, à savoir 1 ou 2 dollars par jour.

205 Rappelons que selon les résultats des recensements, la taille moyenne des ménages est passée de 5,02 personnes en 1976 à 3,5 personnes en 2011.

206 Selon les lois, une prime de fin d'année dont le montant est déterminé au début du second semestre de chaque année est versée, habituellement le onzième mois du calendrier iranien, aux retraités.

207 Sources : Le site iranien d'information Iranonline : <http://www.ion.ir/News/113708.html> (4 juin 2016) et le site iranien d'information Entekhab : <http://www.entekhab.ir/fa/news/261409/> (5 avril 2016).

208 Les résultats de l'enquête sur le budget (revenus et dépenses) des ménages urbains en 2014, réalisée par le Centre de Statistiques d'Iran, cités par le site iranien d'information Mehr : <http://www.mehrnews.com/news/2433803/>

Conclusion

Même si la couverture du risque vieillesse ne concerne qu'une minorité de la population âgée, les deux principales caisses de retraite semblent éprouver de nombreux problèmes pour assumer leurs engagements vis-à-vis de leurs adhérents. À cela il faut également ajouter les difficultés rencontrées par les personnes âgées pour accéder aux soins. En raison de la hausse galopante des frais de soins médicaux et de la situation financière critique des caisses d'assurance sociale, ces dernières se désengagent de plus en plus de la prise en charge des dépenses de santé de leurs assurés. Il apparaît ainsi que même la population « privilégiée » qui dispose d'une assurance retraite se trouve dans une situation de vulnérabilité. Elle ne constitue pourtant qu'une part limitée des personnes âgées de 60 ans et plus dont le nombre total peut être estimé à près de 6 millions en 2010. En d'autres termes, aujourd'hui, la grande majorité des personnes âgées de 60 ans et plus se trouve en grande précarité.

Les dispositifs de protection sociale, dont le système de retraite, sont donc d'ores et déjà sollicités pour mettre en œuvre des politiques sociales appropriées pour lutter contre la paupérisation qui menace les personnes âgées d'aujourd'hui mais surtout celles de demain. Sachant que le nombre des personnes âgées continue de croître et que, grâce aux progrès réalisés en matière de recul de la mortalité (Zandjani et Nourolahi, 2000), leur durée de vie moyenne ne cesse d'allonger, l'enjeu est de taille. Cela d'autant que la crise économique frappe de plein fouet le pays, que le chômage, notamment des jeunes, a atteint des seuils alarmants et qu'enfin l'expansion de l'économie informelle rend la tâche encore plus difficile pour le système de protection sociale.

En dépit de la croissance importante du

nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans un futur proche, l'État iranien n'a jusqu'alors pas proposé une politique efficace pour mettre en place un système de retraite et de dispositifs médicaux et sociaux appropriés. Étant donné les conditions des personnes âgées d'aujourd'hui, il est à craindre que leur situation ne s'aggrave dans les prochaines années. Elles demeurent, comme souvent dans les pays en développement, à la charge de leur famille et en l'occurrence de leurs enfants, eux-mêmes en difficulté sur le marché de l'emploi.

Cette nécessité d'une prise en charge régulière des aînés par des membres de leur famille induit une situation économique difficile pour les familles issues des couches les moins favorisées. Au regard des évolutions démographiques à venir, elle annonce également la paupérisation d'un très grand nombre d'entre elles, tant dans les villes que dans les campagnes, dans un proche avenir.



Vue du quartier Ekbatan, non loin de l'aéroport Merhabad, au loin la tour Milad, Téhéran, Iran, 2017. Agnès et Denis Martouzet.

Annuaire statistiques d'Iran

- 1975 à 1999, Centre de Statistiques d'Iran, Téhéran.

Coville T., (éd.)

- 1994, L'économie de l'Iran islamique, Entre l'État et le marché, Paris, Téhéran, IFRI, 274 p.

International Labour Office

- 2014, World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice, Geneva, ILO, 364 p.

Khalatbari F.

- 1998, « L'inégalité des sexes sur le marché du travail : une analyse des potentiels économiques de croissance », in Yavari d'Hellencourt, N. (éd.), Les femmes en Iran, pression sociales et stratégies identitaires, Paris, L'Harmattan, p. 159-188.

- 1994a « Iran: A Unique Underground Economy », in : Th., Coville (éd.) L'économie de l'Iran islamique, entre l'État et le marché, Paris, Téhéran, IFRI, p. 113-138.

- 1994b, mabâniye eghtesâdi-e naft (Les fondements économiques du pétrole), Téhéran, 467 p.

Ladier-Fouladi M.

- 2003, Population et politique en Iran. De la monarchie à la République islamique, Les Cahiers de l'INED, n° 150, Paris, INED-PUF, 355 p.

- 2005, « L'émergence d'un système étatique de protection sociale et la solidarité familiale en Iran », in : P. Vimard et K. Vignikin (éd.), Famille au Nord, famille au Sud, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 635-654.

- 2009, Iran. Un monde de paradoxes, Nantes, L'Atalante, Coll. Comme un accordéon, 347 p.

- 2011, « Iran : jeunes et diplômées », Alternatives Économiques, Hors-série poche, n° 51, p. 74-77.

Mahbubi Ardakani H.

- 1978 (1357), Tarikh-e mo'assessate tamaddoni-ye jadid dar iran (Histoire des instituts et entreprises modernes en Iran), Téhéran, édition de l'Université de Téhéran, vol 2, 451 p.

Panahi B.

- 2006, Kâr kardhâye tâ'mine ejtemâi dar iran (Les fonctionnements de la protection sociale en Iran), Téhéran, l'Institut de recherches de la Protection sociale, 332 p.

Population Reference Bureau

- 2014 World Population Data Sheets, Washington DC, 2014: http://www.prb.org/pdf14/2014-world-population-data-sheet_eng.pdf

Rassâi-nia N.

- 1997, majmou-eye ghavânin va moghararât tâ'mine ejtemâi (Le code de protection sociale), Téhéran, Virâstâr, 244 p.

Taleb M.

- 1997, Tamine ejtemâi (Protection sociale), Mashahd, Âstâne qods, 4e édition, 304 p.

Zandjani H. et Nourolahi T.

- 2000, jadâvel margomir-e irân barâye sâl 1357 (Les tables de mortalité pour l'Iran en 1996), Téhéran, moassesseh-ye âli-ye pajouhesh tamine ejtemâi, 316 p.

Chapitre 11

Entre contraintes financières et idéaux politiques : une histoire des retraites en Argentine



Roxana Eleta de Filippis

Université du Havre

r.eletadefilippis@gmail.com

Argentine

Capitalisation

Réformes des retraites

Répartition

Universalisation

Ce chapitre propose une lecture de l'histoire sociale des retraites en Argentine en dégagant les grandes tendances. Trois périodes sont identifiées : la première concerne la construction d'un État social (XIX^{ème} siècle – 1976), la deuxième celle de l'État social néo-libéral (1976-1999), et la troisième la période actuelle. Au cours des dernières années, la politique argentine en matière de retraites a connu un nouveau processus de réforme structurelle. Les limites du système privé introduit en 1993 ont suscité des critiques croissantes tant de la part des analystes des politiques qu'au sein la population dans son ensemble. En novembre 2008, le système a été nationalisé et la politique des retraites a repris son modèle de répartition. Après ce vaste processus de réforme, un certain nombre de questions demeurent non résolues : quels sont les gagnants et les perdants ? Comment établir l'équité ? Si une pension universelle devait être instaurée, quel serait le risque que le niveau de prestation diminue ?

This chapter offers an analysis of the main trends in the social history of the pension system in Argentina. We identify three periods in history: the setting of a social State (19th century – 1976), the neo-liberal social State (1976-1999) and the current period. In the past few years, the pension policy of Argentina has gone through a new structural reform process. The limitations of the privately-managed system introduced in 1993 have led to growing criticism among both policy analysts and the population at large. In November 2008, the entire system was nationalized and pension policy shifted back to a public pay-as-you-go model. After this wide-ranging reform process a number of issues remain unresolved: Who benefits and who pays? How to establish "equity"? If a universal pension was to be instituted, would there be a risk of decreasing benefit levels?

Introduction

L'Argentine (huitième pays au monde par l'étendue de son territoire de 2 780 400 km²), est une République Fédérale dirigée depuis Buenos Aires. Les populations et les richesses convergent vers l'espace pampéen qui concentre aujourd'hui 39 % d'une population d'un peu plus de 41,45 millions d'habitants. En Argentine les dispositifs de sécurité sociale se sont développés tout au long du XX^{ème} siècle, prenant progressivement en charge de nouvelles catégories de risques. A l'instar du modèle européen, l'État providence argentin a cherché à couvrir les risques sociaux. De manière générale et en schématisant le développement de la sécurité sociale en Argentine, on peut souligner qu'elle n'a pas toujours été financée par les contributions ou par l'impôt, ni par l'épargne interne, ou encore par l'investissement étranger mais par l'inflation et la dette. L'État argentin n'a pas hésité par le passé à créer du déficit pour financer les politiques sociales. Cela explique pourquoi l'État providence s'y développa avec la même dynamique que dans les pays du Nord. D'abord pour couvrir les accidents de travail et la maladie, ensuite la vieillesse, la famille et plus tardivement le chômage. Ce développement est mis en cause vers la fin des années 1970, période où la situation politique et économique change considérablement. A la fin des années 1980 et au début des années 1990, sous l'impulsion des organismes supranationaux, l'Argentine réforme le système en le privatisant. Les promoteurs d'une telle réforme le répètent comme un mantra : la privatisation induit des déficits publics moins élevés, des marchés des capitaux plus dynamiques et un rapport plus direct entre

le niveau de l'épargne individuelle et celui des prestations individuelles, ce qui devait permettre à terme l'adhésion au système d'un plus grand nombre de travailleurs. Depuis la grande crise de 2001, la plupart de ses postulats sont battus en brèche et l'idée d'un système universel de lutte contre l'exclusion semble voir le jour. La crise de 2001 a en effet plongé le pays dans une anomie caractérisée par la désindustrialisation, la désalarisation, l'augmentation du travail précaire et de la débrouille qui oblige les pouvoirs en place à repenser la protection sociale en dehors du modèle de l'assurance.

Géré par des fonds privés dans les années 1990, puis nationalisé en 2008, le système des retraites en Argentine montre que le mode de financement des salaires de remplacement n'est pas seulement une question de technique financière et actuarielle mais avant tout un choix politique sur la façon dont une société redistribue les ressources entre les différentes générations en présence.

Cet article a comme objectif de retracer une histoire sociale des retraites en Argentine en en dégagant les grandes tendances.

Nous aborderons dans un premier temps la période de construction d'un État social (XIX^{ème} siècle – 1976), puis celle de l'État social néo-libéral (1976-1999), et enfin, la période actuelle.

Le découpage proposé ne coïncide pas nécessairement avec des événements politiques ou économiques. Ils correspondent à des moments de rupture dans le domaine de la politique suivie en matière de retraite s'exprimant par des changements d'orientation ou de mode de gestion venant

modifier la structure du système ; nous soulignerons pour chacune de ces périodes les progrès réalisés ou au contraire la régression survenue en matière de droits sociaux. Les revers et les progrès des droits sociaux en Argentine ne sont pas toujours en accord avec les tendances des droits civils et politiques.

209 Que se vayan todos... Le « cacerolazo » fut une protestation populaire généralisée sous le slogan « *qu'ils s'en aillent tous !* » Cette protestation a eu lieu le 19 décembre 2001 dans le cadre d'une crise sociale, économique, financière et politique, causée par une longue récession commencée en 1998. Elle a été déclenchée par la restriction des retraits bancaires appelés « *corralito* », organisée par le ministre de l'Économie Domingo Cavallo. La protestation a éclaté le 19 Décembre 2001 et a provoqué la démission de la présidence de Fernando de la Rúa, le 20 Décembre, conduisant à une situation de crise de légitimité des instances de représentation et de gestion de la société argentine qui se prolongera sur plusieurs années.

I. De l'aide sociale à l'État-social

La première période s'étend des premières décennies du XIX^{ème} siècle jusqu'aux années 1970. Après une longue période de domination espagnole, le pays accède à l'indépendance dans la première décennie du XIX^{ème} siècle pour devenir une République fédérale.

La période étudiée débute peu de temps après l'indépendance du pays par la création par Bernardino Rivadavia, de la Société de bienfaisance. Rompant avec le passé colonial, ce n'est plus l'Église mais l'État qui doit désormais porter secours aux pauvres. Ce sont les femmes (de bonnes familles certes) qui ont la responsabilité de cette société. Outre l'éducation des filles, elles vont prendre en charge les besoins des pauvres « vertueux », en particulier ceux des enfants et des personnes âgées. Cette organisation prévaudra jusqu'au premier gouvernement du général Perón (1946-1952). Car, au cours du XIX^{ème} siècle, seuls les militaires, les hauts fonctionnaires et les professeurs des écoles publiques ont le droit à une pension.

Par la suite sont créés les premiers fonds de pension pour les groupes professionnels mais seulement dans la mesure où ils occupent une place stratégique dans le système de production ou dans l'administration publique. En 1904 est promulguée la loi 4 349 qui crée la caisse nationale de retraite et pensions pour les employés de l'administration fédérale, le personnel de l'éducation nationale, les employés de la Banque Nationale, les juges, les ministres et les élus. La protection sociale, qui est obligatoire, concerne dans un premier temps les travailleurs du secteur public. Les premières retraites sont gérées par la capitalisation collective des cotisations (Eleta de Filippis, 1999).

En 1915 est créé le premier fonds de pension pour le secteur privé, il concerne les cheminots. Cette création est cependant liée

à une contrepartie de taille : les travailleurs doivent renoncer au droit de grève. Il va sans dire que les cheminots refusent la loi. Quatre années plus tard, le gouvernement abroge cette restriction, et promulgue une nouvelle loi (loi 10 650 de 1919). En 1921, est instituée pour chaque grande catégorie de personnels une caisse de retraite. Celle des personnels des entreprises privées du tramway est créée ainsi que celle des personnels des téléphones et télégraphes, celle des personnels du gaz et de l'électricité. Deux ans plus tard, c'est au tour des employés des banques et des compagnies d'assurance d'avoir accès au droit à la retraite.

A la veille du centenaire de l'indépendance (1910), l'Argentine est en voie de modernisation. C'est un pays agro-exportateur mais, paradoxalement, plus de la moitié de la population vit dans des centres urbains où la vie culturelle est intense. Autre paradoxe, l'État libéral est l'un des acteurs les plus impliqués dans le processus économique. En plus de s'occuper des infrastructures et d'encourager les investissements dans le secteur agricole, le gouvernement argentin prône une série d'actions visant à favoriser l'immigration. Sur le plan social, la loi 1 420, promulguée en 1884 garantit l'accès à l'école obligatoire, gratuite et laïque pour tous les habitants du pays. Sur le plan politique, la réforme du droit électoral de 1912 rend obligatoire le vote des adultes de sexe masculin. Par ailleurs, la plupart des travailleurs peuvent désormais adhérer à un syndicat. Les travailleurs organisés en syndicats (dont beaucoup sont inspirés du courant anarchiste) n'ont pas hésité à utiliser la grève comme instrument pour faire valoir leurs demandes.



Manifestation pour l'amélioration des conditions de travail : « huit heures de travail, huit heures d'instruction et huit heures de repos ». Source : <http://argentina.indymedia.org>

I.1 1910-1930 : L'institutionnalisation des systèmes de protection sociale

L'émergence des premières institutions de protection sociale met en évidence un changement de stratégie de l'élite dirigeante envers les travailleurs. La répression n'est plus une méthode « efficace » pour maintenir l'ordre social contre les prétentions des travailleurs à un partage plus équitable des richesses. Les députés réformateurs présentent au Parlement une série de propositions législatives visant à améliorer les conditions de travail. Ils comptent sur le soutien des députés et sénateurs des diverses formations politiques. Il en résulte un revirement de

tendance : l'État ne se limite plus à aider les « bons » pauvres, les malades, les enfants et les personnes âgées, mais s'intéresse également à l'amélioration des conditions de vie des travailleurs (Moreno, 2009).



Célébration du 1^{er} Mai pendant le premier gouvernement péroniste (1946-1952).
Source : https://en.wikipedia.org/wiki/Eva_Peron

Une législation locale cherchant à prémunir ces derniers contre certains risques sociaux a été mise en place dans la ville de Buenos Aires et dans quelques autres villes importantes du pays. Dès lors, des différences émergent et elles ne sont pas seulement régionales : certains groupes de travailleurs jouissent d'une situation privilégiée les mettant en position de recevoir, à la fois des organismes publics et des institutions privées, des prestations supplémentaires non couvertes par la législation nationale. Ainsi, jusqu'en 1943, la retraite financée par capitalisation est un droit réservé à quelques-uns. Autre exemple : dans le domaine de la santé, seules les personnes adhérant à une mutuelle bénéficient d'une prise en charge. Fragmenté, le système de protection sociale offre de ce fait une protection à certains groupes professionnels (les plus stratégiques, les mieux organisés) se

retrouvant mieux protégés que d'autres. Ce corporatisme a laissé des traces.

1.2 La décennie 1930 : Développement des systèmes de protection sociale

La crise des années 1930 transforme le paysage politique. D'une part, parce que le renversement du président Hipólito Yrigoyen marque le commencement d'une série de coups d'État militaires, pratique hélas récurrente par la suite. D'autre part, parce que la grande crise de 1929 conduit à l'adoption d'une nouvelle politique économique dite de substitution des importations et de développement du marché

intérieur. Désormais, l'État argentin intervient activement dans la vie économique du pays. Il joue un rôle important dans la régulation des relations de travail, en général en faveur des travailleurs. Le mouvement ouvrier, qui est davantage unifié autour des idéaux socialistes qu'anarchistes, est reconnu comme un partenaire privilégié des négociations collectives.

En 1939, les journalistes, les travailleurs des imprimeries et des industries graphiques, les employés de la marine marchande et de l'aviation civile ont eux aussi le droit à une caisse de retraites et pensions. Ces caisses, administrées de façon paritaire par les employeurs, les travailleurs et l'État, établissent leurs propres règles en matière d'octroi des prestations, d'annuités de cotisation et d'âge de départ à la retraite. Elles définissent également les montants des retraites et des pensions en rapport avec les ressources disponibles, selon le principe de capitalisation.

1.3 1943- 1976 : Maturation des systèmes de protection sociale

Le système de retraite argentin se fragmente en autant de caisses que de groupes professionnels. Pour autant, tous les travailleurs n'étaient pas couverts. En 1944, le nombre total de cotisants à des caisses professionnelles s'élevait à un peu plus de 430 000, soit 7 % de la population économiquement active (Golbert et Roca, 2010). De 1943 à 1955 (respectivement dates de la nomination de Domingo Perón au poste de secrétaire d'État au Travail et à la Prévision

et de son éviction en tant que président de la République), un clivage se produit dans le mode de gestion de la protection sociale. En juin 1943, un coup d'État militaire place le colonel Juan Domingo Perón à la tête du Secrétariat d'État au Travail et à la Prévision. Alors qu'à l'époque, les caisses des retraites jouissent d'une grande autonomie en matière de gestion et de réglementation, Perón propose de mettre en place un système universel de sécurité sociale selon le modèle prôné par Lord Beveridge. Ce projet n'aboutit pas mais les caisses de retraite perdent pendant un temps leur autonomie administrative. Le secrétariat d'État au travail et à la prévision est alors chargé de la gestion des différentes caisses de retraites et pensions. Puisque le système n'est pas universel, il ne reste plus au gouvernement que l'option de l'élargissement de la couverture. Pour ce faire, il mise alors sur le développement du salariat. Après sa nomination en 1943, l'une des premières mesures de Perón est la création de la caisse de retraites pour les employés du commerce et des activités civiles (Décret n° 31 665/44). Quelques années plus tard, en 1946, une fois élu Président de la République, Domingo Perón ordonne la création de la caisse de retraites pour le personnel de l'industrie. Avec ces deux nouvelles caisses, le nombre d'affiliés au système de retraite connaît une augmentation significative, passant de 397 000 en 1939 à 2 327 946 en 1949 (Feldman et al., 1988). En 1954, la population couverte s'élargit encore avec la création des caisses pour les travailleurs agricoles et les travailleurs indépendants (deux secteurs sous-représentés dans l'arène syndicale), élevant à 4 691 411 le nombre de cotisants au système de retraite (Torre et Pastoriza,

2002). Tous les travailleurs et leurs familles ont désormais le droit à la protection sociale. Cette période est caractérisée non seulement par l'élargissement de la couverture de la protection sociale mais aussi par l'octroi de nouveaux droits sociaux et politiques. En 1949, les femmes accèdent, enfin, à la citoyenneté politique.

Cependant pendant cette période la couverture du système n'est pas totale, des laissés-pour-compte du système sont nombreux. La plupart du temps la législation est appliquée dans la ville de Buenos Aires et quelques autres grandes villes des provinces. Dans de nombreuses régions du pays, les conditions de travail ne s'améliorent guère. Des exemples abondent, notamment dans les régions les plus pauvres du pays où les travailleurs journaliers sont exclus de la protection sociale. Ils sont payés non pas en monnaie mais en bons, qui ne peuvent être échangés que contre des marchandises vendues dans les magasins des entreprises dans lesquelles ils travaillent (Virasoro, 1971). Malgré ces situations, le projet de Perón d'instaurer une protection sociale universelle ne parvient pas à convaincre les différents acteurs en présence et en premier lieu, les syndicats qui, devenus très puissants économiquement et politiquement considèrent qu'une prestation universelle serait susceptible d'entraîner une perte de salaire de remplacement. Le gouvernement de Perón avait en effet contribué à renforcer le pouvoir des syndicats à travers la loi des « œuvres sociales »²¹⁰. Depuis lors, et jusqu'à aujourd'hui encore, les syndicats offrent à leurs membres l'assistance médicale. En effet, l'action syndicale ne se limite pas à la demande de meilleures conditions de travail et de salaire, mais vise à offrir à ses membres

d'autres avantages, tels que l'accès aux loisirs et à la santé.

Compte tenu des résistances syndicales et choisissant d'éviter la confrontation, le gouvernement de Perón redonne en 1953 l'autonomie administrative aux caisses de retraite (loi 14 236), tout en renonçant à mettre en place une assurance chômage (dont la mise en œuvre n'a été effective qu'en 1990). C'est dans le domaine des retraites et des pensions que la situation a le plus évolué au cours du mandat de Perón. Au cours de la décennie 1940, l'élargissement du salariat et l'incorporation des travailleurs indépendants à la protection sociale fait progresser la couverture (8,4 % de la population active selon Feldman et al., 1988). En 1948, le gouvernement met en place de nouvelles pensions non contributives (loi 13 478). Par le passé, celles-ci étaient octroyées de façon discrétionnaire par les députés. Désormais, elles sont destinées aux personnes de plus de 60 ans qui n'ont pas cotisé aux caisses de retraite existantes et qui ne disposent pas de moyens suffisants pour vivre. Ces pensions sont financées par des fonds spéciaux alimentés par les gains de la Loterie Nationale. A l'époque, ce dispositif est limité géographiquement à la capitale fédérale. Les provinces, où l'exclusion sociale et la pauvreté restaient fortes, n'étaient que peu concernées par cette mesure (Torre et Pastoriza, 2002).

Par ailleurs, le gouvernement péroniste introduit un changement majeur dans le mode de gestion et le calcul des retraites. Il remplace le système de capitalisation par un système de répartition (loi n° 14 370) favorable aux bas salaires. Cette loi adoptée en 1954 instaure un mode de calcul des retraites qui n'est pas lié mécaniquement aux montants des contributions (Eleta de Filippis, 1999). Il s'agit

d'une redistribution progressive, par laquelle les nouveaux retraités améliorent leur position relativement aux salaires perçus pendant la vie active. Chaque catégorie professionnelle disposait d'une échelle particulière, de telle sorte que les retraités de différents secteurs ayant perçu le même salaire pendant la vie active ne recevaient pas forcément la même retraite (Iacobuzio, 2003). Cette modalité de calcul a été réformée en 1968 (Arza, 2010).

Le 16 septembre 1955, un coup d'État militaire renverse le gouvernement de Perón. Le parti péroniste est déclaré illégal ainsi que toute organisation de la société civile à l'exception des syndicats des travailleurs. Après la répression des premiers mois, le gouvernement dirigé par le général Aramburu met en place une série de mesures favorables aux travailleurs (augmentation du salaire minimum garanti pour les travailleurs ruraux qui renouvellent les conventions collectives, augmentation des retraites et des pensions d'invalidité et de réversion) et crée l'institut national de l'action sociale, qui relève directement de la présidence, ainsi qu'un fonds d'indemnisation pour les allocations familiales. Le gouvernement élargit la couverture des retraites aux travailleurs du secteur des services domestiques. En 1955, l'inclusion de cette catégorie de travailleurs laisse penser que la totalité de la population active est couverte. Cependant cette intégration reste limitée à certains secteurs d'activité. Par exemple entre 1955 et 1960 seulement 3 % des travailleurs ruraux étaient couverts.

En revanche, l'assistance sociale reste un domaine résiduel (en général, l'aide se limite à des soins pour les plus pauvres), la dictature étant insensible au sort des vulnérables. Seuls les syndicats des travailleurs étaient conviés à s'exprimer, devenant ainsi les uniques interlocuteurs des gouvernements

militaires ou civils qui se succèdent pendant cette période de grande instabilité politique.

D'un coup et paradoxalement, c'est le gouvernement militaire dit « de Révolution Argentine » qui, en 1966, violant les droits civils et politiques, élargit les droits sociaux aux travailleurs qui n'étaient pas encore couverts par le système. Le gouvernement militaire regroupe les 13 caisses de retraites existantes en trois : l'une pour les travailleurs indépendants ; une autre pour les fonctionnaires de l'État et la dernière pour les salariés de l'industrie et le commerce. Il abroge les retraites spéciales et prend des mesures destinées à lutter contre la fraude fiscale. L'ensemble des règles concernant la gestion des différentes caisses sont regroupées en deux lois : la loi 18 037 (concernant les employés) et la loi 18 038 (concernant les travailleurs indépendants) et c'est l'État qui prend en charge la gestion du système. Dans le même temps, il crée également l'Institut National des Retraités et des Pensionnés (PAMI), le Fonds National du Logement (FONAVI) et adopte la loi 18 610 sur les œuvres sociales qui impose l'affiliation obligatoire de tous les travailleurs à l'œuvre sociale du syndicat de référence, aggravant ainsi la fragmentation et le caractère inégalitaire du système de santé. Car plus le syndicat est puissant, plus il est en mesure d'offrir à ses membres des prestations sociales de qualité. Alors que les syndicats remportaient d'importants avantages pour leurs membres, comparables à ceux accordés par les États-providence européens, les demandes de ceux qui n'avaient pas la capacité ni les ressources pour organiser une action collective ne sont pas seulement ignorées, mais acculées à des anciennes pratiques de charité. En 1956 Caritas est autorisé à opérer en Argentine. Le gouvernement militaire décide d'organiser

210 Le mouvement syndical argentin est particulièrement marqué par le fait péroniste. Depuis, et malgré l'instabilité politique et économique, le syndicalisme est resté un acteur politique incontournable de la protection sociale.

II. L'État-social démantelé

des élections mais, sans le péronisme toujours proscrit. Un candidat à cette élection, Arturo Frondizi, décide d'entamer des pourparlers avec Perón en exil à Caracas (Venezuela). En février 1958, un accord est signé entre les deux hommes, Perón s'engageant à appeler ses partisans à voter pour Frondizi, ce dernier s'engageant à redonner la légalité au parti péroniste. Le 23 février 1958 Arturo Frondizi est élu avec 45 % des voix. Commence alors la période dite «développementaliste», influencée par la pensée de l'économiste Raul Prebisch (1901-1986), qui théorisait l'idée que deux grands maux ont miné l'économie argentine : les déficits de la balance des paiements et l'inflation, maux auxquels on pouvait remédier en assurant une croissance économique dont le moteur serait l'industrialisation par substitution d'importations.

Devenu président, Arturo Frondizi cherche à honorer l'accord conclu avec Perón et fait voter une nouvelle loi sur les associations professionnelles qui ne reconnaît qu'une seule union syndicale la CGT, acquise à la cause du Général Perón. Dans la foulée, une augmentation de salaire de 60 % est adoptée. Frondizi introduit quelques changements dans le système de retraite. Fidèle à ses convictions, il décide d'emprunter l'excédent des caisses de retraites (car les cotisations sont plus importantes que les retraites versées) pour financer le développement économique. En échange (l'emprunt a un prix) les retraites doivent désormais représenter 82 % des meilleurs salaires d'activité (loi 14 499). Cette mesure a des conséquences lourdes sur la situation financière du système de retraites. Les déficits s'aggravent : en partie par la modification du mode de calcul des retraites, mais aussi à cause de l'inflation et du faible rendement des investissements.

Entre 1950 et 1961, les recettes des caisses de retraites diminuent : le système arrive à maturité (Feldman et al., 1988). Des réformes dites paramétriques (âge de la retraite, montant, durée de cotisation) s'imposent et arrivent enfin, elles ne sont pas de nature à assainir les comptes. Au contraire, le gouvernement modifie les conditions d'octroi des prestations en abaissant l'âge légal de départ à la retraite. De quoi fragiliser le système de retraites qui doit désormais faire face aux changements démographiques (en particulier l'augmentation de l'espérance de vie) et à la précarisation du marché du travail qui s'annonce (Anlló et Cetrángolo, 2007).

Le 24 mars 1976, la dictature militaire prend le pouvoir, ouvrant le plus sinistre et sanglant chapitre de l'histoire politique argentine. La répression politique est féroce. Les droits civils et politiques sont déniés dans l'objectif de semer la terreur et par là, selon les militaires, de mettre au pas le mouvement ouvrier et la société civile.

Le nouveau ministre de l'Economie, Alfredo Martinez de Hoz, prône la mise en place d'un plan qui vise à modifier radicalement le modèle de production et de redistribution du passé. L'idée majeure est que le marché doit agir sans restriction. Au cours de cette période, les effets des politiques économiques néo-libérales déclenchent un processus d'exclusion sociale sans précédent. Cependant, des observateurs soutiennent que pendant les premières années de dictature, le chômage en Argentine était moins élevé que celui observé dans certains pays voisins (l'Uruguay et le Chili avaient alors des taux de chômage supérieurs à 20 %). En effet, le taux de chômage dans l'agglomération de Buenos Aires n'a pas atteint 4 % ou 5 % dans les premières années de la dictature et est même tombé à 2,3 % en 1980 (Golbert et Roca, 2010).

Le système de retraites (qui arrivait à maturité, avec une taille considérable à la fois en termes de bénéficiaires et en termes d'adhérents), ne cesse de se développer pendant les années de régime militaire. De 1975 à 1983, le nombre de prestations est passé de 1,6 à 2,6 millions soit une augmentation d'environ 63 %. En 1981, les dépenses du système représentaient 7 % du PIB. La Junte prend alors deux décisions : annuler les cotisations patronales et augmenter (en ignorant les règles existantes) la retraite minimale. Il en résulte une altération des montants des retraites (la plupart étaient proches du minimum), provoquant une

crise de légitimité du système de répartition. A cette période, environ 50 % des adhérents au système de retraites (en particulier les travailleurs indépendants) cessent de cotiser (Eleta de Filippis, 1999).

Après la défaite de la guerre des Malouines, les militaires abandonnent le pouvoir. La démocratie est restaurée en 1983, mais le président Raul Alfonsín trouve un pays dévasté socialement et moralement. Aux 30 000 disparus politiques il faut ajouter une masse considérable d'exclus. Le réveil est dur. Il va sans dire que les attentes placées dans la démocratie, notamment concernant l'amélioration des conditions de vie, étaient énormes.

Pour faire face aux dépenses sociales, le gouvernement démocratique décide de rétablir les cotisations patronales supprimées par Martinez de Hoz. Or, le rétablissement des cotisations patronales n'était pas suffisant pour faire face aux dépenses. Les modifications des calculs des montants des retraites et l'inflation expliquent qu'environ 80 % des retraités touchaient des retraites proches du minimum avec des conséquences lourdes en termes de pouvoir d'achat. Parmi eux, beaucoup ont saisi la justice pour demander le niveau de retraite établi par la loi. La magistrature a reconnu la légitimité des requêtes et les décisions de justice ont été favorables aux retraités. La reconnaissance de cette dette a mis le système de retraite en faillite. En octobre 1986, le gouvernement déclare le système de sécurité sociale en état d'urgence, ce qui a eu comme conséquence une accumulation des dettes envers les pensionnés et les retraités (Feldman *et al.*, 1988). Dans ce contexte, l'escalade hyper inflationniste que connaît l'Argentine au début de 1989 aggrave la crise. Raul Alfonsín décide alors d'avancer la passation de pouvoir avec

le président nouvellement élu, Carlos Menem. L'une des questions fondamentales qui se pose au pays est celle de son insertion dans l'économie mondiale. Au début des années quatre-vingt était apparue une approche optimiste dessinant les contours d'une «nouvelle division internationale du travail». Celle-ci se mettrait en place au moyen d'une délocalisation massive de segments d'industrie vers les pays en développement qui pourraient ainsi faire valoir leur principal « avantage comparatif », qui réside dans un niveau relativement bas des salaires. Or, cette hypothèse a été battue en brèche. Le phénomène majeur qui apparaît n'est pas une redistribution des cartes au niveau mondial, mais au contraire un phénomène d'endettement massif. Le boom de la dette est en lien avec le recyclage des pétrodollars. En outre, l'inflation est structurelle : 25 % par an de 1943 à 1973, 500 % en 1975, 650 % en 1985, de 4 000 % à 5 000 % en 1989-1990. Il est facile de comprendre qu'elle dissuade l'épargne et encourage la fuite de capitaux. Pour lutter contre l'hyperinflation, C. Menem et son ministre d'économie D. Cavallo ont adopté une parité peso/dollar, le currency board. Cette politique a en effet limité le fléau, mais a exposé davantage le pays aux chocs extérieurs. Ce regain de confiance vis-à-vis de l'économie, poussait les banques et autres prêteurs à prêter, notamment pour financer la consommation. Le boom de la consommation était alimenté, au moment où le gouvernement Menem persuade l'Argentine de privatiser les entreprises nationales en les vendant à l'étranger et de libéraliser le marché financier. Face aux théories libérales qui dominent alors, surtout aux États-Unis (depuis le gouvernement de R. Reagan), en Grande-Bretagne (sous l'ère M. Thatcher), et dans la plupart des pays développés, au

chaos économique qui prédomine, l'Argentine ne parvient pas à proposer une alternative. Les tenants du consensus de Washington parviennent aisément à imposer leur point de vue.

La libéralisation est incontrôlée, mais l'Argentine pense faire partie du premier monde comme on dit alors à Buenos Aires. C'est la post-modernité. Encouragé par le FMI, l'État vendait ses actifs et accumulait les dettes. En témoigne la privatisation des retraites.

La Loi 24 241 de 1993 établit un système de retraites à deux piliers : un système par répartition et un système de fonds privés appelés AFJP (Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones). Ces deux piliers sont le résultat d'une forte résistance des parlementaires à mettre en place un système de capitalisation pur, à la chilienne, qui était pourtant l'objectif du ministre de l'économie Domingo Cavallo.

La réforme concerne aussi l'âge légal de départ à la retraite (60 ans pour les femmes et 65 pour les hommes) et l'augmentation des annuités requises pour avoir droit à une retraite (s'élevant à 30 années de cotisations). Ces changements dans les paramètres du système ainsi que le processus de précarisation de l'emploi ont conduit à une forte réduction de la couverture et de la valeur réelle des prestations (Eleta De Filippis, 2007). Alors que les décennies 1940, 1950 et 1960 ont été marquées par l'amélioration et l'extension du système de sécurité sociale, la fin du XX^e siècle est dominée par l'exclusion et la pauvreté. Par ailleurs, la privatisation des retraites a signifié une baisse de recettes (en termes de cotisations) plus rapide que la baisse des dépenses (prestations à verser aux retraités). J. Stiglitz montre qu'au moment de la crise, le déficit de l'Argentine aurait été

proche de zéro si elle n'avait pas privatisé les retraites (Stiglitz, 2002).

A partir de ce moment-là, le pays rentre dans un cercle vicieux. Pendant la crise asiatique de 1997 les taux d'intérêt mondiaux montent et la dette argentine augmente. Le dollar étant fort, le peso, lié à ce dernier (parité), était de plus en plus surévalué. Le Brésil dévalue alors sa monnaie et l'Argentine peu compétitive est submergée par une marée d'importations. Le solde de la balance des paiements s'est creusé et l'Argentine retombe à nouveau dans la spirale de l'endettement. Le FMI a exigé alors une politique budgétaire et monétaire austère. Il fallait augmenter les impôts et réduire les dépenses publiques (qui étaient déjà minimales). Enfin, le FMI demande au gouvernement de relever les taux d'intérêt. Les effets sont prévisibles : la production et les recettes fiscales sont réduites.

III. Vers une universalisation du système de protection sociale ?

En 1999 le candidat du parti radical Fernando de la Rúa est élu. Malgré les difficultés économiques persistantes, le nouveau gouvernement décide de maintenir la convertibilité (parité peso/dollar). Après un court passage au ministère de l'économie, José Luis Machinea est congédié et remplacé par Domingo Cavallo.

Pour faire face à la fuite de capitaux et à une course à la liquidité, le ministre décide de mettre en place le « corralito ». Cette mesure limitait les retraits d'argent à 250 pesos par semaine (US\$ 250), interdisant ainsi tout envoi de fonds à l'extérieur. Cette mesure qui était prévue à l'origine pour une durée de 90 jours, provoque la panique chez les épargnants, chacun tentant de retirer ses dépôts des banques. L'anomie politique est à son paroxysme. Les 19 et 20 décembre 2001 face à la banqueroute du pays, les Argentins manifestant dans les rues de plusieurs villes ont spontanément lancé « *que se vayan todos que no quede ni uno solo* »²¹¹. Ils demandaient la démission du gouvernement de De la Rúa, élu deux ans auparavant avec 48 % des voix.

En réponse aux manifestants, le gouvernement décrète l'état de siège. Des violences et la répression éclatent avec comme solde 33 morts civils parmi les manifestants et la vacance politique : le président De la Rúa démissionne et Duhalde, président par intérim, doit en toute hâte appeler aux élections suite à un nouvel épisode de répression entraînant la mort de deux jeunes manifestants en juin 2002. Cinq candidats sont en concurrence : Duhalde lui-même, Kirchner, le gouverneur de la province de Santa Cruz (200 000 habitants), Menem, ex Président, et deux candidats du

parti radical : Lopez Murphy et Elisa Carrio. Pour la première fois dans l'histoire politique de l'Argentine il n'y a pas de primaires chez les péronistes. L'élection présidentielle de 2003 a été marquée par l'éclatement du bipartisme, par une guerre intestine au sein du péronisme et par l'émergence de nouveaux mouvements politiques. Par ailleurs on note, côté électeurs, une rupture avec la fidélité aux appareils politiques. Nestor Kirchner l'outsider peu charismatique, est élu avec 22 % des voix au premier tour grâce à des votes non péronistes. Dans un premier temps, le nouveau président n'a pas compté sur l'alignement des sénateurs et députés péronistes alliés à Duhalde ni sur les vieux péronistes retranchés dans les provinces. La preuve en est qu'à son investiture, à l'exception de Raul Alfonsín, aucun ex-président du pays n'était présent. On remarque pourtant la présence de treize présidents latino-américains dont trois ont un rôle symbolique ou réel important : Lula, Chavez et Castro. L'alignement international aux côtés du Brésil, la coopération avec le Venezuela et le développement du Mercosur sont à l'ordre du jour. Le nombre d'accords bilatéraux et multilatéraux de libre commerce augmente. Et pour cause : au lieu d'honorer la dette et face à la crise de 2001-2002 (chute du PIB de 10,9 % en 2002), le nouveau président décide de placer l'Argentine, en marge de la communauté financière internationale (en 2010, le gouvernement a négocié un plan de restructuration de la dette privée « hold outs » sous la forme d'un rachat de dette assorti d'une décote de 65 %). Par la suite l'Argentine connaît une croissance économique rapide de l'ordre de 8,5 % par an en moyenne de 2003 à 2008 et de 9 % en 2010, et ceci en raison



Défilé du 1^{er} mai à Buenos Aires, Argentine, 2009. ©IRD Sébastien Hardy.

de l'augmentation considérable des prix des matières premières agricoles, qui représentent 55 % des exportations argentines, mais aussi grâce à une politique d'accroissement des dépenses publiques pour soutenir la demande interne. C'est dans ce sens que le gouvernement engage une série de réformes sociales désignées comme le « modèle K » (à la présidence de Nestor Kirchner 2003-2007 suivent celles de Cristina Fernandez de Kirchner, son épouse). Il s'agit de la mise en place d'un programme constitué de plusieurs dispositifs : celui dit « *Argentina trabaja* », destiné à générer 300 000 emplois,

le programme « *familias* », qui regroupe différentes aides et concerne 700 000 familles, et la création d'une allocation universelle pour enfant « *l'asignación universal por hijo* », distribuée sur critères sociaux et sous condition de scolarisation. Le budget du ministère du Développement social, chargé de mettre en œuvre ces mesures, a crû de 360 millions à 2,8 milliards d'euros, entre 2003 et 2010.

La politique de promotion de l'emploi formel a comme objectif d'inclure dans le système de sécurité sociale ceux qui, au cours d'au moins deux décennies, ont été laissés

²¹¹ « qu'ils s'en aillent tous »

Conclusion

aux marges de la société. Le moratoire du système de retraite²¹² qui a été lancé en 2004 et l'allocation universelle pour enfant, adoptée en décembre 2009, font partie de cette tendance.

La loi 25 994 de 2007 instaure un moratoire pour les personnes qui ayant arrêté le paiement des cotisations à la sécurité sociale ne pouvaient plus prétendre accéder à une retraite. Cette mesure concernait plus de 2 millions de personnes de plus de 60 pour les femmes et de plus de 65 ans dans le cas des hommes. Elles ont alors eu accès au minimum vieillesse en payant pendant cinq ans une cotisation minimale. Ces nouveaux retraités représentaient plus de 45 % des retraités du pays (Roca et Bourquin, 2007). Ainsi, le nombre de prestations ou retraites versées a presque doublé. Le taux de couverture du système s'élève alors à environ 90 % de la population de plus de 60 ans, le pourcentage le plus élevé depuis la création du système de sécurité sociale. Une année plus tard, la loi 26 222 de 2008 ouvre la possibilité de retourner au système de répartition publique, modifiant la restriction qui était en vigueur en application de la loi 24 241 de 1993. La loi 26 425 de 2008 finit par abroger la capitalisation et rétablit de nouveau un système de sécurité sociale par répartition (SIPA) fondé sur la répartition et la solidarité entre les générations. Avec cette loi, le gouvernement de Cristina Fernandez de Kirchner (élue en 2007 puis réélue en 2011) clôt le chapitre de la capitalisation, permettant à l'État argentin la récupération de nouvelles recettes, notamment celles correspondant à l'épargne des travailleurs (fonds de pensions privés). Ces recettes contribuent à la création d'un fonds de garantie pour le système. Cette loi

a été adoptée par le Parlement à une large majorité. En octobre 2008 a été également sanctionnée la loi 26 417 dont l'objectif est d'augmenter les montants des retraites et pensions deux fois par an (en mars et en septembre) de façon automatique. Entre 2009 et 2010 les retraites et pensions ont augmenté d'environ 30 %.

Le gouvernement libéral de Maurizio Macri élu en 2015, ne remet pas en cause le système public de retraite, mais semble bien au contraire vouloir aller davantage vers une universalisation des prestations. Un projet de loi est à l'étude comportant des mesures qui prévoient de repousser l'âge légal de départ à la retraite (65 ans pour les femmes comme pour les hommes), l'instauration d'une pension universelle (premier pilier de la retraite), d'une retraite contributive gérée par répartition (second pilier qui s'ajoute au premier) et d'une revalorisation des retraites. Il s'agit de tenir davantage compte de la situation financière du système que des derniers salaires d'activité ou des fluctuations de l'indice des prix.

Le directeur de l'ANSES (organisme chargé de la gestion des retraites), Emilio Basavilbaso, soulignait dans la presse l'importance de maintenir une couverture élevée (96 % de la population âgée) et déclarait « que toutes les personnes de plus de 65 ans devraient accéder à une retraite ou pension ». Les retraites sont essentiellement financées par l'impôt, les contributions et les cotisations, mais selon Emilio Basavilbaso « cela ne suffit plus à financer les retraites d'une population vieillissante qui n'a plus la chance de trouver un emploi ».

En outre, il est à noter que l'Argentine va connaître un vieillissement démographique rapide. En 2015, les plus de 60 ans, au nombre de 6,6 millions, représentaient 15,1 % de la population totale. En 2030, ils devraient être au nombre de 8,6 millions et leur part relative devrait d'élever à 17,4 %. En 2050, leur nombre devrait avoisiner les 13 millions de personnes et leur poids relatif atteindre 23,5 % (UN, 2017).

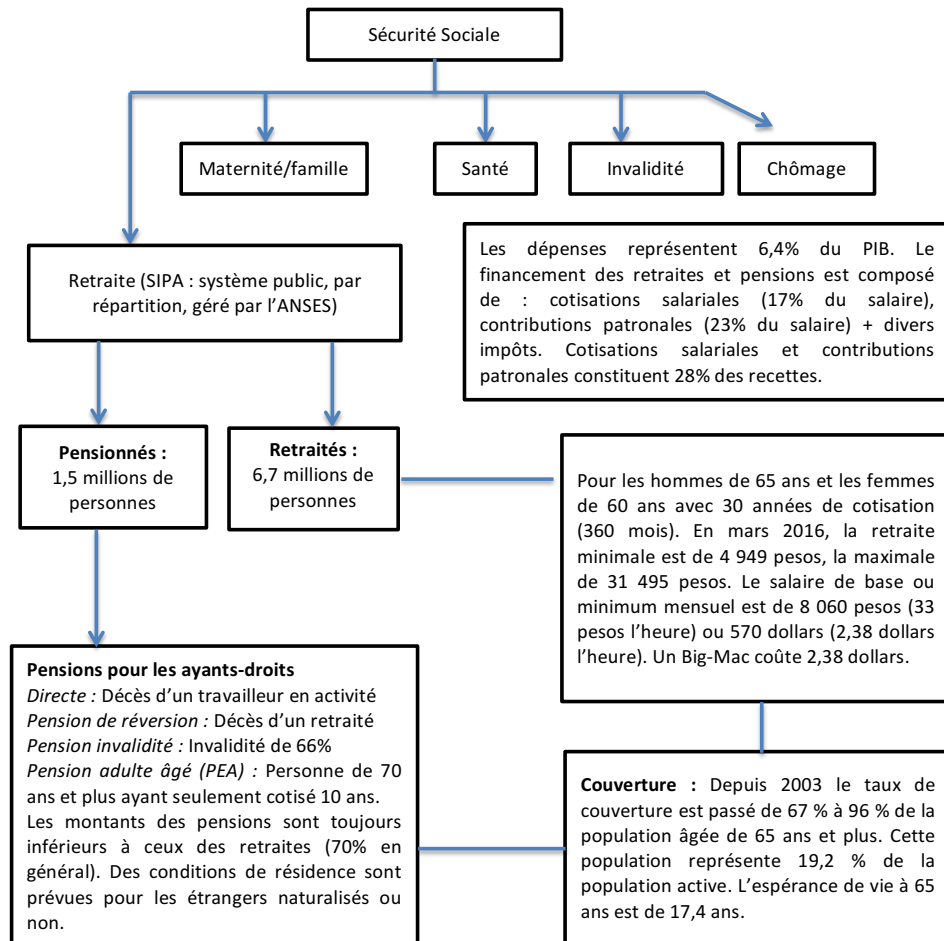
De quoi cette universalisation des pensions est-elle le signe ? Est-ce enfin la généralisation des droits à la protection sociale ou au contraire faut-il craindre un prochain renoncement ? Le droit social à la retraite a été instauré suite à des conflits autour de la distribution des richesses opposant le capital au travail. L'instauration d'une pension universelle (comme d'ailleurs le revenu universel dont il est question en France), ne résulte pas de ce conflit mais au contraire de l'idée de la fin du travail et de l'impossibilité de penser la distribution des richesses autrement que par la prétention au minimum.

212 Ce moratoire est une décision légale d'accorder, par des raisons impérieuses d'intérêt public, un délai ou une suspension volontaire d'une exigibilité des créances de cotisations de retraites. L'idée étant d'affilier ou ré-affilier des travailleurs au système de retraite.

213 Le tribunal administratif a condamné l'État à payer les revalorisations prévues par la loi : 82 % du salaire d'activité.
214 Entretien au quotidien La Nación.

Annexe

Figure 1. Organisation et architecture actuelles de la couverture du risque vieillesse en Argentine



Anlló G. et Cetrángolo O.

- 2007, « Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos », in Kosacoff B. (Ed.), Crisis, recuperación y nuevos dilemas: la economía argentina 2002/2007, Buenos Aires, CEPAL, p. 395-426.

Arza

- 2010, « La política previsional argentina: de la estratificación ocupacional a la individualización de los beneficios » in Torrado S., El costo social del ajuste (1976-2002), Buenos Aires, EDHASA.

Elela De Filippis R.

- 1999, La réforme du système de retraites en Argentine : historicité, dynamiques institutionnelles et rôle des acteurs, Villeneuve d'Ascq, Presses du Septentrion.

- 2007, « Sociologie d'une réforme : l'émergence des fonds de pensions privés en Argentine », in D. Régier (Dir.), Vieillesse et parcours de fins de carrière : contraintes et stratégies, Toulouse, Erès.

Feldman J., Golbert L. et Isuani E.A.

- 1988, Maduración y crisis del sistema previsional argentino, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política Argentina, vol. 236.

Golbert L. et Roca E.

- 2010, « La seguridad social: una mirada desde el bicentenario », in: Revista de trabajo. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Iacobuzio A.

- 2003, « El nuevo sistema nacional de previsión social. Causas de la reforma, situación financiera del subsistema público y evolución de la cobertura previsional (1993-2003) », Mémoire de Master, FLACSO/Argentine, juillet 2003.

Moreno J.L.

- 2009, Eramos tan pobres...: de la caridad colonial a la Fundación Eva Perón, Buenos Aires, Sudamericana.

Roca E., Bourquin M.

- 2007, « Las modificaciones al sistema previsional argentino: indicios de universalización? », Estudios de la Seguridad Social 100, 91-132.

Stiglitz J.

- 2002, La grande désillusion, Paris, Fayard, 324 p.

Torre J.C. et Pastoriza E.

- 2002, « La democratización del bienestar », in J. C. Torre (Dir.), *Los años del peronismo (1943-1955)*, Buenos Aires, sudamericana, Nueva Historia Argentina, Tomo VIII, p. 257-312.

United Nations (UN)

- 2017, World Population Prospects: The 2017 Revision, Department of Economic and Social Affairs, Population Division <http://esa.un.org/unpd/wpp>

Veronelli J.C.

- 2004, Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina. Organización Panamericana de la Salud, Argentina, 2 vol. 301 p.

Virasoro R.

- 1971, La Forestal Argentina, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina

Introduction

Sur les dix dernières années, les études et recherches portant sur le système de retraite algérien restent encore rares, qu'elles émanent des institutions internationales (Robalino, 2005) ou de la recherche académique (Merouani, 2015 ; Mendil, 2014 ; Merouani et al., 2014 ; Benallah et al., 2012 ; Ben Braham et al., 2011 ; Dupuis et al., 2008, 2009, 2010 ; Amarouche et al., 2007 ; Akacem, 2011). La réalisation de ces recherches se heurte à différents types de difficultés quant aux sources. Tout d'abord l'accès aux données des caisses de retraite est difficile, ces dernières ne publiant pas de rapports annuels et ne diffusant que très peu de données agrégées et encore moins individuelles. En l'absence d'accès public, les données sont obtenues par l'intermédiaire de laboratoires de recherche comme le CREAD²¹⁵ à Alger ou tirées de rapports publics (Conseil économique et social, rapport du plan). En matière de démographie, d'emploi et de comptes nationaux, des données existent via l'office national de la statistique (ONS) ou des institutions internationales (BIT, ONU), dans la mesure où ces dernières précisent la source primaire. Une difficulté réside cependant dans la très grande agrégation de ces données et de leur hétérogénéité sur longue période lorsqu'on veut constituer des séries. L'observation minutieuse de ces données laisse penser qu'elles sont lissées et donc ne correspondent pas aux données réellement observées. Il n'en reste pas moins que quelques données de cadrage permettent d'avoir une vue d'ensemble du système de retraite algérien.

Ce chapitre présente l'architecture du système de retraite algérien ainsi que les différents types de pension qui en découlent. Des données de cadrage permettent d'ouvrir le débat sur les défis qui attendent ce système.

I. Le système de retraite algérien : co-existence de deux régimes

Le système de retraite algérien a été unifié en 1983, la refonte ayant eu comme objectif de mettre fin à la pluralité des régimes (il en existait 8 auparavant) et aux différences entre assurés. Actuellement, seuls deux régimes existent, séparant dans la couverture retraite les salariés (du secteur public et du secteur privé) des non-salariés. La gestion en revient respectivement à la CNR (Caisse nationale des retraites) et à la CASNOS (caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés).

Pour les salariés l'âge légal de départ à la retraite est de 60 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes ; il est de 65 et 60 ans pour les non-salariés. Tant pour les salariés que pour les non-salariés il est nécessaire d'avoir réuni au moins 15 ans d'assurance.

En ce qui concerne les salariés, la pension de droit direct²¹⁶ peut ainsi être accordée aux salariés à l'âge légal mais elle peut aussi être accordée dans le cadre de dispositifs de préretraite (Tableau 1). La retraite anticipée peut être accordée au salarié s'il perd son travail à l'âge de 50 ans (45 ans pour la femme) pour des raisons économiques (licenciement ou cessation légale d'activité de l'employeur). De plus, le nombre d'années de cotisations exigées dépend du nombre d'années d'anticipation (nombre d'année pour atteindre l'âge légal). Par exemple, une femme pourra bénéficier d'une retraite anticipée à 50 ans (5 ans d'anticipation par rapport à l'âge légal de 55 ans) si elle a cotisé 20 ans. Les salariés peuvent aussi partir en retraite proportionnelle sur demande s'ils ont atteint l'âge de 50 ans pour les hommes (de 45 ans pour les femmes) et justifient de 20 ans de cotisations effectives (15 ans pour les femmes). Quant à la retraite sans condition d'âge, elle permet au salarié de partir en retraite s'il a cotisé 32 ans.

Pour l'ensemble des travailleurs (salariés et non-salariés) ne remplissant pas les conditions de durée minimale de cotisation requises, mais justifiant d'une cotisation effective de 20 trimestres, il existe des allocations de retraite. Ces deux régimes sont financés en répartition avec un objectif de constitution de provision (Merouani, 2014), un Fonds National de Réserves de Retraite (FNRR) ayant vu le jour par décision du conseil des Ministres du 9 juillet 2006. Le financement du FNRR est assuré essentiellement par l'affectation annuelle de 3 % du produit de la fiscalité pétrolière (ce taux de 2 % est passé à 3 % en 2012).

Les régimes se présentent comme assurantiels et donc contributifs (Dupuis et al., 2009 ; Dupuis et al., 2010 ; Merouani et al., 2014). Le principe fondamental de ce système est de garantir aux personnes cessant leur activité un revenu de remplacement proportionnel aux salaires. Cela se traduit par une assiette de cotisations déplaçonnées, constituée de la quasi-totalité des éléments de salaire, et par une assiette de calcul de prestation qui correspond à l'assiette des cotisations.

Le principe de calcul de pension est semblable pour les salariés et les non-salariés.

Pour les salariés, chaque année validée donne droit à 2,5 % du salaire de référence. Ce dernier correspond aux cinq dernières ou aux cinq meilleures années si ce dernier calcul est plus favorable. La réglementation fixe un taux maximum de pension à 80 %, il correspond à 32 ans d'activité. Ce taux de pension « théorique » est souvent présenté comme généreux, même si la réalité des pensions versées impose de nuancer ce propos (Benallah et al., 2012 ; Ben Braham et al., 2011).

Tableau 1 – La couverture du risque vieillesse en Algérie par les pensions de droit direct

	Salarié du public et du privé – CNR					Non-salariés - CASNOS	
	Pension d'âge légal	Allocation de retraite	Pension de retraite anticipée	Retraite proportionnelle	Retraite sans condition d'âge	Pension d'âge légal	Allocation de retraite
Conditions d'âge	Homme : 60 ans Femme : 55 ans	60 ans		Homme : 50 ans Femme : 45 ans	aucune	Homme : 65 ans Femme : 60 ans	65 ans
Durée minimale d'activité	15 ans	5 ans	Aucune	Homme : 20 ans Femme : 15 ans	32 ans	15 ans	5 ans
Autres conditions		Rachat de trimestres d'assurance	licenciement économique et versement contribution forfaitaire				
Base de calcul (salaire de référence)	Soit au salaire mensuel moyen des cinq dernières années précédant la retraite ; Soit, si c'est plus favorable, au salaire mensuel moyen déterminé sur la base des cinq années ayant donné lieu à la rémunération la plus élevée au cours de la carrière professionnelle					10 meilleures années des revenus plafonnés à 8 SNMG	
Taux d'annuité	2,5 % par an						
Autres éléments de calcul			Minoration de 1 % de la retraite par année d'anticipation tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge légal				
Minimum de la pension	75 % du SNMG			aucun		75 % du SNMG	aucun
Maximum	80 % du salaire soumis à cotisation et 15 fois le SNMG					80 %	
Revalorisation des pensions	Indice suivant les salaires jusqu'en 1999, fixé par CA de la CNR depuis.					Fixé par arrêté ministériel	

Pour les non-salariés, chaque année de cotisation validée permet d'obtenir 2,5 % de l'assiette devant servir de base pour le calcul de la pension. Le pourcentage ne peut dépasser 80 %. L'assiette servant de base au calcul de la pension de retraite est constituée par la moyenne, calculée sur les dix meilleures années (contre cinq pour les salariés) des revenus annuels soumis à cotisation. Mais, l'assiette servant de base au calcul de la pension de retraite ne peut pas dépasser un maximum de 8 fois le salaire national minimum garanti (SNMG). Tant pour les salariés que pour les non-salariés, le montant annuel de la pension de la retraite ne peut être inférieur à 75 % du montant annuel du SNMG. Le différentiel entre les avantages résultant des années validées au titre de la retraite et le montant minimum est à la charge de l'État.



Caisse nationale des Retraites, Tizi Ouzou, Algérie, 2018 Akila Negab.

II. Les pensionnés des régimes : nombre et caractéristiques principales

3 millions de bénéficiaires en 2015

Les régimes de retraite algériens versent une pension à un peu plus de 3 millions de bénéficiaires dont plus de 90 % sont affiliés

à la CNR. En près de 15 ans, entre 2001 et 2015, ce nombre de bénéficiaires a doublé (Tableau 2).

Tableau 2. Évolution du nombre de bénéficiaires entre 2001 et 2015

	2001	2006	2012	2013	2015
Nombre de bénéficiaires CNR	1 341 161	1 771 596	2 319 531	2 482 454	2 773 615
Nombre de bénéficiaires CASNOS	134 908	185 791	223 121	231 466	243 241
Nombre de bénéficiaires CNR + CASNOS	1 476 069	1 957 387	2 542 652	2 713 920	3 016 856

Source : ONS

II.1 Une proportion importante de pensions de réversion

Les régimes de retraite algériens, de manière très classique, couvrent une partie de la population plus large que celle des retraités, via le versement des pensions de réversion. Une particularité tient ici au fait que les pensions de réversion comprennent les pensions en faveur du conjoint survivant mais aussi les pensions d'orphelin et les pensions d'ascendant à charge : Ainsi sont considérés comme ayants droit le conjoint de l'assuré et ses enfants de moins de 18 ans. De façon moins habituelle, sont aussi considérés comme ayants droit les filles célibataires à charge quel que soit leur âge si elles sont sans revenu. Mais, dans 93,8 % des cas, il s'agit d'une pension de réversion principale versée au(x) conjoint(s) survivant(s). Au total, les ayants droit des retraités sont en nombre important : fin 2015, les pensions de réversion représentaient 37 % de l'ensemble des pensions versées par la CNR (Tableau 3).

Pour comprendre cet important poids relatif des pensions de réversion, il convient de préciser certains aspects de la composition des ménages dont le chef de ménage est retraité. En moyenne la différence d'âge entre époux, lorsqu'au moins l'un des membres du couple est retraité, est de 8 ans et du fait que l'espérance de vie des femmes est, en moyenne, supérieure de 2 à 3 années à celles des hommes, les pensions de réversion sont donc amenées à être versées pendant une période relativement longue. De plus, un ménage dont le chef de ménage est retraité se compose en moyenne d'au moins cinq personnes. On peut noter également que lorsque le chef de ménage a plus de 60 ans, 11,5 % des personnes composant le ménage ont moins de 15 ans et 29,1 % ont entre 15 et 29 ans (Tableau 4). Il est alors possible que certains d'entre eux soient à la charge du chef de ménage retraité et constituent donc des bénéficiaires potentiels (sous réserve de remplir les conditions exigées, notamment en terme d'âge) d'une pension de réversion en cas de décès du chef de ménage.

Tableau 3. Répartition par type de retraite des bénéficiaires d'une pension, CNR - 31/12/2015

Bénéficiaire de droit direct	1 740 281
Bénéficiaires pensions de réversion	1 026 242
Autres	7092
Total Général	2 773 615

Source : Données CNR

Tableau 4. Structure des ménages dont le chef de ménage (CM) est retraité par groupes d'âge et sexe selon l'âge du CM

		Age du CM		Total
		- de 60 ans	60 ans & +	
Masculin	0-14 ans	19,8 %	11,6 %	13,9 %
	15-29 ans	44,9 %	30,4 %	34,5 %
	30-59 ans	34,8 %	30,5 %	31,7 %
	60 ans & +	,6 %	27,4 %	19,9 %
	Total*	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Féminin	0-14 ans	21,3 %	11,9 %	14,6 %
	15-29 ans	37,9 %	27,8 %	30,7 %
	30-59 ans	38,1 %	38,1 %	38,1 %
	60 ans & +	2,6 %	22,1 %	16,6 %
	Total*	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Total	0-14 ans	20,5 %	11,8 %	14,2 %
	15-29 ans	41,4 %	29,1 %	32,6 %
	30-59 ans	36,4 %	34,3 %	34,9 %
	60 ans & +	1,6 %	24,8 %	18,3 %
	Total*	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* Les sommes des quatre tranches d'âge ne font parfois pas exactement 100% du fait d'arrondis successifs.
Source : exploitation enquête MICS 2012

II.2 Peu de retraites anticipées et d'allocations de retraite

Au 31 décembre 2015, sur plus de 1,7 millions de bénéficiaires de pension ou allocation de retraite de droit direct versées par la CNR, 44 % était bénéficiaire d'une pension normale (pension d'âge légal), 31 % d'une pension de retraite proportionnelle, 14 % d'une retraite sans condition d'âge et seulement 0,03 % d'une pension de retraite anticipée (moins de 600 personnes). L'allocation de retraite concernait quant à elle un peu moins de

170 000 personnes (Tableau 5). A partir de 1995 le nombre total de bénéficiaires de pensions de retraite de droit direct diverge de celui des bénéficiaires d'une retraite normale. Ceci correspond à une période difficile pour le système de retraite algérien, période au cours de laquelle le nombre de retraités n'ayant pas atteint 60 ans ou n'ayant pas cotisé pendant 32 ans va croître rapidement. Dans le même temps, durant près de 10 ans (1992-2001) le nombre de salariés cotisants va stagner. S'en est suivie une augmentation des taux de cotisations, et plus particulièrement de ceux de la retraite, qui ont doublé entre 1985 et 1998 (de 7 à 14 %) pour atteindre 18,75 % en 2015.

217 L'enquête par grappes à indicateurs multiples, Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) a été réalisée en Algérie en 2012-2013 par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière avec l'appui financier et technique du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et une contribution financière du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). L'échantillon global comptait 28 000 ménages et plus de 150 000 individus.

III. Des régimes souvent qualifiés de généreux

Tableau 5. Répartition du nombre de bénéficiaires d'une pension ou allocation de retraite de droit direct, CNR - 31/12/2015

Pension de retraite de droit direct	1 572 991
Retraite normale	773 934
Retraite anticipée	574
Retraite proportionnelle	551 980
Retraite sans condition d'âge	246 503
Allocation de retraite de droit direct	167 290
Total général	1 740 281

Source : CNR



Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-salariés, Tizi Ouzou, Algérie, 2018. Akila Negab.

Ce qualificatif de générosité des régimes tient au niveau des taux de pension, au montant des retraites versées (pourtant très différencié) mais aussi aux âges précoces de départ en retraite.

III.1 Des taux de remplacement élevés

Qu'il s'agisse des salariés du privé ou du public, le taux de pension théorique (issu de la législation) varie entre 80 % et 37,5 %. 80 % est le taux atteint par ceux qui ont cotisé 32 ans ou plus. Le départ à la retraite peut se faire alors à tout âge avec un fort taux de pension. A l'opposé, avec 15 ans de cotisation (qui est le minimum requis pour obtenir une pension), le taux ne vaut que 37,5 % mais peut être versé à des âges précoces pour les femmes (45 ans) dans le cadre de la retraite proportionnelle. Avec 20 ans de cotisations,

homme et femmes peuvent partir à des âges précoces (respectivement 50 et 45 ans) avec un taux de pension de 50 %.

Le niveau de vie relatif des pensionnés peut être apprécié à l'aide d'un indicateur, le taux de remplacement instantané, qui rapporte les pensions moyennes versées par les caisses de retraite aux salaires moyens des actifs (Tableau 6). Le niveau de vie relatif le plus élevé (taux de remplacement de plus de 90 %) concerne les bénéficiaires d'une « retraite sans condition d'âge » ayant effectué des carrières longues et dont le taux de pension est maximal (80 %). Les bénéficiaires d'une retraite anticipée, très peu nombreux comme indiqué supra, ont pour leur part le taux de remplacement le plus faible soit 45,1 %.

Derrière ces taux, a priori généreux, se cachent des situations très contrastées, liées notamment à la durée des carrières et à l'âge de liquidation, ainsi qu'au type de retraite qui en découle.

Tableau 5. Répartition du nombre de bénéficiaires d'une pension ou allocation de retraite de droit direct, CNR - 31/12/2015

Type de retraite	Retraite proportionnelle	Retraite sans condition d'âge	Retraite anticipée	Retraite normale
Taux de remplacement	61,1	90,8	45,1	64,7

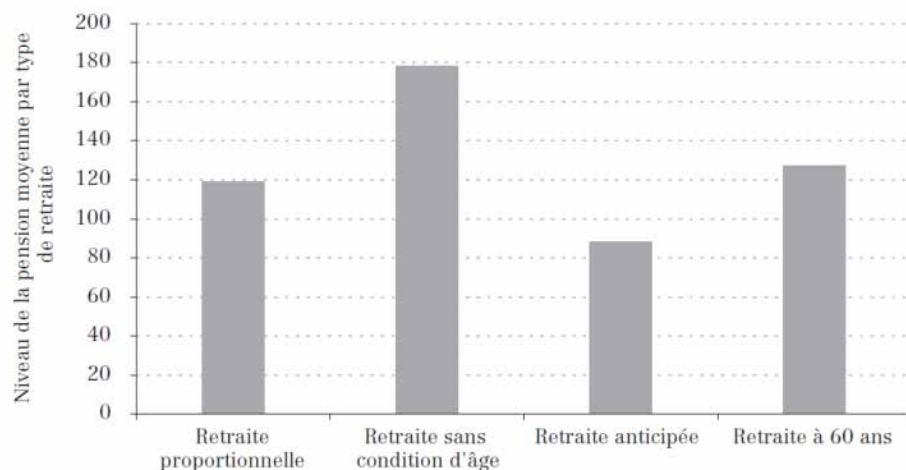
Source : D. Mendil (2014)

III.2 Des montants de retraites très différenciés

La pension moyenne varie fortement suivant le type de retraite. Si la pension moyenne d'une retraite « sans condition d'âge »

correspond à près de 180 % du SNMG, la pension moyenne d'une retraite anticipée correspond quant à elle à seulement 80 % du SNMG. La pension moyenne d'une retraite proportionnelle correspond à environ 120 % du SNMG et celle d'une retraite normale est à peine un peu plus élevée (Graphique 1).

Graphique 1. Pension moyenne en pourcentage du SNMG (salaire national minimum garanti), CNR - 2012



Source : Mendil (2014)

Ces moyennes cachent cependant de grandes disparités : selon Mendil (2014), 60 % des pensionnés de droit direct de la CNR perçoivent, en 2012, une pension inférieure au SNMG.

Globalement, c'est-à-dire si l'on prend également en compte les allocations de retraite ainsi que les pensions et allocations de réversion, la pension moyenne fluctue depuis plus de 10 ans autour du SNMG, s'accompagnant d'une amélioration du pouvoir d'achat de ces pensions moyennes sur les quinze dernières années (Tableau 7). Comparativement au salaire mensuel net (29 507 DA en 2011, 36 084 DA dans le secteur public et 22 872 DA dans le privé) ou aux dépenses mensuelles moyennes par

ménage (59 716 DA en 2011, 62 215 DA en milieu urbain et 54 334 en milieu rural), les montants des pensions de retraite peuvent être considérés comme relativement modestes en moyenne. Toutefois, il convient de préciser que les ménages de retraités peuvent voir leur situation compensée par au moins deux choses :

- des revenus d'activité (cela concerne entre 3 et 8 % d'entre eux), en particulier pour les plus jeunes des retraités, ou des revenus en provenance d'autres membres du ménage ;
- la possession d'un capital économique (Tableau 8).

Tableau 7. Retraite moyenne et pouvoir d'achat des retraités à la CNR

	2001	2006	2012	2013
PM mensuelle (DA)	7 068	8 961	19 901	21 797
IPC	100	114,05	155,05	160,3
PM mensuelle (DA constant 2001)	7 068	7857,08	12835,21	13597,63
SNMG (DA)	8 000	10 000	18 000	18000
PM/SNMG	88,4 %	89,6 %	110,6 %	121,1 %

Note : PM mensuelle : pension mensuelle moyenne ; IPC : indice des prix à la consommation ; SNMG : salaire national minimum garanti ; PM/SNMG : rapport de la pension moyenne au SNMG
Source : CNR, ONS et calcul des auteurs

Tableau 8. Taux de possession d'un capital économique des ménages dont le chef est retraité

Sexe du CM retraité	Capital économique									
	cheptel	volaille	terre agricole	tracteurs/outils agric	terre non-agricole	immeuble/logement res.	locaux commerciaux	locaux industriels	machines/equip. Indust	équipements de transp.
Masculin	9,3 %	7,7 %	18,0 %	1,7 %	5,2 %	3,1 %	6,2 %	1,1 %	0,4 %	0,8 %
Feminin	3,8 %	3,4 %	12,7 %	1,3 %	5,1 %	1,7 %	4,7 %	-	-	1,3 %
Total	8,2 %	6,8 %	17,0 %	1,6 %	5,2 %	2,9 %	5,9 %	0,9 %	0,3 %	0,9 %

Source : exploitation enquête PAPFAM 2002

Beaucoup de retraités issus des générations 1930-1940 sont d'origine rurale et ont gardé des liens avec leur région d'origine. Ils ont réalisé la majeure partie de leur vie active après l'indépendance. Certains dont les terres ont été nationalisées durant la révolution agraire dans les années soixante-dix ont pu les récupérer à la fin des années quatre-vingt.

III.3 Des âges précoces de départ en retraite

En 2012, l'âge moyen de départ en retraite à la CNR reste précoce : il est d'à peine plus

de 60 ans pour les bénéficiaires de la retraite normale, de moins de 55 ans pour ceux de la retraite anticipée (Graphique 2). Globalement, en 2012, plus du quart de bénéficiaires de retraite de droit direct de la CNR avaient moins de soixante ans. Cette situation est à mettre en relation avec l'idée que les postes de travail laissés ainsi vacants, vont être mis à profit pour favoriser l'emploi des jeunes. De plus existe une instruction ministérielle faisant injonction aux services des ressources humaines dans la fonction publique (le pays compte plus de deux millions de fonctionnaires) de mettre systématiquement à la retraite leur personnel ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite.

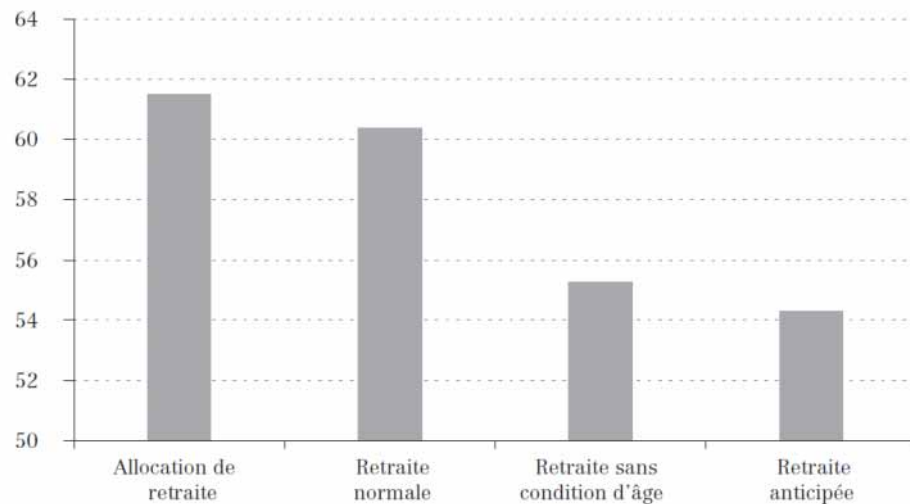
218 ONS, novembre 2014, Collections Statistiques N° 189, Série S : Statistiques Sociales, « Revenus salariaux et caractéristiques individuelles - Enquête sur les dépenses de consommation et le niveau de vie des ménages - 2011 ».

219 ONS, mars 2014, Collections Statistiques N° 183, Série S : Statistiques Sociales, « Enquête sur les dépenses de consommation et le niveau de vie des ménages 2011 - Dépenses de consommation des ménages algériens en 2011 ».

Notons toutefois que l'âge moyen de départ en retraite des bénéficiaires des allocations de retraite est le plus élevé, près de 62 ans en 2012. « Ces travailleurs préfèrent ne pas quitter le marché du travail et liquident leurs pensions plus tardivement pour pouvoir

valider davantage d'années d'activités. » (Mendil, 2014, p. 74). En 2013, l'âge moyen des nouveaux bénéficiaires d'une allocation de retraite est encore plus élevé (63,4 ans) (Tableau 9).

Tableau 8. Taux de possession d'un capital économique des ménages dont le chef est retraité



Source : Mendil (2014)

Tableau 9. L'âge moyen des nouveaux Retraités Droits de Retraite Directs

Années	Retraite Normale	Allocation de Retraite	Retraite Proportionnelle	Retraite Sans Condition d'Age	Retraite Anticipée
2000	60,4	61,7	52,1	51,3	54,1
2001	60,6	61,8	52,2	51,4	53,9
2002	60,5	61,8	52,1	51,8	54,2
2003	60,5	62,4	52,1	52,1	54,6
2004	60,5	62,4	52,1	52,5	54,1
2005	60,3	62	52,1	53,1	54,7
2006	60,7	62,6	52,4	53,7	54,2
2007	60,6	62,2	51,8	54,3	54,7
2008	60,7	61,8	52,1	54,7	54,3
2009	60,5	61,7	52,2	55,1	54,1
Années	Retraite Normale	Allocation de Retraite	Retraite Proportionnelle	Retraite Sans Condition d'Age	Retraite Anticipée
2010	60,4	61,5	52,3	55,3	54,3
2011	60,5	62,2	51,8	55,4	54,8
2012	60,4	61,7	47,9(*)	55,7	52,8
2013	62	63,4	48,7(*)	56,2	53,2

(*) : Dus particulièrement à la retraite proportionnelle exceptionnelle pour 2012 et 2013.
Source : recueil statistique CNR

IV. Des taux de couverture faibles

La connaissance des taux de couverture de la population est un élément déterminant en termes de niveau de vie, de possibilité des futures personnes âgées à subvenir à leurs besoins. Il s'agit d'un élément central pour appréhender l'impact des systèmes de retraite.

Il est possible de calculer des taux de couverture des actifs mais aussi des taux de couverture des retraités. Le taux de couverture des actifs (celui le plus couramment calculé) permet de connaître la proportion d'individus qui cotise et donc touchera une retraite ultérieurement. C'est ici l'impact futur des régimes de retraite qui est entrevu. Le taux de couverture des retraités permet de savoir quelle proportion de personnes âgées (de plus de 60 ans) perçoit une pension de retraite. C'est l'impact actuel qui est alors évalué.

A la lecture des législations, il apparaît très clairement que le champ d'application des régimes est très large en Algérie. Malgré cela, les taux de couverture des régimes restent faibles, une minorité voire une large minorité des personnes âgées étant concernées par le système de retraite. Ceci est dû au très faible taux d'activité des femmes appartenant aux anciennes générations. Mais cette situation nous renvoie principalement à l'évolution du marché du travail avant et après l'indépendance. En effet les générations nées avant les années quarante ont débuté leur vie active avant l'indépendance de l'Algérie. Il faudrait aussi rappeler que le premier recensement de la population de l'Algérie indépendante en 1966 avait montré que le tiers de la population active était au chômage. Bien que le taux de chômage ait baissé pendant plus de vingt, il a repris à la hausse à partir de 1986. De même le monde

rural n'a pas pu être complètement intégré dans l'économie moderne d'où le déficit de protection sociale observé.

De même, l'informalisation de l'économie en Algérie, qui a suivi le programme d'ajustement structurel des années quatre-vingt-dix, est ainsi un frein à la couverture par des régimes de retraites contributifs qui ne concerne qu'une partie réduite de la population. Cela va mettre à mal la couverture des futures générations de personnes âgées.

Par ailleurs, il est officiellement avancé que 80 % de la population est couverte, en matière de santé, par la sécurité sociale. Les recoupements que nous avons pu faire à partir des données d'enquête, situent ce taux autour de 70 %. Une personne non bénéficiaire d'une pension de retraite de droit direct peut être assurée soit en tant qu'ayant droit soit dans le cadre des dispositifs d'aide mis en place par l'État. Dans ce dernier cas, il peut s'agir, par exemple, de l'allocation forfaitaire de solidarité (AFS²²⁰) versée aux personnes âgées y étant éligibles et qui de fait vont être assurées dans la mesure où l'État verse une cotisation de sécurité sociale à la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) pour chaque bénéficiaire.

IV.1 Un taux de couverture de la population active autour de 50 %

Le taux de couverture sociale de la population occupée a fortement baissé entre le début des années quatre-vingt-dix et 2010 (Tableau 10). Il fluctue autour de 50 %. L'augmentation

observée à partir de 2011 est due à la mise en œuvre de politiques actives de l'emploi plus inclusives suite aux émeutes de février 2011. Il est à noter cependant que les bénéficiaires des dispositifs d'emploi sont assurés par le biais

d'une contribution de l'État : ils sont de ce fait comptabilisés comme assurés sociaux sans pour autant bénéficier dans ce cadre d'une couverture retraite.

Tableau 10. Population active et affiliation à la sécurité sociale 1992-2015 (en milliers)

	1992	1997	2001	2004	2005	2006	2007	2008
Population occupée du moment	4741	5708	6 229	7798	8044	8869	8594	9145
Emploi affilié à la Sécurité Sociale	3293	3277	3286	3774	4092	4159	4322	4567
Population en Chômage	1480	2049	2339	1672	1448	1241	1375	1170
Population active du moment	6222	7757	8568	9470	9493	10110	9969	10315
Taux de couverture de la population occupée	69,5%	57,4%	52,8%	48,4%	50,9%	46,9%	50,3%	49,9%
Taux de couverture de la population active	52,9%	42,2%	38,4%	39,9%	43,1%	41,1%	43,4%	44,3%
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Population occupée du moment	9472	9735	9599	10170	10788	10239	10594	
Emploi affilié à la Sécurité Sociale	4694	4856	5227	5922	6211	5972	6515	
Population en Chômage	1072	1076	1062	1253	1175	1214	1337	
Population active du moment	10544	10812	10661	11423	11964	11453	11932	
Taux de couverture de la population occupée	49,6%	49,9%	54,5%	58,2%	57,6%	58,3%	61,5%	
Taux de couverture de la population active	44,5%	44,9%	49,0%	51,8%	51,9%	52,1%	54,6%	

Source : Données statistiques N° 653, ONS et calcul des auteurs

IV.2 Un taux de couverture des plus de 60 ans à moins de 50 %

A travers les données d'enquête auprès des ménages, il apparaît que, de toute évidence, la part des bénéficiaires de pensions et d'allocations de retraite parmi la population âgée de 60 ans est faible, 55,2 % en 2012, avec une forte disparité selon le genre : en

2012, 77,5 % des hommes de plus de 60 ans sont pensionnés contre seulement 33 % des femmes de cet âge. Ces proportions connaissent toute fois une tendance haussière depuis près de trente ans : en 1988, seuls 44,4 % des hommes âgés et 15,6 % des femmes âgées étaient pensionnés (Tableau 11). Cette augmentation s'explique notamment par le fait que les générations qui arrivent à l'âge de la retraite sont celles qui ont bénéficié d'un emploi à plein temps dans le secteur public.

²²⁰ Aide directe versée à des catégories de populations défavorisées et inaptes au travail, sous forme d'allocation. http://www.msnfcf.gov.dz/fr/programmes_du_secteur_allocation-forfaitaire-de-solidarite%C3%A99afs

V. Un poids limité des retraites dans le PIB

Il faudrait cependant nuancer ces conclusions en traitant les données administratives des caisses de retraite. En effet le taux de couverture est de 36,3 % en 2014, si on ne tient compte que des pensions de droit direct de la CNR pour les personnes âgées de plus de 60 ans et de 49,0 % en intégrant les pensions de réversion.

En Algérie, la part dans le PIB des ressources consacrées aux retraites (pensions plus frais de gestion) se situe à un niveau modéré bien qu'en progression ; elle est d'environ 4 % du PIB en 2013. Ce constat est à rapporter à la proportion de la population âgée qui reste faible (Tableau 12).

Tableau 11. Évolution de la structure de la population âgée selon la situation individuelle de 1988 à 2012 (en %)

Années		1988	1992	1995	1997	1998	2002	2006	2008	2012
Personnes âgées de 60 ans et plus	Occupée	18,70	12,80	15,60	10,40	9,3	8,70	10,90	5,5	6,7
	Pensionnée	30,70	32,50	32,70	35,70	39,5	41,10	47,00	46,1	55,2
	Autre	50,60	54,70	51,70	53,90	51,2	50,20	42,20	48,4	38,1
Total		100,00	100,00	100,00	100,00	100	100,00	100,00	100	100,0
Hommes âgés de 60 ans et plus	Occupé	33,90	25,00	26,20	26,20	18	15,20	18,80	10,3	12,2
	Pensionné	44,40	53,20	54,50	54,50	63	66,70	68,20	71,2	77,5
	Autre	21,80	21,80	19,30	19,30	19	18,20	13,00	18,5	10,2
Total		100,00	100,00	100,00	100,00	100	100,00	100,00	100	100,0
Femmes âgées de 60 ans et plus	Occupée	2,00	1,20	4,80	4,80	1	1,90	2,40	0,7	1,2
	Pensionnée	15,60	13,00	10,20	10,20	17	14,30	24,20	21,5	33,0
	Autre	82,40	85,80	85,00	85,00	82	83,90	73,40	77,8	65,9
Total		100,00	100,00	100,00	100,00	100	100,00	100,00	100	100,0

Source : traitement des auteurs à partir des données d'enquête auprès des ménages (DCM1988, LSMS 1995, EE 1992,1997, PAPPAM2002, MICS3 2006, MICS4 2012) et des recensements (RGPH 1998, 2008)

Tableau 12. Évolution du PIB et des dépenses de retraite de la CNR de 2001 à 2013

	2001	2006	2012	2013
Dépenses CNR (10° DA)	127 920	212870	572 520	686700
PIB (109 DA)	4 227 113,1	8 501 635,8	16 208 698,4	16 643 833,6
CNR/PIB	3,03 %	2,50 %	3,53 %	4,13 %

Source : ONS et calcul des auteurs

Les taux calculés ne tiennent pas compte des dépenses de retraite des non-salariés de la CASNOS du fait de l'indisponibilité de cette information. Compte-tenu du nombre très faible de retraités CASNOS, leur prise en considération ne changerait pas l'ordre de grandeur du poids des retraites dans le PIB. Notons de surcroît que ce ratio évolue de manière un peu erratique, du fait des variations du PIB liés aux fluctuations des prix du pétrole, mais aussi de l'impact des changements apportés au SNMG de façon discontinue, sur le niveau des retraites versées.

VI. Une perspective de vieillissement accéléré

L'Algérie, comme l'ensemble des pays du Maghreb a connu en quelques décennies des évolutions démographiques majeures caractérisées à la fois par leur ampleur et leur rapidité. L'indice conjoncturel de fécondité (ICF) est ainsi passé de plus de 7 enfants

par femme en 1950 à moins de 3 enfants par femme dans les années 2000 et 2010 avant de remonter légèrement pour s'établir à 3,1 enfants par femme en 2015 et 2016²²¹. Quant à l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, son évolution est tout autant

spectaculaire : en 60 ans, le gain d'espérance de vie à la naissance est en effet de 29 ans. Du fait du recul de la mortalité à tous les âges, l'espérance de vie aux grands âges s'est également accrue. Ainsi, l'espérance de vie à 60 ans est passée, pour les hommes, de 15,4 ans en 1977 à 22,3 ans en 2015. Pour les

femmes, ces chiffres sont respectivement de 16,6 et 22,6 ans. Quant à l'espérance de vie à 70 ans, elle est passée, pour les hommes, de 9,3 ans en 1977 à 14,7 ans en 2015. Pour les femmes, elle est passée de 9,8 à 14,5 ans (Tableau 13).

Tableau 13. Évolution des espérances de vie par sexe à des âges spécifiques (en années)

EX hommes	1977	1987	1998	2008	2009	2010	2011	2015
e0	54,1	65,7	68,5	74,9	74,7	75,6	75,6	76,4
e20	48	51,5	54	57,8	57,6	58,3	58,3	59,1
e25	43,7	46,9	49,4	53,1	52,8	53,6	53,5	54,3
e50	22,8	24,4	27	29,9	29,6	30,2	30,2	30,9
e55	19,0	20,2	22,8	25,5	25,3	25,8	25,8	26,5
e60	15,4	16,3	18,8	21,3	21,1	21,6	21,6	22,3
e65	12,2	12,7	15,1	17,5	17,3	17,7	17,7	18,4
e70	9,3	9,3	11,6	13,8	13,6	14	14	14,7
EX femmes	1977	1987	1998	2008	2009	2010	2011	2015
e0	56,06	66,34	70,7	76,6	76,3	77	77,4	77,8
e20	50,2	52,92	55,8	59,3	58,9	59,5	59,7	60,1
e25	45,99	48,3	51,1	54,4	54	54,6	54,9	55,2
e30	41,93	43,71	46,3	49,6	49,2	49,8	50	50,4
e35	37,68	39,12	41,7	44,8	44,4	45	45,2	45,5
e40	33,33	34,67	37,1	40,1	39,7	40,3	40,5	40,8
e45	29	30,2	32,6	35,5	35	35,6	35,8	36,1
e50	24,73	25,73	28,2	30,9	30,5	31	31,2	31,5
e55	20,57	21,44	23,9	26,5	26	26,5	26,8	27,0
e60	16,63	17,46	19,7	22,1	21,7	22,2	22,4	22,6
e65	13,04	13,69	16	18	17,6	18,1	18,3	18,5
e70	9,82	10,06	12,4	14,1	13,7	14,2	14,4	14,5
e75	7,23		9,2	10,7	10,3	10,6	10,8	10,8
e80	5,09		6,6	7,7	7,3	7,6	7,7	7,6

Source : ONS

Tableau 14. Évolution des espérances de vie par sexe à des âges spécifiques (en années)

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Population au milieu de l'année (en milliers)	25022	30416	34591	35268	35978	36717	37495	38297	39114	39963
Accroissement naturel (en milliers)	624	449	663	690	731	748	808	795	840	858
Taux d'accroissement naturel (en %)	2,49	1,48	1,92	1,96	2,03	2,04	2,16	2,07	2,15	2,15
Taux de dépendance démographique Ensemble (en %)	92,4	68,5	55,0	55,2	55,0	55,4	56,2	57,3	58,5	60,1
Taux de dépendance démographique Moins de 15 ans(en %z)	81,3	57,1	43,5	43,7	43,0	43,0	43,5	44,2	45,0	46,1
Taux de dépendance démographique 60 ans et plus(en %)	11,1	11,3	11,5	11,5	12,0	12,4	12,7	13,1	13,5	14,0

Source : ONS

Cette double évolution démographique est pour l'instant sans conséquence sur le ratio de dépendance démographique qui a baissé légèrement en Algérie, comparativement à son niveau du début des années 2000, avec l'arrivée des générations nombreuses dans la population des 15-64 ans (Tableau 14).

Selon les projections démographiques sur lesquelles nous nous sommes basés, le choc devrait se produire à partir de 2020 avec l'arrivée des générations nombreuses à l'âge de la retraite et celles moins nombreuses à l'âge

de travailler et la poursuite de l'allongement de la vie. Ainsi, selon les prévisions établies à fécondité stabilisée, la proportion de personnes de 60 ans et plus augmentera rapidement (Tableau 15) et le ratio de dépendance se rapprochera à un rythme très rapide de celui des pays européens.

L'impact de ce choc sur l'équilibre des régimes de retraite, même s'il est difficile à évaluer, sera lui aussi d'une grande ampleur.

Conclusion

Tableau 15. Évolution de la structure par âge de la population algérienne, 2015-2030

	2015	2020	2025	2030
Effectifs				
Moins de 20 ans	14563800	16316186	17858211	18172463
20-59 ans	21871691	23401011	24509959	26083439
60 ans et plus	3465016	4300713	5347931	6626437
Total	39900506	44017910	47716101	50882339
Proportions en %				
Moins de 20 ans	36.5	37.1	37.4	35.7
20-59 ans	54.8	53.2	51.4	51.3
60 ans et plus	8.7	9.8	11.2	13.0
Total	100	100	100	100

Source : direction population, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière

L'Algérie présente un système de retraite unifié pour les salariés du privé et du public (CNR) mais n'excluant pas pour autant les indépendants, la CASNOS couvrant cette population. Dans le cadre d'une politique de l'emploi, la CNR et la CASNOS offrent depuis le milieu des années 90 des possibilités de départ en retraite avant 60 ans voire avant 55 ans alors que l'espérance de vie a augmenté sensiblement. Couplé à des taux de pension relativement élevés, ce système présente un caractère relativement généreux pour le salariat algérien et pour les indépendants ainsi que leurs ayants droit, excluant cependant une frange très importante de travailleurs du secteur informel. En effet, les taux de couverture de la population restent faible, inférieur à 50 % aussi bien pour les actifs que pour les actuelles personnes âgées. Face à ce constat et dans un contexte de vieillissement démographique important dans les prochaines années, de futures réformes paraissent inévitables. Ainsi des décisions ont-elles été prises lors de la rencontre tripartite (gouvernement, syndicat - Union générale des travailleurs algériens (UGTA)-et organisations patronales) tenue en mai 2016. Il a été préconisé de mettre un terme au départ en retraite avant l'âge légal. Des résistances sont apparues essentiellement à travers les syndicats autonomes non représentés à la tripartite. L'argument développé est de ne pas revenir sur un acquis et de permettre aux travailleurs exerçant des métiers pénibles de cesser leur activité avant l'âge légal de la retraite.

Akacem N.

- 2011, Réforme du système de retraite algérien dans le contexte des changements économiques actuels, Thèse de doctorat, Université d'Alger 3 (en arabe).

Amarouche A., Boussaid A., Bensaber A., Belkacem Nacer A., Illes A.

- 2007, La question des retraites en Algérie, État des lieux et perspectives, rapport CNEPRU N° M1613/04/2005.

Benallah S., Bonnet C., El Moudden C., Math A.

- 2012, « Comment mesurer la «générosité» des systèmes de retraite ? Une application aux pays de la Méditerranée », Région et développement, 35, p. 215-234.

Ben Braham M., Dupuis J-M, El Moudden C., Hammouda N.E, Pétron A., Dkhissi I.

- 2011, « L'impact des systèmes de retraite sur le niveau de vie et la pauvreté des personnes âgées au Maghreb », Économie et statistique, 441-442, p. 205-224.

Dupuis J-M, El Moudden C., Pétron A.

- 2008, Retraite et développement au Maghreb - un état des lieux, Rapport pour la MIRE, ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.

- 2009, « Régimes de retraite, inégalités de revenu et redistribution au Maghreb », Région et développement, 30, p. 175-194.

- 2010, « Les systèmes de retraite du Maghreb face au vieillissement démographique », Revue Française d'économie, XXV, p. 79-116.

Mendil D.

- 2014, « L'efficacité et l'étendue du système de protection sociale algérien en matière de retraite », Revue française des affaires sociales, 3, p. 66-83.

Merouani W.

- 2014, Modélisation des dépenses et recettes du système algérien des Retraites. Sarrebruck : Éditions Universitaires Européennes.

- 2015, Les déterminants microéconomiques de la demande d'assurance sociale : de la théorie à l'application (enquête auprès de la population occupée en Algérie), Thèse de doctorat, Université de Caen Basse Normandie – École nationale supérieure de la statistique et de l'économie appliquée d'Alger.

Merouani W., Hammouda N., El Moudden C.

- 2014, « Le système algérien de protection sociale entre bismarckien et beveridgien », Cahiers du CREAD, p. 107-108.

Robalino D.

- 2005, Pensions in the Middle East and North Africa: time for change, Orientations in development series, Washington DC, World Bank.

Chapitre 13

Cap Vert : vers une pension de vieillesse universelle ?



Cécile Lefèvre

Université Paris Descartes

USPC

CERLIS, UMR CNRS 8070

Chercheure associée à l'INED

lefevre@ined.fr

Cap-Vert

Retraite

Vieillesse

Pensions sociales

Le Cap-Vert, petit pays de 500 000 habitants, composé de plusieurs îles, et longtemps considéré comme extrêmement pauvre, est l'un des pays qui se démarque sur le plan démographique en Afrique avec une espérance de vie relativement élevée et un taux de fécondité réduit. Il figure aussi parmi les plus avancés en termes de développement de la protection sociale en Afrique. En complément à des assurances sociales déjà existantes pour les salariés de la fonction publique et du secteur privé formel, en 2007 ont été instituées des pensions sociales pour les personnes âgées non couvertes par ce système contributif, visant explicitement l'universalisation de la couverture vieillesse. Ce chapitre propose de retracer la genèse, la mise en place et les enjeux de cette nouvelle pension pour personnes âgées. Bien que de montant assez faible, elle a concerné rapidement près de la moitié de la population des 60 ans et plus et est articulée à une couverture santé, ce qui en fait une expérience intéressante et valorisée par le gouvernement et l'OIT. Ce chapitre entend également contribuer à la réflexion sur le développement actuel de dispositifs non contributifs et dits universels de protection sociale dans certains pays du Sud.

Cape Verde, a small islands country of 500 000 inhabitants and long considered as extremely poor, is one of the countries that stick out in demographic terms today in Africa, with a relatively high life expectancy and reduced fertility. It also is listed among the most advanced in terms of social protection development in Africa. On top of the existing social policies in the public and the formal private sector, social pensions were instituted in 2007 for the older persons that were not covered by the contributory system, explicitly aiming at universalising old age pensions. This chapter deals with the onset, the implementation and the stakes behind this new pension for older persons. Although its amount is relatively small, it rapidly covered about half of the population aged 60 or over. As it is combined to a health insurance, it is considered an interesting experience for both the government and the ILO. This chapter also aims at contributing to an overall reflexing on the current development of non-contributory social protection policies - so-called universal - in some less developed countries.

Couverture universelle

Introduction²²²

Petit pays de 500 000 habitants, répartis sur 10 îles, au large du Sénégal, le Cap-Vert se distingue en Afrique par des indicateurs d'espérance de vie et de structure par âge de la population plus proches de ceux pouvant être observés en Europe se démarquant nettement d'autres pays d'Afrique subsaharienne (Sajoux et al., 2015). Ainsi en 2015, plus de 6 % de la population est âgée de 65 ans et plus, et l'espérance de vie à la naissance des hommes est estimée à 71,5 ans et celle des femmes à presque 80 ans (INE, 2015).

Pourtant ces îles, exposées aux sécheresses sahéliennes, ont connu jusqu'au milieu du XX^e siècle une démographie en dents de scie et différentes périodes de famine. A partir du XIX^e siècle, une forte émigration (Cabral, 1975 ; INE, 2014 ; Marques et Gois, 2008 ; Lesourd, 1996) s'est développée, d'abord vers les États-Unis puis vers l'Europe (Portugal, France, Belgique...) et dans une plus faible mesure vers les pays lusophones du continent africain²²³. Ce phénomène de migrations de grande ampleur à l'échelle du pays, qui touchent quasiment toutes les familles cap-verdiennes, a fait parfois dire que le Cap-Vert se caractérisait par 'une culture de la migration', « L'histoire du Cap-Vert s'est construite à partir d'une pratique nationale constitutive de la nation : la migration » (Canut et Furtado, 2015 ; Silva Andrade, 1996).

Outre la vulnérabilité climatique et l'importance de l'émigration, le Cap-Vert dispose de très faibles ressources naturelles et de peu de

terres arables, souffre de pénuries d'eau et doit importer 85 % de sa consommation alimentaire. Jusqu'en 2008, il faisait partie du groupe des PMA (Pays les Moins Avancés) selon la nomenclature de la Banque Mondiale (c'est-à-dire ayant un PIB par tête parmi les plus faibles) et la population y vivait dans une grande pauvreté. Les progrès sanitaires, éducatifs et sociaux ont cependant été notables depuis l'indépendance (le Cap-Vert était une colonie portugaise jusqu'en 1975) ; ils ont été permis par la stabilité politique et une ligne de conduite claire en termes de gestion macro-économique et d'objectif de développement social. La croissance économique repose surtout sur les revenus du commerce d'importation et, depuis peu, sur le fort développement du tourisme. L'aide internationale liée à ce statut de PMA (ouvrant droit à des facilités et prêts à taux réduits) a également joué un rôle non négligeable et elle continue à le faire après la sortie du groupe des PMA (l'aide au développement représente 13 % du PIB en 2014), de même que les transferts envoyés par les migrants, qui représentent 11 % du PIB en 2014.

La croissance économique soutenue au début des années 2000 (croissance de 7 % par an en moyenne) a favorisé une réduction de la pauvreté et la poursuite du développement de prestations et de services sociaux, en particulier de prestations d'assistance sociale qui seront évoquées ci-après. Le taux de pauvreté officiel a ainsi diminué ; selon l'Institut de Statistique du Cap-Vert (INE)²²⁴ si 49 % de

la population en 1990 vivait en dessous du seuil national de pauvreté, ce taux est passé à 36,7 % en 2002 et à 26,6 % en 2007. Au cours des années 2000, quelques indicateurs permettent d'en attester : on a pu ainsi observer une croissance régulière de l'IDH (Indice de Développement Humain) passant de 0,523 en 2000 à 0,566 en 2010, bien que le pays, en raison d'un PIB par habitant qui reste faible, soit classé 122^{ème} sur 189 pays en 2014. En effet, la troisième composante de l'IDH (après le PIB par tête et l'espérance de vie à la naissance) est le taux d'alphabétisation qui a atteint un niveau particulièrement élevé pour le continent africain : 97 % pour les jeunes de 15-24 ans et 85 % pour l'ensemble de la population. Par ailleurs, 78 % de la population se dit satisfaite des services d'éducation et 85 % des services de santé d'après une enquête de 2007 menée dans le cadre du DERCP (Document stratégique de croissance et de diminution de la pauvreté).

Le Cap-Vert est ainsi l'un des pays les plus avancés en termes de développement de la protection sociale en Afrique. Il y existe depuis plusieurs décennies un système de protection sociale de type "bismarckien"²²⁵, couvrant les travailleurs salariés - financé à partir de cotisations versées par les employeurs et les salariés - ainsi que les non-salariés souhaitant s'affilier. La vieillesse est l'un des différents « risques » couverts. Les premières assurances sociales datent des lois de 1957 sur la vieillesse, l'invalidité, et sur les allocations familiales, de celle de 1960 sur les accidents du travail et enfin de celle de 1976, soit un an après l'indépendance du pays,

sur l'assurance maladie et maternité. Ces lois ont pour la plupart été révisées au cours des années 2000. Et surtout, ce système contributif ne concernant que les salariés de la fonction publique et du secteur privé formel, il a été complété au cours des années 2000 par tout un pan de protection sociale non contributif : en 2007 ont été instituées des pensions sociales pour les personnes âgées non couvertes par le système contributif, visant explicitement l'universalisation de la couverture vieillesse.

Avant d'étudier la genèse de ce dispositif et d'en dresser les premiers éléments de bilan, quelques précisions doivent être apportées sur le contexte démographique du Cap-Vert que le calibrage de cette réforme a pris en compte.

222 Ce chapitre a fait l'objet d'une publication sous une forme légèrement différente dans la Revue Française des Affaires sociales (n°1, 2018, pp 179-195), sous le titre : « Vers l'universalité des pensions de vieillesse au Cap-Vert ? »

223 L'émigration cap-verdienne est actuellement féminine à 59 %. Elle a concerné au total 16 420 individus au cours de la période 2009-2014 sur une population d'environ 500 000 personnes. Les émigrants se dirigent principalement vers le Portugal (c'est le cas de 53,4 % d'entre eux) et ce surtout pour des motifs d'études et de regroupement familial, vers les États-Unis (17,1 %), majoritairement pour regroupement familial, vers la France (11,3 %) pour des raisons de travail et de santé, vers le Brésil (3,5 %) essentiellement pour des raisons d'études, et vers l'Angola pour le travail (INE, 2014).

224 Dans cet article nous avons fait le choix de privilégier dès qu'elles existaient les données statistiques et les enquêtes nationales (issues principalement de l'Institut de Statistique du Cabo Verde, INE, et du Centre National des Pensions sociales, CNPS), complétées si besoin par les statistiques des bases de données des organismes internationaux.

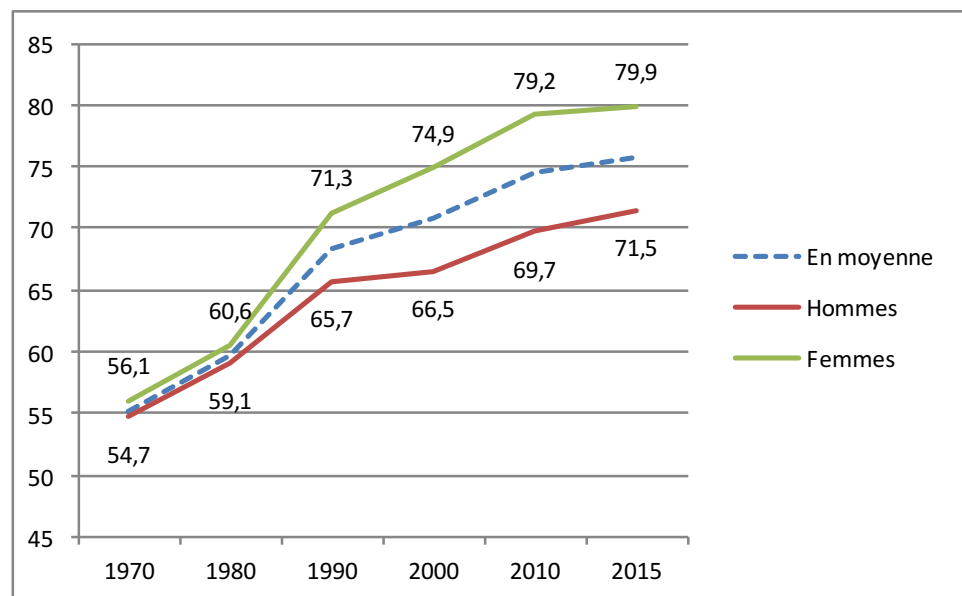
225 Fondé sur le principe de l'assurance sociale.

I. Un contexte démographique spécifique aux petits pays insulaires du continent africain ?

Au recensement de 2010, la population résidente au Cap-Vert était de 492 000 habitants (dont 37,5 % de ruraux)²²⁶. En 2014, elle est estimée à 518 000 habitants par l'Institut National de Statistique du Cap-Vert. L'espérance de vie à la naissance, qui était en moyenne de 55 ans en 1970 et de 60 ans en 1980, a beaucoup augmenté au cours de la décennie suivante (1980-1990), puis à nouveau depuis le début des années 2000 (Figure 1), tandis que l'écart entre hommes et femmes qui était quasiment nul jusqu'en 1980 s'est accentué jusqu'en 2010 (écart de près de 10 ans) pour se stabiliser récemment : en 2015, l'espérance de vie à la naissance des hommes était de 71,5 ans et celle des femmes de presque 80 ans. L'espérance de

vie moyenne à l'âge de 60 ans est quant à elle de 18,2 ans. D'après la dernière enquête IMC (Enquête multi-objectifs en continu, auprès des ménages) menée au Cap-Vert par l'INE, 6,1 % de la population est âgée de 65 ans et plus (et 7,3 % de 60 ans et plus). D'ici 2030, ces proportions devraient passer à 8,5 % (et 12,3 % respectivement) d'après les projections de l'INE (INE, 2013). On peut noter que les projections de l'ONU de la dernière Révision 2017 sont un peu différentes : d'après l'ONU, la part des 60 ans et plus dans la population totale au Cap-Vert serait de 6,7 % en 2015 et de 10,2 % en 2030, soit un peu moins que ce qu'estime l'INE, mais en 2050 elle passerait à 18,2 % (United Nations, 2017).

Figure 1 : Espérance de vie à la naissance au Cap-Vert (1970-2015)



Source : INE, 2015

Si ces projections, de l'INE comme de l'ONU, sont surtout à considérer comme des ordres de grandeur, le Cap-Vert comme la plupart des pays du Sud connaîtra donc un vieillissement de la population assez important et rapide. Ce constat a permis d'ailleurs de justifier que la mise en place d'une pension vieillesse universelle soit l'une des priorités sociales. Mais les autorités insistent aussi de manière positive sur un autre point : le caractère

soutenable du financement de ces pensions sur le plan des équilibres démographiques. En effet, le Cap-Vert connaît actuellement ce qui est souvent appelé une période de « dividende démographique », ou fenêtre démographique, où le taux de dépendance démographique globale a beaucoup diminué et on compte actuellement deux personnes d'âge actif pour une personne âgée de moins de 15 ans ou de plus de 65 ans (Tableau 1).

Figure 1 : Espérance de vie à la naissance au Cap-Vert (1970-2015)

Année	Effectifs des 0-14 ans (1)	Effectifs des 15-64 ans (2)	Effectifs des 65 ans et plus (3)	Ratio de dépendance (en %) - [(1)+(3)]/(2)
1970	128706	128530	13763	110,8
1980	135944	141663	18106	108,7
1990	152523	168111	19857	103,1
2000	182750	224624	27251	93,5
2010	158555	305391	30094	61,8
2015	154232	342004	28596	53,5

Source : INE (2015, p. 12).

Une autre évolution démographique contribue au développement des réflexions sur le soutien à apporter spécifiquement aux personnes âgées sans ressource propre : il s'agit de la diminution de la taille des ménages. Celle-ci est passée de 5,2 personnes en 1980 à 4,2 en 2010 puis 3,8 en 2014. Parmi les facteurs ayant influé sur ces évolutions structurelles figure la baisse très importante de la fécondité : l'indice synthétique de fécondité était en 2015 de 2,3 enfants par femme, après avoir connu une diminution régulière et importante depuis 1980, période à laquelle il s'élevait à 7 enfants par femme (Figure 2).

Cette réduction de la taille des familles couplée à l'émigration des jeunes d'âge actif rend les personnes âgées potentiellement

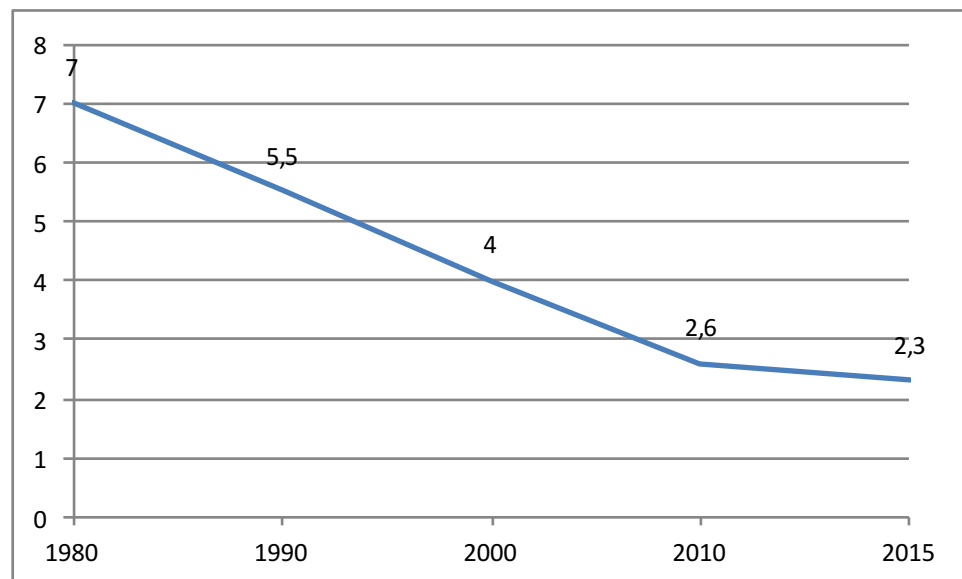
plus isolées et réduit les possibilités de les aider au quotidien.

D'après l'INE (2014), l'émigration des personnes âgées de plus de 70 ans est d'ailleurs loin d'être négligeable (elles représentent 9,3 % des femmes qui émigrent et 5 % des hommes), et cela surtout pour raisons de santé ou de regroupement familial. C'est une question qui se pose dans le cas classique d'une femme âgée commençant à rencontrer des soucis de santé et restée seule au Cap-Vert alors que son mari et ses enfants ont émigré au Portugal.

Le Cap-Vert est ainsi dans une situation démographique singulière mais pas unique : on peut se demander s'il n'illustre pas particulièrement bien la spécificité d'une démographie des « SIDS africains » (Small

II. Une protection sociale développée et en extension²²⁸

Figure 2. Nombre moyen d'enfants par femme au Cap-Vert (Indice synthétique de fécondité) 1980-2015



Source : INE, 2015

Island Developing States) selon la formule utilisée par la Commission pour l'Afrique des Nations Unies (UN – ECA)²²⁷, c'est-à-dire des pays où l'on peut essayer de mettre en œuvre la « seconde fenêtre démographique » en Afrique : le vieillissement y est un peu plus avancé que dans les autres pays d'Afrique subsaharienne, mais il peut être transformé en facteur de croissance socio-économique si des politiques appropriées sont menées, d'autant que la petite taille de ces pays peut faciliter leur mise en œuvre.

Cela pourrait être particulièrement le cas au Cap-Vert où existe déjà un système de protection sociale qui ne demande qu'à être amplifié.

A la fin des années 2000, à l'issue de nombreuses réflexions, le Cap-Vert s'est doté de nouvelles prestations sociales et d'un nouvel acteur institutionnel.

L'ensemble du système d'assurances sociales est géré par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS). Ce système contributif fonctionne bien, les taux de remplacement sont relativement élevés, mais sa principale limite consiste en la faiblesse de son taux de couverture, car au final il concerne essentiellement les salariés du secteur formel et les fonctionnaires. En 2015, 3 300 personnes recevaient une pension de retraite contributive de l'INPS, soit environ 10 % de la population âgée. De nombreux pans de la population, travaillant ou ayant travaillé dans le secteur agricole, dans celui de la pêche, dans le petit commerce et tout simplement sans contrat de travail salarié et formel, sont exclus de ce dispositif et ceci est particulièrement vrai des personnes âgées.

le cadre du projet Step Portugal (Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale, en direction des pays lusophones) soutenu par l'OIT²²⁹.

Ce nouvel acteur, le CNPS, est chargé de mettre en œuvre trois sortes de prestations sociales non contributives dont deux (une pour les invalides et une pour les plus démunis, de 18 à 60 ans) sont versées au total à 21 000 personnes (en 2014). Mais la plus importante est celle qui s'adresse aux personnes âgées, c'est-à-dire les personnes de 60 ans et plus, résidant au Cap-Vert et qui ne seraient pas déjà couvertes par un régime de protection sociale (qu'il soit national ou étranger²³⁰) et dont les revenus annuels sont inférieurs au seuil de pauvreté défini par l'institut de statistique du Cap-Vert.

Il permet de verser actuellement une pension sociale non contributive à plus de 46 % de la population âgée de 60 ans et plus (soit plus de 15 000 bénéficiaires, un nombre 4 à 5 fois supérieur à celui des bénéficiaires de retraites contributives). En 2012, son montant mensuel était d'environ 65 dollars, soit 5 000 escudos (Valverde et al., 2012). Le dispositif semble avoir été mis efficacement en œuvre car on estime que 90 % des bénéficiaires potentiels la perçoivent, ce qui signifie une montée en charge rapide et peu de phénomènes de non-recours ou de non-accès aux droits. Concrètement, pour y avoir droit, la personne âgée doit en faire la demande auprès du travailleur social de la municipalité (travailleur social qui dépend de l'INPS), pour lequel, en général, sa situation est déjà connue

II.1 Un pays modèle en termes de système de pensions non contributives

C'est pourquoi depuis 2006, le Cap-Vert a décidé de mettre en place un système de pensions de retraite non contributives, en créant un nouvel organisme public, financé par le budget national, le Centre National de Pensions Sociales (CNPS), avec l'appui de l'Organisation Internationale du Travail et dans

²²⁸ La suite de cet article s'appuie sur différents rapports et documents administratifs réalisés par l'administration du Cap-Vert et par l'OIT sur les réformes des pensions : sur un travail d'entretiens menés par l'auteur en janvier 2014 avec des responsables et spécialistes des pensions de vieillesse à l'Institut National de Prévoyance Sociale, au Centre National des Pensions Sociales, auprès d'une assistante sociale travaillant sur l'île principale de Santiago et enfin sur des discussions plus informelles dans des familles cap-verdiennes.

²²⁹ <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?id=2325>

²³⁰ En effet, un certain nombre de résidents au Cap-Vert ont pu travailler à l'étranger, et notamment au Portugal, suffisamment longtemps pour acquérir des droits à la retraite. Selon Marques et Gois (2008, p152), « les projets migratoires des immigrants cap-verdiens au Portugal sont, dans la perspective de ceux-ci, considérés, généralement, comme temporaires à long terme et orientés vers le retour à leur pays d'origine seulement après la retraite. Toutefois, en pratique, le Portugal finit par fonctionner comme un lieu d'installation définitive et même comme un lieu de retraite pour beaucoup de Cap-verdiens ».

²²⁷ Cf la communication présentée à la 7^{ème} Conférence africaine sur la population (30 novembre - 5 décembre 2015, Johannesburg, Afrique du Sud) : « Population ageing in the Small Island Developing States of Africa: trends and socioeconomic implications », par Rutaremwa Gideon, Muhwava William, Chisamy Grace et Dake Fidela, de la Commission pour l'Afrique de Nations Unies.

et qui l'aide à constituer son dossier. Une fois vérifiées les trois principales conditions (d'âge, de revenu inférieur au seuil de pauvreté et d'absence de couverture par un autre régime), le droit est ouvert par le Centre National des Pensions Sociales, après autorisation de paiement par le Ministère des Finances (puisqu'il s'agit d'un prélèvement sur le budget de l'État). Le bénéficiaire reçoit cette pension sociale mensuellement par la Poste, qui à son tour envoie une attestation de paiement au CNPS. L'ensemble de ce processus faisait en 2014 l'objet d'une informatisation, passant en amont par l'attribution d'un numéro d'identification à chaque bénéficiaire. L'ensemble des îles est couvert mais les proportions de bénéficiaires y sont très variables, allant de 13 % à plus de 80 % des personnes âgées, ce qui correspond aux variations des taux de pauvreté et des taux d'urbanisation (Valverde et al., 2012).

Les bénéficiaires sont à 60 % des femmes et habitent le plus souvent en zone rurale (74 % des personnes âgées résidant en zone rurale perçoivent cette pension sociale). Vivant souvent seule avec des petits-enfants (les parents étant à l'étranger) et avec des revenus par tête inférieurs au seuil de pauvreté, elles reçoivent souvent d'autres allocations sociales et des transferts de leurs enfants. Ceci rend la situation en termes d'impact de la pension sociale sur les conditions de vie de ces personnes souvent complexe à analyser. Ainsi les bénéficiaires rencontrées se disent a priori satisfaites que cette pension sociale existe, mais elles en relativisent parfois l'importance et le montant. Ce qui est le plus

important pour elles, relativement, est la réception ou non d'envois d'argent de leur famille en migration, et également la réception ou non des allocations familiales qu'a versées le Portugal jusqu'à la fin des années 2000 (la crise de 2008 a entraîné la fin de ce dispositif) aux travailleurs cap-verdiens résidant au Portugal dont les enfants étaient restés au Cap-Vert et y étaient scolarisés.

Les organismes internationaux et particulièrement la Banque Mondiale et l'OIT ont joué un rôle important dans la mise en œuvre de ces pensions sociales. Leur création s'inscrit en effet dans le cadre du DERCP : la Banque Mondiale a alors poussé au regroupement des différentes prestations sociales destiné aux plus démunis et à leur gestion par un acteur unique, le Centre National des Pensions Sociales. L'aide internationale a également servi à amorcer le financement des premières pensions sociales, en complément du budget étatique, mais actuellement cette aide internationale n'intervient plus de manière directe dans ce financement.

C'est de plus en plus l'OIT qui aujourd'hui fait du Cap-Vert, comme de la Thaïlande²²⁷, un de ses modèles de promotion du socle de protection sociale et en particulier des systèmes de pensions non contributives. Un petit document de présentation du projet Step Portugal met ainsi en scène une Cap-Verdienne de 81 ans :

« Chaque mois, je touche ma pension et c'est avec ça que je vis. Ce n'est pas beaucoup mais ma vie a changé car je peux compter sur cet argent pour acheter

le strict nécessaire, du lait de chèvre, de la nourriture, du savon... Je n'ai pas besoin que les autres me fassent la charité. Pour ma famille aussi c'est un soulagement, elle sait que je ne vais pas mourir de faim. C'est bon de savoir que j'ai une pension garantie, j'ai l'esprit tranquille parce que je sais que je peux compter dessus » .

L'OIT souligne dans ses publications le succès en ce domaine du Cap-Vert qui est parvenu à mettre en œuvre rapidement la quasi universalité d'une couverture vieillesse de base, de manière réaliste - les pensions sociales ne représentent que 0,4 % du PIB - (Valverde et al., 2012 ; OIT, 2015), et qui s'inscrit dans le développement des socles de protection sociale que cette organisation promeut (OIT, 2012).

II.2 Un dispositif de pensions sociales de retraite couplé à une couverture médicale

Le système est intéressant dans sa mise en œuvre à plusieurs égards. Tout d'abord, après vérification des conditions d'éligibilité, le bénéficiaire reçoit une carte de pensionné social (statut permettant d'ouvrir potentiellement des droits connexes), et doit désigner un tiers de confiance en cas de problème de mobilité. La question de la vulnérabilité des personnes âgées les plus démunies est donc pensée d'emblée dans son ensemble, ou du moins au-delà du simple octroi d'une allocation monétaire.

Tout bénéficiaire a ainsi droit à l'assistance médicale gratuite, soit la gratuité des premiers soins et des consultations de base, sachant qu'un réseau de centre municipaux de santé

existe dans les différentes îles de l'archipel. Par ailleurs, en même temps que le CNPS a été créé le Fonds mutualiste qui a pour vocation de couvrir (en complément ou à la place des pensionnés sociaux) une partie des dépenses de médicaments (dans une limite de 2 500 escudos par an dans les pharmacies privées, et pour un certain type de prescriptions dans les pharmacies publiques) et une partie des dépenses de funérailles d'un proche (dans la limite de 7 000 escudos, soit un peu moins de 85 dollars). Pour cela il faut être pensionné social depuis 6 mois au moins et avoir cotisé 2 % de sa pension sociale auprès de ce Fonds mutualiste, abondé par ailleurs par le budget de l'État. L'idée ici est donc double : coupler une couverture vieillesse et à l'intérieur d'un dispositif non contributif réintroduire une forme de participation à un financement mutualisé de la protection sociale.

227 En Thaïlande, une pension universelle de 500 bahts a été créée en 2008 (reentrée en vigueur en 2009) pour assurer la sécurité de revenu des personnes âgées de plus de 60 ans (sauf pour les fonctionnaires et autres salariés déjà couverts par un autre régime). À partir de l'année 2012, le montant de cette pension a été modulé en fonction de l'âge : elle a été portée à 600 bahts pour les personnes âgées de 60 à 69, à 700 bahts pour celles âgées de 70 à 79 ans, à 800 bahts pour celles âgées de 80 à 89 ans et à 1000 bahts pour les personnes de plus de 90 ans. Fact sheet "Improving the lives of older persons through universal social pensions: Thailand", 09 August 2017, www.ilo.org.

Conclusions

les différentes facettes des pensions universelles et de leur possible généralisation

La mise en place de cette pension sociale pour les personnes âgées au Cap-Vert conduit à revenir sur plusieurs points du débat actuel sur les innovations en matière de protection sociale dans les pays du Sud.

Tout d'abord on peut s'interroger sur les différentes modalités que peut revêtir une protection sociale « universelle ». On peut distinguer en effet prestation universelle et couverture universelle et dans le cas du Cap-Vert, il ne s'agit pas en soi d'une prestation tout à fait universelle puisqu'existe une condition de ressources (revenus inférieurs au seuil de pauvreté). Mais l'ambition est bien de parvenir à atteindre une couverture complète de tous les plus de 60 ans par le système de protection sociale par un double mouvement : d'une part, extension du système contributif aux non-salariés et, d'autre part, garantie d'une prestation non contributive et forfaitaire pour les plus pauvres.

Par ailleurs, l'universalité recherchée au Cap-Vert dans le domaine des pensions aux personnes âgées s'inscrit dans une complémentarité la plus complète possible entre les dispositifs d'assurance sociale (retraites contributives) et ceux d'assistance sociale, mais une complémentarité dissymétrique. En effet tous les acteurs institutionnels rencontrés insistent sur ce point : il s'agit avant tout de poursuivre l'objectif de l'extension du système contributif, en veillant à ne pas le concurrencer. Le montant de la pension sociale mensuelle a d'ailleurs été fixé afin qu'il soit juste inférieur à la pension de retraite minimale garantie par

le système d'assurance sociale afin d'éviter des effets désincitatifs à cotiser au système d'assurance sociale. Ainsi lorsqu'il était de 5 000 escudos en 2014, la pension minimum versée par le système contributif était de 6 000 escudos.

La logique contributive reste toujours encouragée, même dans le dispositif d'assistance : ainsi le CNPS est majoritairement financé directement par le budget national, mais également très partiellement par les bénéficiaires, comme indiqué ci-dessus, qu'on encourage à cotiser dans le cadre du dispositif du Fonds mutualiste pour compléter leur couverture maladie. Parallèlement l'INPS développe tout un programme pour permettre, pour l'instant sur la base du volontariat, à différentes catégories de la population active de cotiser à un système de retraite, de manière simple et forfaitaire : pêcheurs, commerçants, etc. et donc pour développer la couverture contributive du risque vieillesse.

Selon le CNPS, les principaux enjeux à venir concernant les pensions sociales sont l'amélioration du taux global de couverture (que ce soit par une pension sociale, même si la plupart des éligibles semblent avoir été atteints, ou par une pension de retraite contributive), et l'informatisation du système et sa dématérialisation.

Ce dispositif ambitieux dans ses objectifs a fait l'objet d'évaluations positives (OIT, 2015) et est présenté comme un modèle ; mais comme toute allocation universelle, un de ses revers est la faiblesse du montant versé. La vie courante et notamment l'alimentation, en grande partie importée, coûtent cher au Cap-Vert, et une allocation d'environ 65 dollars permet en zone rurale d'acquérir une petite indépendance au quotidien pour acheter les produits de base, d'améliorer la situation des

petits-enfants qui vivent avec seulement leur grand-mère, impact qui est déjà important, mais ce montant ne modifie pas grandement les conditions de vie, notamment en ville. Et les perceptions par la population sont étroitement liées à la manière dont cette allocation s'insère dans l'ensemble des revenus sociaux et en comparaison avec les transferts des migrants, dans le cadre de l'internationalisation des familles, et des allocations sociales.

On peut s'interroger sur la question de la généralisation possible de ce dispositif, la couverture vieillesse universelle faisant en effet partie des préconisations de l'OIT et de l'OMS comme élément du « socle de protection sociale » (OIT, 2012). Différents éléments de réflexion au Cap-Vert peuvent en effet être utiles à d'autres pays, tout en gardant en tête les spécificités ou

« conditions de possibilité » qui ont permis sa bonne mise en œuvre : un choix politique clair et constant depuis l'indépendance couplé à des priorités budgétaires affichées pour les dépenses sociales, le soutien des organismes internationaux, une petite taille de la population, qui permet un suivi fin de la population des bénéficiaires (moins de 20 000 personnes), leur connaissance presque directe par le réseau de travailleurs sociaux et une gestion facilitée de la montée en charge. Même si la configuration d'archipel peut rendre la gestion parfois complexe entre les îles, cette dernière peut s'appuyer sur un réseau d'infrastructures et de services sociaux existants et reste « à taille humaine ». Ces différentes spécificités contribuent à rendre effectif le projet d'universalisation de la couverture vieillesse au Cap-Vert.



Peinture murale reprenant les mots d'Amílcar Cabral, fondateur du Parti Africain pour l'indépendance de la Guinée et du Cap Vert.

Praia, Ilhé de Santiago, Cap Vert, 2014. C. Lefèvre

Cabral N.E.

- 1975, « Les migrations aux îles de Cap-Vert », Journal de la Société des Africanistes, tome 45, fascicule 1-2, p. 181-186.

Canut C. et Furtado C.

- 2015, « L'empreinte des voix. Performance du batuke par les femmes de Santiago (Cap-Vert) », in Seck A., Canut C. et Ly M.A.(dir), Figures et discours de migrants en Afrique, Riveneuve Éditions, p. 81-101.

Institut National de Statistique du Cap-Vert (INE)

- 2013, Projeções Demográficas de Cabo Verde, 2010-2030.

- 2014, Inquerito Multi-objetivo in continuo, Estatísticas das Migrações,

http://www.ine.cv/actualise/publicacao/files/4211734141482015Migracoes%202014_Rev1.pdf.

- 2015, 40 Anos de Independência, 40 Anos a Informar por um Cabo Verde Próspero.

Lesourd M., 1996, État et société aux îles du Cap-Vert, Paris, Karthala, 480 p.

Marques J.C. et Gois P.

- 2008, « Pratiques transnationales des Capverdiens au Portugal et des Portugais en Suisse », Revue européenne des migrations internationales, 24(2), p. 147-165.

OIT

- 2012, Social Protection Floors Recommendation (No. 202), <http://www.ilo.org>.

- 2015, « Universal pensions for older persons, Cabo Verde », Social Protection in Action, Policy Brief, 4 p.

Sajoux M., Golaz V. et Lefèvre C., 2015, « L'Afrique, un continent jeune et hétérogène appelé à vieillir : enjeux en matière de protection sociale des personnes âgées, Mondes en développement, 171, 3/2015, p. 11-30.

Silva Andrade E.

- 1996, Les îles du Cap-Vert, de la découverte à l'Indépendance nationale, (1460-1975), Paris, L'Harmattan, 352 p.

United Nations

- 2017, World Population Prospects: The 2017 Revision, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.

Valverde F.B., Pacheco J.F., Henriques J.B.

- 2012, A proteção social em Cabo Verde, situação e desafios Genève, BIT, 260 p.

Dans la même collection :

- # 1 - Autour de la fragmentation
- # 2 - Le genre dans les recherches africanistes
- # 3 - Variabilité, changement climatique et conséquences en Méditerranée

Les impromptus du LPED

Les impromptus du LPED est une collection d'ouvrages, en accès gratuit, publiée par le Laboratoire Population-Environnement-Développement UMR 151 (IRD - AMU). Ces ouvrages accueillent des textes des chercheurs et des partenaires scientifiques du LPED. Les textes, de un ou plusieurs auteurs, de formats variables, sont soumis à l'acceptation du comité éditorial et d'un comité de lecture.

Comité éditorial des Impromptus du LPED

Julie Cardi

Magali Deschamps-Cottin

Stéphanie Dos Santos

Mélanie Favrot

Bénédicte Gastineau

Valérie Golaz

Benoit Lootvoet