



Fondation Hassan II
Pour les Marocains Résidant à l'Etranger

Marocains Résidant à l'Etranger Le Troisième Age

Observatoire de la Communauté
des Marocains Résidant à l'Etranger

2006

L'émigration marocaine atteint aujourd'hui un âge vénérable. Les premiers émigrants, qui ont fait le saut à la recherche d'une vie meilleure, ont aujourd'hui plus de soixante-dix ans. Ils ont passé près des deux-tiers de leur vie à l'extérieur où ils ont fondé des familles, eu des enfants aujourd'hui aux cheveux grisonnants, qui à leur tour ont eu des enfants qui finissent leur formation et accèdent à la vie active.

Les premiers émigrés, à la fois acteurs et témoins d'une aventure singulière, ont donc pris des rides et se trouvent dans une situation passablement paradoxale. Partis pour travailler, ils sont à la retraite ; partis pour revenir, ils se sont enracinés ; partis pour ne pas s'intégrer, ils évoluent souvent en marge de la société d'accueil, mais aussi en marge de la société d'origine. Dans le pays de résidence, ils ont des intérêts, des enfants, des petits-enfants, et les commodités de l'existence. Dans le pays d'origine, ils ont l'amour de la terre, des ancêtres, des attaches religieuses, culturelles et sociales et la nostalgie d'un rêve inaccompli.

Marocains Résidant à l'Etranger Le Troisième Age

Colloque International

OCMRE

Fondation Hassan II pour les MRE

Textes réunis et présentés par

Bachir HAMDOUCH

Dépôt légal : 2006/2913

ISBN : 9954 - 400 - 25 - 7

Composition et réalisation

GALAXI COM

Tél : 037 83 47 02 / 066 95 36 79

imprigalax@yahoo.fr

Sommaire

Préface	
O.AZZIMANE.....	5
Le Troisième âge des MRE : Synthèse et recommandations	
B. HAMDOUCH.....	7
MRE et troisième âge : Résultats d'enquête	
A.AKHCHICHINE et B.MAACHE.....	17
Les Marocains retraités d'Europe et la sécurité sociale (en arabe)	
M. BENHSAIN.....	49
Et toi vieux Marocain immigré où finiras-tu tes vieux jours ?	
O. SAMAOLI.....	95
Le Vieillissement des migrants en FTM et résidences sociales : diagnostic de Migrations Santé France	
M. EL MOUBARAKI.....	113
Les Interventions de Migrations Santé France dans les Foyers de Travailleurs Migrants	
F. BITATSI.....	125
Vieillesse et accès aux droits des Marocains immigrés aux Pays-Bas	
A. MAROUFI	137

Le Troisième Age

Healthy living among Moroccan older immigrants in the Netherlands : the story of Jamila A.SOOLS.....	171
Le troisième âge marocain en Belgique N.PERRIN.....	195
Le Retour “nomade” ou “l’errance” des migrants marocains âgés A. GAUTHIER.....	217
La Mobilité des migrants retraités marocains ou les paradoxes des vieux célibataires malgré eux. M. CHAREF ET M.WAHBI.....	229

Annexes :

Interventions d’organismes :	
- HCI : La Condition des travailleurs immigrés âgés en France B.KRIEGEL.....	251
- SONACOTRA : Actions en direction des migrants âgés. A.FEVOTTE.....	259
Le Programme du colloque sur le troisième âge des « MRE ».....	267

Préface

L'émigration marocaine atteint aujourd'hui un âge vénérable. Les premiers émigrants, qui ont fait le saut à la recherche d'une vie meilleure, ont aujourd'hui plus de soixante-dix ans. Ils ont passé près des deux-tiers de leur vie à l'extérieur où ils ont fondé des familles, eu des enfants aujourd'hui aux cheveux grisonnants, qui à leur tour ont eu des enfants qui finissent leur formation et accèdent à la vie active.

Les premiers émigrés, à la fois acteurs et témoins d'une aventure singulière, ont donc pris des rides et se trouvent dans une situation passablement paradoxale. Partis pour travailler, ils sont à la retraite ; partis pour revenir, ils se sont enracinés ; partis pour ne pas s'intégrer, ils évoluent souvent en marge de la société d'accueil, mais aussi en marge de la société d'origine. Dans le pays de résidence, ils ont des intérêts, des enfants, des petits-enfants, et les commodités de l'existence. Dans le pays d'origine, ils ont l'amour de la terre, des ancêtres, des attaches religieuses, culturelles et sociales et la nostalgie d'un rêve inaccompli.

Le livre que j'ai le plaisir et la joie de présenter, recueille les travaux d'une rencontre consacrée à ces pionniers courageux qui ont, à travers les vicissitudes de l'émigration, ouvert la voie aux autres. La Fondation Hassan II pour les Marocains Résidant à l'Etranger regarde en leur direction et prête une attention soutenue à ceux qui ont été les éclaireurs d'une expédition qui a duré plus que prévu. Depuis quelque temps, nous cherchons à connaître leurs problèmes, leurs doléances, leurs projets et leurs attentes, leurs aspirations et leurs ambitions. Nous avons procédé à une enquête pour recueillir des informations ; nous avons eu d'innombrable entretiens avec de nombreux représentants de cette génération ; nous voulons à présent

faire connaître les résultats de nos réflexions et soumettre nos conclusions et celles des experts qui nous ont accompagnés à l'appréciation critique des lecteurs.

Fidèles à notre démarche participative, nous avons tenu à associer tous ceux qui, par leur savoir, leur expérience, leur fonction, sont concernés par le sujet et peuvent de ce fait apporter leur contribution à la réflexion collective. Ainsi, au moment où manifestement et fort heureusement les jeunes prennent le devant de la scène, nous avons tenu à rendre hommage aux doyens et aux pionniers, attirer l'attention sur leur situation et élaborer ensemble des démarches pour donner de bonnes réponses aux questions que se posent les pères de la diaspora marocaine.

Omar AZZIMAN

Président Délégué

Fondation Hassan II pour

Les Marocains Résidant à l'Etranger

Le Troisième Age des Marocains Résidant à l'Etranger Synthèse et Recommandations

Bachir Hamdouch

*Professeur de l'enseignement supérieur
Coordinateur des travaux de l'OCMRE*

« Le troisième âge des Marocains résidant à l'étranger » est le thème du colloque international organisé par la Fondation Hassan II Pour les Marocains Résidant à l'Etranger les 10 et 11 juin 2005 à Rabat.

Le thème peut étonner, les migrants étant généralement des personnes jeunes. C'est encore plus vrai des émigrants ; ils partent le plus souvent jeunes. Cependant certains sont partis avec les premières vagues d'émigration vers l'Europe, dans les années 1960 et 1970, vers la France, la Belgique, la Hollande et l'Allemagne . Et avec le changement de modèle migratoire, devenu perceptible depuis le milieu des années 1970¹, de plus en plus de Marocains résidant à l'étranger (MRE), de Marocains immigrés dans ces pays, sont devenus âgés et y sont restés. Certains ont atteint le troisième âge et d'autres, le quatrième².

Les caractéristiques démographiques, éducatives, culturelles, socioprofessionnelles et économiques des MRE ont connu des changements profonds au cours des quarante dernières années³. Les MRE âgés, ceux de la première génération, ont donc un profil, des besoins et des problèmes particuliers qu'il faut connaître pour y apporter des réponses appropriées.

Or les MRE de troisième âge ont été oubliés ; on ne s'est aperçu de leur existence que récemment . On a été surpris par le phénomène, par son ampleur bien que relative.

¹ B. Hamdouch et Al.(2000) les Marocains résidant à l'étranger, INSEA, Rabat.Cette étude est faite à partir d'une enquête nationale réalisée en coopération avec la Fondation Hassan II pour les MRE.

² C'est le cas notamment d'anciens combattants marocains de la seconde guerre mondiale

³ B. Hamdouch et Al.(2000), op.cit

Il a pris de court tout le monde –en dehors de quelques spécialistes⁴, - pays d'accueil et pays d'origine, alors qu'on était en mesure de le voir venir, étant inscrit dans la nature des choses (le vieillissement) et dans les changements du phénomène migratoire, depuis le milieu des années 1970. Certains commençaient à observer le changement du modèle de la migration sud-méditerranéenne vers l'Europe et évoquaient déjà le mythe du retour, parmi d'autres mythes de la migration.⁵

Nous en sommes là aujourd'hui et ce colloque, comme plusieurs intervenants l'ont remarqué, est bien venu.

La réponse à deux questions va constituer le fil conducteur de cette synthèse :

- 1- Qu'a-t-on appris durant ce colloque sur le troisième âge des MRE ?
- 2- Que peut-on faire ou proposer de faire pour résoudre certains des problèmes évoqués ou à tout le moins pour améliorer, adoucir, contribuer à rendre heureux ou tout simplement rendre justice à ces personnes dont la vie a été marquée par le labeur, tant de sueur et tant de sacrifices dont le moindre n'est pas l'exil ? faut-il encore qu'ils soient exilés à la fin de leur vie ?

I- Ce que nous avons appris

Nous avons beaucoup appris des communications, à la fois riches et complémentaires, des témoignages poignants du vécu des MRE du troisième âge et enfin, des interventions et du débat général (voir le programme du colloque en Annexe).

1- La première séance a été consacrée en premier lieu à la présentation des résultats d'une enquête réalisée par la Fondation Hassan II sur « Les MRE et

⁴ Voir notamment les écrits précurseurs d'Omar Samaoli dont sa contribution au colloque et au présent ouvrage.

⁵ Voir B.Hamdouch et Al. (1979), Migration de développement / Migration de Sous-développement ? INSEA, Rabat. Et du même auteur, Mythes et réalités de la migration internationale marocaine, in Migration internationale et développement, Colloque organisé par l'ORMES, Agadir, novembre 1998.

le troisième âge ». Il en ressort deux points importants : un paradoxe poignant et les principaux problèmes rencontrés par les MRE retraités.

Le paradoxe concerne le mythe du retour au pays d'origine, le Maroc. En effet, alors que près des deux- tiers des MRE proches de la retraite (65%) comptent s'établir au Maroc lorsqu'ils seront à la retraite, près des quatre-cinquièmes (79%) des MRE retraités sont eux installés en pays d'immigration ; et l'autre cinquième (21%), réinstallé au Maroc, continue à retourner régulièrement dans le pays d'immigration (94%), à faire la navette. L'installation dans le pays d'immigration s'explique principalement (pour plus de 81%) par la présence des enfants dans ce pays et en second lieu (pour 26%) par des considérations liées à « la couverture sociale et sanitaire »

Les principaux problèmes rencontrés par les MRE retraités sont les suivants :

- Un problème de santé pour 15% d'entre eux -dont moins du quart sont affiliés à un système de retraite complémentaire . Les problèmes de santé sont cependant plus fréquents chez ceux installés en pays d'immigration –ceci expliquant cela- que chez ceux retournés au Maroc, respectivement près de 18% et de 6%, soit trois fois plus.

- Des problèmes liés aux « procédures administratives » qui compliquent une fin d'existence, déjà assez compliquée . Mais cette fois-ci la fréquence des problèmes est trois fois plus grande chez ceux réinstallés au Maroc que ceux établis en pays d'immigration (respectivement 14,3% et 4,7%).

Et pourtant, malgré le paradoxe et les problèmes, 87% des MRE retraités considèrent que leur vie est aujourd'hui « plutôt meilleure qu'avant » . Ce sentiment est plus élevé encore (93%) chez ceux retournés au Maroc . Quelle leçon de vie !

« La retraite idéale » pour le MRE retraité est d'être « rassuré quant à l'avenir des enfants » (86,5%), « pouvoir terminer ses jours au Maroc » (82% de ceux retournés au Maroc mais aussi 35% de ceux restés en pays d'accueil), « bénéficier d'une protection sanitaire » (51,6%)⁶.

Les problèmes des MRE de troisième âge , évoqués dans l'étude de la Fondation, ont été précisés et déclinés selon les pays d'immigration dans les communications suivantes, les témoignages et les interventions des participants.

⁶ Les citations sont tirées de la communication

Le Troisième Age

2- D'abord à travers la communication sur « Les retraités marocains d'Europe et la sécurité sociale », qui a montré les limites du bénéfice des MRE retraités (et de leurs familles) de la couverture sociale, particulièrement quand ils retournent au Maroc. Malgré les conventions passées par le Maroc avec les pays européens –qui datent ou qui comportent des lacunes – et les arrêts de la Cour de justice européenne, la couverture et les prestations servies aux MRE retraités au Maroc demeurent inférieures à ce qu'elles devraient être, à celles servies aux retraités correspondants établis dans les pays européens.

3- L'intervention de la représentante de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) a confirmé ces inégalités de traitement selon les pays et les prestations (invalidité, vieillesse, couverture sanitaire, décès...) et montré certains efforts d'adaptation de la CNSS .

Les interventions des représentants de deux autres administrations marocaines, la Douane et Impôts Indirects et la Direction des impôts, ont mis en valeur les efforts d'information en direction des MRE et les dispositions fiscales en leur faveur.

Les réactions des MRE ou d'associations les représentant ont cependant dénoncé l'insuffisance ou l'inadaptation de l'action de ces administrations en ce qui les concerne.

4- Ensuite, se succèdent les présentations et témoignages par pays d'immigration, à commencer par la France, principal pays d'accueil des MRE qui a fait l'objet de cinq communications pendant **la seconde séance**.

La première, portant sur « La condition des travailleurs immigrés âgés en France », est en fait un résumé d'un rapport du Haut Conseil à l'Intégration (cf. Annexe). Il en ressort qu'il y a de plus en plus d'étrangers âgés en France. Ceux de plus de 60 ans étaient 537.000 en 1999 dont les deux-tiers venaient de l'Union Européenne. Le nombre de MRE de plus de 65 ans était de plus de 19 000 et a augmenté de 210% durant la décennie 1990.

Les vieux immigrés étrangers et particulièrement maghrébins rencontrent des difficultés spécifiques : l'accès à la retraite comporte des risques de perte de droit ; le logement n'est pas toujours adapté ; la situation des femmes -qui

travaillent généralement moins que les hommes- est encore plus préoccupante.

Les personnes âgées maghrébines ont un « un accès très limité aux soins » ; « ils consultent trois fois moins que les personnes âgées d'origine française ». Ils ont normalement droit à une « carte de séjour retraite »⁷, mais celle-ci ne permet pas au MRE retourné au Maroc, de se faire soigner en France en cas de besoin. « Ils connaissent des situations de mortalité et de dépendances précoces. Il y a plus de *vingt ans d'écart* de vie entre les normes moyennes de longévité vitale en France et la leur »⁸ ! Aussi, le Rapport du HCI se termine par des recommandations dont la création d'un service spécialisé d'information à la CNAV⁹, la réduction de la durée de résidence obligatoire en France, un assouplissement des critères d'octroi de logement, un meilleur accès aux services réservés aux personnes âgées....

La seconde communication, « Et toi vieux immigré marocain où finiras-tu tes vieux jours ? », aborde les mêmes questions que la précédente (accès aux services, accès aux prestations vieillesse, entrée en institutions, insertion urbaine et logement...) mais nous interpelle sur la question de fin de vie que l'auteur intitule « mourir à l'aventure ». Il poursuit, « meurt toujours mal qui meurt loin de sa terre natale, loin de ses origines, loin de sa culture et loin de sa famille (sans commentaire)¹⁰

Les troisième et quatrième communications portent sur les actions de l'association « Migrations Santé France » dans les foyers de travailleurs migrants (FTM) et les résidences sociales qui ont permis d'établir des diagnostics médico-sociaux et de relever les actions mises en œuvre. Les 75 foyers qui ont répondu au questionnaire de MSF en 2005 sont répartis pratiquement à égalité entre la région parisienne et le reste de la France . Ils accueillent plus de 15 000 résidents dont 40 % ont plus de 55 ans. Les Maghrébins sont les plus nombreux à y demeurer au moment de la retraite. Les FTM, construits dans les années 1970, étaient conçus pour des

⁷ Les citations sont tirées de la communication.

⁸ Résumé du rapport HCI, op.cit.

⁹ -Caisse nationale d'assurance vieillesse.

¹⁰ Citations tirées de la communication.

Le Troisième Age

« travailleurs provisoirement isolés de leur famille » ; ils sont devenus des « lieux de vie » où on peut louer un lit ou une petite chambre¹¹.

Les diagnostics médico-sociaux confirment et précisent le rapport du HCI¹² ; ils indiquent des personnes à petite retraite, majoritairement analphabètes¹³ qui vivent un sentiment d'isolement en foyer, vieillissent prématurément, ont des pathologies liées à l'âge mais aussi à l'usure professionnelle, une perte d'autonomie et un besoin d'aide, à laquelle ils n'ont pas accès dans les foyers, une prise en charge de la santé limitée et de nombreux moments de déprime. Malgré cela, les retours au pays sont remis en cause par la perte de droits (mêmes limités) à la santé et aux aides complémentaires de la CNAV.

La majorité des foyers a mené des actions spécifiques pour aider ces résidents tant sur le plan administratif que de la santé notamment dans le cadre de partenariats, mais il reste beaucoup à faire pour que ces vieux immigrés « accèdent à une fin de vie dans la dignité »¹⁴.

La cinquième intervention sur les MRE âgés de France a été présentée par la représentante de la SONACOTRA qui a 400 foyers en France où résident, entre autres, 8200 Marocains. Elle confirme les analyses de MSF . Cependant résider dans un foyer de la SONACOTRA est « un luxe », selon le directeur de l'association Migrations et Développement, car il est difficile d'y trouver une place.

La création récente du « Café social » (Association Ayyem Zaman) dans la région parisienne est une heureuse initiative. Il accueille les MRE âgés (55 ans et plus). Il accompagne ses adhérents (plus de 1000) dans leurs démarches et leur crée des loisirs (ateliers informatique, santé, jardinage, visites culturelles et touristiques, ciné-club....).

5- La troisième séance a été consacrée aux communications et témoignages sur les MRE âgés de Hollande et de Belgique. Nous retrouvons la plupart des phénomènes observés en France : le nombre de MRE âgés croît rapidement ; ils restent de plus en plus dans le pays d'accueil ; le niveau d'analphabétisme est très élevé, ce qui complique l'accès à leurs droits et notamment aux soins de santé ; vieillissement précoce et incapacités physiques plus grandes que

¹¹ Certains y vivent depuis plus de 30 ans dans des chambres exigues de 7m2, l'eau, les sanitaires etc...sont communs.

¹² Evoque ci-dessus.

¹³ Ce qui pose des problèmes de compréhension du suivi médical .

¹⁴ citations tirées des 2 communications de MSF.

chez les autochtones de même âge ; état plus précaire des Marocaines âgées veuves....

Il y a cependant des particularités selon les pays. Rares par exemple en Hollande sont les MRE âgés qui bénéficient de leur pleine pension de retraite à cause d'une condition draconienne : 50 ans de résidence en Hollande entre l'âge de 15 et 65 ans ! De même, ils n'ont que rarement recours aux services des institutions de soins pour les personnes âgées, soins qui sont assurés par les enfants et les membres de la famille. De même, peu de MRE vivent dans les maisons de vieux en Belgique.

L'analyse comparative de la santé physique et psychologique des femmes âgées Marocaines et Hollandaises à travers des études de cas opérées aux Pays-Bas, apporte un autre éclairage intéressant dans la communication sur « La vie saine des immigrés marocains aux Pays-Bas : l'histoire de Jamila » . Elle met en valeur le rôle des facteurs psychologiques et culturels . Ces mêmes facteurs culturels qui ont une incidence sur les « rides » de l'immigration marocaine en Belgique.

Les témoignages de représentants d'organismes tels que SSR ou de l'Association El Fath, installés à Berkane, ont pointé du doigt des problèmes aigus comme ceux de MRE rentrés de Hollande et qui ne peuvent plus y retourner pour visiter leurs enfants faute de visa, ou de la convention passée entre les autorités marocaines et hollandaises fin 2004 –sans consulter les MRE concernés- et qui permet à ces dernières de prélever , à titre de cotisation sociale, une part substantielle (quelque 40%) de la pension de retraite , versée aux MRE réinstallés au Maroc , prélèvement qui n'était pas effectué lorsqu'ils résidaient aux Pays-Bas .

De son côté , l'association Al Manar (Bruxelles), insiste sur l'importance de l'écoute ; elle assure des permanences sociales pour aider les MRE à remplir les dossiers administratifs et organise des activités éducatives, culturelles et récréatives.

6- La quatrième séance a vu la présentation de deux communications sur la mobilité des MRE Agés et la projection d'un documentaire, « Les chibanis » . Il s'agit d'une mobilité croissante, d'une circulation entre les deux « pôles migratoires » -d'origine et d'accueil- à travers les divers lieux du « territoire » migratoire¹⁵. Ce qui remet en cause, ou en tout cas se relativise, l'idée que « la vieillesse n'est que dépendance, maladie, solitude, dépression, isolement

¹⁵ Communication de C.GAUCHIER.

Le Troisième Age

social et surtout immobilité »¹⁶, qui correspond à la situation des retraités vivant dans les foyers et résidences sociales évoqués précédemment. Mais ceci n'exclut pas cela. Cette mobilité, retour à une tradition « nomade » (?), n'est pas « errance ». Elle correspond à une forme de continuité de soi »¹⁷, une stratégie de vie mobile avec une double résidence à travers un espace intermédiaire, un espace de transit l'été pour le moment- de résidence partielle par la suite ?- des seconde et troisième générations. Stratégie d'activité, d'activités adaptées à leur âge et à leur situation de retraité et dans lesquelles « ils s'épanouissent avec très peu d'efforts physiques et une forte rémunération soit financière, soit psychosociale »¹⁸. Ce va-et-vient permanent, ces déplacements, souvent par autocar, sont aussi une occasion d'enrichissement et de « donner aux plus sédentaires un accès aux différents produits et marchés »¹⁹.

La projection du documentaire « Les chibanis » (littéralement les vieux, mais avec une touche de tendresse), réalisé à Nice par l'Association qui porte le même nom, est un témoignage direct et paisible de trois retraités aux parcours divers, qui ont fait une sorte de bilan de leur vie²⁰. Le premier fait la navette entre Nice et Ouarzazate tous les mois et voudrait continuer à le faire tant qu'il pourra prendre l'autocar ; il aimerait mourir au Bled. Il vit seul dans un foyer, mais a l'air apaisé sinon heureux.

Le second, malheureux et malade, souffre d'avoir râté sa migration de par son comportement irresponsable, et d'avoir délaissé sa mère, décédée. Il ne se décide pas à rentrer au Maroc, après l'échec. Il dit « rentrer, c'est difficile »....

Le troisième est au bout d'une longue vie de labeur et de solitude, sa femme voulant rester au pays et y élever leurs nombreux enfants. Il rentrait au pays une fois par an et avait le sentiment d'être chez lui « comme un invité », comme il dit. Maintenant que les enfants sont grands, sa femme vient de le rejoindre à Nice. Ils sont heureux d'être enfin réunis. Ce qui n'empêche pas l'immigré âgé de dire : « on a gâché notre vie » !

¹⁶ Communication de M.Charef et M.Wahbi.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ C.Gauthier, op.cit.

²⁰ Comme dit la présidente de l'Association « Les chibanis » : « la retraite, c'est l'heure du bilan ».

II Propositions / Recommandations

Des communications, témoignages et interventions des participants, ressortent un certain nombre de propositions d'actions, de recommandations qui aideraient les MRE de troisième âge à accéder à « une fin de vie dans la dignité », à leur rendre justice. Les principales sont les suivantes :

- 1- **Ecouter les MRE**, notamment ceux du troisième âge ; écouter les doléances des migrants, de leurs associations et des ONG qui les soutiennent.
- 2- **Les consulter** quand l'Administration marocaine négocie, discute leurs droits avec les gouvernements étrangers et actualiser et améliorer les conventions passées avec ceux-ci pour mieux défendre leurs intérêts.
- 3- **Mieux défendre leurs droits**, particulièrement leur droit entier à la retraite et à la couverture sanitaire. Ces derniers ne doivent pas être liés à leur lieu de résidence dont ils doivent conserver la liberté de choix, le choix du lieu où ils veulent passer leur fin de vie.
- 4- **Avoir un interlocuteur unique** au Maroc, doté de compétences et de moyens d'action conséquents.
- 5- **Créer des structures au Maroc**, peut-être au niveau régional ou provincial, pour les conseiller et les aider à régler leurs problèmes administratifs, notamment pour assurer, entre autres, la correspondance avec l'administration marocaine et celle du pays d'immigration.
- 6- **Réunir une conférence ou des assises nationales de la migration marocaine** et de ses relations avec le Maroc.
- 7- **Régler de manière concertée et avantageuse quelques questions** ponctuelles mais cruciales les concernant, notamment :

Le Troisième Age

- La défiscalisation des pensions de retraite des MRE au Maroc .
- L'harmonisation des remboursements de la CNSS et le raccourcissement de leurs délais, ou mieux leur élimination.
- L'admission dans des conditions incitatives de l'outil de travail en cas d'investissement au Maroc, particulièrement à l'occasion d'un retour au pays.
- L'admission en franchise au Maroc, une fois dans l'existence, d'une voiture automobile .
- Enfin, leur assurer des avantages et des réductions de tarifs à l'instar de ceux dont ils bénéficient dans les pays d'immigration (comme par exemple dans les transports).

MRE et Troisième Âge Résultats d'Enquête

Ahmed AKHCHICHINE

Enseignant-chercheur

ISIC, Rabat

Bouazza MAACHE

Résumé

Forte d'un siècle d'histoire, l'immigration marocaine vers l'Europe devient véritablement massive aux lendemains de la seconde guerre mondiale, et plus particulièrement au cours des décennies soixante et soixante dix du siècle écoulé. De ce fait, tout porte à croire que le troisième âge représente aujourd'hui le vécu d'un nombre appréciable de nos compatriotes résidant à l'étranger.

Les ruptures qui accompagnent la survenue de la retraite, associées aux multiples sources de fragilité inhérentes à cette phase de la vie (santé précaire, mobilité limitée, plus grande dépendance vis-à-vis d'autrui...) imposent qu'un regard plus attentif soit porté sur cette dimension particulière de la réalité de notre immigration.

Dans une tentative visant à mieux cerner les composantes complexes de cette équation, la Fondation Hassan II pour les Marocains résidant à l'étranger s'est proposée de conduire au cours de l'été 2003 une première investigation par voie de sondage auprès d'un échantillon de 1000 MRE, retraités ou proches de la retraite, en séjour de vacances au Maroc autour du vécu et des perceptions liés à la retraite.

Ce projet avait notamment pour objectifs de :

- *Saisir la façon dont les MRE abordent la retraite et les changements qui peuvent éventuellement en découler sur leurs modes de vie ;*
- *Identifier les alternatives ainsi que les éléments susceptibles d'influer sur la décision par rapport aux choix majeurs que le MRE retraité est amené à effectuer (lieu de résidence, oisiveté / activité, ...)*
- *Identifier les contraintes spécifiques au statut de retraité et leur incidence sur la qualité de vie des MRE concernés, en particulier pour ce qui est des prestations sociales, du rapatriement des pensions, et du régime fiscal;*
- *Sonder les contours du vécu social du MRE retraité (au Maroc ou dans le pays de résidence) notamment pour ce qui a trait aux relations avec l'entourage familial et les proches.*

Les projets des MRE proches de la retraite : 70% des répondants comptent prendre leur retraite « au delà des 60 ans » mais toutefois « avant d'atteindre l'âge de 65 ans ». Seul 14% affirment vouloir partir à la retraite « avant l'âge de 60 ans ».

Lorsqu'ils sont interrogés sur leur projet d'installation une fois à la retraite, 65% des MRE proches de la retraite comptent s'établir au Maroc, 28% optent pour le pays d'accueil, alors que 7% sont encore indécis. Par pays d'immigration, on relève que c'est parmi la communauté installée en Italie que l'on retrouve le plus grand pourcentage des personnes enclines à s'installer au Maroc (88,4%). A l'opposé de cette tendance, les « réticences »

quant à un retour définitif éventuel au Maroc sont plus massivement exprimées par les répondants installés aux Pays-Bas (49,4%) et en Allemagne (40,2%).

Avantages sociaux et patrimoine : 91,40% des répondants proches de la retraite sont propriétaires d'un logement au Maroc alors que 69,70% n'ont toujours pas accédé à la propriété dans le pays de résidence. 95,80% des personnes interrogées sont couvertes par un système de retraite de base, mais seulement 24,30% sont affiliées à un système de retraite complémentaire.

Se projetant dans le futur et envisageant la période de la retraite, 47 % des répondants de ce sous-groupe pensent exercer une activité / ou mettre en place un projet qui leur rapporte un revenu. Sur la nature du projet qu'ils comptent mettre en place les intentions se concentrent pour près des deux tiers autour de deux secteurs d'activité : le commerce (46,3%) et l'agriculture (17,3%).

Les retraités et les attaches avec le pays d'origine : 79% des MRE retraités interrogés sont installés dans le pays d'immigration. Ceux qui sont installés au Maroc (21%) continuent massivement à retourner dans le pays d'immigration (94,20%), et y ont encore pour la majorité (53%) une proche famille.

Le choix du pays d'installation : Indépendamment de l'horizon retenu, dans 70% des cas la décision de s'établir définitivement dans le pays d'immigration ou de revenir au pays natal fut la résultante d'un choix concerté avec les autres membres de la famille. Pour ceux qui ont choisi de s'installer au Maroc, « l'attachement au pays » est la principale motivation invoquée (61,4%). Pour 81,4% de ceux qui ont choisi le pays d'immigration, c'est « pour les enfants » qu'ils l'ont fait. Ils sont également près de 26% à évoquer des considérations liées à la « couverture sociale et sanitaire ».

Au moment où la quasi-totalité (97,1%) des répondants retraités sont propriétaires d'un logement au Maroc, parmi ceux qui ont choisi de s'installer au Maroc, ils ne sont que 12,1% à être propriétaires d'un logement en pays d'immigration, alors que ce taux dépasse les 50% chez ceux qui ont choisi de s'installer dans le pays d'immigration.

Le Troisième Age

Bien qu'ils soient à la retraite, 12,6% des répondants exercent une activité qui rapporte un revenu complémentaire à leur retraite. Un pourcentage qui atteint les 16,4% chez ceux qui sont installés au Maroc.

Incidences du changement de statut lié au passage à la retraite : *A la question : « Les relations avec les membres de la famille, ont-elles subi des changements ? », 14% des retraités interrogés répondent par l'affirmative. Ici, Il n'y a pratiquement aucune différence entre ceux qui ont choisi de revenir « chez eux » et ceux qui ont opté pour le pays d'immigration.*

Dans 32,7% des cas, ces relations se sont dégradées. Un taux qui frise même les 42% chez ceux qui sont installés au Maroc.

Depuis qu'ils sont à la retraite, certains répondants sont confrontés à une diversité de problèmes aux causes et aux origines multiples, parmi lesquels deux ressortent plus particulièrement :

- *15,3% se plaignent de « problèmes de santé ». Un pourcentage qui semble plus prononcé chez les personnes établies à l'étranger (17,9% contre seulement 5,7% chez ceux qui sont établis au Maroc) ;*
- *les problèmes liés aux « procédures administratives » viennent compliquer la vie du retraité. Toutefois, à la différence des préoccupations de santé, ces tracasseries sont davantage évoquées par les personnes établies au Maroc (14,3%) que par leurs homologues qui résident à l'étranger (4,7%).*

Quand ils sont amenés à se prononcer sur les interventions et les mesures qui pourraient contribuer à améliorer la vie des MRE retraités, l'allègement de la pression fiscale sur les pensions et l'harmonisation des dispositifs de couverture sanitaire entre les législations marocaine et européenne constituent les principales demandes.

Une retraite idéale... :

- *« être rassuré quant à l'avenir des enfants »* recueille la quasi unanimité des répondants (86,5%) qu'ils soient établis au Maroc ou ailleurs ;
- *« pouvoir terminer ses jours au Maroc »* que l'on retrouve non seulement dans les réponses de près de 82% de ceux qui se sont établis au Maroc, mais également chez 35% de ceux qui résident en pays d'immigration ;
- *Le troisième élément qui ressort concerne le fait de « bénéficier d'une protection sanitaire »* (51,6% du total des répondants).

On relèvera pour terminer que les retraités interrogés au cours de cette enquête, estiment que - dans l'ensemble - leur vie est aujourd'hui « plutôt meilleure qu'avant » (87%). Un sentiment qui ressort plus particulièrement chez ceux qui se sont installés au Maroc (93,4%).

Introduction

Forte d'un siècle d'histoire, l'immigration marocaine vers l'Europe devient véritablement massive aux lendemains de la seconde guerre mondiale, et plus particulièrement au cours des décennies soixante et soixante dix du siècle écoulé. De ce fait, si on ne devait tenir compte que de la seule logique démographique, et malgré l'indigence des données disponibles sur cette dimension de la réalité présente de l'immigration marocaine, tout porte à croire que le troisième âge représente aujourd'hui le vécu d'un nombre appréciable de nos compatriotes résidant à l'étranger.

Une enquête réalisée en 1998 auprès d'un échantillon de 1200 MRE en vacances au Maroc a montré ainsi que près de 9,40% d'entre eux étaient en retraite ou en pré-retraite²¹. En 1990 déjà, le recensement général de la population réalisé en France indiquait que les Marocains ayant dépassé les 65 ans et qui continuaient de vivre sur le territoire de l'hexagone étaient au nombre de 6 376²². L'âge de la retraite ayant - depuis - été ramené à soixante ans, il n'est pas de doute qu'aujourd'hui le nombre des Marocains ayant parachevé leur parcours professionnel et qui vivent en France dépasse largement cet ordre de grandeur.

A l'exception de l'Espagne et de l'Italie, où l'histoire de la migration marocaine de masse est plus récente (début des années 1990), il est fort probable que la situation des MRE du troisième âge dans les autres pays de l'immigration historique (Belgique, Pays bas et Allemagne) soit proche de ce que l'on peut observer en France. Une hypothèse qui semble d'autant plus confortée que dans l'ensemble, comme le relève M. El Moubaraki, « *le retour massif dans les pays d'origine des travailleurs immigrés ne s'est pas produit*

²¹ « Les Marocains résidant à l'étranger : une enquête socioéconomique ». Ed. INSEA-Rabat, 2000 - p.62.

²² Omar Samoali : « Archéologie de la vieillesse immigrée en France » in « La retraite dans la trajectoire migratoire » - Revue Migrations Santé, n° 99 / 100 - Paris, 1999

comme l'avaient envisagé les différentes prévisions. C'était compter sans le poids des années, sans leur effet sur les individus, sans l'enracinement de ces derniers, sans les habitudes prises par les uns et les autres au sein de l'immigration... »²³.

Les ruptures qui accompagnent la survenue de la retraite, associées aux multiples sources de fragilité inhérentes à cette phase de la vie (santé précaire, mobilité limitée, plus grande dépendance vis-à-vis d'autrui...) imposent qu'un regard plus attentif soit porté sur cette dimension particulière de la réalité de notre immigration.

Pour bon nombre d'immigrés originaires de la sous-région Maghreb, s'engager dans la vie de retraité ne se fait pas toujours dans la sérénité. *«Avec la vacance, avec l'inactivité, avec la retraite et par conséquent avec l'âge, souligne A. Sayed, c'est la légitimité (..) que le travail apporte à la présence de l'immigré qui se trouve radicalement mise en cause, à ses propres yeux et aux yeux de son entourage, dans l'immigration et dans la société d'émigration (..) la 'vacance' représente toujours pour l'immigré une situation de crise »²⁴. En faisant perdre à l'immigré son statut de travailleur actif, «le grand âge finit par lui enlever la raison qu'il a d'être un immigré »²⁵.*

De ce fait, *«c'est tout l'édifice sur lequel repose l'équilibre de sa condition / de son statut qui s'effondre »²⁶.*

N'ayant plus, en théorie, de raison «valable» pour justifier une résidence permanente en terre d'accueil, l'immigré retraité est souvent amené à envisager un retour « définitif » vers le pays/communauté d'origine. Un retour qui, quand il se réalise, est loin d'être exempt de malentendus, de tensions et de difficultés. *«Restés trop longtemps à l'écart, explique A. Sayed,*

²³ Mohamed El Moubaraki, éditorial in « La retraite dans la trajectoire migratoire » Revue Migrations Santé, n° 99 / 100 - Paris, 1999.

²⁴ A. Sayed, « Vieillir... dans Immigration » in« La retraite dans la trajectoire migratoire » - Revue Migrations Santé, n° 99 / 100 - Paris, 1999.

²⁵ Idem.

²⁶ Ibid.

Le Troisième Age

ils n'arrivent pas toujours, quand ils se décident à réintégrer leur communauté, à se faire pleinement accepter, car ils ne peuvent faire oublier leur passé d'hommes en rupture: nul ne peut ignorer les effets d'une immigration trop longtemps prolongée pour ne pas marquer durablement les immigrés, et pour ne pas affecter les relations mutuelles avec leur groupe »²⁷.

Dans une tentative visant à mieux cerner les composantes complexes de cette équation, la Fondation Hassan II pour les Marocains résidant à l'étranger s'est proposée de conduire au cours de l'été 2003 une première investigation par voie de sondage auprès d'un échantillon de MRE en séjour de vacances au Maroc autour du vécu et des perceptions liés à la retraite.

Rappel des objectifs

Ce projet avait plus spécifiquement pour objectifs de :

- Saisir **la façon dont les MRE abordent la retraite** et les changements qui peuvent éventuellement en découler sur leurs modes de vie ;
- Identifier **les alternatives** ainsi que les éléments susceptibles d'influer sur **la décision par rapport aux choix majeurs** que le MRE retraité est amené à effectuer (lieu de résidence, oisiveté / activité, ...)
- Identifier **les contraintes spécifiques au statut de retraité** et leur incidence sur la qualité de vie des MRE concernés, en particulier pour ce qui est des prestations sociales, du rapatriement des pensions, et du régime fiscal;
- Sonder les contours du **vécu social du MRE retraité** (au Maroc ou dans le pays de résidence) notamment pour ce qui est des relations avec l'entourage familial et les proches ;
- Cerner le regard que les proches, et en particulier les enfants, portent sur le chef de famille à la retraite.

²⁷ Ibid.

Rappel de l'approche méthodologique

La rareté des données pouvant éclairer des aspects spécifiques de la problématique objet du présent projet a imposé de procéder à une recherche exploratoire avant d'envisager l'élaboration des instruments qui allaient servir à la collecte des données par voie de sondage auprès des MRE.

La phase exploratoire a consisté d'une part en une série d'entretiens en profondeur avec des personnes ressources identifiées sur la base de leur expertise par rapport à telle ou telle dimension de l'objet de l'étude, et d'autre part à une revue documentaire des réflexions, analyses, et études consacrées par des chercheurs et des universitaires aux problématiques du troisième âge et de la retraite en situation d'immigration. Les données recueillies à travers les entretiens et la recherche documentaire ont servi à alimenter l'élaboration des questionnaires en termes de choix des axes à couvrir et de formulation des questions.

Cibles de l'étude

L'ensemble de la population MRE est en théorie concernée par la question de la retraite et du 3ème âge. Toutefois pour des raisons d'efficience deux cibles ont été retenues sur un mode raisonné :

- Les **MRE retraités**

- Les **MRE proches de la retraite** (âgés de plus de 50 ans)

Par ailleurs, les spécificités des législations, des dispositions réglementaires et des régimes nationaux sont telles qu'il était important de procéder à une lecture de la problématique objet de l'étude en fonction du paramètre « pays d'immigration ». A ce titre l'investigation a pris en compte les spécificités liées à la situation dans six pays d'Europe: l'Espagne, la France, l'Italie, la Belgique, les Pays Bas et l'Allemagne.

Le Troisième Age

Technique de collecte des données :

La technique de collecte de données retenue est le questionnaire en face à face qui sera administré au moment de l'attente avant embarquement à la sortie du Maroc.

Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Afin de garantir une représentativité suffisante de l'ensemble des Profils, nous avons proposé de retenir un **échantillon de 1020 MRE** répartis de façon significative et sur un mode raisonné selon le pays de résidence. Cette taille d'échantillon présente l'avantage :

- d'assurer, à un seuil de confiance de 95% une marge d'erreur de 2,9% au niveau global et de moins de 4% au niveau des principaux sous groupes (MRE retraités, MRE proches de la retraite,);
- de disposer d'un effectif minimal dans les principales sous-catégories de l'échantillon de façon à pouvoir affiner l'analyse.

De ce fait, la répartition de l'échantillon global réalisé se présente comme suit:

Total	330	79	78	182	148	179	9	1005
Pays de résidence								total
	France	Espagne	Italie	Belgique	Pays Bas	Allemagne	Autres	
MRE retraité	164	03	09	94	63	82	05	420
MRE proche de la retraite	166	76	69	88	85	97	04	585

Les répondants ont été identifiés parmi les MRE qui quittaient le territoire national par voie de mer au niveau de deux points de sortie : **Tanger** et **Nador**. La collecte de données a été réalisée **fin août 2003**.

Les outils de collecte

Les questionnaires ont été élaborés en une version composée de deux blocs correspondant chacun à un profil parmi les deux qui constituent la cible de l'étude. Le questionnaire, dont la version de référence a été développée en français (*voir specimen en annexe*), a été traduit en arabe marocain et administré, à la convenance du répondant, soit en arabe soit en français.

RESULTATS

La question de l'immigration et la situation des immigrés ne cessent de prendre de l'importance dans les études et les recherches académiques. De même, la problématique de l'immigration, par ses multiples dimensions, conditionne de plus en plus fortement les politiques sociales des gouvernements des pays d'accueil, au point qu'au niveau de l'espace européen par exemple certains gouvernements en arrivent même à mettre en jeu leur devenir politique par les positions qu'ils adoptent et les mesures qu'ils prennent sur ces questions.

En moins d'un demi-siècle, la population marocaine qui vit d'une manière permanente au-delà des frontières de l'espace national n'a cessé de croître. Parallèlement les multiples aspects de son vécu ont gagné en complexité. L'immigration marocaine est passée ainsi, d'une phase d « initiation » marquée essentiellement par les défis de l'adaptation, à une phase d « installation » conditionnée par une nécessaire intégration. Une intégration qui aboutit rarement à une naturalisation, en particulier chez les plus âgés, même si « *l'accès à des droits sociaux, comme l'allocation compensatoire de vieillesse, justifie les demandes de naturalisation de certains retraités* »²⁸.

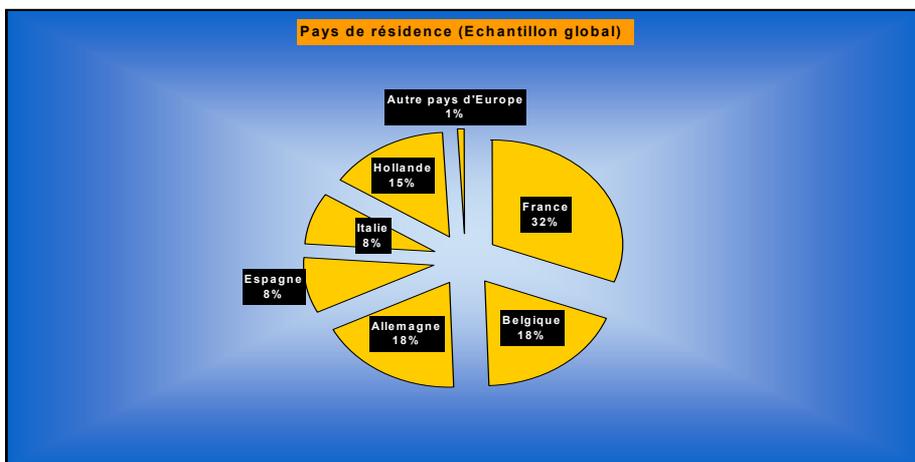
Arrivant à l'âge de la retraite la première génération fait inmanquablement émerger des problématiques d'un type nouveau. Paradoxalement, alors que des efforts importants sont déployés pour faciliter l'intégration des éléments des 2^{ème} et 3^{ème} générations, notamment pour les aider à se réapproprier les éléments de leur identité collective (marocaine, arabe, islamique), la première génération semble plutôt livrée à elle-même. Peu de dispositifs institutionnels sont mis en place à partir du pays d'origine pour tenter d'apporter une réponse adaptée à ses besoins spécifiques. La présente recherche s'inscrit dans une démarche qui vise d'abord à mieux cerner les spécificités de la situation et du vécu de cette catégorie de MRE, en

²⁸ "Sujet et Citoyen, évolutions, enjeux et significations de l'acquisition de la nationalité française par des Marocains en France", in Synthèse de travaux sur l'immigration et la présence étrangère en France, Migrations Etudes, N103 – Décembre 2001.

vue d'éclairer les réponses que la collectivité nationale se doit d'apporter à ses besoins et à ses aspirations.

Le profil des répondants

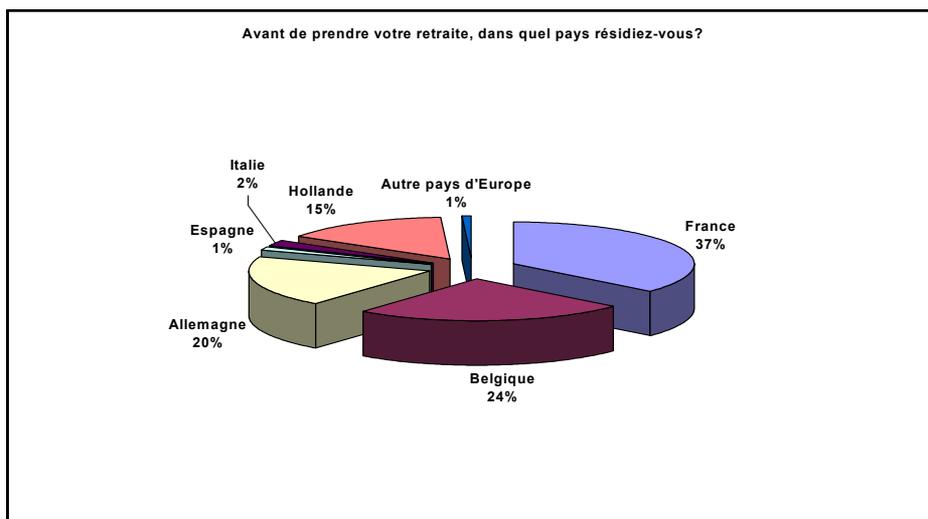
La composition de l'échantillon a tenté – autant que faire se peut - de respecter la représentativité des pays d'accueil de nos compatriotes à l'étranger. Le recours à cette variable nous permettra de détecter les différences significatives qui peuvent exister entre régions et leur corrélation éventuelle avec certains comportements et attitudes. La répartition par pays d'accueil de notre échantillon est illustrée dans le graphe suivant :



Pour le sous-groupe des **Pré-Retraités** la répartition des répondants par pays d'accueil est représentée sur le graphe suivant :

Le Troisième Age

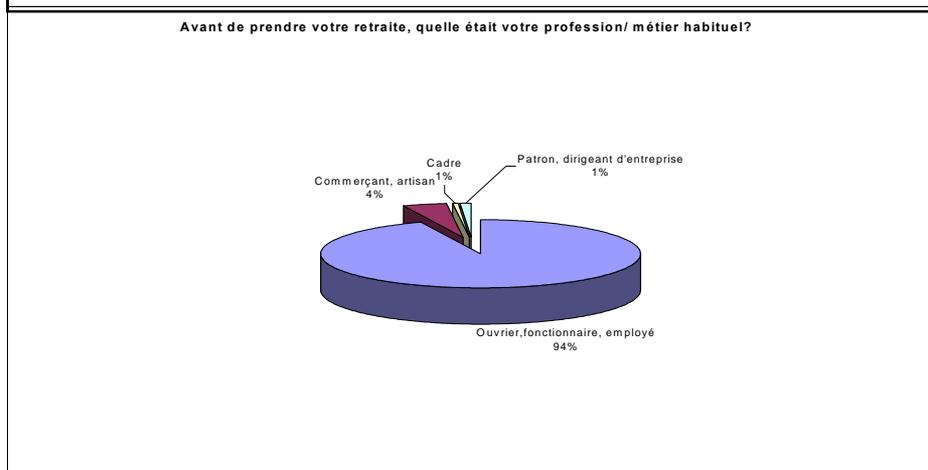
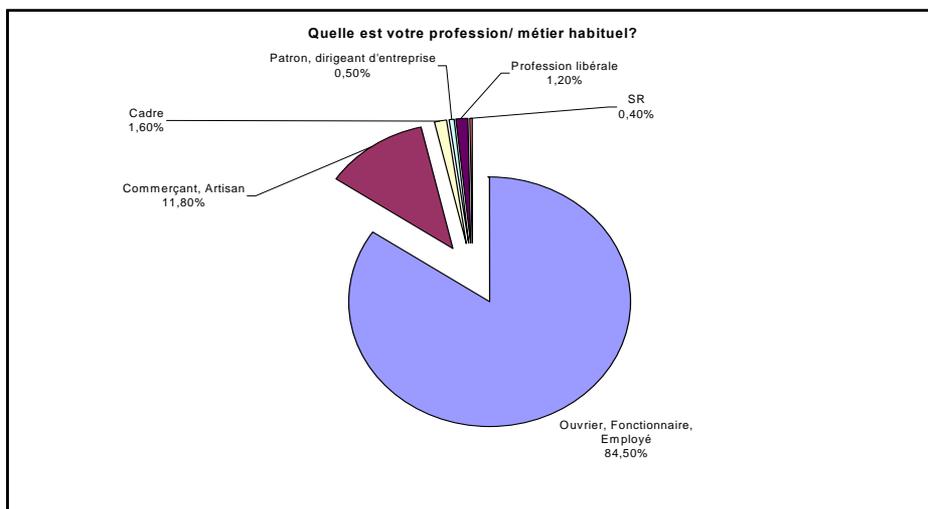
En ce qui concerne le sous-groupe des **Retraités**, la représentativité était plus en faveur des foyers communément considérés comme étant les réceptacles historiques de la main d'œuvre marocaine, à savoir la France, la Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas auxquels se rattachent près de 96% des MRE retraités de notre échantillon.



A la différence de la ventilation du sous-groupe « pré-retraités », l'Italie et l'Espagne sont ici faiblement représentés. Un constat qui reflète en fait l'évolution historique de l'implantation de l'immigration marocaine en Europe. Ce n'est pas un hasard ou une manipulation statistique. « *Au moment où la plupart des Marocains sont venus en France, Belgique, Pays-Bas et Allemagne dans les années 1960 et 1970, comme le relève un récent document de l'OIM, ce n'est qu'au cours des années 1990 que les Marocains commencèrent à immigrer en grand nombre vers l'Espagne et l'Italie* ». ²⁹ De ce fait, il semble encore prématuré de parler d'une problématique « MRE retraités » pour ce qui est de ces deux pays en particulier.

²⁹ « Moroccan Migration Dynamics, Prospects for the Future », IOM Migration Research Series, N°10, 2002.

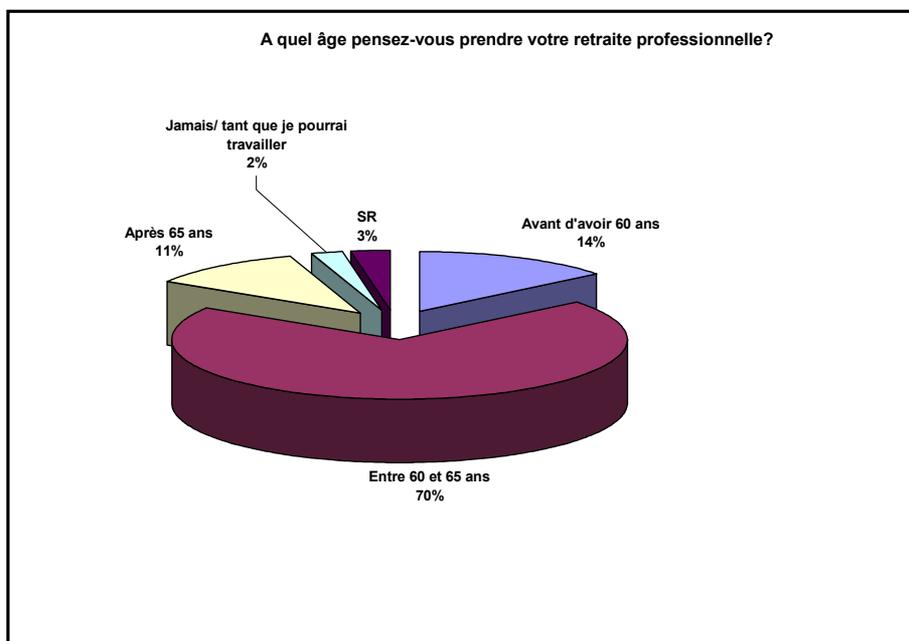
En évoquant **la profession** du répondant, on retrouve la typologie classique qui résume toute l'histoire de l'immigration marocaine, à savoir une main d'œuvre non qualifiée qui a été sollicitée pour construire l'Europe de l'après-guerre. Ainsi **96,3% des membres du sous-groupe « pré-retraités »** appartiennent à l'une des deux catégories : « **ouvrier, fonctionnaire, employé** » et « **commerçant, artisan** ». Les personnes exerçant une profession libérale ou ayant un profil de cadre ne représentent que 2,80%. Dans la catégorie des retraités, ces pourcentages sont respectivement de 98% et 0,60%.



Les projets des pré-retraités

Parmi les répondants de ce sous-groupe, **70% comptent prendre leur retraite « au delà des 60 ans »** mais toutefois « *avant d'atteindre l'âge de 65 ans* ». Seul 14% affirment vouloir partir à la retraite « *avant l'âge de 60 ans* ».

11% des personnes encore en activité, comptent cesser de travailler après l'âge de 65 ans, alors que **2%** continueront à travailler « *tant qu'ils le pourront* ».



Lorsqu'ils sont interrogés sur **leur projet d'installation** une fois à la retraite :

- **65%** des pré-retraités comptent **s'établir au Maroc** ;
- **28%** optent pour le **pays d'accueil** ;
- alors que **7%** sont encore **indécis**.

En réalité, derrière ces pourcentages semble se profiler un phénomène qui nécessite une analyse plus approfondie dans des recherches futures : celui d'une population qui aurait vocation à s'installer dans « ***l'entre-deux*** ». C'est ainsi qu'en s'intéressant à la circulation migratoire des Marocains, Fanny SCHAEFFER a pu constater « *qu'une grande partie des mouvements de va-et-vient tout au long de l'année entre le Maroc et les différents pôles d'installation de la population d'origine marocaine était le fait de personnes à la retraite ou en situation d'invalidité* »³⁰..

En s'intéressant plus en détail au profil du groupe des « pré-retraités » **par pays d'immigration**, on relève que c'est parmi la communauté installée en **Italie** que l'on retrouve le plus grand pourcentage des personnes enclines à **s'installer au Maroc** (88,4%). Parmi les **facteurs** qui pourraient éventuellement éclairer cette tendance, on peut brièvement évoquer :

- l'immigration marocaine en Italie demeure relativement récente par référence aux autres immigrations ;
- les différences culturelles entre les deux pays et le manque de liens historiques ;
- L'essentiel de cette immigration s'est organisé autour du commerce, en particulier avec le pays natal. D'où l'incessant va-et-vient entre le Maroc et l'Italie ainsi que les séjours fréquents et prolongés dans les terroirs émetteurs.

³⁰ 'Mythe du retour et réalité de l'entre-deux. La retraite en France, ou au Maroc ?', Revue Européenne des Migrations Internationales, Vol. 17-N°1-2001, PP.165-176.

Marocains Résidant à l'Etranger

Le Troisième Age

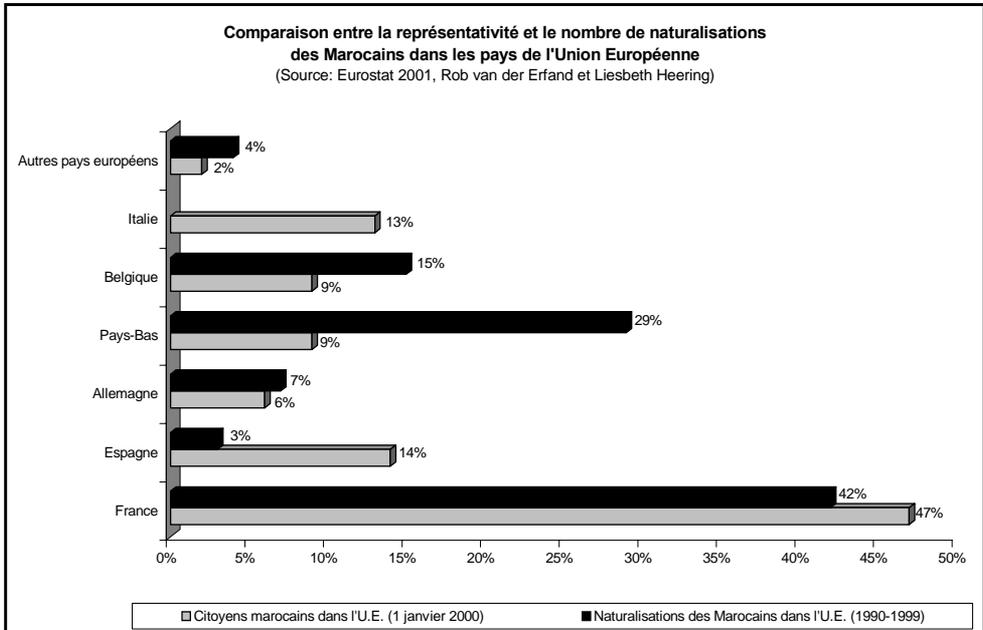
A l'opposé de cette tendance, **les personnes** qui se déclarent **les plus « réticentes »** quant à un retour définitif éventuel au Maroc sont issues des communautés **installées en Allemagne et au Pays-Bas** (respectivement 40,2% et 49,4% des personnes installées dans ces deux pays).

Le tableau suivant illustre en détail le choix d'installation des répondants selon leur pays d'accueil :

Dans quel pays résidiez- vous principalement? Une fois à la retraite, où comptez-vous vous établir, est-ce?					
Q4	Q7	Au maroc	Dans le pays d'immigration	SR	TOTAL
France	69,9%	(116)	25,3% (42)	4,8% (8)	100% (166)
Belgique	72,7%	(64)	20,5% (18)	6,8% (6)	100% (88)
Allemagne	47,4%	(46)	40,2% (39)	12,4% (12)	100% (97)
Espagne	73,7%	(56)	18,4% (14)	7,9% (6)	100% (76)
Italie	88,4%	(61)	8,7% (6)	2,9% (2)	100% (69)
Hollande	43,5%	(37)	49,4% (42)	7,1% (6)	100% (85)
Autre pays d'Europe	100%	(4)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (4)
TOTAL	65,6%	(384)	27,5% (161)	6,8% (40)	100% (585)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 61,22$, ddl = 12, 1-p = >99,99%.
 Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique.
 Le χ^2 est calculé sur le tableau des citations (effectifs marginaux égaux à la somme des effectifs lignes/colonnes).

Sur un autre plan, en analysant les chiffres des naturalisations effectuées au cours des dernières années dans les différents pays de la communauté européenne au profit de ressortissants Marocains, ce double constat se trouve largement corroboré.

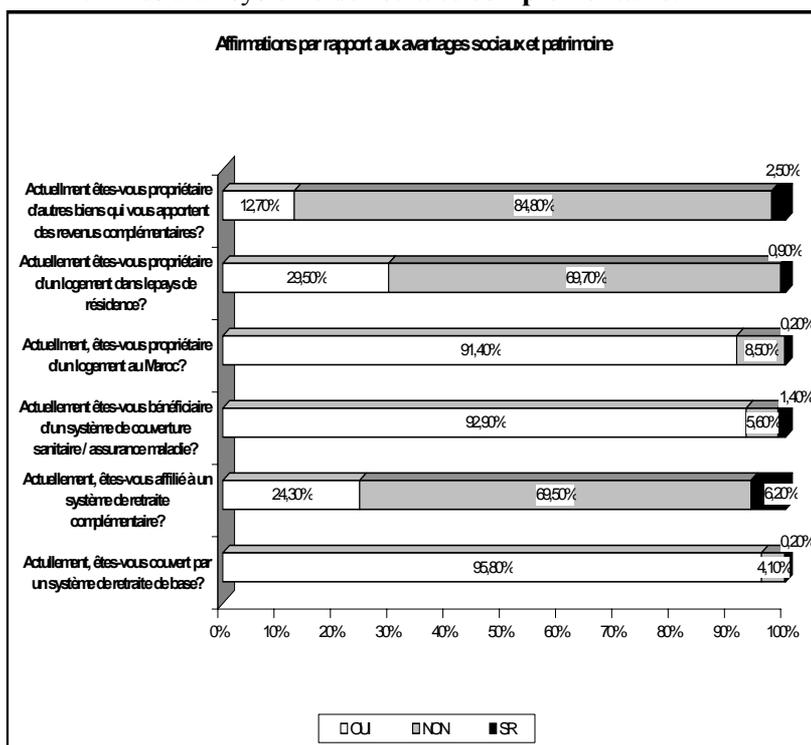


Les pourcentages reportés sur le graphique ci-dessus sont calculés sur la base des données suivantes :

- 1,2 millions de Marocains installés dans les différents pays de l'Union Européenne (1er janvier 2000) ;
- 300 000 naturalisations ont été effectuées entre 1990 et 1999.« Pré-retraités » : Avantages sociaux et patrimoine

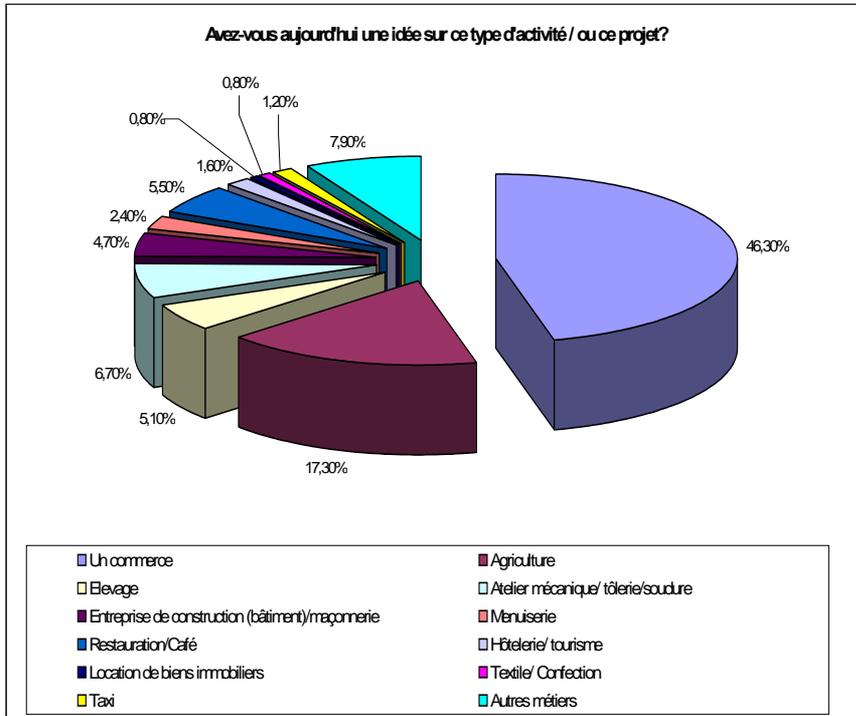
Le Troisième Age

- **91,40%** des répondants sont **propriétaires d'un logement au Maroc** et **69,70%** n'ont toujours pas accédé à la propriété dans le pays de résidence.
- **95,80%** des personnes interrogées sont **couvertes par un système de retraite de base**, mais seulement **24,30%** sont affiliés à un système de **retraite complémentaire**.



Se projetant dans le futur et envisageant la période de la retraite, **47 %** des répondants du sous-groupe « pré-retraités », **pensent exercer une activité /** ou mettre en place un projet qui leur apporte un revenu.

Sur **la nature du projet** qu'ils comptent mettre en place les intentions se concentrent pour près des deux tiers autour de deux secteurs d'activité : le **commerce (46,3%)** et **l'agriculture (17,3%)**.



En comparaison avec les résultats publiés en 1990 d'une étude³¹ qui a concerné 207 bénéficiaires de l'aide à la réinsertion retournés au Maroc entre 1984 et 1987, nous remarquons que les tendances n'ont pas fondamentalement changé quant aux types de projets convoités par les MRE.

³¹ 'Les modalités de réinsertion des migrants marocains bénéficiaires de l'aide au retour', Migration Etudes, N°13 Décembre 1990, Direction de la Population et des Migrations.

Structure des projets par activité professionnelle			
Primaire	18,2%	Agriculture	18,2%
		Industrie / artisanat	15,7%
Secondaire	21,3%	BTP	5,6%
		Commerce	38,3%
Tertiaire	60,5%	Transport	11,6%
		Services	8,6%
		Autres	2,0%

Les retraités, et les attaches avec le pays d'origine

79% des MRE retraités que nous avons interrogés **sont installés dans le pays d'immigration.**

- Ce pourcentage est respectivement de 83,5% et 82,4 pour ceux qui exerçaient une activité professionnelle en Belgique et en Allemagne ;
- Il est à peine de l'ordre du tiers pour les immigrés d'Italie.

Ceux qui sont installés au Maroc (21%) continuent massivement à retourner dans le pays d'immigration (94,20%), et y ont encore – pour la majorité -une proche famille (53%).

Le va-et-vient et la vie « *entre les deux* » (pays natal et pays d'immigration) représente en fait le vécu-type du MRE retraité. Ainsi, depuis le Ramadan précédant la période de l'enquête (soit près de dix mois), sur l'ensemble des répondants qui ont choisi de s'installer au Maroc :

- 41,5 % sont retournés au moins deux fois dans le pays de résidence ;
- Et 56,9% l'ont fait une seule fois.

De même, ceux qui sont installés dans le pays d'immigration **rentrent « plus souvent qu'avant »** dans **28,8%** des cas, et « **autant**

qu'avant » dans 46,7% des cas. Ce sont les personnes installées en **Belgique** qui déclarent plus massivement rentrer au Maroc. Les personnes qui **disposent d'un logement et au Maroc et à l'étranger**, sont pour leur part près de 35% à déclarer revenir « *plus souvent* » au Maroc.

Le choix du pays d'installation

Une fois l'âge de la retraite arrivé, comment s'opère la décision qui amène au choix du pays où l'on va désormais s'installer ? Émane-t-elle d'une volonté réellement individuelle ? et quelles sont ses implications sur l'entourage, notamment familial, du retraité ?

Indépendamment de l'horizon qui sera retenu, la décision de s'établir définitivement dans le pays d'immigration ou de revenir au pays natal fut la résultante d'un **choix concerté avec les autres membres de la famille** dans **70%** des cas des retraités sondés. Les pourcentages sont respectivement de 66,7% pour une décision concertée et 33,3% pour un choix individuel chez ceux qui ont choisi de vivre leur retraite au pays natal.

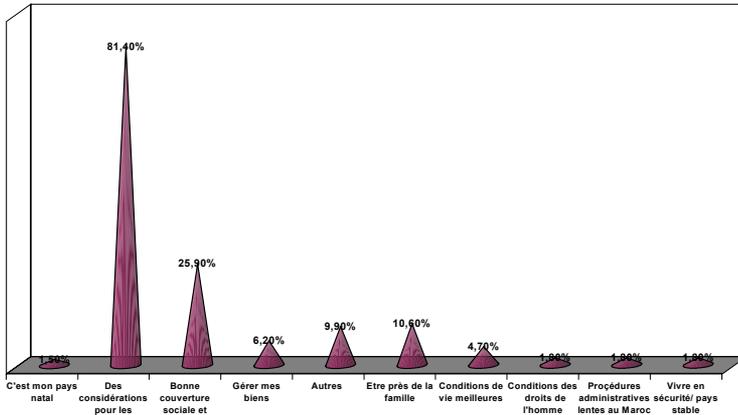
Par ailleurs, le choix du pays de résidence après la retraite répond également à des préoccupations sensiblement différentes :

- Pour ceux qui ont choisi de **s'installer au Maroc**, c'est – de loin – « *l'attachement au pays* » qui prime (**61,4%**) ;
- Pour **81,4%** de ceux qui ont **choisi le pays d'immigration**, c'est « *pour les enfants* » qu'ils l'ont fait. Ils sont également près de 26% à évoquer des considérations liées à la « *couverture sociale et sanitaire* ».

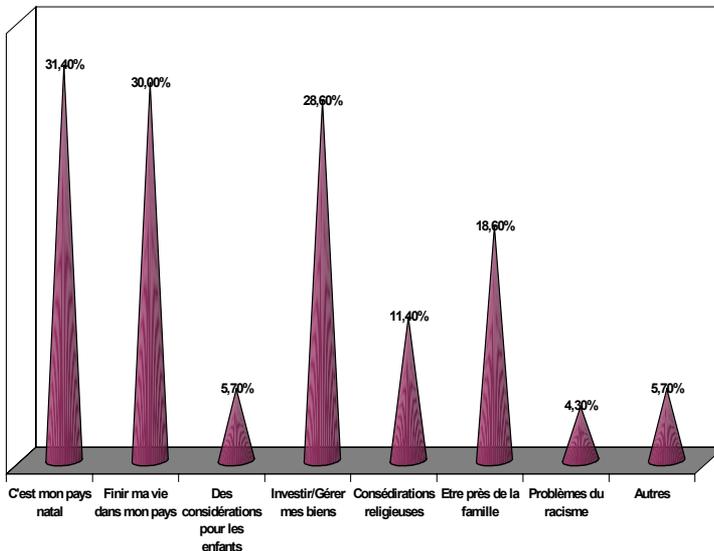
Les graphiques suivants illustrent les différentes raisons qui sous-tendent le choix de chacun des deux groupes.

Le Troisième Age

Toujours par rapport à ce choix, quelles sont les raisons (les facteurs) qui vous ont décidé?
(Ceux qui ont choisi le pays d'immigration)



Toujours par rapport à ce choix, quelles sont les raisons (les facteurs) qui vous ont décidé?
(Ceux qui ont choisi le Maroc)



Sur la **possibilité de changer éventuellement d'avis** à propos du pays d'installation, seuls **38%** des retraités interrogés disent que **cette décision est « définitive »**, alors que **62%** affirment pouvoir changer d'avis et jugent que **leur décision est réversible**.

Ces pourcentages sont respectivement de 30,3% et 59,7% chez ceux qui se sont installés au Maroc.

En analysant les résultats par pays de résidence à propos de cette question et pour les **personnes retraitées installées dans le pays d'immigration**, des différences significatives apparaissent :

- Pour les retraités qui travaillaient en **Belgique**, **21,8%** déclarent que la décision d'installation est définitive alors que **78,2%** déclarent qu'ils peuvent revoir cette décision ;
- Pour ceux qui résident en **Allemagne** ces pourcentages sont respectivement de **62,7%** et **37,3%** ;
- Pour les personnes qui travaillaient en **Hollande**, ils sont de l'ordre de **56,3%** et **43,7%**.

Q3 Q22	France	Belgique	Allemagne	Espagne	Italie	Hollande	Autres pay d'Europe	TOTAL
Définit	8% (36)	3% (17)	7% (37)	0% (1)	5% (1)	3% (27)	3% (1)	9% (120)
Révers	2% (8)	2% (6)	3% (22)	0% (3)	5% (7)	8% (21)	7% (2)	9% (197)
TOTAL	10% (117)	0% (78)	0% (59)	10% (4)	10% (8)	0% (48)	10% (3)	10% (317)

La dépendance est fortement significative. $\chi^2 = 35,94$, ddl = 6, 1-p = >99,99%.

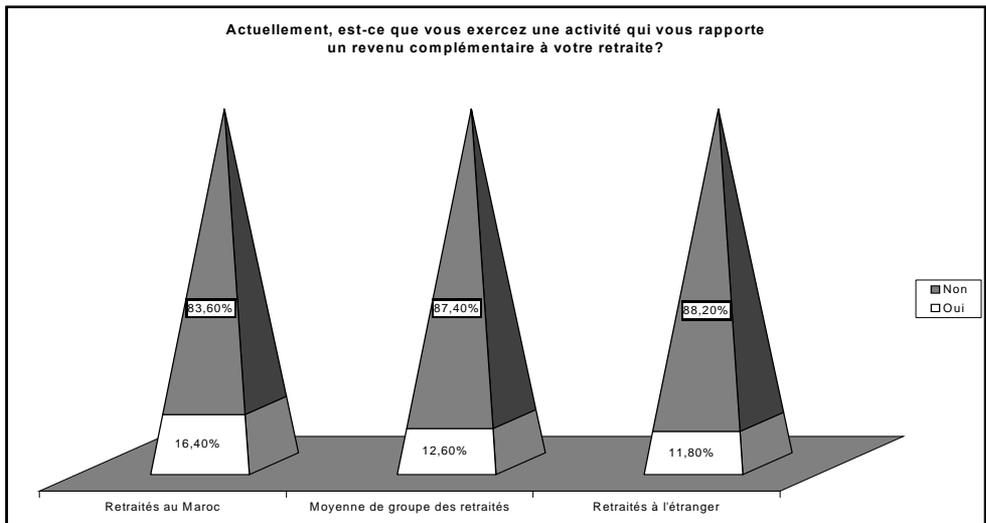
Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique.

Le Troisième Age

Alors que la question de la possession d'un logement « au pays », comme l'affirme F. Schaeffer, est au cœur du projet retraite du MRE³², quel impact pourrait avoir le facteur « possession d'un logement » sur la décision du choix du pays d'installation ?

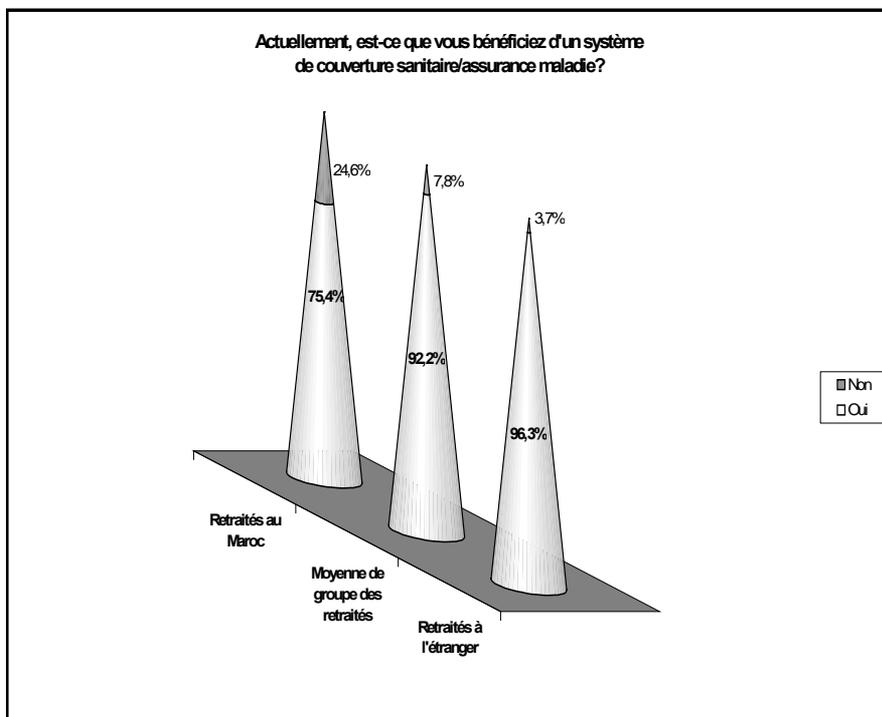
Même si – quel que soit le pays de résidence – la quasi-totalité (97,1%) des répondants retraités sont propriétaires d'un logement au Maroc, une certaine corrélation ressort : Ainsi, parmi **ceux qui ont choisi de s'installer au Maroc**, ils ne sont que **12,1% à être propriétaires d'un logement en pays d'immigration**, alors que ce taux dépasse les **50% chez ceux qui ont choisi de s'installer dans le pays d'immigration**.

Bien qu'ils soient à la retraite, 12,6% des répondants **exercent une activité qui rapporte un revenu complémentaire** à leur retraite. Un pourcentage qui atteint les 16,4% chez ceux qui sont installés au Maroc.



³² « le migrant qui rentre au pays pour la retraite, s'il veut réintégrer une place socialement reconnue au Maroc, se doit de posséder une demeure ou un bien à gérer... ou mieux, de monter une « petite affaire » qui lui permettra d'acquérir véritablement ce statut de patriarche » op. cit.

Shaeffer affirme, à propos de la **couverture sanitaire** / assurance-maladie, que « *le premier souhait des personnes arrivées à la fin de leur vie active est de se maintenir en bonne santé, afin de pouvoir enfin disposer de leur temps et de leur énergie à leur guise* »³³. Or, si pour l'ensemble du groupe des retraités interrogés le taux de couverture face au risque maladie est de l'ordre de 92,2%, une corrélation certaine se dessine entre ce facteur et le choix du pays de résidence après la retraite. C'est ainsi qu'au moment où la quasi-totalité (96,3%) des retraités installés en pays d'immigration bénéficient d'un système de couverture sanitaire, ce taux dépasse à peine les 75% chez ceux qui ont choisi de vivre au pays natal.



³³ Op. cit

Incidences du changement de statut lié au passage à la retraite

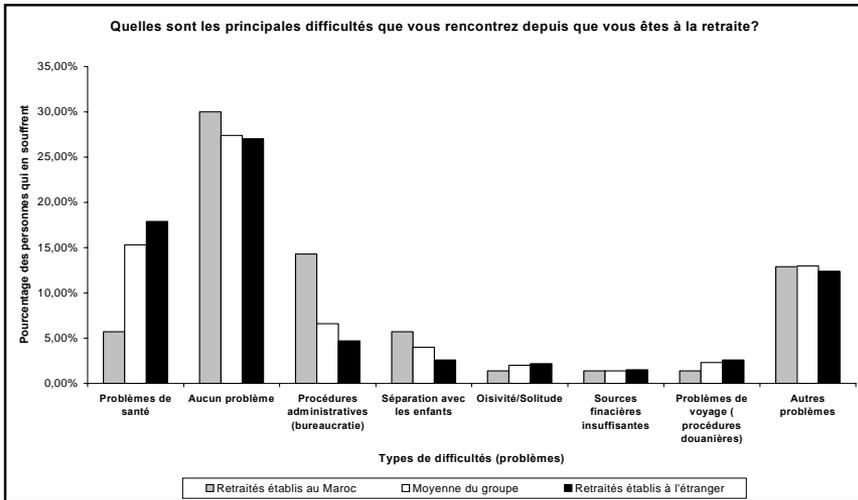
Avec l'inévitable changement de statut lié au passage à la retraite, les relations avec l'ensemble de l'entourage, et en particulier familial, sont tout naturellement interpellées. Les comportements, les attitudes et les représentations que les membres de la famille du retraité développent à l'endroit de ce dernier, de son statut et de la légitimité de sa présence parmi eux résistent-ils à une telle évolution ?

A la question : « *Les relations avec les membres de la famille, ont-elles subi des changements ?* », **14%** des retraités interrogés répondent par **l'affirmative**. Ici, Il n'y a pratiquement aucune différence entre ceux qui ont choisi de revenir « *chez eux* » et ceux qui ont opté pour le pays d'immigration.

Toutefois, **dans 32,7% des cas, ces relations se sont dégradées**. Un taux qui frise même les 42% chez ceux qui sont installés au Maroc.

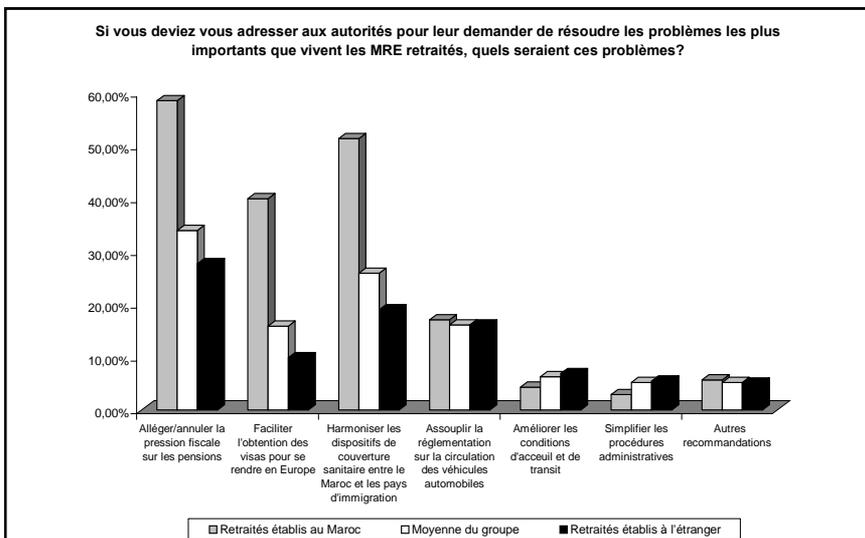
Depuis qu'ils sont à la retraite, certains répondants sont confrontés à une diversité de problèmes aux causes et aux origines multiples, parmi lesquels deux ressortent plus particulièrement :

- **15,3%** se plaignent de « *problèmes de santé* ». Un pourcentage qui semble plus prononcé chez les personnes établies à l'étranger (17,9% contre seulement 5,7% chez ceux qui sont établies au Maroc) ;
- les problèmes liés aux « *procédures administratives* » viennent compliquer la vie du retraité. Toutefois, à la différence des préoccupations de santé, ces tracasseries sont davantage évoquées par les personnes établies au Maroc (14,3%) que par leurs homologues qui résident à l'étranger (4,7%).



Le graphe ci-après illustre le détail de ces difficultés :

Quand ils sont amenés à se prononcer sur les interventions et les mesures qui pourraient contribuer à améliorer la vie des MRE retraités, **l'allègement de la pression fiscale sur les pensions** et **l'harmonisation des dispositifs de couverture sanitaire** entre les législations marocaine et européenne constituent les principales demandes.

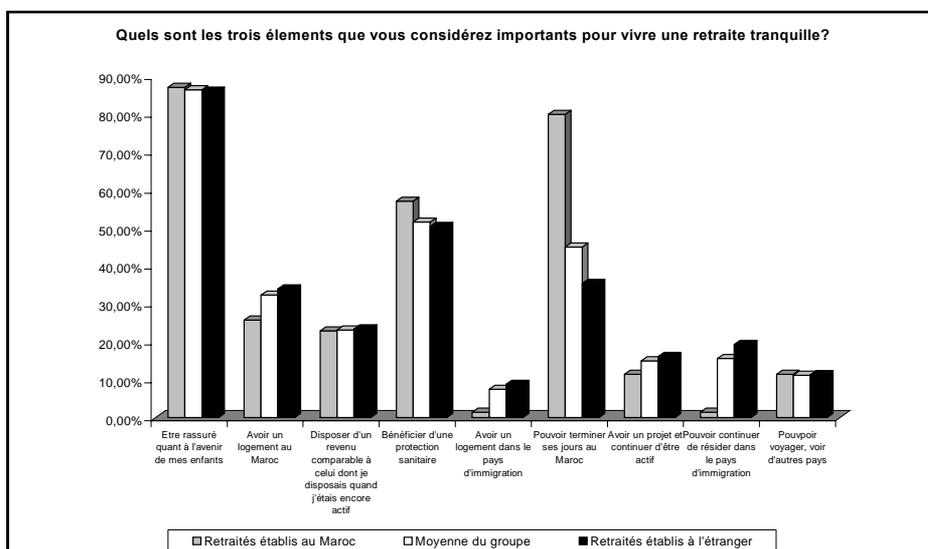


Une retraite idéale...

Les conditions pour vivre **une retraite idéale / tranquille** diffèrent tout naturellement d'une personne à une autre. Certains facteurs se dégagent toutefois si fortement qu'ils semblent constituer un véritable dénominateur commun de la perception que les MRE se font de cette phase de la vie.

Interrogés sur les éléments les plus importants qui pourraient garantir une « *retraite tranquille* », les réponses du groupe des retraités renvoient très nettement à trois dimensions :

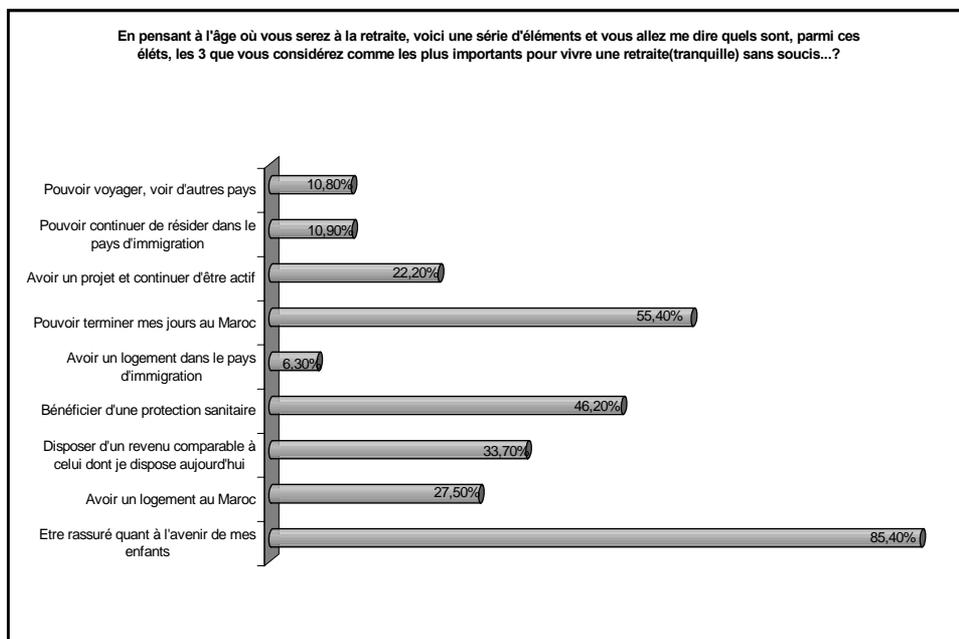
- « **être rassuré quant à l'avenir des enfants** » qui recueille la quasi unanimité des répondants (86,5%) qu'ils soient établis au Maroc ou ailleurs ;
- « **pouvoir terminer ses jours au Maroc** » que l'on retrouve non seulement dans les réponses de près de 82% de ceux qui se sont établis au Maroc, mais également chez 35% de ceux qui résident en pays d'immigration ;
- Le troisième élément qui ressort concerne le fait de « **bénéficier d'une protection sanitaire** » (51,6% du total des répondants).



Ce triptyque revient - selon le même ordre de priorité - dans les réponses que les répondants du **sous-groupe « pré-retraités »** développent quand il s'agit de récapituler les éléments qu'ils considèrent comme essentiels pour vivre une retraite tranquille :

- **85,4%** évoquent le fait d'être « *rassuré quant à l'avenir des enfants* » (ce pourcentage atteint 90,7% chez les personnes désireuses de s'installer dans le pays d'immigration une fois à la retraite) ;
- Ils sont également **55,4%** et **46,2%** à aspirer – respectivement - à « *finir leurs jours au Maroc* » et à pouvoir « *bénéficier d'une protection sanitaire* » ;
- 33,7%, souhaitent par ailleurs pouvoir « *disposer d'un revenu comparable* » à celui dont ils disposent aujourd'hui afin de pouvoir vivre une retraite tranquille.

Le graphique suivant récapitule l'ensemble des raisons qui pourraient laisser entrevoir une retraite tranquille.



Pour terminer, on relèvera que - d'une manière générale - les retraités sondés au cours de cette enquête, estiment que **leur vie est aujourd'hui** dans l'ensemble « *plutôt meilleure qu'avant* » (87%). Ceux qui se sont installés au Maroc ressentent plus ce sentiment (93,4%), alors que les réponses de ceux qui résident toujours en Europe n'enregistrent pas de différences significatives par rapport à la moyenne du groupe.

تمتع المتقاعدين المغاربة بأوروبا بالضمان الاجتماعي

أستاذ بالكلية المتعددة التخصصات بتطوان.

Les retraités marocains d'Europe et la sécurité sociale

Mohammed BENHSAIN

Résumé

La sécurité sociale est un droit universel et figure parmi les droits de l'Homme, un moyen par lequel les Etats essaient de garantir une certaine protection sociale et économique à leurs populations. C'est bien cette doctrine qui pousse ces Etats à encadrer et organiser les prestations qu'offre la sécurité sociale , à savoir les conditions d'octroi et les personnes assujetties dont bien évidemment les retraités.

Cependant, et dans l'exercice de cette réglementation, l'Etat ne prend en considération que les besoins prioritaires tout en négligeant la situation du retraité immigrant qui la plupart du temps , désire rejoindre la mère patrie. Cette condition spécifique au retraité immigré entrave le processus d'octroi des prestations attribuées par le pays d'accueil en raison des conditions imposées par leurs législations relatives à la nationalité, la résidence minimale, la résidence effective et la période minimale d'assurance. Ce sont ces mêmes conditions qui ont été à l'origine de l'adoption d'un certain nombre de mesures sous forme d'instruments internationaux afin de combler ce déficit législatif. Ces

mesures ont été appliquées par la justice européenne notamment « **la Cour de Justice Européenne** ». Par conséquent, quelques pays européens ont été dans l'obligation de procéder à des amendements en matière de législation pour la rendre plus compatible avec la situation des retraités expatriés. En plus, les décisions prises par cette Cour ont permis aux retraités non européens de bénéficier des dispositions du règlement européen n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants ainsi que les membres de leurs familles qui se déplacent au sein du territoire de l'Union européenne.

Le Maroc, conscient de ces problèmes, a conclu des conventions et des accords bilatéraux avec de nombreux pays européens afin d'asseoir les jalons d'une réglementation qui permet l'octroi des prestations de la sécurité sociale aux MRE retournant au Maroc sur le même pied d'égalité avec les citoyens européens. Néanmoins, si ces conventions ont facilité la jouissance des retraités marocains immigrés ainsi que les membres de leurs familles de ces prestations au Maroc, il n'en demeure pas moins que certaines lacunes persistent encore se résumant dans l'aspect limité des bases sur lesquelles ces conventions ont été fondées, les problèmes administratifs qui handicapent leur mise en œuvre et les allocations dérisoires versées. Ce qui nécessite la reconsidération de ces conventions dans un esprit de non discrimination, de non exclusion et de solidarité.

المقدمة :

34

35

³⁴ تنص المادة 22 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أن: "لكل شخص عضوا في المجتمع، حق في الضمان الاجتماعي..."
³⁵ حدد هذا السن على سبيل المثال ببلجيكا في 65 سنة للرجال، و 62 سنة للنساء مع رفعه تدريجيا ليصل سنة 2009 إلى 65 سنة كذلك، وبالدنمرك في 65 سنة مع رفعه إلى 67 سنة بالنسبة للذين بلغوا 60 سنة في فاتح يوليو 1999، وبفرنسا في 60 سنة، وبألمانيا، وإسبانيا، وهولندا، والبرتغال، والسويد في 65 سنة.
انظر ذلك في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, Situation au 1er Janvier 2002 et évolution, tableau VI-Vieillesse : conditions.

[على الخط]، متوفر ب:

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_123_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

³⁶ تم إبرام هذه الاتفاقيات استنادا إلى الفصل 3 من الظهير الشريف المتعلق بتنظيم هجرة العمال المغاربة الصادر في 8 نونبر 1949 الذي منح مصلحة هجرة العمال المغاربة بإدارة الشغل والشؤون الاجتماعية صلاحية إبرام اتفاقيات مع المصالح المكلفة باليد العاملة في كل البلدان.
أنظر ذلك في:

B.O n° 1941 du 6 Janvier 1950, p 11.

في هذا الصدد، أبرم المغرب اتفاقيات اليد العاملة مع كل من ألمانيا الفدرالية في 21 ماي 1963، وفرنسا في فاتح يونيو 1963، وبلجيكا في 17 فبراير 1964، وهولندا في 23 يناير 1969، ليضاف إليها في السنوات الأخيرة اتفاقين مع إسبانيا يتعلق الأول بالعمال الموسمين بتاريخ 30 شتبر 1999، والثاني باليد العاملة في 25 يوليو 2001.

³⁷ بمناسبة الأيام التحسيسية التي نظمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتعاون مع الصندوقين الفرنسيين للتأمين عن الشيخوخة والتأمين عن المرض، صرح مدير الصندوق الجهوي للتأمين عن المرض جنوب شرق فرنسا أن عدد العمال المغاربة الذين لا يعرفون شيئا عن حقوقهم التأمينية يقدر بـ 55 ألف عامل وعاملة.
انظر ذلك في: فرنسا تبحث عن 55 ألف عامل مغربي لم يستفيدوا من تقاعدهم، جريدة الصباح، السبت-الأحد 27-28 نونبر 2004، العدد 1445، السنة الخامسة، ص 2.

الفصل الأول: تطور شروط استفادة المتقاعد من منافع الضمان الاجتماعي في
دول الإقامة

()

.()

:

-

-

65

.³⁸

65

39

40

41

³⁸ انظر ذلك في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, op.cit., tableau II – Soins de santé : champ d'application.

[على الخط], متوفر ب:

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_40_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

³⁹ انظر ذلك في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, op.cit., tableau II – Soins de santé : conditions.

[على الخط], متوفر ب:

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_44_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

⁴⁰ انظر هذه التعويضات في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, op.cit., tableau IX – Prestations familiales.

[على الخط], متوفر ب:

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_203_fr.htm>

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_210_fr.htm>

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_213_fr.htm>

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_214_fr.htm>

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_215_fr.htm>

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_216_fr.htm>

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_217_fr.htm>

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_218_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

⁴¹ انظر ذلك في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, op.cit., tableau IX - Prestations familiales : cas spéciaux.

[على الخط], متوفر ب:

42

43

44

16

65

45

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_220_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

42 أنظر ذلك في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, op.cit., tableau IX – Prestations familiales : allocations familiales.

[على الخط], متوفر ب:

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_202_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

43 أنظر ذلك في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, op.cit., tableau IX – Prestations familiales : allocations familiales.

[على الخط], متوفر ب:

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_203_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

44 أنظر ذلك في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, op.cit., tableau IX – Prestations familiales : allocations familiales.

[على الخط], متوفر ب:

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_205_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

45 أنظر ذلك في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, op.cit., tableau VI – Vieillesse : champ d'application.

[على الخط], متوفر ب:

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_119_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

46

47

50

49

48

51

52

⁴⁶ أنظر ذلك في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, op.cit., tableau VI – Vieillesse : conditions (1-Durée minimale d'application).

[على الخط], متوفر ب:

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_121_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

⁴⁷ أنظر ذلك في:

MISSOC, Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'espace économique européen, op.cit., tableau VI – Vieillesse : conditions (2-Conditions pour la pension complète ou à taux plein).

[على الخط], متوفر ب:

<http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2002/missoc_122_fr.htm>

(تم الاطلاع عليه في 17 فبراير 2003).

⁴⁸ الفصل 1-1.L.811 من قانون الضمان الاجتماعي.

⁴⁹ الفصل 1-1.L.812 من قانون الضمان الاجتماعي.

⁵⁰ الفصل 1-1.L.814 من قانون الضمان الاجتماعي.

⁵¹ الفصل 2-2.L.815 من قانون الضمان الاجتماعي.

⁵² Loi n° 87-39 du 27 Janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social, J.O du 28 Janvier 1987, p 991.

6

53

4B

54

63

55

65

65

56

65

57

⁵³ - Service Juridique de l'ODTI, Les fiches juridiques, droits sociaux : résidence permanente en France exigée, Novembre 2000/Fiche n° 21.

- يعتبر طبقاً للفصل 4B من المدونة العامة للضرائب متوفراً على موطن تكليف بفرنسا:
+ الأشخاص الذين يقع مسكنهم أو محل إقامتهم الرئيس بفرنسا.
+ الأشخاص الذين يزاولون بفرنسا نشاطاً مهنيًا، مأجورًا أو غير مأجور، إلا إذا أثبتوا مزاوله هذا النشاط بصفة تبعية.
+ الأشخاص الذين يتوفرون بفرنسا على مركز لمصالحهم الاقتصادية.
+ موظفو الدولة الذين يزاولون وظائفهم أو الذين تم تكليفهم بمهام في بلد آخر دون أن يخضعوا في هذا البلد لضريبة شخصية على مجموع مداخيلهم.

⁵⁴ Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement, Aperçu de la sécurité sociale en Belgique, administration de l'information et des études, 2002, p 314 et 315.

⁵⁵ أنظر ذلك في:

CLEISS, La protection sociale en Belgique (salariés), غير مرقم

[على الخط], متوفر ب:

<http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_Belgique_s.html>

(تم الاطلاع عليه في 15 غشت 2002).

⁵⁶ Commission européenne, Vos droits de sécurité sociale quand vous vous déplacez à l'intérieur de l'union européenne, mise à jour 2002, Luxembourg, office des publications officielles des communautés européennes, 2002, p 65.

⁵⁷ Ministério Segurança Social e do Trabalho, Les régimes portugais de sécurité sociale, Departamento de relações internacionais de segurança social, Lisboa Décembre 2002, p 215 et 216.

58

:

()

()

()

.()

المطلب الأول: رفع شرط الجنسية

⁵⁸ تقصد بالقانون الدولي في هذا المبحث، الصكوك الدولية الصادرة عن المنظمات الدولية والجهوية دون الاتفاقيات الثنائية المبرمة بين المغرب وإحدى دول الإقامة التي ستكون موضوع الفصل الثاني من هذه الدراسة.

()

()

()

.()

:

2

59

22

60

61

⁵⁹ اعتمد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ونشر على الملأ بقرار الجمعية العامة 317 ألف (د-3) المؤرخ في 10 دجنبر 1948.

⁶⁰ ديباجة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

⁶¹ GISTI, Les cahiers juridiques, La protection sociale des étrangers par les textes internationaux, Février 2004, p 11.

63

62

2

2

9

118

65

97

64

⁶² تم اعتماد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة طبقاً للقرار 2200 ألف (21) بتاريخ 16 دجنبر 1966، وصادق عليه المغرب بظهير رقم 1-78-4 مؤرخ في 27 مارس 1976، منشور بالجريدة الرسمية عدد 3525 بتاريخ 21 ماي 1980.

⁶³ دخل هذا العهد حيز التنفيذ بالسويد في 6 دجنبر 1971، وبال丹مرك في 6 يناير 1972، وبألمانيا في 17 دجنبر 1973، وبإسبانيا في 27 أبريل 1977، وبالبرتغال في 31 يوليو 1978، وبهولندا في 11 دجنبر 1978، وبفرنسا في 4 نونبر 1980، وببلجيكا في 21 أبريل 1983.

أنظر ذلك في:

Haut commissariat des nations unies aux droits de l'homme, Statut des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme au 10 Janvier 2003.

[على الخط]، متوفر ب:

<<http://www.unhchr.ch/pdf/reportfr.pdf>>

(تم الاطلاع عليه في 27 يناير 2004).

⁶⁴ Convention concernant l'égalité de traitement des nationaux et des non-nationaux en matière de sécurité sociale adoptée par la conférence générale de l'OIT le 28 Juin 1962 et entrée en vigueur le 15 Avril 1964.

[على الخط]، متوفر ب:

<<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convdf.pl?C118>>

(تم الاطلاع عليه في 25 دجنبر 2002).

⁶⁵ Convention sur les travailleurs migrants (révisée) adoptée par la conférence générale de l'OIT le 1er Juillet 1949 et entrée en vigueur le 22 Janvier 1952.

[على الخط]، متوفر ب:

<<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convdf.pl?C97>>

(تم الاطلاع عليه في 25 دجنبر 2002).

66

1 3

118

67

6 (b)

⁶⁶ صادق على هذه الاتفاقية كل من السويد في 25 أبريل 1963، وهولندا في 3 يوليو 1964، والدنمرك في 17 يونيو 1969، وألمانيا في 19 مارس 1971، وفرنسا في 13 ماي 1974.
[على الخط]، متوفر ب:

<<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/ratificf.pl?C118>>

(تم الاطلاع عليه في 25 دجنبر 2002).

⁶⁷ صادق على هذه الاتفاقية كل من هولندا في 20 ماي 1952، وبلجيكا في 22 يوليو 1953، وفرنسا في 29 مارس 1954، وألمانيا في 22 يونيو 1959، وإسبانيا في 21 مارس 1967، والنيرنغال في 12 دجنبر 1978.
[على الخط]، متوفر ب:

<<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/ratificf.pl?C97>>

(تم الاطلاع عليه في 25 دجنبر 2002).

الفقرة الثالثة: دعم الاستفادة بواسطة الاتفاقيات الصادرة عن مجلس أوروبا

1950 11

68

69

14

⁶⁸ Conseil de l'Europe, Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales telle qu'amendée par le protocole n° 11 accompagnée du protocole additionnel et des protocoles n° 4, 6, 7, 12 et 13.

[على الخط], متوفر ب:

<<http://www.echr.coe.int/convention/webConvenFRE.pdf>>

(تم الاطلاع عليه في 30 أبريل 2004).

⁶⁹ اعتمدنا هذا الحكم بالرغم من تعلقه بمواطن تركي مقيم بالنمسا يرغب في الحصول على تعويض خاص بالعاطلين، لأنه لا يوجد ما يمنع المحكمة الأوروبية من سلوك نفس المنحى لو تعلق الأمر بمتقاعد مغربي بإحدى الدول موضوع هذا البحث يرغب في الاستفادة من تعويض غير إسهامي خاص بالأشخاص المسنين.

70

14

1999

14

71

73

72

1972

14

75

74

⁷⁰ CEDH, Gaygasuz C/ Autriche, 16 Septembre 1996, D. 1998, Jur. p 438, note Jean – Pierre MARGUENAUD et Jean MOULY.

⁷¹ Cass.Soc, 14 Janvier 1999, Pourvoi n° 97-12487.

[على الخطأ]، متوفر ب:

<<http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=102564&indice=1&table=CASS&ligneDeb=1>>

⁷² (تم الاطلاع عليه في 24 يونيو 2004).

صادق على الاتفاقية كل من الدنمرك وألمانيا والسويد في 3 شتنبر 1953، وهولندا في 31 غشت 1954، وبلجيكا في 14 يونيو 1955، وفرنسا في 3 ماي 1974، والبرتغال في 9 نونبر 1978، وإسبانيا في 4 أكتوبر 1979.

[على الخطأ]، متوفر ب:

<<http://www.echr.coe.int/Fr/Fdocs/DatesOfRatificationsFr.html>>

(تم الاطلاع عليه في 5 يوليو 2004).

⁷³ صادق على البروتوكول كل من الدنمرك والسويد في 18 ماي 1954، وهولندا في 31 غشت 1954، وبلجيكا في 14 يونيو 1955، وألمانيا في 13 فبراير 1957، وفرنسا في 3 ماي 1974، والبرتغال في 9 نونبر 1978، وإسبانيا في 27 نونبر 1990.

[على الخطأ]، متوفر ب:

<<http://www.echr.coe.int/Fr/Fdocs/DatesOfRatificationsFr.html>>

(تم الاطلاع عليه في 5 يوليو 2004).

⁷⁴ Convention européenne de sécurité sociale.

[على الخطأ]، متوفر ب:

<<http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/078.htm>>

⁷⁵ (تم الاطلاع عليه في 21 فبراير 2003).
الفصل 8 من الاتفاقية.

76

77

78

79

1994 11

80

81

⁷⁶ الفصل 11 من الاتفاقية.

⁷⁷ الفصل 4 من الاتفاقية.

⁷⁸ وهي النمسا، وإيطاليا، واللوكسمبورغ، والبرتغال، وإسبانيا، وتركيا.
أنظر ذلك في:

NICKLESS Jason et SIEDEL Helmut, La coordination de la sécurité sociale au conseil de l'Europe, Vade – mecum, Annexe II.

⁷⁹ Protocole à la convention européenne de sécurité sociale.

[على الخط]، متوفر ب:

<<http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/154.htm>>

(تم الاطلاع عليه في 21 فبراير 2003).

⁸⁰ الفصل 2 من البروتوكول.

⁸¹ الفصل 3 من البروتوكول.

الفقرة الرابعة: دعم الاستفادة بواسطة الصكوك المعتمدة من طرف المجموعة الأوروبية

84 83

86

85

82 الفصل 6 الفقرة 1 من البروتوكول.

83 Accord de coopération entre la communauté économique européenne et le Maroc signé à Rabat le 27 Avril 1976 et entrée en vigueur le 1er Novembre 1978, JOCE L264 du 27 Septembre 1978.

84 اتفاق أوروبي متوسطي مؤسس لشراكة بين المملكة المغربية من جهة، والمجموعات الأوروبية والدول الأعضاء بها من جهة أخرى الموقع ببروكسيل في 26 فبراير 1996 ودخل حيز التنفيذ في فاتح مارس 2000، الجريدة الرسمية عدد 4936 بتاريخ 20 شتنبر 2001، ص 2727.

85 الفصل 41 الفقرة 1 من اتفاق التعاون، والفصل 65 الفقرة 1 من اتفاق الشراكة.

86 هذه الدول هي بلجيكا، والدنمرك، وألمانيا، واليونان، وإسبانيا، وفرنسا، وأيرلندا، وإيطاليا، واللوكسمبورغ الكبرى، وهولندا، والنمسا، والبرتغال، وفنلندا، والسويد، وبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية.

87

88

1998

11

349-98

"Chevènement"

42

89

L.816-1

⁸⁷ Point 27 de l'arrêt de la CJCE du 31 Janvier 1991, aff c-18/90 ; Point 21 de l'arrêt de la CJCE du 20 Avril 1994, aff c-58/93 ; Point 22 de l'arrêt de la CJCE du 3 Octobre 1996, aff c-126/95 ; Point 27 de l'arrêt de la CJCE du 12 Février 2003, aff c-23/02.

[على الخط], متوفر ب:

<<http://curia.eu.int/fr/content/juris/index.htm>>

(تم الاطلاع عليه في 15 أبريل 2003).

⁸⁸ تتعلق هذه الجوانب بالتطبيق الفوري لمبدأ المساواة في المعاملة، وتحديد مفهوم الضمان الاجتماعي، وتحديد طبيعة الحقوق المخولة لأفراد أسرة العامل، وتحديد المقصود بأفراد أسرة العامل.

⁸⁹ Loi n° 98-349 du 11 Mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile, J.O n° 109 du 12 Mai 1998, p 7087.

90

71/1408 91 72/574

2003

92

:

⁹⁰ إلى جانب الفصل 9-821.L المتعلق بتعويض البالغين المعاقين.
⁹¹ يتعلق التنظيم رقم 71/1408 بتطبيق أنظمة الضمان الاجتماعي على العمال الأجراء والعمال غير الأجراء وأفراد أسرهم الذين ينتقلون داخل دول المجموعة الأوروبية، بينما يتعلق التنظيم رقم 72/574 بتحديد إجراءات تطبيقه.
أنظر ذلك في:

JOCE L28 du 30 Janvier 1997.

⁹² Règlement (CE) N° 859/2003 du conseil du 14 Mai 2003 visant à étendre les dispositions du règlement (CEE) N° 1408/71 et du règlement (CEE) N° 574/72 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces dispositions uniquement en raison de leur nationalité, JOUE L124 du 20 Mai 2003.

9

2 2

93

2002⁹⁴ 18

⁹³ Arrêt de la CJCE du 12 Février 1974, aff 152-73.

<<http://curia.eu.int/fr/content/juris/index.htm>>

[على الخط], متوفر ب:

(تم الاطلاع عليه في 5 يوليو 2004).

⁹⁴ Conseil d'état, 18 Octobre 2002.

<<http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=162171&indice=1&table=JADE&ligneDeb=1>>

[على الخط], متوفر ب:

(تم الاطلاع عليه في 5 يوليو 2004).

9 2 2

:

96 95

157 9

97

⁹⁵ الفصل 41 الفقرة 4.

⁹⁶ الفصل 65 الفقرة 4.

⁹⁷ Convention concernant l'établissement d'un système international de conservation des droits en matière de sécurité sociale adoptée par la conférence générale de l'OIT le 21 Juin 1982 et entrée en vigueur le 11 Septembre 1986.

[على الخط], متوفر ب:

<<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convdf.pl?C157>>

(تم الاطلاع عليه في 25 دجنبر 2002).

98

:

⁹⁸ صادقت السويد على هذه الاتفاقية في 18 أبريل 1984، وإسبانيا في 11 سبتمبر 1985.

أنظر ذلك: [على الخط]، متوفر ب:

<<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/ratifcf.pl?C157>>

(تم الاطلاع عليه في 25 دجنبر 2002).

65 2

71/1408

101

100

99

⁹⁹ المادة 18 بالنسبة للتعويض عن المرض.
¹⁰⁰ المادة 72 بالنسبة للإعانات العائلية.
¹⁰¹ المادة 45 بالنسبة لمعاش الشيخوخة.

:

103

102

104

109

108

107

106

105

110

() .

()

:

)

-
- 102 أنظر الجريدة الرسمية عدد 2818 بتاريخ 2 نونبر 1966 ص 2231.
- 103 أنظر نص هذه الاتفاقية بوزارة الشؤون الخارجية والتعاون - مديرية الشؤون القانونية والمعاهدات - مصلحة المحفوظات الدبلوماسية تحت رقم 96.
- 104 أنظر الجريدة الرسمية عدد 3307 بتاريخ 17 مارس 1976 ص 943.
- 105 أنظر الجريدة الرسمية عدد 3727 بتاريخ 4 أبريل 1984 ص 381.
- 106 أنظر الجريدة الرسمية عدد 3729 بتاريخ 18 أبريل 1984 ص 443.
- 107 أنظر الجريدة الرسمية عدد 5000 بتاريخ 2 ماي 2002 ص 1200، والجريدة الرسمية عدد 4918 بتاريخ 19 يوليو 2001 ص 1861 فيما يتعلق بالتعويضات العائلية.
- 108 أنظر نص هذه الاتفاقية بوزارة الشؤون الخارجية والتعاون - مديرية الشؤون القانونية والمعاهدات - مصلحة المحفوظات الدبلوماسية تحت رقم 80.
- 109 أنظر الجريدة الرسمية عدد 4862 بتاريخ 4 يناير 2001 ص 100.
- 110 إلى جانب مبدأ تحديد التشريع الواجب التطبيق، ومبدأ المساواة في المعاملة بين العمال المحليين والعمال الأجانب.

(
() .

المطلب الأول: مضمون مبادئ الاتفاقيات الثنائية

()
() .

الفقرة الأولى: الاستثناءات المدخلة على مبدأ الإقليمية

113

112

111

-
- 111 - الفصل 6 الفقرة 1 من الاتفاقية المغربية الفرنسية.
- الفصل 27 الفقرة 2 من الاتفاقية المغربية البلجيكية.
- الفصل 26 الفقرة 1 من الاتفاقية المغربية الهولندية.
- الفصل 7 الفقرة 1 من الاتفاقية المغربية الألمانية المتعلقة بالتعويضات العائلية.
- الفصل 24 الفقرة 1 من الاتفاقية المغربية الدنمركية.
- المادة 6 الفقرة 1 والمادة 25 من الاتفاقية المغربية البرتغالية.
- 112 - الفصل 10 من الاتفاقية المغربية الفرنسية.
- الفصل 25 من الاتفاقية المغربية البلجيكية.
- الفصل 5 الفقرة 1 من الاتفاقية المغربية الهولندية.
- الفصل 16 الفقرة 1 من الاتفاقية المغربية السويدية.
- الفصل 27 الفقرة 1 والفصل 32 الفقرة 2 والفصل 39 من الاتفاقية المغربية الدنمركية.
- المادة 6 الفقرة 1 من الاتفاقية المغربية البرتغالية.
- 113 - الفصول 1 و6 و8 و11 من التوافق الإداري بتاريخ 8 ماي 1975 لتطبيق الرسائل المغربية الفرنسية بتاريخ 13 دجنبر 1973 المتعلقة بالعلاجات الصحية.
- الفصلان 9 و12 من الاتفاقية المغربية البلجيكية.
- الفصل 15 من الاتفاقية المغربية الهولندية.
- المواد 12 و13 و15 و16 من الاتفاقية المغربية الإسبانية.
- الفصل 11 من الاتفاقية المغربية الدنمركية.
- المواد 13 و14 و15 من الاتفاقية المغربية البرتغالية.

4

7

5

الفقرة الثانية: مبدأ استمرار الحقوق المكتسبة في ظل تشريع البلد المتعاقد

:

¹¹⁴ باستثناء التعويض الفرنسي المخصص للشغالين الأجراء الطاعنين في السن، أنظر ذلك في البروتوكول رقم 1 من الاتفاقية المغربية الفرنسية بالجريدة الرسمية عدد 2818 بتاريخ 2 نونبر 1966 ص 2238.

10

6

16

16

16/6

16/10

16

المطلب الثاني: تقليص استفادة المتقاعد

() ()
() .

الفقرة الأولى: التعويضات العينية عن المرض

()
() . ()

-

123

8

11

1975

1972

14

1996

30

124

¹²² المادة 13 الفقرة 2 شريطة عدم مواصلة نشاط مهني يمنحهم الحق في تلك التعويضات برسم تشريع بلد السكن.
¹²³ Cass.Soc, 11 Juillet 2002, Pourvois N° 00-13273 et 00-15989.

[على الخط], متوفر ب:

<<http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=11822&indice=1&table=CASS&ligneDeb=1>>

(تم الاطلاع عليه في 21 أبريل 2004).

¹²⁴ الفصل 13 من الاتفاقية المغربية الهولندية الموقعة في 30 شتنبر 1996 المراجعة للاتفاقية الموقعة في 14 فبراير 1972، أنظر نشرة الترجمة الرسمية للجريدة الرسمية عدد 5326 بتاريخ 16 يونيو 2005، ص 487.

23

126

125

127 1973

128 15

" :

" ...

129

¹²⁵ المادة 16 من الاتفاقية المغربية الإسبانية، والفصل 9 من التنسيق الإداري المغربي الإسباني المؤرخ في 8 نونبر 1979، والمادة 16 الفقرة 2 من الاتفاقية المغربية البرتغالية، والفصل 13 الفقرة 2 من الاتفاقية المغربية الهولندية الموقعة في 30 شتنبر 1996 المراجعة للاتفاقية الموقعة في 14 فبراير 1972.

¹²⁶ بالنسبة للاتفاقية المغربية الألمانية، بالرغم من تنصيبها على حق صاحب راتب الزمانة والشيخوخة في التأمين عن المرض عند العودة للاستقرار ببلده في الفصل 17 منها، فإنها أقرت في فصلها 18 تعليق الاستفادة على صدور اتفاق بذلك بين الطرفين المتعاقدين.

¹²⁷ انظر حيثيات هذا القرار في قرار محكمة النقض الصادر في 12 دجنبر 1974 في:

Dr.Soc, Février 1976, N° 2, p 72.

¹²⁸ انظر مقتضيات الفصل 15 في الاتفاقية المغربية الفرنسية المنشورة بالجريدة الرسمية عدد 2818 بتاريخ 2 نونبر 1966 والذي ألغى بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.81.278 صادر في 6 ماي 1982 بنشر الملحق الموقع ببباريس في 21 ماي 1979 المضاف إلى الاتفاقية العامة للضمان الاجتماعي المبرمة في 9 يوليو 1965 بين المغرب وفرنسا، وحل محله الفصل 10 الذي نص على نفس المعنى الوارد بالفصل 15، انظر نص ملحق الاتفاقية بنشرة الترجمة الرسمية للجريدة الرسمية عدد 3725 بتاريخ 21 مارس 1984 ص106.

¹²⁹ Cass.soc, 12 Décembre 1974, Dr.Soc, Février 1976, N° 2, p 72.

131

130

132

133

¹³⁰ المادة 17 من الاتفاقية العامة حول الضمان الاجتماعي المؤرخة في فاتح أكتوبر 1980.

[على الخط]، متوفر ب:

<http://www.cleiss.fr/pdf/conv_algerie.pdf>

(تم الاطلاع عليه في 18 غشت 2002).

¹³¹ المادة 11 مكرر ثلاث مرات من الاتفاقية العامة حول الضمان الاجتماعي المؤرخة في 17 دجنبر 1965.

[على الخط]، متوفر ب:

<http://www.cleiss.fr/pdf/conv_tunisie.pdf>

(تم الاطلاع عليه في 18 غشت 2002).

¹³² Herman BRANDERBURG, Vieillir à l'étranger, Migrations santé, Deuxième et troisième trimestre, 1999, N° 99/100 p 26.

¹³³ Préface de DESTANNE DE BERNIS, G, in CORDEIRO. A et VERHAEREN. R, Les travailleurs immigrés et la sécurité sociale, Presses universitaires de Grenoble, 1977, p 12.

134

:

135 1996 30

136

1996

137

138

¹³⁴ وذلك حسب تصريح للسيد عبد الواحد خوجة مدير الاستراتيجية بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، منشور بجريدة الصباح، 18-17 يناير 2004، عدد 1174، السنة الرابعة، ص 3.

¹³⁵ الفصل 13 الفقرة 5.

¹³⁶ الفصل 16 الفقرة 3.

¹³⁷ رضوان الرمضاني، العائدون من هولندا غاضبون: اتفاقية التأمين تنص على الدفع وفق المعايير الهولندية والتعويض وفق المعايير المغربية، جريدة الصباح، الثلاثاء فاتح مارس 2005، ص 2.

138 Arrangement intérimaire entre l'autorité compétente néerlandaise et l'autorité compétente marocaine concernant le service des soins médicaux au Maroc signé le 30 Septembre 1996.

139

140

141

:

142

144

143

148

147

146

145

1996

9

139 Procès-verbal de la réunion de la commission mixte maroco-néerlandaise de sécurité sociale sur les soins de santé, Casablanca du 26 au 28 Octobre 2004.

140 Procès-verbal, op.cit.

141 محمد بنحساين، الاتفاقية المغربية الهولندية بشأن التأمين عن مرض المتقاعد، جريدة العلم، الأربعاء 13 أبريل 2005، ص 5.

142 باستثناء الاتفاقيتين المبرمتين مع كل من السويد والدمرك.

143 الفصل 49 مكرر من التوافق الإداري المؤرخ في 27 دجنبر 1978.

144 المادة 25 الفقرة 2.

145 الفصلان 5 و6.

146 الفصل 26 الفقرة 1.

147 المادة 31 من الاتفاقية، والفصل 25 الفقرة 1 من التنسيق الإداري المؤرخ في 8 نونبر 1979.

148 الفصل 7 الفقرة 1 من الاتفاقية المتعلقة بالتعويضات العائلية.

149

1994 27 24

150

151% 66.66

8

152

الفقرة الثالثة: التعويضات ذات الطابع غير الإسهامي المخصصة للأشخاص المسنين

¹⁴⁹ CLEISS, Les prestations familiales dans les pays liés à la France par une convention bilatérale de sécurité sociale, p 5.

[على الخط], متوفر ب:

<<http://www.cleiss.fr.docs/pf/index.html>>

(تم الاطلاع عليه في 31 يوليو 2002).

¹⁵⁰ Procès-verbal des négociations entre le Maroc et la France en matière de sécurité sociale (commission mixte – Paris du 24 au 27 Octobre 1994).

¹⁵¹ CLEISS, Les prestations familiales dans les pays liés à la France par une convention bilatérale de sécurité sociale, op.cit., p 5.

¹⁵² CLEISS, Les prestations familiales dans les pays liés à la France par une convention bilatérale de sécurité sociale, op.cit., p 5.

153

1

24

154 2002

المبحث الثاني: مشاكل إدارية تعيق الاستفادة

() () .

المطلب الأول: صعوبة الحصول على بعض الوثائق

¹⁵³ أنظر الجريدة الرسمية عدد 2818 بتاريخ 2 نونبر 1966، ص 2238.

¹⁵⁴ الفصل 27 من الاتفاقية المغربية الهولندية الموقعة في 24 يونيو 2002 المراجعة للاتفاقية المبرمة في 14 فبراير 1972.

155

المطلب الثاني: تغيير تاريخ الازدياد

1976

)

(

.()

¹⁵⁵ Véronique BAUDET et Adeline TOULLIER, Vieillir en émigration : des droits sociaux restreints, Migrations société, Vol 12, N° 68, Mars –Avril 2000, p 41.

الفقرة الأولى: المنازعة في صحة تاريخ الازدياد

156

157

158

¹⁵⁶ Abdelkrim BELGENDOZ, Eléments sur l'état de santé et la sécurité sociale des travailleurs Marocains émigrés en Europe, RJPE du Maroc, N° 13-14 double, 1983, p 238.

¹⁵⁷ Véronique BAUDET et Adeline TOULLIER, Vieillir en émigration : des droits sociaux restreints, op. cit., p 41 et 42.

¹⁵⁸ وهي مشاكل أكثر حدة من تلك المسجلة من طرف أجهزة الضمان الاجتماعي الفرنسي بمناسبة تلقيها لطلبات التعويضات من العمال التونسيين الذين أدخلوا تغييرات على حالتهم المدنية. أنظر ذلك في:

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, circulaire S.D.A.M. N° 875/79 du 18 Juillet 1979 relative à la modification de l'état civil de certain ressortissants tunisiens travaillant en France.

[على الخط]، متوفر ب:

<http://www.legislation.cnaf.fr/textes/cr/cnam/TLR-CR_CNAM_87579_18071979.htm >

(تم الاطلاع عليه في 03 فبراير 2003).

159

160

¹⁶¹1978

162

-
- ¹⁵⁹ Ministère de la santé et de la famille – direction de la sécurité sociale – Bureau des conventions internationales, Circulaire Ministérielle n° 59 SS du 24 Août 1978 relative aux problèmes posés par les incidences, en matière de sécurité sociale, de la réforme de l'état civil marocain.
[على الخط]، متوفر ب:
<http://www.legislation.cnav.fr/textes/cr/min/TLR-CR_MIN_59SS_24081978.htm>
(تم الاطلاع عليه في 03 فبراير 2003).
- ¹⁶⁰ Géraldine GAUTIER, Les droits économiques et sociaux des étrangers musulmans in *Musulmans en Belgique : un statut juridique spécifique ?*, Sybidi Papers 3, Acadamica édition et diffusion, Louvains-la-neuve et sybidi, Bruxelles, 1989, p 46.
- ¹⁶¹ Protocole d'accord administratif du 1er Juin 1978 relatif aux incidences de l'application de la législation marocaine sur l'état civil aux ressortissants marocains demeurant en France ou venant y résider et y travailler.
[على الخط]، متوفر ب:
<http://www.legislation.cnav.fr/textes/cr/min/TLR-CR_MIN_59SS_24081978.htm>
(تم الاطلاع عليه في 03 فبراير 2003).
- ¹⁶² الفصل 1 من بروتوكول الاتفاق الإداري المغربي الفرنسي المؤرخ في فاتح يونيو 1978.

219

402 303

163

1994 9

1978

164

165

¹⁶³ الفصل 4 من بروتوكول الاتفاق الإداري المغربي الفرنسي المؤرخ في فاتح يونيو 1978.
¹⁶⁴ Cass. Soc, 9 Juin 1994, décision n° 92-11423.

[على الخط]، متوفر ب:
<<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=80162&indice=1&table=CASS&ligneDeb=1>>
(تم الاطلاع عليه في 31 دجنبر 2003).

¹⁶⁵ الفصل 4 من بروتوكول الاتفاق الإداري المغربي الفرنسي المؤرخ في فاتح يونيو 1978.

166

167

168

169

1988

¹⁶⁶ Procès-verbal des négociations entre la Maroc et la France en matière de sécurité sociale (commission mixte – Paris du 24 au 27 Octobre 1994, p 7 et 8.

¹⁶⁷ أنظر المادة 36 من القانون المتعلق بالحالة المدنية، الجريدة الرسمية عدد 5054 بتاريخ 7 نونبر 2002، ص 3150.

¹⁶⁸ الجراي عبد الواحد، الجالية المغربية بالخارج وقضايا الحالة المدنية، مجلة الملحق القضائي، السنة الثالثة، العدد 3، 1980، ص 24.

¹⁶⁹ F.J.A VAN DER VELDEN Quelques problèmes juridiques des Marocains au Pays – bas in Le Maroc et la Hollande, Etudes sur l'histoire, la migration, la linguistique et la sémiologie de culture, Université Mohammed V, Publications de la faculté des lettres et des sciences humaines, Rabat, Série : Colloques et séminaires N° 8, Imprimerie Najah El Jadida, Casablanca, 1988, p 136 et 137.

170

1910

1927

171

¹⁷⁰ Commission internationale de l'état civil (CIEC), Secrétariat général, La fraude en matière d'état civil dans les états membres de la CIEC (Allemagne – Autriche – Belgique – Espagne – France – Grèce – Italie – Luxembourg – Pays-bas - Portugal – Suisse – Turquie), édition actualisée de l'étude publiée en 1996, éditée par le secrétariat général, Strasbourg, Décembre 2000, p 14.

[على الخط]، متوفر ب:

<<http://perso.wanadoo.fr/ciec-sg/Etudes/Fraude/FraudeFr.pdf>>

(تم الاطلاع عليه في 15 يوليو 2003).

¹⁷¹ Cass. Soc, R.27 Novembre 1980, Boulekhbar, J.C.P, G, 55^e année, 18 Janvier 1981, n°8, IV, p 55.

الخاتمة:

172

174

173

175

¹⁷² Abdellah BOUDAHRAN, Nouvel ordre social international et migration dans le cadre du monde arabe et de l'espace euro-arabe, L'Harmattan et le centre d'information et d'étude sur les migrations (C.I.E.M), Paris, 1985, p 185.

¹⁷³ Décret N° 89-107 du 10 Janvier 1989 étendant le régime de la sécurité sociale aux travailleurs tunisiens à l'étranger.

[على الخط]، متوفر ب:

<<http://www.jurisetunisie.com/tunisie/codes/social-etranger/menu.html>>

(تم الاطلاع عليه في 21 أبريل 2003).

¹⁷⁴ محمد حسين منصور ، قانون التأمين الاجتماعي، الإسكندرية، منشأة المعارف، 1996، ص 423 وما يليها.
¹⁷⁵ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، نظام الضمان الاجتماعي بالقطاع الخاص – تاريخ – تنظيم – إحصائيات، 1961 – 1999، الدار البيضاء، منشورات الضمان الاجتماعي، الطبعة الثانية، يونيو 2000، ص 6.

PERRIN, N. (2004) Les Rides de l'Immigration : Le troisième âge immigré en Région wallonne (Namur : Direction générale de l'Action Sociale et de la Santé de la Région wallonne).

SNACKEN, J. (1997) 'La fonction de la culture chez les personnes âgées allochtones' in : Place de la dimension culturelle en santé mentale ? – Actes du colloque organisé à Tervuren les 5 et 6 juin 1997, (Bruxelles : Fondation Julie Renson), pp. 67-71.

VANDERKAM, M. (1999) 'Quand les immigrés vieillissent en silence', Agenda interculturel 178 (novembre), pp. 14-16.

Et toi vieux Marocain immigré où finiras-tu tes vieux jours ?

Omar Samaoli

*Gérontologue
Observatoire gérontologique
des migrations en France*

Résumé

On ne comprendrait rien à l'immigration encore et aux questions de la retraite et de la vieillesse dans l'immigration plus particulièrement, sans inscrire sa lecture et son analyse dans une dynamique tenant compte autant de l'émigration (le début donc) que l'immigration (l'arrivée). C'est-à-dire sans procéder de la lecture de celle-ci comme une situation totale.

Comment comprendre ou toucher du doigt au plus profond ce « divorce d'avec soi » de l'émigré, devenu retraité, vieillard, senior et en tous les cas appartenant à d'autres catégories sociales significatives de l'avance en âge ou de la représentation sociale que l'on se fait de la personne atteignant cet âge.

Comment apprécier le « ici » et maintenant de l'immigré marocain âgé, sans savoir d'où il vient, quel pacte, quel compromis et au prix de quels renoncements aussi, il a pris le risque de demeurer « démesurément » dans l'immigration ?

Oui les immigrés marocains comme les autres immigrés issus de ces cohortes de la main d'œuvre concomitante aux reconstructions industrielles de l'Europe et à l'appel d'air économique des trente glorieuses, sont entrés ou se sont invités par une sorte d'« effraction sociale » dans le champ de la gérontologie française. Ils sont entrés aussi

Le Troisième Age

par la même « effraction » dans le champ des politiques sociales de la vieillesse en France.

Logement, santé, accès aux droits et aux services, prise en charge médico-sociale, maintien à domicile, accompagnement en fin de vie sont autant de thématiques qui concernent également les retraités marocains que nous n'avons pas suffisamment vu vieillir.

Leur vieillesse est-elle suffisamment prise en compte comme réalité gérontologique aujourd'hui ? Certainement pas. On en vient à peine, et non sans résistance, à admettre l'éventualité du maintien des anciens travailleurs immigrés dans l'hexagone. On en vient aussi, mais lentement, à rompre avec le lot de clichés ou autres stéréotypes (de bonne ou de mauvaise foi) au sujet de ces immigrés ou de leur vie.

Cette immigration est devenue aussi une question gérontologique, dès lors que les retraités marocains sont concernés aussi par l'accès aux services, les aides et prestations aux personnes âgées, le logement et sa capacité à favoriser un maintien à domicile, une plus grande implication de la prise en compte des gens âgés dans les actions gérontologiques préventives et, enfin, par les questions de loisirs, de lutte contre l'exclusion, l'isolement ou la solitude.

La présente contribution s'emploiera à retracer autant les situations du moment visitées avec leur malheur et leur bonheur, avec ce qu'on fait ou non encore pour faciliter la vie à ces anciens dans l'immigration ou dans leur pays d'origine. : accès aux services ; accès aux prestations de vieillesse ; entrée en institutions ; insertion urbaine et logement ; mourir à l'aventure.

Note d'introduction

L'organisation de ce séminaire sur le thème des personnes âgées marocaines dans l'immigration et de l'immigration, ici même au Maroc est une première et surtout une bonne initiative tant elle était attendue, espérée et pour tout dire réparatrice d'une injustice à savoir la focalisation du propos sur l'immigration et les immigrés aussi bien par les pays d'accueil que par les pays d'origine sur un condensé de préoccupations que l'on comprend mais qui faisait abstraction de ce qui n'est pas « porteur », ce qui n'est pas grave ou menaçant dans le moment et dans le moment uniquement.

Il n'y a presque plus rien à ajouter aujourd'hui au débat sur les enfants, sur les jeunes, sur les femmes, sur l'argent des immigrés ou sur les flux migratoires ; mais rien n'est dit, rien n'a été mis en place ou soumis à la réflexion sur la gestion du non travail, dans ses formes sévères et déroutantes, c'est-à-dire « l'inactivité accidentelle », que peut traduire le chômage, l'invalidité ou le handicap ; ou encore les formes légales de la cessation du travail en ce sens la retraite et la vieillesse son corollaire.

Une initiative de réparation portée par des hommes dont nous avons découvert l'enthousiasme et apprécié surtout la disponibilité et l'écoute. Et c'est à la mesure de tout ceci que je me sens à l'aise et sans prétention pour amorcer la réflexion et pour dire ces propos bruts parfois mais uniquement restitution au plus près, au plus attentif et au plus solidaire, de réalités éparses dans leur bonheur comme dans leur malheur.

Par ailleurs, on serait aussi injuste avec moi, si on laisserait entendre que ce propos ou plaidoyer pour une politique d'action en direction des personnes âgées de l'immigration n'a concerné que les vieux marocains. Des années durant et sans exclusive aucune, mon regard s'est porté sur toutes ces personnes venues d'ailleurs et rattrapées par le vieillissement dans l'hexagone en France.

Seul le constat du moment, attentif à des dynamiques politiques nouvelles, c'est le cas pour nous au Maroc et pour tout dire enfin un peu plus d'attention de la part d'un pays d'origine à ses ressortissants vieillissants, aux affres et aux difficultés diverses qu'ils rencontrent pour vivre

sereinement ici ou ailleurs le justifie. Reste à dire que mon adhésion à cela est acquise, mon optimisme est total, seul mon enthousiasme est tempéré et jugé à l'aune de la manière dont les espérances de tous ces sans voix sont et seront prises en compte ou non à l'avenir.

Oui il faudrait inscrire aussi tous ces vieux marocains qui vivent en France, en famille ou sans famille, dans le champ de ces initiatives nationales de politique sociale en direction des vieux, des handicapés, des pauvres et des mal logés. Bref, faire de leurs problèmes, des préoccupations parmi tant d'autres que nous avons le devoir moral et politique de prendre en compte et d'aider à leur résolution.

Et on devrait travailler et œuvrer à atténuer ce sentiment souvent perceptible chez les gens qui se sentent trop livrés à leur situation dès lors où il s'est avéré qu'ils vieilliront ailleurs, qu'ils consommeront ailleurs et autrement, qu'ils se soigneront ailleurs et que l'on n'avait que de moins en moins de contrôle sur leurs retraites, leur argent. Tout ceci par de vains propos comme la neutralité ou la non ingérence. Quelle ingérence y a-t-il lorsqu'on parle de convention bilatérale de sécurité sociale et des accords de coopération en la matière entre pays ; lorsque ceux dont nous parlons aujourd'hui sont ceux-là mêmes qui ont quitté le pays jadis, avec l'assentiment du pays d'origine ; ceux-là mêmes qui des décennies durant ont alimenté la balance de paiement de leur pays en devises par des transferts réguliers avant que leur immigration ne prenne une autre tournure, sous le poids des transformations sociales, familiales qu'elle a connues. En somme tout une situation qui semblait prévisible dans toutes les projections démographiques et analyses statistiques attentives aux mouvements migratoires et aux issues multiples de ces derniers ; sauf chez les politiques qui ont fait de la vie des gens, ces gens-là, tantôt un enjeu de politique interne et tantôt un enjeu international ; comme si l'instabilité affective et psychologique dans ces choix ou non choix même de vieillir ici ou ailleurs ne suffisait pas pour être livrée encore à un manque de lisibilité politique. Je persiste à dire et à souligner à chaque fois, que toute politique qui ignore les possibilités d'action que l'analyse du terrain lui offre dans un souci scientifique et rien d'autre, doit s'interroger sur sa responsabilité dans le malheur des gens.

1) Données statistiques :

Titre 1 : Evolution des immigrés depuis 1962 par continent :

	1962	1968	1975	1982	1990	1999
Effectif	2 861 280	3 281 060	3 887 460	4 037 036	4 165 952	4 306 094
Europe	78,7	76,4	67,2	57,3	50,4	44,9
Asie	2,4	2,5	3,6	8,0	11,4	12,8
Afrique dont Maghreb	14,9	19,9	28,0	33,2	35,9	39,3
Dont Maroc	1,1	3,3	6,6	9,1	11,0	12,8
Amérique, Océanie	3,2	1,1	1,3	1,6	2,3	3,0

Source : INSEE, 1999

Titre 2 : Ensemble immigrés de 60 ans et plus

	Total	S/EU	S/MAGH	AF/SAF	TUR	ASIE	AUTRES
Ensemble	1 037 005	586 223	241 449	12 020	13 258	24 573	159 482
Hommes	509 659	246 491	155 188	8 149	6 621	10 303	64 907
Femmes	527 346	321 732	86 261	3 871	6 637	14 270	94 575

Source : INSEE, 1999

Le Troisième Age

Titre 3 : Ensemble Maghreb par tranche de 60 ans et plus

Tranches d'âge	Maroc	Algérie	Tunisie
60-64 ans	25 761	50 918	14 753
65-69 ans	16 379	38 714	11 185
70-74 ans	8 182	22 215	8 291
75-79 ans	5 323	12 458	5 905
80-84 ans	2 495	6 169	3 486
85 ans et plus	1 220	4 822	3 173

Source : INSEE, 1999

Titre 4 : Maroc ensemble et par sexe :

Ensemble Maroc	Hommes	Femmes
522 504	284 282	238 222

Source : INSEE, 1999

Titre 5 : Maroc 60 ans et plus (hommes et femmes) :

Age	Hommes	Femmes	Total
60-64 ans	17 853	7 908	25 761
65-69 ans	10 891	5 488	16 379
70-74 ans	4 646	3 536	8 182
75-79 ans	2 834	2 489	5 323
80-84 ans	1 190	1 305	2 495
85 ans et plus	575	645	1 220
Sous total	37 998	21 371	59 360

Source : INSEE, 1999

Commentaire des données

Ces tableaux donnent quelques indications sur la perception statistique et démographique qu'on peut avoir aujourd'hui de la communauté marocaine en France. Sans nous livrer à une analyse très fine (l'enjeu de ce texte étant pour nous d'une toute autre nature), nous voudrions les accompagner de quelques commentaires seulement.

Le premier constat consiste dans l'évolution régulière du nombre des ressortissants marocains en France et ce depuis 1962 (t : 1)

Les populations âgées de 60 ans et plus originaires des pays européens sont encore plus nombreuses que le reste des populations immigrées aux mêmes âges (t : 1).

Dans le global Afrique, les ressortissants des pays du Maghreb représentent une part plus importante et au sein du Maghreb, les personnes âgées marocaines de l'immigration sont au second rang après les immigrés Algériens. Ils sont un peu plus nombreux que les ressortissants Tunisiens âgés (t :2 et t :3).

S'agissant d'immigrés marocains, toutes les tranches d'âge sont représentées. Les tranches d'âge consécutives au début légal de l'âge de la retraite (60 ans) et jusqu'au à 70 ans sont les plus nombreuses. Elles sont relativement moins nombreuses que les originaires d'Algérie et de Tunisie au grand âge (80-84ans) et (85 ans et plus) (t : 4 et t : 5).

Si la structure globale des populations marocaines (hommes et femmes) est encore déséquilibrée (plus d'hommes que de femmes) dans la tranche d'âge de 60 ans et jusqu'à 70 ans, cet écart est réparé à partir de 70 ans. Les proportions s'inversent même (plus de femmes que d'hommes) entre 80 ans et 85 ans. Ces proportions presque équivalentes dans les âges plus avancés sont assez singulières tout de même compte tenu de la nature de cette immigration vers la France et compte tenu du caractère masculin qui l'a caractérisé comme les autres migrations de travail.

En résumé donc, si les vagues migratoires très anciennes (polonais, italiens,...) ne semblent pas susciter d'interrogations particulières au sujet de leur intégration en France, il n'en est pas de même au sujet des mouvements migratoires plus récents, issus pour l'essentiel d'une émigration de travail voulue, au départ, temporaire et provisoire et qui ne devait être que cela ; mais qui, au prix de transformations diverses (fixation de plus en plus longue, enracinement dans les régions

Le Troisième Age

d'implantation ou d'accueil, regroupement des familles, naissance d'enfants dans l'immigration) s'est installée définitivement dans l'hexagone.

Ce phénomène s'est en effet amplifié au cours des dernières décennies soulevant ainsi ces questions de la retraite dans l'immigration, le vieillissement des populations immigrées et leur place dans les dispositifs publics d'ensemble de prise en charge ou d'aide aux personnes âgées.

2) Les droits sociaux

Nous pensons que les immigrés marocains comme les autres immigrés issus de ces cohortes de la main d'œuvre concomitante aux reconstructions industrielles de l'Europe et à l'appel d'air économique des trente glorieuses, sont entrés ou se sont invités par une sorte « effraction sociale » dans le champ de la gérontologie française. Ils sont entrés aussi par la même « effraction » dans le champ des politiques sociales de la vieillesse en France par leur durée dans l'immigration et par leur maintien au sein de l'immigration. Annoncer d'emblée à leur sujet une retraite ou une fin de carrière problématiques peut paraître sévère. Certes, les immigrés comme les français arrivés à la retraite peuvent accéder à leur retraite et disposer des revenus afférents à celle-ci. Cet accès aux avantages du droit commun français est sans conteste. Ce sont cependant la mise en pratique dans l'accès à ce droit, les difficultés inhérentes à la gestion des carrières et au recouvrement des droits et la situation souvent désavantageuse des immigrés dans l'ensemble des politiques sociales de solidarité destinées aux personnes âgées à faibles ressources qui retiennent l'attention.

Certaines difficultés rencontrées sont d'ordre administratif, liées à la reconstitution des carrières et à la liquidation des pensions de retraite. D'autres dysfonctionnements constatés sont relatifs à l'accès à des prestations vieillesse de solidarité, non contributives et soumises à des conditions diverses dont les plus importantes sont les conditions de nationalité, de territorialité et durée de résidence en France.

a) La reconstitution des carrières

A un public majoritairement analphabète et peu rompu aux rouages administratifs des difficultés à la hauteur de son handicap. Telles difficultés qui sont encore perceptibles :

* Au sujet de l'établissement ou de la concordance d'éléments d'état civil en rapport avec des patronymes qui varient parfois d'un document d'état civil à un autre ;

* Des dates de naissance qui sont souvent d'une grande approximation parce que l'état civil est bien antérieur à la naissance dans de nombreux cas et qu'il s'agit là de questions juridiques, que ni les juridictions françaises, ni les administrations hexagonales ne sont habilitées à résoudre.

* Mieux encore ou pire, dans certains cas les documents produits sont frappés de nullité de par leur « caractère artisanal » ou parce qu'établis dans une langue étrangère et donc inaccessibles aux agents des services administratifs.

* Nous avons tous en mémoire la situation complexe dans laquelle se sont retrouvés certains travailleurs immigrés marocains justement, particulièrement dans le secteur minier et du bâtiment, qui étaient trop vieux biologiquement pour être encore des actifs, mais trop jeunes encore au regard de la légalité pour prétendre à la liquidation de leurs pensions. Telle difficulté qui avait revêtu un caractère particulier au moment des départs massifs de certains salariés dans les années 80.

* L'essor économique d'une certaine époque en France, celle du plein emploi était aussi une période de tentation où l'on changeait de secteur d'activité au gré de l'embauche et des « petits plus » qu'on pouvait toujours avoir. Mais une mobilité professionnelle qui n'était pas toujours sans risque aussi et certains s'en sont aperçus à leur dépen en fin de carrière, lorsqu'ils étaient dans l'impossibilité ou l'incapacité de justifier des années de labeur ou des périodes d'activités, par absence de justificatifs attestant de leur exercice professionnel.

* Enfin, dans certains cas les pensions seront nécessairement faibles et amputées. Elles le sont devant l'impossibilité de valider et de faire valoir les périodes d'activités dans le pays d'origine.

A tout ceci, il faudrait ajouter que si les retraites sont forcément faibles, c'est parce qu'il s'agissait souvent de travail et de travailleurs non qualifiés et par conséquent de bas salaires pris en compte dans le calcul des pensions de retraite.

b) Les prestations non contributives

C'est seulement depuis 1998 et devant des recours divers devant les juridictions françaises et européennes que la condition de nationalité n'est plus exigible pour l'accès à des prestations venant souvent compléter un

Le Troisième Age

revenu faible (loi Reseda du 11 mai 1998). Reste à signaler que ces prestations sont conditionnées par la situation administrative (être titulaire d'un titre de séjour) et par la régularité du séjour en France. Des difficultés substantielles sont à signaler dans ce prolongement comme les lenteurs subies dans la régularisation des situations lorsqu'il faut produire un document d'état-civil (par exemple le certificat de vie ou de résidence du conjoint au pays) délivrés seulement dans le pays d'origine.

A ceci s'ajoute le fait que ces prestations ne sont aucunement exportables et qu'elles exigent la résidence du demandeur/bénéficiaire sur le territoire métropolitain.

Enfin, reste à signaler que si l'esprit de la loi n'est pas/n'est plus discriminatoire serait-ce au prix de « correctifs juridiques » venus rétablir une équité dans l'accès à ces prestations, les difficultés qui subsistent résultent de l'interprétation de la loi et des exigences administratives annexes des établissements publics prestataires. Des exigences extrêmement variables dont la logique et la cohérence ne sont compréhensibles que par ceux qui les annoncent ou disent s'en tenir dans leur application au strict respect de la loi.

Une population âgée immigrée est particulièrement exposée à ces difficultés et nous en comptons un nombre non négligeable pour le Maroc : ce sont ces personnes qui sont ici et ailleurs à la fois, mais ni totalement ici, ni totalement ailleurs. « Transitaires », « célibataires » ou encore « navettes » comme disent certains à leur sujet. Des vieux en transhumance perpétuelle jusqu'au terme de leurs vieux jours.

C'est peut-être à la lumière de la situation de cette population singulière que les inconvénients des plus récentes décisions administratives méritent examen :

Le titre spécial pour les retraités (la carte retraité) qui s'adresse aux immigrés titulaires d'un titre de séjour, d'une pension vieillesse contributive et qui établissent leur résidence hors de France à l'exception des ressortissants Algériens et Tunisiens, ces derniers relevant de conventions bilatérales. Les facilités que ce titre apportait :

- Renouvellement de plein droit, circulation dans l'espace Schengen obligation de visa, ne peuvent laisser ignorer les contraintes ou les restrictions que peuvent constituer :

- Ne plus pouvoir séjourner en France plus de douze mois, renoncer aux prestations non contributives, à l'aide au logement et aux remboursements des soins.
- A signaler toutefois que les prestations de l'assurance maladie n'est ouverte au titulaire de cette carte et à son conjoint en séjour temporaire en France que sous d'autres conditions également.

Tout ceci mérite une clarification et surtout une simplification. Plus globalement, encore on ne dira pas assez le besoin d'une harmonisation qui s'impose, dans ce domaine des retraites, de la protection sociale et de l'accès aux droits entre les différents mécanismes juridiques et administratifs qui se trouvent engagés par des décisions juridictionnelles françaises, les textes de lois en cours, les décisions des juridictions européennes et les conventions bilatérales, en l'occurrence ici la convention franco-marocaine de sécurité sociale.

3) Le risque dépendance et l'entrée en institution

Nul doute que l'une des appréhensions principales des immigrés marocains âgés porte sur l'entrée et la vie en institution gérontologique et donc globalement sur l'hébergement hors domicile ordinaire des personnes âgées.

Peut-être devons nous aussi apporter quelques précisions utiles dictées par le souci de neutraliser les jugements hâtifs et préconçus, souvent tissés dans l'ignorance. Pas plus en France qu'ailleurs, au regard des personnes âgées, aucune culture n'a le monopole de la tendresse et personne ne jette les siens. Ainsi, l'idée qui consiste dans un raccourci trop rapide, à soutenir qu'en France comme dans d'autres sociétés industrialisées, on se « débarrasse » des personnes âgées et de ses propres vieux dans des établissements médicalisés ou non, alors qu'ailleurs ils font l'objet d'une toute autre sollicitude et d'un meilleur traitement, est injuste. Ni le nombre des personnes âgées qui vivent en institutions médico-sociales, ni l'examen attentif des réalités démographiques et statistiques ne permettent de soutenir ce constat brutal et sévère. La majorité des personnes âgées en France vit chez elle et confirme régulièrement surtout la volonté ou le souhait de pouvoir y rester le plus longtemps possible. Seule la

Le Troisième Age

dépendance physique ou autre et l'amenuisement des forces en décident autrement.

C'est seulement lorsque les aides pour un maintien à domicile approprié sont épuisées; lorsque le cadre de vie habituel ne permet plus, ni ne facilite la mise en place de dispositifs de prise en charge adaptés; lorsqu'il n'y a plus d'entourage sur qui l'on puisse compter ou encore lorsque ce même entourage est usé, épuisé et ne peut plus apporter une aide efficace, c'est dès lors que l'alternative devient une institutionnalisation.

C'est par ce cheminement donc qu'une nouvelle étape de la vie commence : vivre et finir ses vieux jours en institution et commence en quelque sorte pour certains, une nouvelle immigration : Une immigration dans la vieillesse et avec leur vieillesse surtout. Un monde complexe s'il en faut où vivent ensemble tous nos anciens immigrés et non immigrés.

La vie en institution est à bien des égards un lieu formidable de confrontations, d'aspirations, de souhaits ou de standards sociaux et culturels référencés : ceux de l'institution à travers ses règlements et ses savoir-faire, ceux des individus hébergés et somme toute des éléments ou des traits de personnalités, des habitudes et des comportements, clamés ou revendiqués. Et tout l'enjeu dans cette dynamique relationnelle consistera dans la maîtrise et la conciliation de ces écarts possibles ou réels. C'est dès lors seulement, que des interrogations nouvelles s'offrent à l'analyse, au sujet du relationnel quotidien, sur la prise en charge diversifiée de cette population, sur les savoir-faire mis en place ou à réinventer au besoin et leur adaptation aux usagers, sur les résistances, les réticences au contenu de ce qui est proposé ou mis en œuvre, sur les attentes des individus, sur les lois et les mécanismes de la solidarité ou la possibilité ou non de pouvoir en bénéficier. Et jusqu'aux portes de la mort et tout le cortège des aspirations des individus et les difficultés à résoudre et à neutraliser pour leur faciliter le voyage et les aider à mourir dans la sérénité.

Dans la situation des immigrés marocains âgés, ce passage vers les institutions a été dès l'origine, le premier indice repérable des carences urbaines dans l'insertion de cette population. Il prenait souvent et surtout le relais dans la plupart des cas des meublés, des foyers de travailleurs immigrés ou dans certains cas, d'un logement précaire dont ces gens ont été expulsés parfois.

Il se substituait également et aujourd'hui encore, à l'absence d'une famille en mesure d'assurer à un ancien en mauvaise santé, le gîte et le couvert et

de s'acquitter de sa prise en charge. Nul besoin de revenir donc sur la situation de ces immigrés âgés « célibataires » potentiellement ou même sans nul doute concernés en premier lieu par de telles issues dans leur vieillesse.

C'est là aussi qu'une parenthèse socioculturelle peut être ouverte dans ce sens, parce que cette situation traduit plus généralement ce qu'il est advenu de certaines formes de prise en charge encore perceptibles au Maroc et dans d'autres sociétés qui fonctionnent encore sur un mode de vie élargi clanique ou familial. Nul doute encore, que l'expérience immigrée par les transformations caractérisées perceptibles dans les comportements des immigrés eux-mêmes a dépouillé les gens de l'immigration et ces aînés entre autres, de virtualités encore empreintes de bienveillance à leur égard dans leur pays.

Toutes ces difficultés, nées de situations nouvelles, déroutent le personnel médical et paramédical, les travailleurs sociaux dans leur grande diversité et même les rares bénévoles qui se risquent à apporter quelque réconfort.

Déjà, les problèmes de la langue rendent plus difficile les relations quotidiennes et sont souvent source de conflits multiples et surtout un indice de la majoration de l'isolement et de la solitude de ces vieux. De toutes les relations d'aide, la relation de soin est par excellence une relation et un moment privilégiés de communication. L'acte de soin n'est que plus riche et apaisant lorsqu'il est soutenu par la parole. Et sans même qu'il s'agisse d'immigrés, comment concevoir faire ou réaliser un geste intime, une toilette par exemple, sans que des questions brutales sur cette mise à nu de l'intimité ne nous traverse et traverse l'esprit des soignants et des usagers. C'est là justement et dans ces moments que l'échange verbal trouve l'une de ses raisons et surtout sa place.

Reste également, que l'absence de références culturelles sur l'identité de ces vieux marocains et les supports anthropologiques traditionnels dont elle s'inspire ou qu'elle revendique ouvertement ou non, rend les actes de soins et les entreprises de soutien et d'accompagnement dans la vieillesse, mêmes nourris de bienveillance et de générosité, difficiles dans leur réalisation.

L'institution gérontologique trouve ainsi sa légitimité dès lors que l'on ne peut plus continuer à vivre chez soi, fût-ce au prix d'un décalage flagrant entre la réalité de la vie de ces aînés, naufragés parmi d'autres naufragés de la société française, les images récurrentes de la vieillesse et des vieux

au Maroc comme ils le soutiennent souvent et avec un entêtement désarmant.

C'est par une sorte d'indulgence complice mais vigilante aussi, que l'on se prête à entendre parfois leurs propos qui ne sont à la vérité qu'un ensemble d'illusions défensives. Très souvent, Il n'y a pas de place dans leurs propos, ni pour les changements qu'accuse le monde, ni même ceux qui peuvent affecter notre pays d'origine.

Mais qui peut en vouloir à ces aînés marocains ? L'ailleurs a toujours été magnifié (c'est toujours mieux ailleurs !). N'est-ce pas ainsi et dans des propos presque à l'identique qu'ils parlent aussi de la France, lorsqu'ils n'y sont pas présents physiquement ?

4) Vieillesse, célibat et conditions de logement

Observer et lire la vieillesse des immigrés marocains en France, c'est apprécier la vie de famille et en famille dans l'immigration, les relations qui subsistent entre les générations ou la place qui est dévolue aux anciens. Mais malheureusement, c'est encore l'occasion de parler de la vie d'hommes et de femmes isolés, souvent sans liens autour d'eux, confrontés aux affres de la solitude et surtout, faisant fonction d'offrandes sacrificielles sur l'autel des changements bien avérés qui ont affecté les comportements sociaux, les habitudes et les relations entre les individus au sein de l'immigration.

L'immigration fonctionne encore comme une juxtaposition de situations sociales très diverses. Des situations dont l'historicité logique devait être une succession de transformations sociales et statutaires et non pas une coexistence sociale permanente ; dès lors aussi, qu'en bout de course, il n'y a pas eu de retour définitif au pays d'origine.

Ainsi la présence de vieux travailleurs isolés et sans famille, est encore partie prenante du même paysage social que celui des familles qui se sont constituées ou reconstituées au sein de l'immigration. Il est sans conteste que l'immigration n'a pas totalement fait le deuil de ses propres vestiges et n'a pas totalement rompu avec ses formes les plus sévères et même les plus absurdes par leur permanence : la présence d'immigrés célibataires au sens civil du terme ou qui vivent en célibataires aujourd'hui encore au sein de l'immigration.

Le nombre des personnes immigrées isolées qui vivent en France est très important, mais leur répartition urbaine ou leur mode d'habitat sont mal connus. Les gens dont on parle le plus souvent ou tout au moins dont il est plus ou moins possible d'obtenir quelques caractéristiques socio-urbaines, sont les populations des foyers de travailleurs migrants (FTM). Reste une autre frange de population, celle des gens qui n'habitent ni en foyer, ni en logement social, qui sont hébergés dans des conditions très mal connues et en tout cas dans des conditions inconfortables et le plus souvent insalubres et désastreuses. Des modes de logement qui, s'ils sont effectivement peu connus, alimentent néanmoins régulièrement l'actualité journalistique dans ses rubriques des faits divers lorsqu'il s'agit d'expulsions musclées ou de multiples incendies "involontaires" dont seule la rapacité immobilière est le pyromane.

C'est à ce destin là que sont réduites souvent de nombreuses vies humaines. Seule l'émotion générée par de tels faits diligente enquêtes et autres rapports qui, s'ils manifestent une volonté publique de savoir les raisons de ce désastre urbain, se perdent rapidement dans de pathétiques déballages de bonne foi, de dédouanements et de dégageant de toute responsabilité directe dans le malheur des gens, pour verser toutes ces situations, tous ces cas de mal logement (et chaque cas est une problématique entière), dans des dédales administratifs lourds, incertains et sans fin. Peu de relogements suivent de telles situations, peu d'amélioration dans les conditions d'habitat s'en suivent aussi. N'est-ce pas l'absurdité même, lorsque les gens en viennent à confier leur malheur aux émissions de télévision dans un déballage voyeur et indécent de leur intimité, pour susciter réaction/action de responsables et somme toute des solutions isolées pour des cas isolés aussi, sans prolongement et surtout sans efficience bienfaitrice sur les autres situations qui n'auront pas cette « chance » d'être médiatisées par la télévision.

Dans la gestion ou l'organisation urbaine de certaines formes de ce célibat, nous nous interrogerons longtemps encore sur les bénéfices escomptés de cette ségrégation ethnique et communautaire dans bon nombre de lieux d'habitat, de telle sorte que certains "foyers de travailleurs migrants" (au sens large) n'ont été et ne sont encore que des villages reconstitués au sein de l'immigration même. Ce sont simplement les nationalités qui ont

changé ou pour dire juste ce sont les nationalités dont l'éventail s'élargit à d'autres communautés de fraîche implantation en France. Certes « les arrivants » dans l'immigration, jeunes ou plus âgés avaient toujours cette tendance à mettre leurs pas dans ceux de leurs devanciers, pour ne pas être livrés à eux-mêmes au moins dans ces phases d'installation, mais ce confort affectif ou même socio-économique est chèrement payé aussi.

Comble du paradoxe aujourd'hui, ce sont ces populations pionnières de l'immigration et dont nous espérons avec soulagement la "transition" vers des logements ordinaires, qui continuent à être surreprésentées dans ces environnements.

Ainsi beaucoup d'immigrés âgés ou même très âgés, se maintiennent dans ces foyers, pour des raisons très diverses notamment le coût des loyers soutenus par ailleurs par des aides au logement, la proximité des familiers et des proches, les habitudes prises dans l'immigration et l'impossibilité d'accéder à un logement social à cause de l'insuffisance de logements disponibles, sans compter les pratiques clientélistes ou mêmes discriminantes qui ont pour effet de prolonger presque indéfiniment les délais d'attente d'attribution.

Il n'est une découverte pour personne de souligner la présence dans ces environnements locatifs particuliers, de populations vieilles et dont la vieillesse de certains est assortie d'invalidité lourde, de maladies de longue date et l'on rencontre aussi des individus relevant d'un chômage de longue durée, des préretraités plus fréquents encore parmi ces travailleurs, fatigués, usés, sans qualification.

Pour les plus vieux, le foyer ou l'hôtel, remplissent aujourd'hui des fonctions multiples : c'est la résidence principale et/ou secondaire pour certains, ils y vivent au rythme des saisons, de la nostalgie des origines, des voyages répétés au pays, ils y vivent parce que c'est le seul lien avec les membres de la communauté d'origine. C'est un des lieux où l'information sur l'ailleurs circule avec encore plus de régularité. Ils y vivent parce que ce logement est devenu une "maison de retraite" ou faisant fonction de celle-ci et dont ils ont beaucoup de mal à s'arracher. Ils y vivent par résignation parce que c'est l'ultime demeure.

A ces fonctions multiples, correspondent aussi des visages multiples du célibat et de la vieillesse dans ce célibat. Tous ces individus, dans la

diversité de leurs âges, mais cheminant dans leur majorité vers l'âge de la retraite, ont trouvé, et trouvent encore, dans ces formes de solitude, dans ce célibat durable, dans cette marginalité parfois et dans cette vie d'homme, faite pour des hommes et uniquement entre des hommes, l'ultime refuge social, affectif et même psychologique, déployé dans un réseau urbain complexe, avec ses complicités, ses solidarités mais également ses souffrances. Ainsi, l'immigration marocaine a fabriqué elle aussi parmi les siens ses propres marginaux, ses éléments rebelles et surtout, un public dont nous avons beaucoup de mal à cerner les aspirations et les besoins, par sa diversité et sa complexité statutaire.

Les femmes célibataires sont encore rares - leur insertion dans la vieillesse se révèle plus complexe que celle des hommes – et l'attention est davantage retenue par les hommes, parce que bien plus nombreux. Reste à souligner par ailleurs que la problématique du vieillissement des femmes immigrées, risque de se présenter avec des difficultés beaucoup plus complexes à gérer, au regard des conditions sociales de ces dernières et de leurs statuts socio-économiques dans l'immigration.

A plus de vingt ans, trente ans ou plus encore, d'une existence d'hommes et d'hommes seuls entre eux, la vie est devenue toute autre et une existence entrecoupée seulement par des séjours brefs et de plus en plus brefs dans les pays d'origine, dès lors "qu'on ne se sent plus chez soi" comme ils disent, évacuant d'une phrase leur responsabilité dans cet éloignement. Malgré cela, l'existence de ces hommes semble définitivement marquée par un sentiment de faute parfois excessif dans sa tonalité, mais profond et sincère : la faute d'être parti et faute surtout d'être resté trop longtemps dans l'immigration.

Il y aurait beaucoup à dire sur toutes les misères, et notamment la misère affective et relationnelle qui frappe la grande majorité de ces gens, autre sujet tabou sur lequel nous les entendons rarement. Privés hier de toute tendresse presque par nécessité et par obligation, aujourd'hui la plupart ne le sont que par la seule force de l'habitude. Une longue habitude dont les effets se répercutent également sur toutes ces épouses qui n'ont pas pu ou qui n'ont pas voulu connaître l'immigration.

Conclusion

Voici donc une réalité sociale de plus en plus complexe dans son analyse et dans sa prise en charge. Peut-on assigner à la gérontologie (entre autre) d'être non seulement la science du temps vécu et peut-être au regard de ces gens d'être aussi un espace de restauration de l'espérance au beau milieu de la vieillesse et même aux derniers moments de la vie.

Reste donc qu'il est aussi important que le traitement de l'immigration et celle-ci d'abord qui nous importe dans ce débat, dans cet engagement politique et décisionnaire pour les uns, scientifique et nourri par le seul souci de comprendre et de rendre compte de la situation de ces vieux marocains en France, de ne plus porter l'action seulement sur ses flux et reflux, mais également sur les perturbations et « désordres divers » dont elle est la première victime. « Des désordres » qui se déclinent et s'apprécient dans leur tonalité psycho-affective, c'est le cas des tiraillements de ces vieux immigrés marocains, entre une présence permanente ou le retour au pays. C'est également leur diversité culturelle et souvent son décalage avec la culture du pays d'accueil. Ce sont les problématiques de santé et de soins ou leurs représentations différentes des modèles et pratiques en cours. Ce sont les représentations de l'âge et de la vieillesse et leur appréciation modulées par des paramètres socioculturels ou psychologiques. Ce sont aussi, ces questions de la retraite et des mécanismes juridiques ou politiques, qui reposent souvent encore sur des exigences de nationalité, de territorialité ou de séjours dans le pays d'accueil (en France); telles contraintes à l'opposé des principes élémentaires d'équité et de solidarité qui doivent s'exercer à l'encontre de ces concitoyens également. Ce sont enfin, les questions religieuses perçues à partir de considérations éthiques fondamentales autour de la mort ou des ses lieux également.

De tout cela, en France ou au Maroc et en France comme au Maroc, nous sommes comptables devant l'avenir et devant tous ces concitoyens immigrés âgés.

Le vieillissement des migrants en FTM et résidences sociales : Diagnostic de Migrations Santé France

Mohamed EL MOUBARAKI

Directeur de Migrations Santé France

Résumé

Migrations Santé a été amenée à réaliser des diagnostics médico-sociaux auprès des personnes migrantes, âgées de plus de 55 ans, vivant en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales.

Les grandes tendances des problématiques de ces vieillissants en foyer qui apparaissent dans cette première évaluation, sont :

- *Une population maghrébine encore majoritaire, mais la présence de plus en plus marquée d'Africains, demeurant à l'âge de la retraite dans le foyer.*
- *Une population majoritairement analphabète, maîtrisant mal le français oral, ce qui pose des problèmes dans toutes les démarches pour lesquelles l'écrit est nécessaire, ainsi que dans la compréhension des traitements et des actes médicaux.*
- *Une population qui vit un sentiment d'isolement dans le foyer et dans la ville.*
- *Des retours définitifs de plus en plus aléatoires à cause de la perte de droits, en particulier à la santé et aux aides complémentaires de la CNAV en cas de pension retraite sous les minima sociaux.*
- *Une perte d'autonomie et un besoin d'aide pour les actes de la vie courante et un non accès à ces droits dans les foyers.*
- *Des relations de confiance avec le médecin et un suivi médical régulier chez la moitié des enquêtés, mais une prise en charge de la santé limitée : vaccinations non faites, pas de bilans de santé, peu de prise en charge des soins dentaires, et des problèmes de vue.*

Le Troisième Age

- *La souffrance psychique est visible : déprime, sentiment nostalgique, angoisses, insomnies...*
- *De nombreuses pathologies pleuro-pulmonaires, cardio-vasculaires, digestives, ophtalmologiques, d'ORL, endocriniennes et locomotrices...*

Ces vieux migrants souhaitent une vie paisible dans le foyer, moins de bruit, moins de mélange de population, plus de chauffage, plus de sécurité, plus de personnel présent, un accompagnement pour certains rendez-vous médicaux et pour aider à constituer le dossier de retraite... Des activités pour rompre l'isolement...

Préambule

Migrations Santé a été amenée à réaliser dans le cadre des PRAPS un certain nombre de diagnostics médico-sociaux auprès des migrants, âgés de plus de 55 ans, vivant dans les foyers de travailleurs migrants ou résidences sociales en Ile de France. Les diagnostics ont été réalisés auprès des résidents de 4 structures différentes : Soundiata, Sonacotra, AFTAM et ASSOTRAF.

Sous forme de questions posées à ces résidents âgés, nous voulions être mieux informés sur leur accès aux soins, leur état de santé, leur mode de relation établie au foyer, leur insertion dans le tissu local et enfin à partir de la grille AGGIR, nous avons pu mesurer les risques liés à la perte d'autonomie et le possible accès aux aides à domicile inscrites ou non dans l'APA.

Il s'agit donc du regard de ces vieillissants en foyer contrairement à la présentation précédente qui donnait le regard des responsables de structures.

Sans vous noyer de chiffres, nous allons vous donner les grandes tendances des réponses à ces diagnostics.

Les caractéristiques de ces vieillissants

Parmi les plus de 55 ans, ce sont les Maghrébins qui sont en plus grand nombre, mais les Africains de l'Ouest âgés sont de plus en plus présents dans les foyers. Ceci est dû aux âges de l'immigration, les Maghrébins étant arrivés les premiers, les Africains étant arrivés une dizaine d'années plus tard. Mais, élément nouveau dans les foyers, des Africains restent au moment de la retraite.

Dans les diagnostics, nous remarquons que 60% ont plus de 60 ans et 8% plus de 70 ans.

L'immense majorité est arrivée avant 1974. Ils sont issus du milieu rural pour la plupart, sont résidents en titre au foyer et en situation régulière en France. Un quart de ces vieillissants vit au foyer depuis plus de 35 ans.

Malgré tout, ils sont isolés au foyer – seul 20% a un frère, un cousin, un fils qui vit dans le même foyer – et isolés dans la ville : en cas de difficulté, seul 27% dit savoir où trouver de l'aide (principalement les compatriotes, parfois Migrations Santé parce que l'association tient des permanences régulières dans certains foyers). 78% n'a jamais rencontré une assistante sociale. La moitié seulement connaît le dispensaire ou le centre médico-social de sa ville.

Concernant la maîtrise du français écrit et oral, 67% des ces vieillissants n'a jamais été scolarisé, moins de 2% a bénéficié de cours d'alphabétisation en France. De fait ils sont 54% à ne savoir ni lire ni écrire, et 73% à mal maîtriser la langue française.

Le retour au pays : temporairement ou définitivement lors de la retraite ?

Ils rentrent régulièrement rendre visite à la famille au pays mais seuls 9% y restent définitivement.

A la retraite, ou lorsque l'invalidité empêche de retravailler, ils sont nombreux à faire l'aller-retour avec le pays d'origine. C'est ce que l'on appelle « les résidents-navettes ». Dans notre diagnostic, ils sont 63% à rentrer entre 2 et 6 mois par an et 7% plus de 6 mois par an.

Pourtant, ce choix de rester en France et de faire la « navette » avec le pays d'origine, est souvent pris au moment où la retraite commence à être versée, et pas avant, car il demeure le mythe du retour. En effet, la moitié des résidents de 55 à 65 ans interrogés déclarent souhaiter repartir au moment de la retraite.

Le non-retour définitif est souvent expliqué par des problèmes de santé (il n'y a plus de prise en charge par la sécurité sociale lors d'un retour définitif ou pour les titulaires d'une carte de séjour retraité), par une adaptation en France « j'ai toujours vécu ici, au bout d'un moment, je m'ennuie au pays », par les contraintes administratives du versement des pensions vieillesse ou des aides complémentaires.

L'établissement du dossier de retraite pour ces migrants est souvent long et difficile : perte des preuves de travail, peu d'années de cotisations pour une retraite complète. De fait, ils sont 40% à être au niveau des

minima sociaux (577 Euros par mois) et à bénéficier parfois d'une complémentaire ou supplémentaire CNAV pour parvenir à cette somme. Mais ce versement social les oblige, pour la percevoir, à rester en France, ce qui explique aussi le principe des « navettes ». En effet, 88% a encore des enfants de moins de 18 ans, à charge au pays lors de l'entrée en retraite : la diminution notable des revenus à ce moment est aussi un frein à ce retour définitif parce qu'il les prive du « minimum vieillesse », bien utile pour faire vivre la famille au pays.

La complexité du dossier de retraite cumulée avec l'analphabétisme conduit à ce que de nombreux retraités ignorent quel organisme verse les cotisations de retraite. Si 71% cite la CNAV, ils sont 41% seulement à pouvoir citer la ou les caisses complémentaires.

La caisse principale (CNAV ou MSA ou Organic) verse mensuellement, les caisses complémentaires trimestriellement. Ces retraites sont versées sur leur compte mais ils ne reçoivent qu'une fois par an le décompte des sommes versées. A cela se rajoute le fait que, dans le cas où ils ont un compte d'épargne et non un compte courant, le motif du versement n'est pas indiqué sur le livret. Ce qui explique pourquoi tant de ces retraités soupçonnent de ne pas percevoir leurs cotisations dans leur intégralité, se perdent au moment des déclarations de revenus, ne savent pas où réclamer et pensent au final « qu'on les roule »...

En matière d'accès aux soins, ils sont 44% à avoir une bonne couverture sociale (mutuelle ou CMU), et 28% dit avoir de la difficulté à payer ses soins.

L'immense majorité a un médecin traitant qu'il voit plusieurs fois par an. Le secteur privé est préféré aux consultations hospitalières. La moitié des interrogés a un traitement médicamenteux journalier.

Près d'un tiers de ces résidents vieillissants voient un médecin spécialiste : cardiologue, endocrinologue, gastro-entérologue, ORL, CHIR... Pour ne citer que les principaux. Les rhumatologues sont peu consultés alors que les difficultés de se déplacer sont plus fréquemment citées dans les pathologies.

Le Troisième Age

Ils font confiance en leur médecin puisque 64% le consultent dès qu'ils se sentent mal. Seul 11% préfèrent les urgences hospitalières et 10% disent pratiquer l'automédication. Seul 9% parlent des médecins traditionnels qu'ils voient majoritairement au pays lors d'un retour.

La prévention

- 62% des résidents n'ont jamais fait de bilan de santé et 65% n'ont pas de carnet de vaccination.
- Seuls 28% des résidents sont vaccinés contre le tétanos, 18% contre la diphtérie et la poliomyélite et 14% contre l'hépatite B.
- A noter que plus d'1 résident sur 3 ne connaît pas son statut vaccinal.

Une information sur les bilans de santé et une mise à jour des vaccinations s'avère nécessaire.

- 44% des résidents ont fait une radio pulmonaire récente (il y a moins d'an).

Sur l'un des foyers une prophylaxie importante a été mise en place par le dispensaire suite à la survenue de cas de tuberculose en 2002 et 2003.

- Des tests de dépistage du SIDA, de l'hépatite B et de l'hépatite C ont été pratiqués par moins de 10% des résidents (le plus souvent à l'hôpital, lors d'un bilan).

La mise en place sur l'un des foyers de soirées d'informations collectives sur ces maladies semble avoir été bénéfique; Cette initiative devrait être renouvelée sur d'autres foyers, en mettant à disposition des résidents des préservatifs et des dépliants bilingues.

- 37% des résidents ne consultent jamais de dentiste et 45% n'ont pas de suivi dentaire régulier. Certains résidents font leurs soins dentaires dans leur pays d'origine car ils coûtent moins cher.

Une information sur l'hygiène bucco-dentaire et l'accès aux soins coûteux semble utile.

Leur état de santé

Sur le plan de la santé mentale :

- En moyenne 1 résident sur 2 présente des signes de souffrance psychique (dépression, angoisse, insomnies, nervosité, fatigue permanente).
- En revanche, seuls 14 résidents (sur un total de 141) affirment avoir déjà consulté un psychologue ou un psychiatre et 9 résidents ont été mis sous traitement.

Ces états de mal-être sont vraisemblablement liés à la précarité, l'isolement social et affectif, l'éloignement de la famille...

Sur le plan de la santé physique :

- Plus d' 1 résident sur 4 présente une **maladie pleuro-pulmonaire** : essentiellement bronchite chronique (plus de 50% des cas) puis asthme (21%); 3 cas de tuberculose traitée sont rapportés et 1 cas de maladie pulmonaire professionnelle, mis sous 02 dans sa chambre, au foyer.
- Des **problèmes cardio-vasculaires** existent chez plus d'1 résident sur 5 : essentiellement HTA (45% des cas) mais aussi hypercholestérolémie (13%) et insuffisance cardiaque.
- 35% des résidents présentent des **problèmes digestifs** : ulcère et gastrite dans plus de la moitié des cas, troubles fonctionnels intestinaux dans près d'1 cas sur 3, et de façon moins fréquente : hémorroïdes, hernie hiatale, affection hépatique.
- Les **problèmes ophtalmologiques** apparaissent les plus fréquents, retrouvés chez 63% des résidents : il s'agit surtout de défauts visuels non corrigés dans 60% des cas (coût élevé des prothèses visuelles).
- Près d' 1 résident sur 3 présente des **problèmes ORL** : hypoacousie dans 82% des cas, en grande majorité non appareillée (problème de coût).

Le Troisième Age

- Plus d'1 résident sur 4 présente des **problèmes urinaires** : en majorité liés à une affection de prostate (plus de 50% des cas). Sont notés également des brûlures mictionnelles (32%), des problèmes d'incontinence urinaire (21%) et de calculs.
- 39% des résidents souffrent de **problèmes locomoteurs** : rhumatismes dans 75% des cas, arthroses (24% des cas), puis douleurs dorso-lombaires, hernies discales et perte de mobilité (10% des cas).
- 15% des résidents ont une **maladie endocrinienne** : diabète dans 95% des cas.
- Parmi les autres problèmes de santé, sont cités les **problèmes dentaires** (10% des résidents), les **migraines** (5%) et les **problèmes dermatologiques** (2%).
- un suivi médical régulier (avec prise de traitement quotidien) est noté chez près de la moitié des résidents (47,5%).
- 46% des résidents ont déjà subi une **intervention chirurgicale** : appendicite dans 30% des cas, hernie (26%), traumatologie (12%), prostate (8%) et enfin cataracte, abcès, estomac, vésicule biliaire (5%).
- 39% des résidents ont déjà eu un **accident de travail** : 30% en gardent des séquelles (surtout douleurs dorsales, articulaires et perte de mobilité), 17% perçoivent une pension d'invalidité ou une rente, 10,6% sont reconnus «travailleur handicapé» par la COTOREP.

Des informations et une éducation en matière de nutrition s'avèrent nécessaires auprès de ces résidents (sur le diabète, le cholestérol, l'hypertension artérielle...)

De même, des informations sur l'accès aux soins coûteux (vue, audition et soins dentaires) et sur l'accès aux droits (invalidité, COTOREP...) semblent d'une grande utilité pour ces résidents âgés.

Évaluation de la dépendance (base de la grille AGGIR : grille nationale qui permet de mesurer la perte d'autonomie)

Ces résidents vieillissants qui vivent au foyer et que nous avons rencontrés n'ont pas une perte d'autonomie trop importante (hormis quelques cas isolés représentant 8% des enquêtés). Cela s'explique en partie par le fait que, lorsque la perte d'autonomie est trop importante, ces vieux migrants restent dans leur famille au pays d'origine, ou s'ils sont alors au foyer et que les liens ne sont pas rompus avec la famille au pays, les autres résidents organisent un rapatriement pour la fin de vie). Cependant, certains vieillissants sont trop isolés et restent au foyer pour leur fin de vie. La perte d'autonomie devient alors visible et il serait utile de mettre en œuvre les aides de droit commun aux personnes âgées, tels l'APA ou les aides à domicile. Certains migrants souhaiteraient que leurs épouses les rejoignent pour cette fin de vie en perte d'autonomie, malheureusement les contraintes du regroupement familial empêchent cette solution. De fait, soit ils repartent au pays, soit ils acceptent une présence féminine extérieure pour les actes de la vie quotidienne qu'ils ne peuvent plus accomplir...

Cependant si environ 8% a des difficultés pour se laver, s'habiller, faire son ménage, prendre ses repas, ils sont 13% à avoir des difficultés de déplacement dans le foyer (béquilles, déambulateurs...) ou à l'extérieur (incapacité de faire ses courses).

La langue française, surtout écrite, est plutôt mal maîtrisée. Ils sont 68% à ne pas être capables de remplir un formulaire, 48% à ne pas savoir lire une ordonnance et à suivre correctement un traitement, 25% à ne pas être capable de s'exprimer au téléphone.

Seul 32% possède une ligne téléphonique et 48% seulement a accès au téléphone public du foyer, ce qui pose des problèmes lorsqu'il faut appeler un médecin ou un secours d'urgence. A signaler aussi la difficulté d'accès des ambulances et professionnels de la santé dans les foyers (hormis les infirmières si elles voient régulièrement les mêmes patients). En effet, ces foyers sont souvent privatisés, avec clef ou code d'accès. Si les services d'urgences, tels les pompiers ou le SAMU possèdent un passe, ce n'est pas

Le Troisième Age

le cas des ambulances (parfois envoyées par le SAMU), ni des médecins comme SOS médecins. Ceux-ci ne peuvent entrer au foyer sauf si un résident attend pour ouvrir la porte. Ensuite, il faut pouvoir repérer la chambre de la personne malade. De nombreux foyers ne possèdent pas de signalisation interne qui permet à un nouveau venu de retrouver une chambre d'un résident. Sans oublier les craintes et les représentations que se font certains professionnels de la population des foyers, prétextant par ces peurs le refus d'intervenir au foyer. Des résidents interrogés nous citent avec beaucoup d'amertume et d'inquiétude ; ces refus ou impossibilités pour les secours d'arriver au foyer...

Pour conclure sur cet aspect de la perte d'autonomie, il nous paraît important de mettre en place des initiatives permettant une fin de vie dans la dignité et un accès au droit commun pour migrants âgés vivant en foyer d'hébergement.

Modes de vie

25% fument du tabac et 16% le chiquent... 12% consomment de l'alcool.

19% ne prennent pas de petit déjeuner. Pour les repas du midi et du soir, si un quart préfère conserver une nourriture traditionnelle du pays d'origine, les autres mixent avec les modes culinaires français. L'immense majorité cuisine eux-mêmes, sauf dans les foyers à majorité africaine où il existe une cuisine collective.

Par contre, on observe une surconsommation de sel et de piment.

Pour un tiers des résidents, la solidarité est encore existante au foyer : préparation des repas, courses, visites à l'hôpital, prêt d'argent, appel du médecin. Mais cette solidarité reste intra-communautaire...

Ces vieillissants sont gênés par la politique de peuplement de certaines structures gestionnaires. En effet, ils préféreraient cohabiter avec des salariés ou des personnes âgées comme eux. Et sont fortement gênés de devoir cohabiter avec des personnes trop différentes par leur mode de vie, même s'ils sont issus des mêmes groupes nationaux qu'eux. Exemple : des jeunes inactifs, des alcooliques... Les salariés quelles que soient leurs

origines, leur conviennent, parce qu'ils correspondent à leur idéal de vie (le travail).

Ces vieillissants sont gênés par le bruit. La conception des chambres avec des murs peu épais, ne leur permet pas ce calme qu'a besoin la personne âgée à différents moments de la journée et de la nuit.

Mais majoritairement, ils entretiennent des bonnes relations avec le responsable d'établissement.

Une dernière question portait sur les prises de risque en matière sexuelle : la moitié parle de la prostitution au foyer, la majorité y est opposée, les autres l'estiment utile ou sont indifférents.

Leur avis

La majorité des enquêtés souhaitent que des actions soient organisées à l'intérieur du foyer à leur intention :

- Informations sur la santé, mais aussi être accompagnés pour certains rendez-vous médicaux. (Nous avons déjà signalé leur difficulté de comprendre un traitement ou une ordonnance...).
- Informations sur les droits : la retraite, les soins coûteux, le logement pour un regroupement familial, les aides à domicile.
- La forme de ces informations peut être collective ou individuelle. Des affiches ou des prospectus en langue d'origine sont appréciés...
- La mise en place d'activités culturelles, une aide au rapatriement, une organisation pour les chambres de ceux qui font la navette avec le pays d'origine. (Actuellement, dans la majorité des cas, ils payent leur chambre toute l'année, même s'ils l'occupent peu. Ils souhaitent ne devoir la payer que le temps de l'occupation...)
- Mais ils ont aussi des demandes propres à toutes personnes âgées : plus de chauffage, plus de sécurité (un gardien de nuit ou une présence au foyer), moins de bruit, un accès au téléphone pour appeler le médecin ou les secours....

Les interventions de Migrations Santé France dans les foyers de travailleurs migrants

Françoise BITATSI TRACHET
*Chef du Département « Action de terrain »
Migrations Santé France*

Résumé

75 foyers de travailleurs migrants en France ont répondu à un questionnaire élaboré par Migrations Santé permettant de mesurer le pourcentage de personnes vieillissantes en foyer, leur situation socioprofessionnelle, leur état de santé physique et mentale.

Des questions étaient aussi posées sur l'aide au dossier de retraite, les anciens combattants, les « résidents-navettes », les travaux d'aménagement prévus ou réalisés face à cette problématique du vieillissement.

Les résultats confirment que demeurent dans les foyers au moment de la retraite, non seulement des Maghrébins mais aussi des Africains, des Français et des Asiatiques.

Ces résidents ont de petites retraites, vieillissent prématurément, ont des pathologies liées à l'âge mais aussi à l'usure professionnelle. Le moral n'est pas excellent : de nombreux moments de déprime et parfois d'agressivité. Ils se sentent seuls et inutiles. Sans parler des troubles de la mémoire et la perte d'orientation.

La majorité des foyers a mis en place des actions spécifiques pour aider ces vieillissants, tant administrativement qu'au niveau de la santé. Le partenariat est riche et varié. Des expériences originales ont été mises en place pour favoriser l'accès au droit commun d'une population souvent ignorée dans ses spécificités.

Le Troisième Age

Même s'il reste encore beaucoup à faire pour que ces vieillissants accèdent à une fin de vie dans la dignité, les réponses à ce questionnaire confirment l'engagement des directeurs des foyers à mettre en œuvre des solutions adaptées localement pour aider ces vieillissants.

Migrations Santé est une association nationale pour la promotion et la prévention de la santé des migrants. Je suis pour ma part, responsable du service "actions de terrain" pour la région parisienne. Nous (médecins, psychologues, intervenants sociaux), sommes présents dans les lieux de vie des populations étrangères pour aider par des actions sur le long terme, ces populations à accéder à leurs droits, principalement le droit à la santé.

C'est ainsi que nous avons de plus en plus souvent à rencontrer et à aider des migrants âgés et principalement ceux vivant isolés en France sans leur famille restée au pays.

Ils habitent souvent dans des hôtels ou des foyers de travailleurs migrants. Ces foyers sont des lieux où on peut louer un lit au mois dans une chambre indépendante ou une chambre à plusieurs. Les cuisines, les sanitaires, les douches sont communes. Ces foyers de travailleurs migrants, construits dans les années 70, étaient prévus et adaptés pour des travailleurs provisoirement isolés de leur famille. Or, force est de constater qu'ils sont devenus des lieux de vie pour des personnes migrantes ou françaises. Certains vivent dans des chambres de 7m² depuis plus de 30ans...

Actuellement, de nombreuses structures gestionnaires tentent de réhabiliter et d'adapter les foyers aux demandes actuelles de confort de logement.

Il existe sur la région parisienne, quelques 230 foyers. MSF est intervenue depuis 1993 sur 110 foyers différents. En 2004, nous avons pu aider plus de 10000 résidents dont de nombreux migrants maghrébins âgés.

Cette année 2005, nous avons souhaité connaître les différentes expériences menées dans les FTM et résidences sociales en France auprès des résidents âgés accueillis dans ces structures.

Pour cela, l'association MSF a envoyé près de 400 questionnaires aux différentes structures gestionnaires.

Nous avons reçu sur le délai imparti qui était court (3 semaines), 75 réponses réparties comme suit :

* 37 foyers de la région parisienne et 38 hors de la région parisienne.

Les chiffres obtenus à l'analyse des résultats ne permettent pas une enquête exhaustive, mais ils permettent quand même de donner une idée de la réalité des FTM aujourd'hui.

Analyse des résultats

Les 75 foyers comptabilisent 15245 résidents dont 40% a plus de 55ans. Les nationalités de ces vieillissants (les plus de 55ans) laissent apparaître une nouvelle population vieillissante dans les foyers : les Africains de l'Ouest, les Français, les Asiatiques. Même si les Maghrébins demeurent les plus nombreux à rester au moment de la retraite, et dans une moindre mesure les Européens, parmi les autres nationalités représentées, on observe le vieillissement et parfois le maintien lors de la retraite d'Africains et d'Asiatiques.

Les foyers créés à leur majorité à l'origine pour héberger des travailleurs venus des colonies ou protectorat (devenues indépendantes depuis), accueillent aujourd'hui d'autres types de populations : des Français, exclus du logement social pour une raison ou pour une autre, des femmes, des demandeurs d'asile, des étudiants et stagiaires.

Pour la population qui nous intéresse : les plus de 55ans, nous avons fait le parallèle suivant :

* pour 100 Maghrébins de plus de 55ans, il y a 53,5 Africains, 56,5 Français, 16,7 Européens et 6,4 Asiatiques.

* Les femmes sont peu nombreuses (environ 15 femmes pour 1000 hommes en foyer). Mais notons quand même que des Françaises, puis des Africaines, ainsi que des femmes Asiatiques vieillissent dans les foyers. Notre questionnaire ne s'intéressait pas à la raison du vieillissement de femmes isolées dans les foyers. C'est peut-être dommage...

La situation professionnelle de ces vieillissants laisse apparaître les résultats suivants

* Il y a plus d'inactifs que de salariés dans la catégorie des plus de 55ans.

* En effet, face à 100 salariés de plus de 55ans, 41,7 résidents du même âge sont en chômage, 44,7 sont en RMI (revenu minimum d'insertion versé aux personnes n'ayant plus le droit aux indemnités chômage), 20,7 sont en invalidité sans autorisation de travail. Ce qui signifie une fin de vie active difficile (car en inactivité professionnelle le plus souvent définitive à cause

de l'âge, de leur état de santé et de la discrimination). Peu auront des années de fin de vie active comptant pour leur retraite. D'une façon générale, les migrants ont souvent des petites retraites car ayant eu des salaires au SMIC (salaire minimum), des ruptures d'emploi, des années de cotisations insuffisantes, l'absence de preuves de travail. Mais cette situation s'empire quand les 10 dernières années de vie active (le plus souvent 55 à 65ans pour ces migrants) ne comptent pas pour la retraite.

* Face à 100 salariés, nous avons le parallèle de 73,3 déjà retraités (bénéficiant de leurs indemnités de retraite), qui ne repartent pas vivre cette retraite dans leur pays d'origine et de fait vieillissent et parfois meurent dans une relative solitude dans un foyer de travailleurs migrants..

Nous avons posé aux directeurs des foyers, la question des anciens combattants : seul 32 personnes sont signalées comme bénéficiant de cette pension. Nous savons que l'obtention de cette pension est complexe. Ce chiffre est certainement sous-évalué car les directeurs de foyer peuvent ignorer cette pension si le résident n'en parle pas.

Ces migrants, venus en France pour le travail, ont souvent entretenu le mythe du retour à l'âge de la retraite. Malheureusement pour diverses raisons, une partie d'entre eux ne partent pas définitivement, vieillissent et parfois meurent au foyer.

Ces migrants qui font l'aller-retour avec le pays, sont appelés communément "résidents-navettes". D'après les réponses au questionnaire, nous évaluons à 94,7% le nombre de retraités qui font la navette entre la France et le pays d'origine.

Certains directeurs soulèvent la difficulté de l'hébergement en foyer de cette population, car il demande une organisation pour le remplissage des chambres.

En effet, dans certains foyers, il est observé que le lit de ce vieux migrant est occupé pendant son absence par un parent, souvent en situation irrégulière de séjour. Dans d'autres foyers, la chambre est inoccupée, l'Aide financière au logement peut être suspendue, ce qui devient coûteux pour le résident-navette. Ainsi le coût de la chambre ou du lit peut être équivalent à la moitié de ses indemnités de retraite...

La question du vieillissement amène la question de la préparation du dossier de retraite

Etablir un dossier de retraite est compliqué, il faut amener toutes les preuves de travail (fiches de paye, certificats de travail). Or de nombreux migrants n'ont pas conservé ces documents n'en comprenant pas l'utilité. Sans preuve, pas de paiement...Ce qui rajoute à la précarité de ces personnes retraitées.

Dans ce domaine, la majorité des foyers (62 sur 75) mènent des actions dans ce sens.

De nombreux directeurs de foyers conseillent, orientent, aident au classement et à la préparation du dossier.

Certains foyers font intervenir directement les caisses de cotisations vieillesse au foyer.

Le problème se pose parfois de leur immatriculation à la sécurité sociale (un N° unique à chacun). Or, de nombreux résidents se retrouvent en fin de carrière à constater qu'ils ont plusieurs N° de sécurité Sociale ou qu'un homonyme possède le même N° qu'eux. La certification du NIR par la caisse de sécurité sociale est donc indispensable pour qu'ils bénéficient de l'intégralité de leurs droits à la retraite, et pour que leur épouse puisse bénéficier de la pension de reversion.

Je vais juste vous donner quelques exemples posés par ces difficultés de N° non certifiés :

L'exemple d'un Monsieur Marocain qui demande le versement de sa retraite et qui découvre qu'il est déclaré décédé depuis 9ans...Un autre Marocain avait eu le même N° que lui.

Autre exemple : 2 messieurs Algériens portant le même nom, sont nés une même année (date estimée) dans le même village de parents portant le même nom. En France, ces 2 cousins avaient travaillé dans les mêmes entreprises. L'un des 2 messieurs avait eu sa retraite à 60ans car il était invalide, l'autre demande sa retraite à 65ans. La caisse vieillesse découvre alors que le premier monsieur retraité touchait en réalité la retraite de son cousin, retraite plus importante...Il a fallu 2ans de démarches et de conflits familiaux pour faire rétablir les droits de chacun.

Le partenariat pour aider ces résidents lors de l'arrivée de la retraite reflète l'intérêt de certains acteurs locaux pour cette problématique. On trouve ainsi pour aider ces migrants lors de l'établissement du dossier de retraite : la CNAV et les caisses complémentaires, les services d'aides aux personnes âgées, les Assistantes Sociales, les associations d'aide aux migrants (dont Migrations Santé), les services de soins et de prévention santé.

Dans quelques rares foyers, certains directeurs ont pris en compte la dimension psychologique de l'entrée en retraite pour ces migrants, venus en France pour travailler, en mettant en place des permanences d'écoute psychologique.

Seul 15 foyers sont connus et aidés par des CLIC ou structure de gérontologie (coordination des aides pour les personnes âgées). Ce chiffre peu important reflète de la difficulté d'intégrer ces vieux migrants dans les services de droit commun aux personnes âgées en France.

Cependant, **les directeurs repèrent les difficultés suivantes qui demeurent malgré les réalisations faites** sur le foyer pour la préparation du dossier de retraite, celles-ci sont :

* La barrière de la langue. La langue française malgré de nombreuses années en France n'est pas acquise par tous, elle est souvent limitée à la sphère professionnelle.

* Les litiges portant sur la date de mise en retraite, en effet pour la CNAV, les personnes qui n'ont pas de jour et de mois de naissance sont déclarés nés un 31 décembre. Or pour la CPAM (sécurité sociale) et les ASSEDICs (caisse d'indemnisation des périodes de chômage), ils sont déclarés nés un 1er janvier. Il en ressort une année pendant laquelle, si aucune intervention n'est faite, le migrant peut se retrouver sans aucune ressource...

* Les migrants qui choisissent de rester en France et qui ont une toute petite retraite peuvent bénéficier d'une aide financière, appelée Minimum Vieillesse par la CNAV. Or, cette aide n'est versée qu'à condition que leurs retours au pays pour voir la famille, soient limités à un ou trois mois par an selon le montant de l'aide. Cette mesure est injuste dans le respect des liens familiaux. Il y a de nombreux litiges autour de cette réglementation. Ces migrants deviennent des otages de la France, alors que leur état de santé ou

Le Troisième Age

leur âge favoriserait plus un retour prolongé dans leur famille, puisqu'ils n'ont plus d'activités professionnelles possibles en France.

* Les difficultés pour ces migrants ou ces personnes ayant eu des parcours professionnels hachés, de réunir tous les documents nécessaires pour faire valoir leurs droits. Ainsi une période peut être validée par la CNAV et refusée par la caisse complémentaire qui exige toutes les fiches de paye. Les deux caisses, de plus, ne se communiquant pas les preuves de travail...

Il nous paraissait important de savoir si des foyers prévoyaient **des aménagements** pour l'hébergement de cette population en difficultés locomotrices dues à l'âge ou à l'handicap.

Seul la moitié des foyers ayant répondu au questionnaire ont réalisé ou prévoit de réaliser des travaux d'aménagement.

Quels travaux ? certains sont très coûteux, il s'agit de démolition reconstruction du foyer ou d'aménagements de studios en rez de chaussée adaptés aux personnes à mobilité réduite, comme les fauteuils roulants ou les déambulateurs.

Certains travaux sont moins onéreux mais facilitent grandement la vie quotidienne, tels : l'installation d'ascenseurs, des rampes d'accès, des douches surbaissées, des rehausses de sanitaires.

2 foyers ont réaménagé des salles de détente ouvertes aux habitants du quartier. Dans un de ces foyers, des animations pour personnes âgées sont mises en place.

A Migrations Santé, nous avons observé ces derniers mois dans nos permanences en foyer, le **retour en France de vieux migrants** qui étaient rentrés définitivement lors de la retraite. Ce qui pose des problèmes de droit de séjour. Les cartes de séjour perdent de leur validité au bout de 3ans d'absence du territoire français.

Ces personnes reviennent en France, soit pour des soins, pensant qu'ils ont toujours une prise en charge médicale partielle, soit parce que le projet de réinsertion au pays a échoué...

Nous avons posé la question dans le questionnaire. Notre observation est confirmée : les directeurs signalent 137 retours, des Maghrébins mais aussi

des Africains. Sachant que ce chiffre est sous évalué, les directeurs ne sont pas sensés connaître les personnes en situation irrégulière...

La santé de ces vieillissants

65 foyers sur 75 relèvent des problématiques de santé physique, principalement locomoteurs (handicap, rhumatismes, lombalgies, etc...), puis des problèmes de vue, d'audition, de dentition.

Suivent les problèmes endocriniens (principalement le diabète), puis le recours à des addictions (alcool, médicaments, tabac) et enfin pulmonaires. En moindre nombre sont cités : les cancers (colons et prostate), des maladies cardio vasculaires, stomatologiques. Quelques situations de déséquilibre alimentaire sont notées ainsi que des problèmes d'hygiène parfois dus à l'incontinence.

54 foyers sur 75 relèvent des problèmes de santé mentale. Principalement le sentiment nostalgique (déprime, angoisses, ennui). Suivi des troubles de la mémoire et de la perte de l'orientation. Les directeurs citent enfin l'isolement dans lequel s'enferment ces vieillards, avec parfois le rejet d'autres résidents. Certains citent des troubles de comportement avec de l'agressivité et des troubles plus importants telle la dépression ou la sénilité avec divagation.

Certains directeurs ont saisi une assistance sociale pour une mise sous tutelle pour quelques résidents.

Quelles initiatives sont mises en place pour améliorer l'état de santé et favoriser la prévention des vieillissants.

Il peut s'agir de permanences tenues par un professionnel de la santé ou de moments collectifs d'information sur un thème de santé, principalement sur le Sida (en région parisienne), les addictions (alcool, tabac), l'accès aux soins coûteux, le diabète, la tuberculose, la prévention des chutes. Des outils pédagogiques spécifiques pour cette population ont dans certains lieux été créés.

14 foyers (en région parisienne) ont proposé des bilans de santé gratuits car pris totalement en charge par la sécurité sociale.

Le Troisième Age

Citons d'autres formes d'actions plus exceptionnelles : l'accompagnement vers les structures médicales, les forums santé réunissant plusieurs acteurs locaux sur une journée, la formation de relais communautaires ou la mise en place de groupe de santé communautaire, ou encore des dépistages des cancers ou la prévention de la maladie d'Alzheimer.

Les partenaires sont associés sous différentes formes : individuelles pour les permanences, collectives pour les soirées débats. Mais quelques foyers ont mis en place des comités de pilotage multipartenarial. Des diagnostics médico-sociaux ou des recherches-actions ont été réalisés pour mesurer l'état de santé de cette population. Mr El Moubaraki donnera quelques résultats de diagnostics réalisés par Migrations Santé à l'issue de mon intervention.

Les résultats mesurés de ces actions et de ce partenariat sont : un meilleur suivi médical, l'accès aux soins, une meilleure orientation médicale, et enfin la satisfaction des résidents vieillissants, plus d'humanisation, moins d'agressivité.

Cependant les directeurs remarquent que l'éloignement des hôpitaux en milieu rural pose un véritable problème d'accès aux soins et de suivi pour les résidents. En matière de santé mentale, la remarque est faite de troubles psychiques qui apparaissent lors de la retraite. "Les migrants prennent conscience qu'ils ne repartiront pas définitivement au pays", "certains perdent l'appétit", pour ne citer que 2 réflexions de directeurs.

Les foyers sont-ils insérés dans le tissu local ? Ces vieillissants en foyer ont-ils le même accès aux droits que les autochtones ?

Les résultats tendent à prouver le contraire, malgré quelques tentatives intéressantes.

Seul dans 17 foyers sur 75, le portage de repas par un service d'aide à domicile est réalisé. A noter cependant qu'il ne s'agit pas là d'un refus du service d'aide, mais le plus souvent d'un refus du résident car la viande n'est pas Hallal, et qu'il se méfie du contenu des repas préparés à l'extérieur.

Dans 23 foyers, les activités 3ème âge organisées ou non par la mairie, accueillent des résidents des foyers. Même si des directeurs signalent que les migrants des foyers refusent de fréquenter le club 3ème âge...

Les aides ménagères interviennent dans 24 foyers sur 75. Un foyer a même mis en place une organisation collective où l'aide ménagère se déplace pour plusieurs résidents dans le même temps horaire. Alors que certains directeurs signalent : "les aides ménagères refusent de se déplacer à cause de la dimension des chambres". Force est de constater qu'une autre organisation est possible. Le blocage se situe peut être ailleurs. Les représentations que se font le personnel d'aide sur le migrant (il s'agit souvent d'un personnel féminin qui a peur de faire le ménage chez un vieux migrant) et vice versa... Un directeur rappelle que les vieillissants souhaitent que ce soit leur épouse qui les assiste lors de la retraite, plutôt qu'une inconnue. Mais les demandes de regroupements familiaux sont, pour des raisons de ressource et de non accès au logement social, impossibles.

Il existe en France ce que l'on appelle : des foyers logements. Il s'agit d'immeubles où ne vivent que des personnes âgées dans des appartements indépendants. Ces lieux sont aménagés pour des personnes à mobilité réduite. Il y a en permanence dans ces lieux, une personne pour aider en cas d'urgence, il y aussi des salles de détente et une possibilité de prendre ses repas dans une cuisine collective. Ces foyers logements coûtent moins cher qu'un foyer de travailleurs migrants. De plus la personne âgée se sent en sécurité. Malheureusement les vieux migrants y ont peu accès. Il s'agit de discrimination manifeste....

Les dispositifs APA (allocation d'Aide à l'Autonomie, mesures d'aides financières pour embaucher une aide à domicile, par exemple) sont peu connus des migrants vivant dans les FTM.

Par contre, de nombreuses associations interviennent dans les foyers (parfois pour suppléer le droit commun) et certains foyers ont des relations constructives avec la municipalité. Même si un directeur signale que la mairie refuse de prendre en considération le foyer, "elle ne veut pas en entendre parler".

Citons enfin une expérience originale où c'est la salle du foyer qui sert de lieu pour les activités du 3ème âge dans un village...

Le Troisième Age

Pour finir, nous avons laissé dans le questionnaire, un espace pour d'autres remarques des directeurs de foyer.

Ceux-ci signalent le surcroît de travail administratif qui les empêche d'avoir du temps pour écouter ces résidents, pour connaître le réseau local. Ces directeurs ne sont pas toujours à temps plein sur le foyer qui peut compter 300 résidents...

Ils souhaitent aussi parfois plus de formation pour aider ces vieillissants et faire face à des situations nouvelles (Alzheimer par exemple ou encore le retour de vieux migrants ayant rendu leur carte de séjour...).

D'une façon générale, nous sentons les directeurs des foyers conscients de ce vieillissement et soucieux d'améliorer la fin de vie de ces personnes isolées. Le partenariat noué, riche en intervenants divers montre bien la volonté d'agir autour de cette problématique, même des difficultés locales, administratives et structurelles existent.

Vieillesse et accès aux droits des Marocains immigrés aux Pays-Bas

Abdellatif Maroufi

*Consultant politique de la vieillesse
Pays-Bas*

Résumé

Avec l'installation de l'immigration, la vieillesse est devenue une nouvelle réalité de l'immigration marocaine aux Pays-Bas. Les travailleurs immigrés qui ont rejoint les Pays-Bas dans les années 60 et 70, entre l'âge de 25 ans et celui de 35 ans, ont atteint aujourd'hui l'âge de la retraite. Une partie est retournée s'installer au pays d'origine, le Maroc, mais pour la grande majorité, l'exil provisoire s'est transformé, devant l'abandon du projet initial du retour, en exil définitif.

Le premier janvier 2003, le nombre de Marocains âgés de plus de 55 ans aux Pays-bas était de l'ordre de 23.000 personnes, aux- quelles s'ajoutent plus de 6000 retraités qui recevaient à cette même date leurs allocations de pension au Maroc. Dans les quatre ans à venir, le groupe des marocains âgés aux Pays-Bas avoisinera les 33.000 personnes en l'an 2010, et plus de 53.000 personnes en 2020, soit respectivement 9,2% et 12,4% de l'ensemble de la communauté immigrée marocaine aux Pays Bas.

Cette apparition du phénomène de la vieillesse au sein de l'immigration, et son augmentation en chiffres et en pourcentages, soulève la question de l'accès aux droits et aux soins des marocains âgés que se soit aux Pays-Bas ou au Maroc. En effet, aux Pays-Bas l'accès aux prestations de la vieillesse est régi par trois principes qui sont le principe de la résidence, celui de la cotisation, et enfin celui de la situation matrimoniale et familiale.

Le Troisième Age

Or, si ces trois principes ne font aucune différence entre les nationaux et les étrangers, l'accès des marocains âgés aux droits et aux soins de la vieillesse aux Pays-Bas reste en grande partie déterminé par leur histoire migratoire et par leurs conditions socio-économiques. Le critère de résidence de 50 ans aux Pays-Bas, entre l'âge de 15 ans et celui de 65 ans, exclut la totalité des âgés marocains de l'accès à 100% des allocations de la loi générale sur l'assurance vieillesse (AOW). Pour toucher le revenu social minimum, ils doivent faire appel aux allocations d'aide sociale, et par conséquent être soumis, jusqu'à la fin de leur vie, au règlement contraignant du WWB (la loi du travail et d'aide sociale).

Le revenu moyen des âgés marocains est de 843 euro par mois, (bien inférieur à celui des Néerlandais), et dont les sources sont pour 90% les allocations d'incapacité au travail et les aides sociales. La pension d'entreprise ne participe que pour 5% dans le revenu des âgés marocains en raison de leur exclusion très tôt du procès de travail lors de la crise des années 80. A cela s'ajoutent tous les handicaps sociaux avec faible maîtrise de la langue Néerlandaise et un faible niveau d'instruction avec 88% des hommes et 98% de femmes qui n'ont jamais fréquenté l'école ni dans le pays d'origine, le Maroc, ni dans le pays de résidence, les Pays-Bas.

L'état de santé des immigrés marocains âgés n'est pas meilleur. Une grande majorité accumule dès un jeune âge des contraintes physiques et des maladies chroniques impliquant une vieillesse précoce. 57% des Marocains âgés souffrent de pertes de capacités physiques graves contre seulement 15% chez les Néerlandais. Malgré cet état de santé défavorable, l'accès aux soins des immigrés âgés n'est pas différent de ceux des âgés Néerlandais. La seule différence se sont les consultations fréquentes des médecins et l'utilisation du système des soins dans les pays d'origine durant leur séjour de vacances.

Aussi les Marocains âgés ne font que rarement recours aux services des institutions de soins pour les personnes âgées, alors qu'ils reçoivent pour la grande majorité l'aide informelle. Pour les immigrés âgés la prise en charge des soins de la vieillesse reste d'abord une charge et un devoir des enfants et des autres membres de la famille, mais ils n'excluent pas en même temps le recours aux services des institutions en cas de nécessité.

45% des femmes marocaines prévoient de recourir à ces derniers services en cas de vieillesse, et ceci peut trouver une explication dans la situation particulière de ce groupe de personne immigrées âgées.

Au moment de la vieillesse, ces femmes se trouveront en général veuves et les enfants auront grandi et quitté le domicile familial. A quoi s'ajoutera une situation sociale et financière non favorable, car 52% n'ont pas de revenu propre et ce sont elles qui prennent aujourd'hui en charge les soins de la vieillesse au sein des familles immigrées marocaines. D'où la nécessité urgente de reformer le système des soins et des allocations de la vieillesse aux Pays-Bas par la garantie d'une allocation de vieillesse minimale à toute personne et par l'interculturalisation des soins. Le système en cours remonte à l'après guerre et ne répond plus au patron de la vie actuelle et à la nouvelle composition de la société néerlandaise du fait de l'immigration.

Introduction

Avec l'installation de l'immigration, la vieillesse est devenue une nouvelle réalité de l'immigration marocaine aux Pays-Bas. Une réalité pour les pays de résidence, une réalité pour les pays d'origine, et une réalité pour les immigrés eux même et leur famille. Les travailleurs immigrés qui ont rejoint les Pays-Bas dans les années 60 et 70, entre l'âge de 25 ans et celui de 35 ans, ont atteint aujourd'hui l'âge de la retraite. Une partie est retournée s'installer au pays d'origine, le Maroc, mais pour la grande majorité, l'exil provisoire s'est transformé, devant l'abandon du projet initial du retour, en exil définitif.

Le premier janvier 2003, le nombre de marocains âgés de plus de 55 ans aux Pays-bas était de l'ordre de 23.000 personnes, aux quelles s'ajoutent plus de 6000 retraités qui recevaient à cette même date leurs allocations de pension au Maroc. Dans les quatre ans à venir, le groupe des marocains âgés aux Pays-Bas avoisinera les 33.000 personnes en l'an 2010, et plus de 53.000 personnes en 2020, soit respectivement 9,2% et 12,4% de l'ensemble de la communauté immigrée marocaine aux Pays-Bas.

Cette augmentation en chiffre et en pourcentage des immigrés âgés pose la question de la vieillesse au sein des communautés immigrées aux Pays-Bas. Les immigrés de la première génération se demandent comment et où passer leur derniers jours et qui va les prendre en charge, les décideurs politiques s'interrogent comment les accueillir, et les institutions de soins quels sont leurs besoins et comment adapter leur offre face à la diversité culturelle et religieuse de la population âgée.

Les réponses à ces interrogations sont en grande parti tributaires des choix politiques et du degré d'interculturalisation des soins aux Pays-Bas. Cependant l'accès effectif des immigrés âgés aux droits et aux soins de la vieillesse est en lien étroit avec leur à supprimer situation socio-économique et leur histoire migratoire.

I. Les caractéristiques démographiques socio-économiques

1. Les caractéristiques démographiques

1.1. Les structures démographiques des âgés marocains

Le concept de la vieillesse est un concept subjectif qui varie d'une société à une autre, et renvoie en première instance à celui de l'âge et aux données démographiques. Dans les sociétés où domine le rapport salarial, la vieillesse est liée à un âge social qui est celui de la retraite. Sur la base de cet âge social et de la perte de capacités physiques et mentales, il est convenu aux Pays-Bas de définir la vieillesse à partir du seuil de 55 ans. La politique de la vieillesse dans ce pays distingue trois grands groupes de personnes âgées qui sont :

1. le groupe de 55 – 64 ans c'est-à-dire des personnes âgées qui sont comptabilisées parmi la population active,
2. le groupe de 65 – 74 ans c'est-à-dire des personnes retraitées mais qui jouissent théoriquement encore de leurs capacités physiques et mentales,
3. et enfin le groupe des 75 et plus qui demandent plus d'aide et de prise en charge.

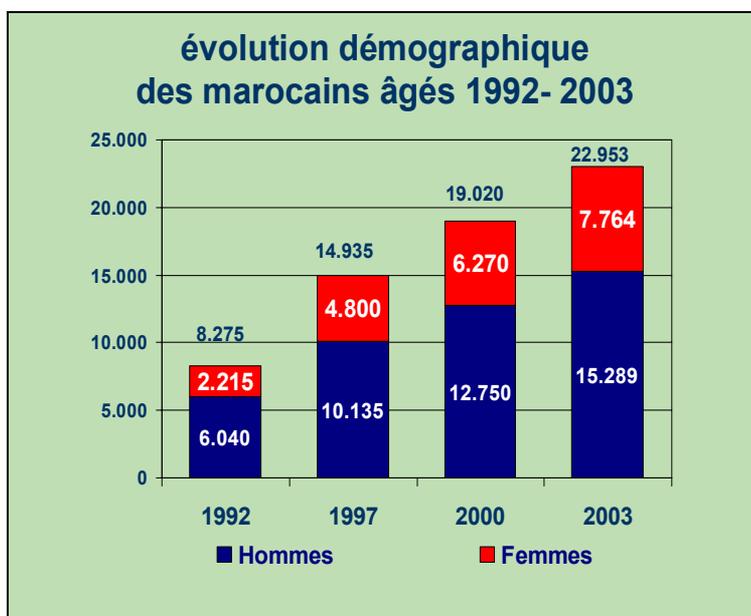
Voilà résumée la définition de la vieillesse et des groupes des personnes âgées, et que nous allons utiliser pour identifier la population des marocains âgés aux Pays-Bas, et analyser sa composition et ses structures. Qui sont les âgés marocains aux Pays-Bas? Quel est leur nombre et leur évolution démographique? Quelle est leur répartition géographique, par âge et par sexe? Quelles sont leurs situations matrimoniales et la composition de leurs ménages?

Le premier janvier 2003, l'ensemble des personnes âgées aux Pays-Bas (55 ans et plus) était de l'ordre de 4 millions de personnes sur une population totale de plus de 16 millions d'habitants. Parmi ces âgés, 3% sont d'origine immigrée (soit 116.445 personnes) dont les plus grands groupes sont par

Le Troisième Age

ordre décroissant les Surinâmes, les Turques, les Marocains, et les Européens du Sud. Les Marocains âgés constituent le quatrième grand groupe, après les Néerlandais, les Surinâmes, et les Turcs et représentent 7,8% de l'ensemble de la communauté marocaine aux Pays-bas.

Le premier janvier 2003, le nombre des marocains âgés était de 23 milles personnes sur une communauté totale de 320.000 personnes. Pour les deux tiers ces âgés sont des hommes et pour un tiers, des femmes. La majorité des âgés marocains ont moins de 65 ans, et seuls 25 % ont atteint ou dépassé l'âge de la retraite, avec une très faible proportion des plus de 75 ans (575 personnes). L'ensemble de ces âgés marocains appartiennent pour 99,5 % à la première génération des travailleurs immigrés qui ont rejoint les Pays-Bas dans les années 60 et 70 pour les hommes, et dans les années 70 et 80 pour les femmes dans le cadre du regroupement familial.



Source: CBS

Agés Marocains Aux Pays-Bas
janvier 2003

Age	Hommes	Femmes	Total	% hommes
55 - 64	10.587	5.548	16.135	66%
65 - 74	4.254	1.989	6.243	68%
≥ 75	348	227	575	61%
Total	15.289	7.764	22.953	66%

Source : enquête GWAO, SCP 2003

Dans l'espace de 10 ans, de 1992 à 2003, le nombre de marocains âgés aux Pays-Bas a presque triplé, passant de 8.275 à 23.000 personnes, et cette tendance de croissance accélérée va continuer dans les années à venir. Selon le bureau central des statistiques (CBS), les Pays-Bas compteront en 2020 plus de 53.000 personnes âgées d'origine marocaine soit 12,4% de l'ensemble des marocains et 1% de l'ensemble des âgés aux Pays-Bas.

Ces mutations démographiques dans la structure des âgés marocains sont le produit d'un double mouvement, celui de l'arrivée à un âge très tardif d'un groupe de marocains aux Pays-Bas, et la faible proportion du retour chez les immigrés de la première génération. En moyenne, la durée de résidence aux Pays-Bas de 2% des âgés marocains est inférieure à dix ans, et il s'agit en particulier de parents de famille immigrée qui ont rejoint leurs enfants à l'âge de vieillesse pour passer leurs derniers jours avec eux. Pour prendre soin de leur parents âgés, certains immigrés ont choisi de faire venir aux Pays-Bas leur père ou leur mère qui sont restés seuls au Maroc.

Ce type de regroupement touche surtout les femmes et se produit dans le cas où les familles immigrées n'ont personne au Maroc pour s'occuper de leurs parents âgés. La majorité des marocains âgés de plus de 75 ans et qui

Le Troisième Age

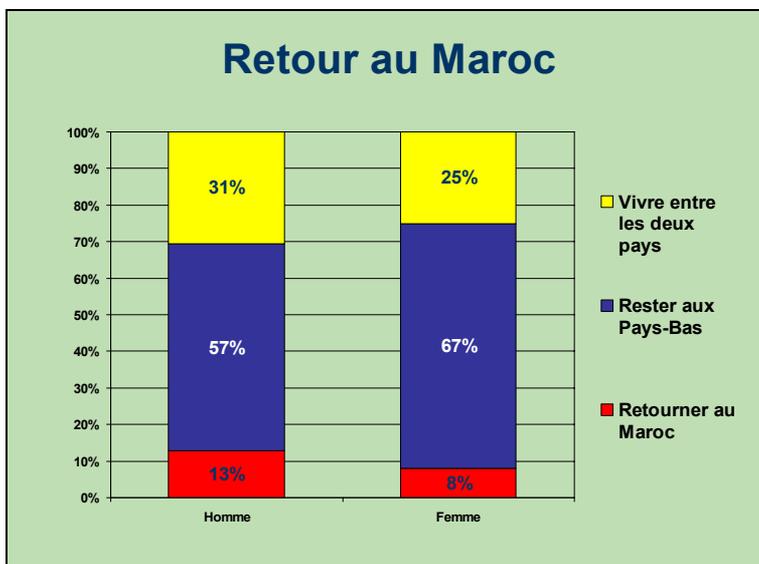
Résidents moins de dix ans aux Pays-Bas, sont des personnes qui ont rejoint dans la fin des années 90 ce dernier pays pour vivre le troisième âge auprès de leur famille. Dans la ville d'Amsterdam, ce groupe est estimé à plus de 100 personnes, et ne représente qu'un faible pourcentage de l'ensemble des âgés marocains qui est de 5000 personnes dans cette ville.

En effet, la quasi totalité des âgés marocains aux Pays-Bas sont des immigrés de la première génération qui se sont installés définitivement dans l'exil au lieu de retourner vivre dans leur pays d'origine, le Maroc. Contrairement aux prévisions de départ, la grande majorité des immigrés marocains de la première génération n'est pas retournée au Maroc pour se réinstaller. Le phénomène du retour ne touche en moyenne que 3% des marocains âgés aux Pays-Bas, et son intensité varie en fonction de l'âge et du sexe des personnes. En 1995, le pourcentage du retour était de 7,5% chez les hommes de 65 ans et plus, et de moins de 5% chez les femmes de la même tranche d'âge. Selon la dernière enquête du SCP en 2003 (Santé et bien être des allochtones âgés), seuls 8% des femmes et 13% des hommes âgés ont l'intention de se réinstaller au Maroc. Au contraire, le pourcentage d'abandon définitif du projet de retour chez les âgés marocains n'a cessé d'accroître ces dernières années, passant de 33% en 1991 à 44% en 1994, et à plus de 60% en 2003.

Pour des raisons à la fois complexes et multiples, (présence d'enfants et de petits enfants aux Pays-Bas, santé, angoisse, et l'absence de garantie pour les allocations) les immigrés marocains de la première génération ont renoncé progressivement au projet de retour pour se réinstaller dans le pays d'origine. Le retour est synonyme à leurs yeux d'un avenir incertain et d'une nouvelle émigration car il n'est pas simple de rompre avec la vie qu'on a bâtit dans le pays de résidence, surtout que la réintégration à la vie sociale marocaine après une longue période d'absence n'est pas aussi facile.

Selon l'enquête du SCP, 57% des marocains âgés qui souhaitent retourner déclarent que les conditions sont réunies pour exaucer leurs vœux. En général, il s'agit de "faux célibataires" dont la femme et les enfants résident encore au Maroc. Pour les 43% des aspirants au retour, les conditions objectives ne le permettent pas. Les relations familiales et les liens avec le pays sont les principales raisons qui expliquent le choix du retour ou de l'installation définitive des marocains âgés. Les raisons

financières et de santé ne sont que secondaires dans ce choix, et elles sont respectivement de 7% et 11% pour ceux qui préfèrent rester aux Pays-Bas, et de 11% et moins 1% pour ceux qui veulent retourner au Maroc.



Raisons de préférence de la résidence			
Raisons	Retour Ma	Rester PB	Ma /PB
Liens avec Maroc	56	-	28
Liens avec PB	-	38	34
Famille	22	72	71
Financières	11	7	7
Santé / âge	-	11	12
Soins aux PB	-	1	4
Climat	-	-	1
Autres	28	4	5

Source: enquête GWA0, SCP 2003

Cependant, malgré la faible propension du retour des immigrés, le nombre de personnes âgées résidentes au Maroc et qui touchent des allocations de vieillesse des Pays-Bas, n'a cessé d'accroître durant ces dernières années. Selon les statistiques de la Banque d'Assurance Sociale (SVB), le groupe des retraités au Maroc qui touchent une pension néerlandaise (AOW) est passé de 5.109 personnes en 2002 à 6.835 personnes en 2004. En plus des âgés marocains qui se réinstallent au Maroc, cette croissance trouve son origine dans l'arrivée à l'âge de la retraite des personnes qui touchaient les allocations d'incapacité au travail, les allocations de veuve, ou les allocations de la loi du retour de 1985. En 2005, il y avait au Maroc plus 2.842 personnes qui touchaient les allocations de veuve ou de rémigrant, et plus de 2.600 personnes les allocations d'incapacité au travail. A l'âge de 65 ans, ces allocations prennent fin, et les personnes concernées touchent à partir de l'âge de la retraite les allocations néerlandaises de vieillesse.

1.2. Structure par âge et matrimoniale des âgés marocains aux Pays-Bas

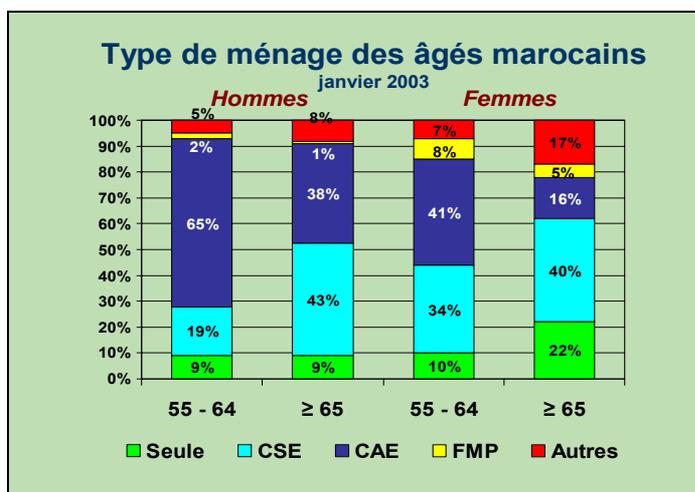
A la différence des néerlandais, les marocains âgés sont relativement jeunes et vivent encore dans des ménages avec enfants. Le groupe 55-64 ans représente plus des 2/3, et celui de 75 ans et plus un peu plus que 2%

du total des âgés marocains aux Pays-Bas. Les femmes forment le tiers des marocains âgés marocains, et ceci dans tous les groupes d'âges, mais dans la prochaine décennie leur pourcentage va augmenter et il sera de 43% en 2010, et de 48% en 2020. De même, les groupes d'âge des retraités et celui des 75 ans et plus connaîtront une nette augmentation dans le futur proche.

Pour 85 %, les âgés marocains vivent en couple dans des ménages avec enfants pour 65% et sans enfants pour 19%. Plus l'âge avance, plus la proportion des personnes qui vivent seules et des couples sans enfants augmente. Pour le groupe des 65 ans et plus, le pourcentage des âgés marocains qui vivent seules ou dans des couples sans enfants est respectivement de 9% et 43% pour les hommes, et de 22% et 40% pour les femmes. La proportion des familles monoparentales est plus grande chez les femmes, et presque insignifiante chez les hommes, et ceci s'explique par la grande différence d'âge entre les deux partenaires dans les couples d'âgés marocains aux Pays-Bas. En moyenne, les femmes sont de 10 à 15 ans plus jeunes que leurs maris, et la probabilité qu'elles deviennent veuves et chef de famille est plus grande. A l'âge de 65 et plus, seules 56% des femmes vivent encore en couple avec ou sans enfants.

Prévisions démographiques			
2003-2020			
Année	≥ 55 ans	% CIMH	% TVPB
2003	22.953	7,8%	0,6%
2010	32.341	9%	0,7%
2020	53.525	12,4%	1%

CIMH: Communauté marocaine aux Pays- Bas
TPAH: Total de la population agee aux Pays-Bas



Source: enquête GWA0, SCP 2003

La taille moyenne des ménages des âgés marocains aux Pays-Bas est de 5 personnes. A l'opposé des vieux néerlandais, les marocains ont des enfants qui habitent encore avec eux sous le même toit. 49% du groupe 55-64 ans habitent avec des enfants mineurs et 45% avec des enfants majeurs de 18 ans et plus. Pour le groupe des 75ans et plus ces pourcentages sont respectivement de 19% et 22%, c'est-à-dire que les retraités marocains ont encore, à un âge avancé la charge d'éducation de leurs enfants.

En plus de la grandeur de la taille des ménages, l'autre caractéristique des âgés marocains c'est d'avoir des enfants qui n'habitent pas loin d'eux, à une distance de voyage inférieure à 30 minutes. A l'image de la communauté immigrée marocaine aux Pays-Bas, les âgés marocains connaissent une concentration dans les villes de taille moyenne ou grande. Plus de 47% des âgés marocains résident dans les quatre grandes villes néerlandaises qui sont Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, et La Haye, et 80% dans trois provinces (Hollande du nord, Hollande du sud, et Utrecht) parmi les 12 provinces que comptent les Pays-Bas.

Même à l'intérieur des villes, les marocains âgés sont concentrés géographiquement dans les quartiers populaires dont la construction remonte à la fin du XIX siècle.. D'où l'importance relative de leur nombre

parmi la totalité de la population des âgés dans les grandes agglomérations urbaines, même si leur pourcentage au niveau national reste encore faible. Dans des villes comme Amsterdam, Rotterdam, La Hayes, et Utrecht les marocains âgés représentent entre 3% et 8% des personnes ayant 55 ans et plus, et entre 8 et 10% de la totalité de la communauté immigrée marocaine. Dans la seule ville d'Amsterdam, résidaient en 2003 plus de 20% des âgés marocains aux Pays-Bas.

2. Les caractéristiques socio-économiques et état de santé

2.1. Les caractéristiques socio-économiques

Les caractéristiques socio-économiques des âgés marocains sont le produit de leur histoire migratoire, et leur situation sociale reste dominée en général par un faible niveau d'instruction, la méconnaissance de la langue Néerlandaise, un bas revenu, et une faible participation sociale et politique. En plus de la vieillesse, les marocains âgés aux Pays-bas accumulent tous les handicaps sociaux. Le niveau d'instruction de 97% d'entre eux ne dépasse pas l'école primaire avec un taux d'analphabétisme qui avoisine les 70%. Seuls 3% des âgés marocains ont un niveau du secondaire, alors que la moyenne est de 72% pour le groupe des Néerlandais. Selon l'enquête du SCP de 2003 sur les âgés allochtones, seuls 13% des hommes marocains âgés et 3% des femmes ont été à l'école.

La quasi totalité des âgés marocains n'a jamais fréquenté l'école ni au Maroc ni aux Pays-Bas, ce qui se traduit par des effets négatifs sur leur participation sociale et économique en raison de la relation étroite qui existe entre les deux termes dans les sociétés modernes. Le niveau d'instruction et de formation a, sans aucun doute, une influence sur la position des individus dans le marché de travail, et sur leur participation sociale et politique, mais aussi a une influence sur leur santé physique et mentale comme l'a confirmée l'enquête nationale de 2001 sur la santé aux Pays-Bas. La principale conclusion de cette enquête c'est une stratification de l'état sanitaire des personnes en fonction du 1) le niveau d'instruction, 2) revenu ou position économique, 3) et de la position sociale.

Le Troisième Age

Sur le marché du travail, la participation des âgés marocaine recensé parmi la population active est faible, et ne dépasse pas les 10% dans son ensemble. 15% des hommes seulement travaillent plus de 12 heures par semaine car une majorité de 55% d'entre eux ont une incapacité au travail et 15% au chômage. Dans le cas des femmes 86% sont des femmes, à domicile et leur participation effective au marché du travail ne dépasse pas les 4%. Plus de 95% des femmes âgées marocaines n'ont jamais été des travailleurs salariés aux Pays-Bas. Chez les hommes, ce pourcentage est de 2% pour les 55-64 ans et de 4% pour les 65 ans et plus.

Niveau d'éducation

Niveau	Hommes		Femmes	
	Ma	NL	Ma	NL
sans	88	15	97	22
primaire	7	10	1	18
secondaire	1	32	0	33
Lycée	3	23	2	17
Universitaire	2	21	0	10

Situation sur le marché de Travail
(55-64ans) janvier 2003

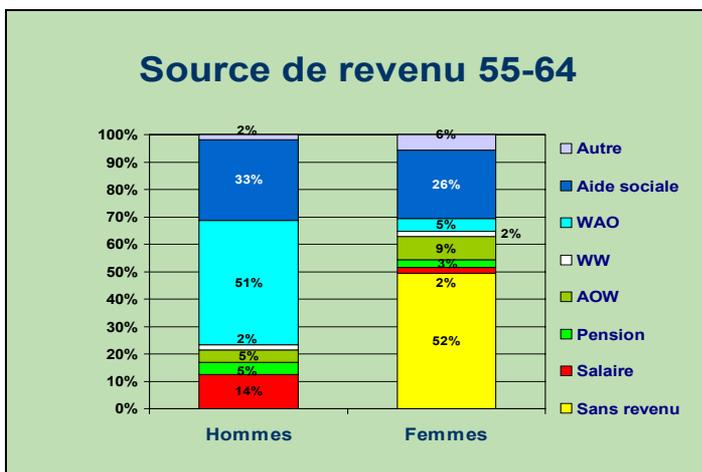
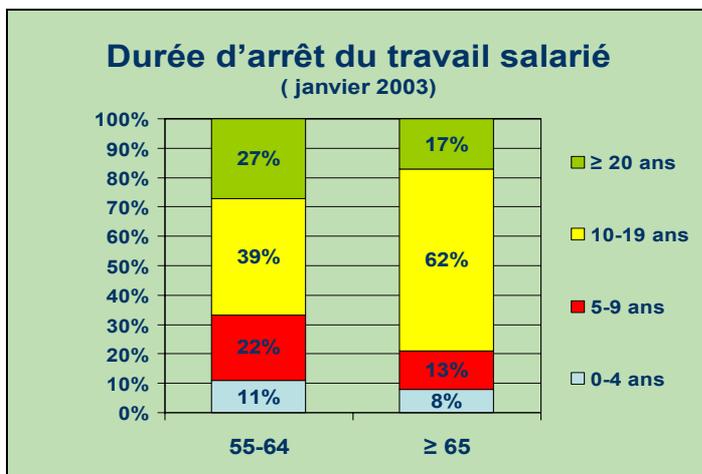
situation	Travail + 12 h/s	Chômage	T à D	WAO	AOW	Autres
Hommes	15	15	10	55	4	2
Femmes	2	2	86	2	9	0
Total	10	10	37	37	6	1

T à D : travail à domicile, WAO : allocations d'incapacité au travail, AOW : Allocation vieillesse

Source: enquête GWA0, SCP 2003

Les âgés marocains ont quitté le processus de travail tôt dans les années 80 avec les restructurations industrielles et la crise économique. 66% des 55-64 ans et 79% des plus 65 ans n'ont pas travaillé depuis au moins 10 ans. Cette durée dépasse les 20 ans pour 27% des âgés marocains qui n'ont pas encore l'âge de la retraite.

Cette faible participation au marché du travail a des conséquences directes sur le revenu des âgés marocains aux Pays-Bas. La principale source du revenu n'est pas le salaire, mais les différentes formes d'allocations sociales. Ainsi, 52% des femmes âgées n'ont pas de revenu propre à elles, et pour les hommes ce sont principalement les allocations d'incapacités au travail pour 51% et pour 33% l'aide sociale. Le revenu moyen des âgés marocains en 2003 était de l'ordre de 843 euro par mois avec une moyenne de 900 euro pour les 55/64 ans, et 924 euro pour les 65 ans et plus. Seuls 8% des âgés marocains ont un revenu supérieur au revenu social minimum, contre 51% chez les néerlandais.



Source: enquête GWAO, SCP 2003

La faiblesse du revenu des âgés marocains aux Pays-Bas a des répercussions sur le logement, la santé et la participation à la vie sociale. En général, Les âgés marocains habitent les quartiers populaires dans des petites maisons anciennes dont la qualité est largement inférieure à celles des néerlandais. Ils habitent en famille dans des logements sociaux dans des immeubles. 30% des âgés marocains sont insatisfaits de leur situation de logement et

tentent de l'améliorer, mais ces tentatives sont confrontées aux contraintes financières en raison de la faiblesse du revenu.

2.2. Etat de santé et consommation de soins

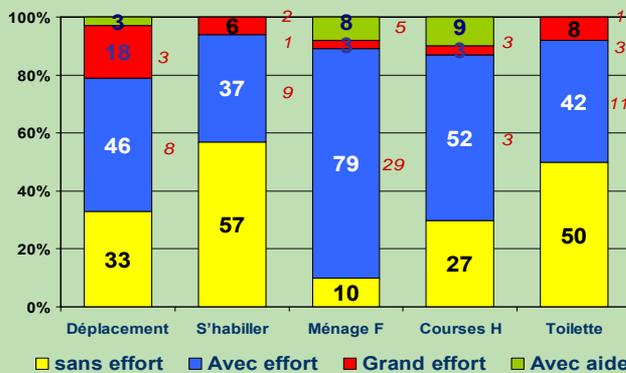
Selon les résultats de l'enquête du SCP, les données personnelles et les caractéristiques socio-économiques sont des facteurs déterminants pour l'état de santé, des populations âgées, et pour analyser cet état de santé les chercheurs ont généralement recours à quatre types d'indicateurs. Le premier indicateur c'est le jugement que portent les concernés eux mêmes sur leur état de santé. C'est un indicateur subjectif, mais il a le mérite de savoir comment les personnes âgées évaluent leur bilan sanitaire. Le deuxième indicateur est en rapport avec la présence ou non de maladies chroniques, physiques ou mentales et qui nécessitent un traitement médical continu. Le troisième indicateur sur l'état de santé des âgés est celui des contraintes / dépendances dans les activités ménagères (HDL) comme faire la cuisine ou passer l'aspirateur. Le quatrième indicateur est relatif aux contraintes / dépendances des activités de la vie quotidienne (ADL) comme se laver, s'habiller, se déplacer ou manger.

Ces quatre indicateurs appliqués aux âgés marocains, toutes les recherches et enquêtes qui ont porté ces dernières années sur les personnes âgées aux Pays-Bas, constatent le vieillissement précoce et le mauvais état de santé des âgés marocains avec des pertes de capacités et des dépendances accrues à un âge relativement jeune. Dans l'enquête du service municipal de la santé de la ville d'Amsterdam de 2001, sur les Turcs et les Marocains, seuls 25% des âgés marocains à Amsterdam jugent leur état de santé bien ou très bien contre 44% qui la jugent moyenne ou mauvaise, alors que ces pourcentages sont dans cette même enquête de 63% et 11% chez les Néerlandais. Les marocains âgés sont confrontés très tôt à la maladie car 64% des hommes du groupe 55-64 ans, et 79% des femmes souffrent de maladies chroniques selon les conclusions du service municipal de la santé (GG&GD). Ces maladies chroniques s'intensifient avec l'âge et causent des pertes de capacités pour effectuer les tâches ménagères de la vie quotidienne. A l'âge de 55 - 64 ans, 34% des hommes âgés marocains et 44% de femmes ont de grandes difficultés pour effectuer les tâches ménagères, alors que ces contraintes sont inexistantes chez les hommes néerlandais et seulement de 8% pour les femmes.

Etat de santé des marocains âgés

	Maldies constatées		au mois une maladie	
	Ma	NL	Ma	NL
Homme	2,5	1,5	84%	67%
femme	3,0	2,0	94	77%
55	2,7	1,5	88	68
≥ 65	2,8	1,9	91	75
moyenne	2,8	1.7	89	72

ADL/HDL âgés marocains



Source: enquête GWAO, SCP 2003

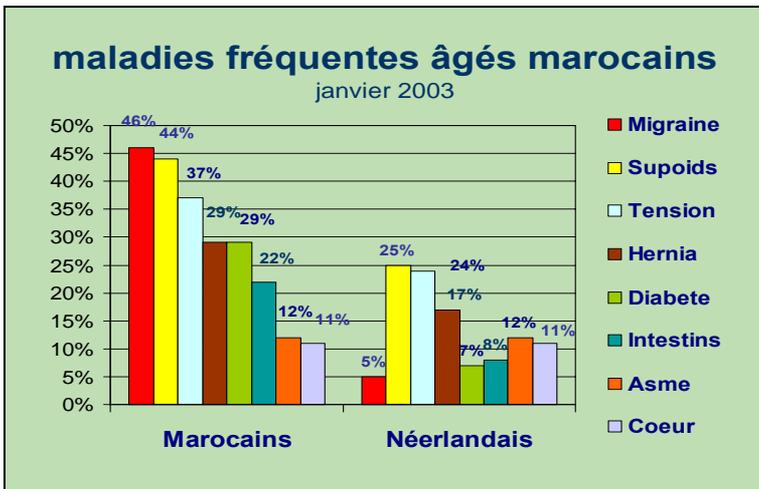
Sur le plan national, les rapports de Jaco Dagevos (La situation de vie des âgés allochtones aux Pays-Bas, 2001), de Van Lindert (La deuxième étude nationale sur les âgés, 2004), et de Roelf Schellingerhout (Santé et bien être des âgés allochtones, 2004) aboutissent aux mêmes résultats, le mauvais état de santé des âgés allochtones en général, et des marocains en particulier. Avec les Turcs, les Marocains forment le groupe d'âgés qui a le mauvais état de santé aux Pays-Bas.

En plus de la fréquence des maladies chroniques, l'autre caractéristique de l'état de santé des âgés marocains c'est la présence de certaines maladies plus que d'autres. Les maladies chroniques les plus fréquentes dont souffrent les âgés marocains sont par ordre d'importance, et selon l'enquête du SCP de 2004 : La migraine chronique chez 46%, le surpoids 44%, la tension 37%, diabète et hernie 29%, et maladies du système digestif chez 22%. Certaines de ces maladies sont 4 à 10 fois plus fréquentes chez les âgés marocains que chez les âgés néerlandais : le diabète est de 29% chez les Marocains et de 7% chez les néerlandais, la migraine est respectivement de 46 % et 5%, et les maladies du système digestif de 22% et 8%.

Ce mauvais état de la santé des âgés Marocaine en particulier, et des immigrés en général, trouve en partie son explication dans l'immigration elle même : le dur et sale travail effectué par les immigrés dans le passé, la situation socio-économique, l'ignorance de la langue néerlandaise, la mauvaise connaissance du système de soins, l'isolement social et le stress migratoire. En plus des facteurs liés à l'immigration, les enquêtes et les recherches soulignent aussi le rôle négatif ou positif de certaines habitudes alimentaires et culturelles sur l'état de santé des âgés d'origine immigrée. En général les Marocains ne fument pas et ne consomment pas d'alcool, c'est pourquoi le cancer n'est pas fréquent chez eux comparativement aux Néerlandais. Par contre leurs habitudes alimentaires facilitent le développement du diabète et des maladies liées au surpoids (GG&GD, Amsterdam 2002).

Malgré cet état de santé mauvais, la consommation de soins et de médicaments chez les âgés marocains aux Pays-Bas n'est pas différente de celle des âgés néerlandais. La seule différence c'est les consultations fréquentes des médecins et l'utilisation du système des soins dans les pays d'origine durant les séjours des vacances. Cette fréquente consultation des médecins s'explique en partie par la non maîtrise de la langue et les difficultés de communication. Aussi, les âgés marocains n'ont pas recours aux services des institutions de soins pour les personnes âgées alors qu'ils reçoivent pour la grande majorité de l'aide informelle. Ce non recours aux institutions de soins s'explique par plusieurs facteurs dont les principaux sont :

1. La prise en charge des soins par la famille, surtout les femmes, car les âgés Marocains sont mariés à des femmes jeunes et vivent encore dans des ménages avec enfants. Or un des critères pour accéder aux soins institutionnels c'est que ceux-ci ne peuvent pas être pris en charge par les membres de la famille.
2. La contrainte financière car le bénéficiaire est appelé à payer une contribution aux frais
3. La représentation et l'image négative qu'ont les immigrés des institutions de soins pour les vieux. Par exemple pour les Marocains et les Turcs les maisons de retraite et de soins sont pour les personnes sans famille et les pauvres.
4. Une offre qui ne répond pas encore aux besoins de ces nouveaux groupes de personnes âgées, c'est-à-dire une internationalisation des soins.
5. Les immigrés âgés sont encore relativement jeunes comparés aux âgés néerlandais.



Consommation de médicaments

janvier 2003

	%		ñ médicaments		Confiance	
	Ma	NL	Ma	NL	BP	MA
Total	69	68	1,8	1,4	4,0	3,6
Hommes	67	66	1,7	1,3	4,1	3,6
Femmes	71	71	1,9	1,5	3,9	3,7
55 - 64	66	61	1,7	1,2	4,0	3,8
≥ 65	72	74	1,9	1,6	4,0	3,5

Source: enquête GWA0, SCP 2003

Pour les Marocains âgés, la prise en charge des soins reste d'abord une charge et un devoir des enfants et des autres membres de la famille, mais ceci n'exclue pas le recours aux services des institutions de soins en cas de

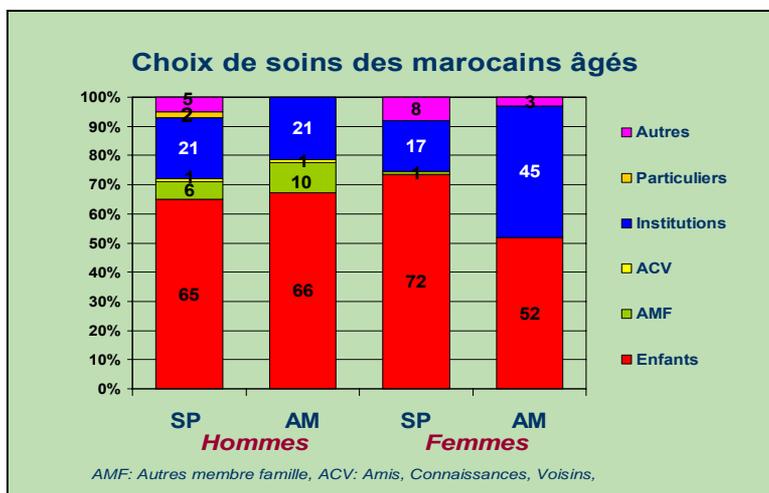
Le Troisième Age

nécessité. 45% des femmes marocaines n'écartent pas le recours à ces derniers services en cas de vieillesse, et ceci peut s'expliquer par la situation particulière de ce groupe d'immigrées âgées. Au moment de la vieillesse ces femmes se trouveront en général veuves et les enfants auront grandi et quitté le domicile familial. A quoi s'ajoutera une situation sociale et financière non favorable, car ce sont elles maintenant qui prennent en charge les soins de leurs maris.

Ce recours des femmes marocaines aux services du système des soins ne concerne que les activités ménagères, et non les soins personnels. Pour ces derniers il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes qui comptent tous sur les enfants et les autres membres de la famille pour les prendre en charge. En effet, les âgés marocains font la différence entre deux formes de soins, d'un côté, les soins qui touchent à l'intimité de la personne et du corps comme se laver, s'habiller, aller aux toilettes, et d'autre part, les soins d'aide ménage. Pour les premiers, ils préfèrent qu'ils soient pris en charge par des personnes intimes qui sont les enfants et les autres membres de la famille. Pour les deuxièmes, ils n'écartent pas de recourir aux soins institutionnels s'ils sont compatibles avec leur culture et leur croyance. Ce qui soulève la question de l'interculturalisation de l'offre des soins de la vieillesse aux Pays-Bas, mais aussi celui de leur 'accessibilité.

Les soins à domiciles janvier 2003

	Total		55 - 64		≥ 65	
	Ma	NL	Ma	NL	Ma	NL
Non	46	64	47	74	44	56
Soins infor	54	10	53	5	55	14
Soins form	1	16	1	5	3	26
Particuliers	0	13	0	17	0	10
Autres	0	1	0	2	1	1



Source: enquête GWAO, SCP 2003

II. Accès aux droits et aux soins de la vieillesse des âgés marocains

1. Le cadre politique d'accès aux soins et aux droits

L'accès des personnes âgées d'origine immigrée aux soins et aux droits de la vieillesse est tributaire 1) des choix politiques et des orientations mises en application, et 2) des conventions et traités ente les pays d'origine et les pays de résidence. Aux Pays-Bas les immigrés âgés sont en tant que membres des minorités ethniques l'objet de la politique d'intégration, et en tant qu'âgés l'objet de la politique générale de la vieillesse. La politique de l'intégration accorde la priorité aux jeunes, aux femmes et aux nouveaux arrivants, et elle met l'accent sur l'enseignement, le travail, l'apprentissage de la langue néerlandaise, la participation sociale, et depuis 2001 l'intériorisation des normes et valeurs de la société néerlandaise et l'encouragement des contacts interethniques. Pour la politique de l'intégration les âgés ne sont pas une priorité, et c'est un groupe qui relève comme les autres groupes des personnes âgées de la politique de la vieillesse régulière.

Le Troisième Age

Dans la politique de la vieillesse régulière, le point de départ, est d'éviter le plus possible la création d'institutions de soins catégoriales pour les immigrés âgés, mais de les intégrer dans les institutions générales des soins par l'adaptation de l'offre de ces dernières à leurs besoins spécifiques. Pour concrétiser ce choix politique les grands axes de l'action des autorités sont depuis 1994:

- l'inventorisation de la situation et des besoins des immigrés âgés ;
- encourager l'expertise et l'interculturalisation du personnel des institutions de soins ;
- faire connaître aux populations immigrées le système néerlandais, et les informer de l'offre,
- développement de nouvelles méthodes et promouvoir l'expertise.

Au niveau pratique ceci s'est traduit par la publication de plusieurs recherches et rapports sur les immigrés âgés, par le développement d'un programme d'information, et par un début d'interculturalisation de certains services de soins, notamment en matière d'information et de logement.

En plus du cadre et des choix politiques des Pays-Bas, l'accès des âgés marocains aux soins et aux droits est tributaire aussi des conventions bilatérales entre ce dernier pays et le Maroc, et notamment de la convention de sécurité sociale de 1972, qui a été modifiée récemment par un arrangement administratif, suite à la loi néerlandaise de 2000 relative à la limitation des exportations des allocations (BEU), et qui est rentrée en vigueur le premier novembre 2004.

2. Les principes d'accès aux droits et aux soins de la vieillesse aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas l'accès aux prestations de la vieillesse est régi par trois principes qui sont le principe de la résidence, celui de la cotisation, et enfin celui de la situation personnelle et familiale. Le principe de la résidence détermine le montant de la retraite minimale, c'est à dire de l'AOW (Loi générale sur l'assurance vieillesse) et le droit de son exportation en fonction de la durée de résidence et du pays de la résidence de la personne. Le principe de la cotisation donne droit à la pension de l'entreprise, gérée par les caisses des retraites, et à celui des soins dans le cadre de la loi générale

des dépenses de soins exceptionnels AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), c'est à dire des soins qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie. Quant à la situation matrimoniale et familiale elle définit le montant du WAO et indique la nature et le volume des soins auxquels la personne âgée a droit.

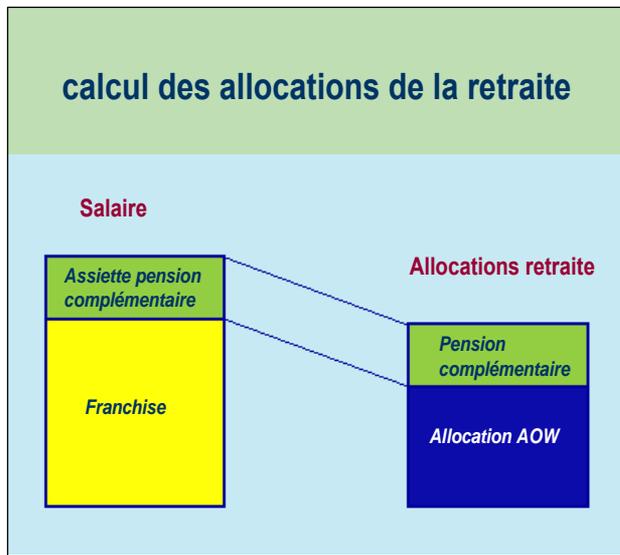
Ces trois principes qui définissent l'accès aux droits et aux soins des personnes âgées aux Pays-Bas ne font aucune différence entre les nationaux et les étrangers. Mais leur mise en application dans le cas des immigrés rencontre quelques limites et soulève plusieurs problèmes en raison, d'une part de la durée et du lieu de la résidence des immigrés âgés, et d'autre part à cause d'une offre des soins qui reste, en grande partie, inadaptée aux besoins et à la situation sociale spécifique de ce nouveau groupe de personnes âgées aux Pays-Bas. La vieillesse n'est pas uniquement une question d'âge et de dépendance, mais aussi une question sociale, de culture et d'immigration elle-même. Pour illustrer ces contraintes, nous allons nous limiter au cas des allocations vieillesse.

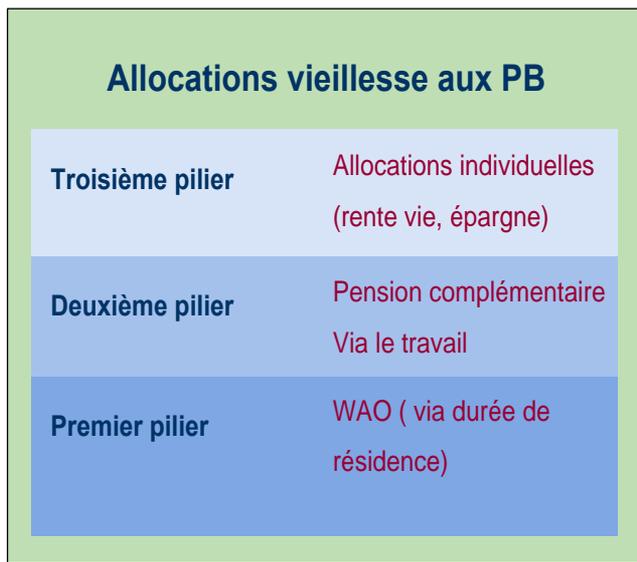
En effet, aux Pays-Bas, les allocations de la vieillesse reposent sur trois piliers. Le premier pilier est celui de l'allocation vieillesse minimale instaurée en 1957 par la loi générale sur l'assurance vieillesse (AOW) et qui en fonction des années de résidence aux Pays-Bas. Pour chaque année de résidence aux Pays-Bas entre l'âge de 15 ans et celui de 65 ans, la personne reçoit 2% du AOW, et il faut donc 50 ans de résidence aux Pays-Bas entre ces deux âges pour que la personne retraitée accède à un 100% des allocations de loi générale sur l'assurance vieillesse (AOW).

Le deuxième pilier des allocations vieillesse est la pension d'entreprise qui est en fonction des cotisations et des années de travail, et elle est parfois désignée par le sigle de pension complémentaire du fait que son montant s'ajoute à celui de l'AOW. Aux Pays-Bas, la pension d'entreprise n'est pas obligatoire sauf si les conventions collectives de travail le stipulent, et les cotisations ne sont retenues que sur une partie du salaire. Aujourd'hui aux Pays-Bas, 90% des travailleurs en retraite touchent une pension d'entreprise qui est gérée par les caisses de pension, et pour avoir une retraite égale à 70% de son dernier salaire, avec AOW compris, il faut travailler pendant une période de 40 ans (1,75 % à 2,25% par an).

Le Troisième Age

Quant au troisième pilier des allocations vieillesse, ce sont les règlements individuels et qui sont l'ensemble des mesures et initiatives que toute personne entreprend pour préparer sa vieillesse. Ces règlements peuvent prendre des formes diverses, de l'épargne jusqu'aux investissements financiers en passant par l'achat de bien immobilier ou toutes autres formes d'accumulation de richesse. Aux Pays-Bas, ce troisième pilier est pris en compte, surtout si la personne touche une allocation inférieure au revenu social minimum.





3. Les limites d'accès des marocains âgés au système des droits et des soins aux Pays-Bas

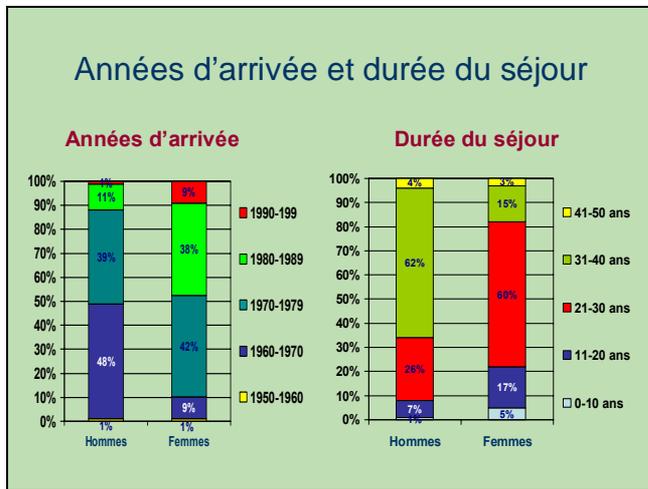
Voilà en résumé les trois grands piliers qui régissent les allocations de vieillesse aux Pays-Bas. Mais appliqués au cas des immigrés, plusieurs limites apparaissent au niveau du critère de résidence, au niveau de la pension d'entreprise, et au niveau des règlements individuels.

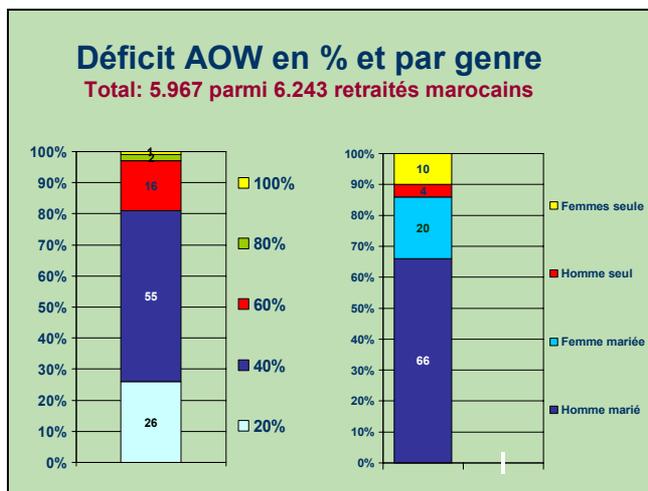
3.1 Les limites du critère de résidence

A part les personnes originaires des anciennes colonies, rares sont les immigrés âgés qui ont un AOW de 100%, car les travailleurs immigrés ont rejoint les Pays-Bas dans les années 60 et 70 à un âge supérieur à celui de 15 ans. Selon les conventions collectives d'importation de la main d'œuvre signées entre les Pays-Bas et les pays d'origine des immigrés, cet âge était au maximum de 35 ans pour les ouvriers non qualifiés et jusqu'à 45 ans pour les ouvriers qualifiés. Quant aux femmes elles ont rejoint les Pays-Bas dans les années 70 et 80 dans le cadre du regroupement familial et après des années de mariage.

Le Troisième Age

La durée de séjour des retraités Marocains aux Pays-Bas est en moyenne de 35 à 40 ans pour les hommes, et de 25 à 30 ans pour les femmes. La majorité d'entre eux est venue s'installer aux Pays-Bas dans les années 70 et 80, et seul 1% a une durée de résidence entre 41 et 50 ans. Ce qui se traduit par une diminution des allocations de l'assurance vieillesse qui varie entre 20% jusqu'à 60% parfois. Parmi un total de 6.243 retraités d'origine marocaine que comptaient les Pays-Bas en 2003, seul 276 personnes avaient 100% du AOW selon les statistiques de la Banque d'assurance sociale (SVB). Les retraités marocains n'ayant pas un AOW complet sont pour 70% des hommes et 30% des femmes, et la majorité (86%) sont mariés et vivent dans des ménages avec enfants.





Face à ce déficit de résidence et pour toucher le revenu social minimum, les immigrés âgés doivent faire appel aux allocations d'aide sociale. Ce qui se traduit par leur soumission au règlement de ce dernier. Ainsi, ils ne peuvent avoir droit qu'à 13 semaines de vacances par an, et leur conjoint qu'à 4 semaines par an s'il est âgé de moins de 57 ans et 6 mois. Le revenu des autres membres de la famille qui résident dans la même maison que la personne âgée est pris en compte dans le calcul du montant de l'aide sociale. Or dans le cas des âgés immigrés, surtout Marocains et Turcs, les enfants de plus de 18 ans habitent encore avec leurs parents âgés ce qui se traduit par des répercussions sur les allocations de vieillesse. Si l'enfant quitte le domicile familial, cela peut se traduire par moins de soins informels.

A cela s'ajoute que le règlement de l'aide sociale, impose dans un article que la richesse de la personne bénéficiaire ne dépasse pas les 10.000 Euro pour un couple, et que la valeur de bien immobilier, que se soit aux Pays-Bas ou à l'étranger, ne dépasse pas 43.100 Euro. Pour contrôler cette richesse et ces biens immobiliers les Pays-Bas ont signé les deux dernières années des conventions de contrôle stipulant l'accès aux archives des conservations foncières et autres administrations. Les allocations de vieillesse (AOW) ne sont plus exportables que pour les pays de l'UE, de l'Espace économique européen, et pour les autres pays signataires des

Le Troisième Age

conventions de contrôle, et ceci en vertu de la loi de 2000 qui stipule la limitation des exportations des allocations néerlandaises à l'étranger.

Le comble c'est que les immigrés âgés seront soumis jusqu'à la fin de leur vie au règlement des aides sociales qui n'est pas prévu en principe pour financer la vieillesse. Ces allocations sont en général des aides prévues dans le cadre de la solidarité et ont pour fonction la prise en charge temporaire dans une perspective d'intégration dans le processus de travail. Depuis 2004, elles sont liées étroitement au travail dans le cadre de la nouvelle loi sur le travail et l'aide sociale (WWB). Devant cet état de fait, et vu que la croissance du nombre des immigrés âgés va peser lourd sur les fonds du WWB, le conseil économique et social conseille au gouvernement comme option de baisser l'âge de la résidence de 50 ans à 40 ans et de calculer celui-ci à partir de 25 ans et non dès l'âge de 15 ans comme c'est le cas aujourd'hui.

3.2 Les limites de la pension d'entreprise ou de la pension complémentaire

A la différence des autres pays européens, aux Pays-Bas la pension d'entreprise n'est pas juridiquement obligatoire. Ce sont les conventions collectives de travail qui la réglementent par secteur d'activité économique, et aujourd'hui 90% des retraités aux Pays-Bas touchent cette pension d'entreprise qui est gérée par les fonds de retraites. Le montant de la pension complémentaire de l'AOW, comme son nom l'indique, varie de quelques dizaines à quelques centaines d'euro en fonction des années de travail, des cotisations, et de la franchise mise en application.

Dans le cas des retraités marocains et vu leur histoire sur le marché de travail, la part de pension d'entreprise dans le revenu est très faible. Tout d'abord, une majorité d'âgés marocains ont quitté le processus de travail dans les années 80, à l'âge de 40/50 ans et ne l'ont jamais intégré avant la retraite. Ensuite, ils ont travaillé durant les années 60 et 70 dans des secteurs et des entreprises où la pension complémentaire n'était pas toujours courante. Même si elle existait, leur salaire était bas ne dépassant

que de très peu la franchise des pensions. Sans parler des femmes dont 95% n'ont jamais eu de travail salarié.

Devant la faiblesse du montant de la pension complémentaire, combinée à l'ignorance du système des allocations vieillesse aux Pays-Bas et aux difficultés de constituer le dossier, certains âgés marocains renoncent à présenter la demande. Même avec celle-ci, leur revenu restera en bas du revenu social minimum, et c'est l'aide sociale qui comblera la différence. Pour économiser les difficultés et les complications des démarches administratives, les âgés marocains ne font toujours pas usage des pensions d'entreprise, surtout si le revenu final, sans ou avec ces allocations, sera le même du fait que les allocations d'aides sociales couvriront la différence entre le revenu réel et le revenu social minimum.

3.3. Les limites des règlements individuels

Les immigrés, comme toute personne, savaient qu'un jour ou un autre ils vont vieillir, et il est donc normal qu'ils aient pris des dispositions personnelles pour préparer le troisième âge. Seulement ces dispositions sont en rapport étroit avec leur histoire migratoire. Au début, les immigrés prévoyaient le retour dans leur pays d'origine et c'est pourquoi ils ont pris des dispositions de vieillesse dans ce dernier comme l'acquisition de maison ou l'investissement dans des activités commerciales et agricoles. Ces dispositions ne sont pas prévues par le système néerlandais qui est basé sur les déductions fiscales des capitalisations financières et des rentes vie. Au lieu de voir en eux des règlements individuels qui relèvent du troisième pilier du système des pensions aux Pays-Bas, ces dernières les considèrent comme des richesses qui sont prises en compte pour le calcul des aides sociales.

Pour contrôler ces richesses des immigrés dans leur pays d'origine, les Pays-Bas ont signé avec le Maroc des arrangements administratifs qui amendent la convention de sécurité sociale de 1972, et qui stipulent la vérification de «l'exactitude des renseignements relatifs au demandeur et, le cas échéant, aux membres de la famille».

III. Esquisses de solutions pour les allocations vieillesse

La vieillesse des populations d'origine immigrée est un nouveau phénomène qui interpelle les autorités publiques et les institutions de soins et d'assurance de la vieillesse que ce soit aux pays d'origine où dans les pays de résidence. Les immigrés ont droit à passer leurs derniers jours tranquilles et par conséquent accéder aux soins dont ils ont besoin et à la solidarité nécessaire. Ceci est de la responsabilité des Etats de résidence, mais aussi des Etats d'origine qui doivent prendre les mesures et les réformes qui s' imposent pour faciliter l'accès des immigrés âgés aux droits et aux soins de la vieillesse.

1. Au niveau des Pays-Bas

Avec le vieillissement de la société et la diversité de la population des âgés, les Pays-Bas connaissent, depuis le début des années 90, un débat politique sur la modernisation des soins et leur financement. Le gouvernement néerlandais vient d'envoyer au parlement un rapport sur « la politique de la vieillesse dans la perspective de vieillissement » qui définit les grandes orientations de la politique de la vieillesse future. Dans ce rapport, tout en reconnaissant la mauvaise situation des immigrés âgés, le gouvernement ne propose aucune réforme du système actuel des pensions, en l'occurrence l'AOW (Loi d'assurance générale de la vieillesse).

Selon ce rapport gouvernemental, le déficit de l'AOW chez les âgés immigrés serait en 2015 de 24% pour les hommes et de 35% pour les femmes. La cause de ce déficit est la durée de résidence aux Pays-Bas car la moitié des immigrés âgés sont arrivés après 1970 à un âge supérieur à celui de 15 ans. Pour combler ce déficit de l'AOW le SCP a conseillé en 1998 au gouvernement d'abaisser la durée de 50 ans de résidence pour les immigrés. Le même conseil a été repris comme une option par le conseil économique et social (SER) en 2000, mais cette fois pour tous et non seulement pour les immigrés. Au lieu de 50 ans, le SER propose de calculer l'AOW sur une durée de résidence de 40 ans et à partir de l'âge de 25 ans au lieu de 15 ans actuellement.

Pour résoudre la question du déficit de l'AOW chez les immigrés, il est nécessaire de réformer le système néerlandais actuel des allocations vieillesse, car il ne correspond plus au patron de vie moderne et aux transformations démographiques qu'a connues la société néerlandaise du fait de l'immigration. Le système actuel date de l'après guerre (1947-1957), et il est basé sur la division de la vie en trois âges : l'âge de l'apprentissage qui est le premier âge, l'âge du travail qui est le deuxième âge, et l'âge de la retraite qui est le troisième âge. Ce patron de la vie ne correspond plus à la réalité actuelle où l'apprentissage et la formation se font durant toute la vie, où l'intégration du marché du travail se fait à un âge tardif, et où les personnes combinent le travail avec les autres activités. Ce qui nécessite une réforme du système néerlandais de la vieillesse qui doit se reformer soit se traduire par:

1. AOW

- une diminution de la durée de résidence de 50 ans à 40 ans ;
- le début de l'AOW à partir de 25 ans et non de 15 ans comme c'est le cas aujourd'hui ;
- Ne plus compenser la différence entre l'AOW et le revenu social minimum par les aides sociales, mais par la création d'un nouveau règlement complémentaire 65 ans et plus. D'autant plus que dans le budget des aides sociales, une partie est réservée pour la compensation du déficit de l'AOW.
- déduction fiscale des initiatives personnelles pour combler leur déficit en année du AOW .

2. Pension d'entreprise :

- Obligation de la pension d'entreprise pour tous les salariés et pour tous les secteurs ;
- début de la pension d'entreprise à partir de 18 ans, et non de 25 ans comme c'est le cas.
- diminution de la franchise pour les bas revenus car plus la franchise est élevée, plus la pension d'entreprise est faible.

2. Au niveau du Maroc

L'accès aux droits et aux soins ne se limite pas aux Pays-Bas, mais concerne aussi le Maroc. En 2003 le nombre de personnes au Maroc qui recevaient des allocations de vieillesse des Pays-Bas était de plus de 6.000 retraités. Parmi ces retraités, il y a les anciens bénéficiaires des allocations d'incapacité au travail (WAO), des veufs, et les rémigrants. A l'âge de 65 ans, ces allocations prennent fin et les personnes concernées touchent les allocations de la retraite calculées en fonction des années de résidence ou d'assurance au Pays-Bas. Les années de résidence au Maroc ne comptent pas dans le calcul des allocations vieillesse de ces retraités, alors que durant ces années, ils ont payé tous les prélèvements fiscaux dont sont soumis les salariés aux Pays-Bas.

A l'âge de la retraite, les personnes bénéficiaires des allocations d'incapacité au travail ou de veuve découvrent que leur revenu chute de manière catastrophique sans qu'ils sachent pourquoi. D'autant plus qu'ils affrontent des difficultés énormes, voire insurmontables, pour constituer leur dossier de pension d'entreprise à partir du Maroc. Parmi les mesures qui peuvent remédier à cette situation:

- la prise en compte des années de résidence au Maroc dans le calcul de l'AOW pour les personnes dont les revenus sont soumis aux prélèvements fiscaux aux Pays-Bas. Leur situation peut être assimilable à celle des salariés qui travaillent aux Pays-Bas, mais qui résident à l'étranger.
- la prise en compte des années de mariage pour l'AOW pour les veuves des travailleurs immigrés comme c'est le cas pour la Turquie ;
- Informer les personnes sur les droits de la retraite à l'avance pour qu'ils se préparent.

Au niveau de l'administration marocaine, et vu le nombre croissant des immigrés retraités, la création d'un service d'accueil et de soutien des retraités s'impose si le Maroc veut éviter l'expérience dramatique des retraités marocains de l'armée française qui se sont installés à Bordeaux, démunis et miséreux, pour la conquête de leurs droits.

La vie saine des immigrés marocains âgés aux Pays-Bas : L'histoire de Jamila

Anna Maria SOOLS,
University For Humanistic, Utrecht

Résumé

Je vous présenterai dans cette communication une lecture de la vie saine de Jamila. Cette histoire a été collectée au cours d'un projet de recherche plus large relatif aux expériences de vie saine parmi les Marocains et les Hollandais âgés établis aux Pays-Bas. L'analyse de positionnement va être utilisée dans l'étude dynamique et dilemmique de la lecture de l'histoire de Jamila. J'explorerai une lecture à sensibilité culturelle en accordant une attention particulière au déroulement de l'intrigue et au fil de l'histoire tout au long de la conversation. Je tenterai de prouver la relation qui émerge dans le cadre d'une interaction entre le Moi et l'Autre, entre l'autonomie et la dépendance. Cette vision dynamique d'une femme marocaine qui négocie de nouvelles connexions dans la migration, s'oriente vers la possibilité de stratégies de santé et de vie saine dans le futur.

Abstract

An increasing number of Moroccan immigrants is ageing in the Netherlands, who often suffer from poor health. Scientific knowledge about cultural differences in the meaning of health and illness however, is insufficient. This study explores the health perspectives of older Moroccan immigrants in order to contribute to efforts to live a healthy life in a way that is grounded in their own perspectives.

I will argue that the focus on agency and the individual perspective should not be contrasted with a more relational perspective and communion-centred self. Therefore I will explore, in a close reading of one interview with a woman named Jamila, how agency is negotiated as part of a relational health strategy. Jamila's story is one of 22 stories collected as part of a research project 'aspiring to healthy living' in Rotterdam.

The central themes of reciprocity and searching are drawn out in the analysis. Jamila's reciprocal work aimed at maintaining and building relationships points towards the importance of a relational health strategy. Agency is redefined as reciprocal work characterised as 'active to get support'. However, the searching theme indicates uncertainty about the effectiveness of this taken-for-granted strategy especially in light of the experience of poor health. It also opens up a space for negotiating alternative ways of connecting.

The reciprocity theme is in the discussion linked to anthropological research on reciprocity, (in)dependence, and ageing. It is argued that the intertwinement of different types of reciprocity point towards the complexity of building relationships as an older immigrant in the Netherlands. In the case of Jamila this means she can be seen as oscillating between a system of formal practical care and informal emotional involvement on the one hand, and a more informal care system on the other hand. As a consequence, the reciprocity work she has to do concerns both emotional and practical exchanges that might be interrelated in a complex fashion due to different demands in maintaining independence and dependence in the relationship with her children. At the same time it is important to note that, although Dutch society is typically associated with an emphasis on independence, Dutch elderly also express the wish for more connection and support. Again this implies a critical stance towards contrasting agency and independence with communion and dependence. These findings stress the importance of a situated account, that avoids a stereotypical picturing of Moroccan immigrant's agentic positioning and health perspectives.

In this paper I will discuss some preliminary results from a qualitative study aimed at exploring the health perspectives of Moroccan older immigrants in the Netherlands. I will focus on how agency is accomplished in the story of a woman named Jamila¹⁷⁶. An increasing number of immigrants is ageing in the Netherlands. These immigrant groups often suffer from poor health and visit their general practitioner more often than Dutch (native) elderly (Schellingerhout, 2004). Health care services becoming aware of the potential future problems are in the process of what has been called *interculturalisation of care*. Although there are many conferences, newsletters, projects, and government funds indicating the increasing interest in this area, scientific research examining cultural differences in illness and health in the Dutch context remains insufficient considering the scale and seriousness of the problem (Harmsen & Bruijnzeels, 2005). In line with these developments, researchers, policy makers and health care practitioners working with migrant populations are becoming more interested in the health perspectives of older immigrants.

The study explores these perspectives by studying in detail the stories of Moroccan older immigrants in the Netherlands. In this study healthy living and well-being are conceptualised in the broadest sense of the word, including physical, psychological, social, behavioural, existential and other dimensions of health. The focus is on possibilities for healthy living, on good health and possibilities for empowerment. The idea behind this search for possibilities and strength is to focus on the positive aspects of growing older rather than just reproducing the image of decline at old age. Central in this approach is the search for agency, which refers to the space for an individual to work towards (in this case) a healthy life. Seen from a narrative psychological approach, in stories people narratively construct their action spaces and themselves as agents in their lives (Emerson & Frosh, 2004). Here I will analyse the process of negotiating space and agency to become healthy and to live healthy lives in interaction with others.

The focus on an individual perspective and agency should not be contrasted with a more relational perspective and communion-oriented

¹⁷⁶ Fictional names are used for both interviewer and interviewee.

sense of self. I rather see the individual perspective as embedded in a social and cultural context. And agency and communion are not mutually exclusive. Personality psychologists rather speak of two orientations that can be present within one person at the same time (Hermans, Hermans-Jansen, & van Gilst, 1985; McAdams, 1997). I will argue that the emphasis on a western, individualistic agent instead of a more relational or communion-centred self, makes it hard to see any agency in the stories of Moroccan elderly. A strict division of the two concepts of self risks constructing a too static picture on both an individual and cultural level. Cross-cultural research shows an increasingly diverse picture of the cultural dimension of individualism and collectivism. It is argued that 'individualism and collectivism coexist in individuals and that different kinds of individualism and collectivism exist' (Westerhof, Dittmann-Kohli, & Katzko, 2000). Hermans and Kempen (1993) refer to different intra-individual identity positions. This would fit with the positioning framework as proposed in this paper (see section on positioning analysis). At the individual level Moroccans (as well as Dutch elderly for that matter) might be seen as operating both as an individualistic *and* relational agent in their day-to-day interactions. Westerhof et al (2000) for instance found only small differences in levels of individualism and collectivism between American and Congolese elderly. Equating all Moroccans with a communion-oriented self runs the risk of reifying cultural stereotypes. The point here is that it is not an either or story. Immigrants, and especially the ones actively engaged in an acculturation process instead of living either a traditional life or having adopted a Western lifestyle, might oscillate between both senses of self.

This position aligns with women's health care literature that emphasises a relational framework in response to an autonomy based approach (Jacobs, 2001). This relational approach attempts to think beyond dichotomies between self and other, power and vulnerability, autonomy and dependence. Jacobs further elaborates on how feminists advocating a relational approach stress not only the problems that might arise from disconnection, but also the transformative power of connectivity. This potential of connectivity that is not necessarily opposed to but rather enriches an autonomy based approach, can be useful in understanding the stories of Moroccan immigrants, and in opening up

possibilities for healthy lives in the future. In this paper I will present a close reading of how agency is negotiated as part of a relational healthy strategy. I will do this by discussing in detail some interview excerpts taken from one interview, the story of Jamila.

Case study

Jamila's story is one of 22 stories of older persons in the Netherlands, both men and women, Moroccan immigrants¹⁷⁷ and Dutch 'native' people. These stories were collected as part of a project 'aspiring to healthy living' in which the University for Humanistics cooperated with the community health services in Rotterdam¹⁷⁸ and Transact, the Dutch national centre for gender issues in health care and the prevention of sexual violence. Moroccan and Dutch elderly people participated to give voice to the perspectives of Moroccan elderly as members or representatives of this group, and to provide access to the older lower-educated Dutch and first generation Moroccan community. They also participated in interviewing the respondents, and translated the interviews when necessary. The interviewee and interviewer decided together which language to use in the interviews, Dutch, Berber, or Moroccan. The interview discussed here was conducted in Moroccan, translated in Dutch and for the purpose of this paper translated in English.

The interview centred around the question 'tell me about your healthy life' and topics included for instance changing health experiences and ideas over the lifetime, future expectations of health, the perception of enabling and constraining factors, the importance of health in life, and symbols of healthy living. An semi-structured interview format was chosen to elicit the perspective of the

¹⁷⁷ Talking about 'immigrants', 'older persons', and 'health', poses the problem of reifying these categories. Choosing for instance 'migration' instead of 'immigration' as a term to describe the topic of investigation, is constitutive for how the phenomena is approached in the analysis. Historically the Moroccan guest labourers in the Netherlands positioned themselves and were positioned by the government as guests, that is, as temporary visitors. Now that the perception of Moroccans as visitors changed to one of permanent residents, this might have a huge impact on the issue of ageing well in the Netherlands.

¹⁷⁸ There are an increasing amount of people from ethnic minorities ageing in the Netherlands. The population in Rotterdam, one of the largest cities in the Netherlands and home of the participants in this research project, consists of 47% residents from non-western countries¹⁷⁸. Moroccans are the third largest group of immigrants (34,000 which is 6% of the total population), of which 3.000 are aged 50 years and older (Centrum voor Onderzoek en Statistiek, 2003). The city of Rotterdam considers people who are themselves born in a non-western country, or who have at least one parent who is born in a non-western country, to be non-western residents.

Le Troisième Age

respondents, to see what they themselves make relevant and to give space to a wide range of health conceptions.

The selection of respondents was based on both homogeneity and diversity. Homogeneity was achieved in terms of age (50-75), income and educational level (low), ethnicity (Moroccan and Dutch), living in Rotterdam. This group was chosen because of their known poor health situation, and the difficulties the community health services experienced to address their needs. Within this specific group a wide variety of respondents was selected using a purposive sampling strategy. This strategy is based on the principle of variation coverage, aimed at covering existing variation. "The sample is not representative in a statistical manner, but rather it represents the variation" (Smaling, 2003). This variation was accomplished by purposive selection of participant characteristics that were thought to be relevant for the perspective on healthy living, such as gender, mobility, health status, religious engagement, marital status, rural and municipal background, and so on. The stories of the respondents also indicated variation in terms of integration in Dutch society, experienced discrimination, feelings of belonging or disconnection and so on.

So how does Jamila's story fit into this range and why did I select her story? This paper focuses on the relational dimension of health, which is one of the central dimensions when Moroccan immigrants, but also Dutch elderly talk about their healthy lives. Both the Dutch and Moroccan elderly talk about the importance of family, and about their engagement in (volunteer) work for the community. The Moroccan interviewees often participate in volunteer work in self-organisations, whereas the Dutch interviewees are often involved in welfare work, and health care. Also professionally some of the Moroccan interviewees that have some form of higher education, work in welfare, health care, and educational jobs. There is a tendency of the Dutch interviewees to talk more about friendships than the Moroccan interviewees. Further, the Moroccan men are centrally concerned with their community involvement, whereas the women's talk centres around their families. I recognise Jamila's story as a good example of how a low-educated, older, Moroccan woman migrant talks about health and relationships.

Positioning analysis

Positioning theory (Harré & Langenhove, 1999; Davies & Harré, 1990) is used to analyse the storytelling. This approach focuses on how people are discursively located and locate themselves and others in a moral local order. According to this view people locate themselves and others in talk. Stories therefore are not neutral grounds, but the playground for (contested) identities. When a migrant for instance is asked the question “where are you from?” the different countries of origin are stressed. The migrant can feel to be positioned as ‘other’ and resist this positioning by saying “I’m from Amsterdam, and you?” Or she can welcome this position by telling proudly about her home country. This example shows how positions are not fixed, but can be taken up and resisted, hence the space for agency.

The example points also towards the inherently social character of positioning. Which positions matter, have more power than others, or are considered normal, is negotiated in a shared world. In an interview context, this shared world becomes visible in the real (interviewer who is present) or imagined (significant others outside the interview situation) audience the interviewee responds to. In talk an interviewee might anticipate (un)desired responses and outcomes of the interview, for instance, by saying “I’m a Moslem, but I’m not a terrorist”. Here the positions that are countered are part of so-called master or dominant stories, which are powerful and prevalent stories that are often taken for granted or widely known and form the background of our lives (Jones, 2002; Andrews, 2004). In the domain of health there are also such dominant stories, such as the ones pointing towards the importance of equilibrium. Dominant stories can be complied with or countered, just like subject positions (Bamberg, 2004). Bamberg (2003) makes a distinction between three levels of positioning to analyse the emerging subject positions in stories. I will first describe these three levels, and then briefly demonstrate their operation and relevance:

- 1) The *story or content level* refers to the positioning of characters in relation to one another within the reported events and in evolving storylines. This analysis results in a description of the play of character positionings as for instance victims of external circumstances or agents in the evolving, often contradictory storylines. Storylines can be defined as ‘a family of related plots which carry with them

recognisable characters, expected situations and anticipated outcomes' (Jones, 2002)

- 2) At the *performance/form level* the positioning of the narrator in interaction with the listener/reader is object of analysis. At this level the interactive performance of telling the story to an audience is analysed, resulting in a description of the discourse mode, and the way positions are discursively taken up or resisted by the participants in the ongoing conversation.
- 3) *Subject position* and ideological level. This level builds on the other two levels to move to the level of subject positionings and moral worlds. This results in a description of some more or less agentic subject positions that fit within a local moral context.

These three levels can be applied to the following example where someone asks "How old are you?" Some possible answers are 1) eighty-two, 2) how dare you ask me that? And 3) I feel as vital/good as when I was twenty-two. At the first positioning level, these three answers can respectively be interpreted as a chronological age storyline, an authoritative age storyline, and a subjective age storyline. At the second positioning level, the interaction can be characterised as compliance, reflexive protest, and implicit countering. Finally the subject positions that can be identified at the third positioning level are a subject position of an equal person, a respected older person, and an active older person. These different subject positions that are made available in talk are relevant as they imply different socially constructed positions of 'the older person' in society, which imply varying degrees and forms of agency. This space for agency however, is not a simple matter of choice or eloquence in talk. Differential power distributions enlarge or constrain the space to negotiate alternative subject positions and identities.

Positioning and being positioned is not always straightforward, but often ambiguous and dilemmatic, especially in the case of health and illness. Parsons (1951) introduced the concept of the 'sick role', that refers to the social role of the patient who faces the dilemma of legitimating complaints, and at the same time appearing worthy of entitlements. The question 'how do you feel' evokes in the patient the task of appearing both sick and healthy. This dilemmatic performance of simultaneously appearing sick, and appearing to be a worthy person, turns health into both an ideological and moral

phenomenon (Radley & Billig, 1996). The dilemmatic health performance might have universal characteristics, but could also show cultural variation for instance when different value is attributed to old age, or to complaining.

In the concept of 'sick role' the interrelatedness of illness and health is brought about. Stories about health are often told in relationship to illness, since the 'land of health' is often taken-for-granted and only becomes visible as the 'shadow of the land of illness' (Radley, 1994). So asking people to tell about their healthy lives often results in illness talk. Illness narratives are sites for giving meaning to suffering, searching for explanations of suffering, and finding ways of dealing with illness (Radley, 1994). Jamila's story can be read from this perspective as a way of giving meaning to her suffering. In the following analysis I will describe how she makes sense of her illness, thereby oscillating between presenting herself as healthy and ill, as certain and uncertain, as more or less knowledgeable.

The story of Jamila

Jamila is a 62 year old widow, who has been living in the Netherlands for 18 years. She left 2 children (daughters) behind in Morocco, and has 3 children (1 daughter and 2 sons) in the Netherlands. In the course of the interview Jamila tells about how the loss of her husband and daughters has effected her well-being. Ever since her husband died suddenly a few years ago, she is afraid of falling and of going out of the house without the support of her son. She misses her two daughters she left in Morocco, and tells how guilty she feels about this. She wants them to be close, to stand by her, and to take care of her now that she is growing older. At the same time she expresses how happy she is with her daughter-in-law who is fulfilling the role that used to be performed by the daughters.

The excerpt presented here follows after several attempts by the interviewer Samira to elicit a story about a healthy life, while Jamila continues to tell about her poor health. A similar dynamic can be found in many of the other Moroccan interviews. The problematic positioning as an (un)healthy person, and the consequent dilemmatic and moral accounting processes (Crossley, 2003) are the subject of analysis of the following excerpt. I divided the excerpts in scenes (Riessman, 2003) to aid a performance reading of the story.

Excerpt 1

Scene 1 (*theme: good support*)

SAMIRA: But when do you feel healthy? When do you think today I feel really healthy, today I feel really strong and that is a good life?

JAMILA: What can I say here?

I get support

When I go to the hospital then I get good support.

When I go to the doctor I get good support.

They give me attention, they listen to me, they examine me,

I will never forget that, I will never say well I am not.

Scene 2 (*theme: not better health*)

I always get good support, but I never got any better.

In fact in our words we say we are mentally ill.

But when I, when my son comes home with certain things then I get still very overstressed and I don't feel good any more.

On the first positioning level two storylines can be identified, one introduced by the interviewer, and one by the interviewee. The initiated *good health* storyline is countered by the *support* storyline. In this alternative storyline 'the protagonist 'I' is positioned as dependent on support from health professionals such as the doctor (they), and subjected to the worries about her son. The passive 'I' is here constructed as supported but ill. The utterance 'but I never got any better. In fact, in *our* words *we* say we are mentally ill' illustrates a failing storyline. But which storyline or whose perspective is failing exactly? In line 6 the perspective shifts from 'I' to a not further specified 'we' in opposition to 'they' (lines 4-5), indicating a difference between a Dutch biomedical discourse and a(n implied Moroccan) perspective that attributes her illness to mental causes. This introduces a third psychological storyline. The three storylines can be seen as representing three different explanatory frameworks of health, a biomedical, relational, and psychological one. Both the biomedical and psychological storyline are intertwined with the relational, in a positive (good medical support) and negative sense (worries about her son). All three storylines are used to make sense of her experienced poor health.

In terms of discourse mode (positioning level 2), I would argue that the narrator is protesting against the line of questioning, and not so much against the way she is treated by others. In response to the interviewer's question she gives a meta-communicative answer 'What can I say here?' What is it exactly she is protesting against? The positioning of 'we' versus 'they' supports the interpretation that she is protesting against a Dutch medical discourse that differs from 'our' (Moroccan) perspective. Then the protest stretches to her son, who makes her overstressed. Interpreting this as a moral accounting process, Jamila can be seen as dealing with two contradictory demands of simultaneously allocating blame for her poor health, and allocating blame away from others and herself. This dilemmatic positioning comes to the fore in the relationship of the passive I and the supporting health professionals 'they'. On the one hand the 'I' can be seen as expressing gratitude for the support she receives in for instance the phrase 'I will never forget that'. On the other hand the repetition and the use of extreme case formulations 'never' and 'always' functions to authenticate that the 'I' is, in fact, getting support. At the same time the repetition comes across as forceful and demanding. This renders the account not just a neutral description of a supported 'I', but a normative claim that the 'I' *should* get support. This claiming of support becomes a blaming by the positioning of 'we' (line 6) versus 'they' (lines 4-5): 'but I never got any better. In fact, in *our* words *we* say we are mentally ill'. The blaming can be understood as trying to make sense of a failing storyline, since the good support (scene 1) does not result in good health (scene 2).

To gain a better understanding of the protest against the line of questioning, let's see what is at stake for the narrator in terms of identity and available subject positions. On the third level of subject positionings, Jamila's answer can be characterised as resisting being positioned as 'unhealthy' by proposing an alternative storyline, with a consequent subject position *I am a supported person*. The narrator is doing a lot of discursive work - by emphasising all the *good* support, listening, attention, and examining she receives, and by emphasising the hard life she has due to the worries about her son, and because she 'never got any better' - to present herself in line with this storyline and subject position as someone who is entitled to support. This fits within a moral framework where she is not only a person who is getting support but who is also worthy of support.

The support storyline and consequent subject position that evolve in the ongoing conversation fail to answer the question ‘who is there to blame’? (‘I get support, but I never got any better’). Jamila avoids a possibly problematic positioning of herself and others as responsible for her poor health, and establishes in fact a very positive identity of others as supportive, and herself as worthy of support. In doing so, however, she does not resolve her allocation problem; who is to blame? Also one might wonder how to see any agency in the available *supported person* subject position, which seems to indicate a passive receiver of support, who in addition comes across as demanding by claiming to be entitled to this support. I will present a more cultural sensitive reading that allows for a different perspective on agency in the next section.

Reciprocity and searching

The themes of reciprocity and searching can be identified in excerpt 2, that follows shortly after excerpt 1 in the interview.

Excerpt 2

Scene 1

I feel happy here
Because even despite that I am ill
That I cannot do too much
I am supported

Scene 2

When I go to the hospital
Then I get medication
These people do their work very well
And I hope it will continue like this

Scene 3

Look, we do what we are told
We go searching for help
We try and they do their jobs
As was said “seek, someone who seeks he can find,
but if you do not go and seek, well you get nothing in return”

At the first positioning level scene 1 can be depicted as a Labovian summary (Labov, 1972, identified some, by now classic, structural features of narrative, that modifies the *good health* storyline in the previous excerpt to a *being happy* storyline. The being happy storyline functions as a counternarrative to the moral imperative of being physically well. Worth noting is the last word ‘here’, that might refer to living in the Netherlands as opposed to Morocco. In the second scene, the story is localised at the hospital, where the ‘I’ is positioned as active in going to the hospital, getting medication, and hoping ‘it will continue’. In the third scene, the perspective shifts from a personal ‘I’ to a general ‘we’. The ‘we’ and general ‘you’ are positioned in a system of reciprocity, characterised by mutuality not only in the relationship between a giving and receiving party, but also in taking initiative before receiving support. This reciprocity system is by some interviewees described as part of Moroccan or more generally Moslem society. One interviewee connects reciprocity to a religious way of life by saying ‘you have to take one step towards Allah, then he will take ten steps towards you’. The protagonist ‘I’ in excerpts 1 and 2 can now be seen as active instead of passive. The ‘I’ is not simply subjected to the support of others, but is actively engaged in getting support.

Thematically, the third scene can further be characterised by the theme of ‘searching’. This ‘search’ theme is found throughout the entire excerpt in the use of vague and general terms like *too much* (scene 1) “it will continue *like this*” (scene 2) and, *nothing* (scene 3), indicating that the object of the searching is unclear. The two themes of reciprocity and searching are taken up at the second positioning level. In comparison with the previous excerpt where the narrator resists the interviewer’s question, here she switches to a more collaborative discourse mode. This switch is possible due to the replacement of a positioning in terms of experienced poor health by a positioning in terms of felt happiness. The collaborative

mode is indicated by a shift from anecdote (scenes 1 and 2) to reflection (scene 3), and when Jamila addresses the listener ('look') to provide information about how her own specific story fits in with a cultural practice of reciprocity. The collaborative discourse mode of this excerpt could also be interpreted as a performance of reciprocity in the interview setting. It might be possible to say that the narrator is helping the interviewer here like the 'I' is supported in the story. By giving information about the system of reciprocity, that is made relevant here by the narrator, and by demonstrating her competence in performing reciprocity, the narrator positions herself as knowledgeable. The search theme in these excerpts both strengthens and weakens the 'knowledgeable' subject position. On the one hand the activity of searching can be seen as a powerful part of the reciprocity process. But without a clear search object, failing support networks, and the inadequacy of the proposed healing strategy in the previous excerpt the certainty mode is at the same time weakened by the search theme in this excerpt. This delicate tension between certainty and uncertainty is here (temporarily) resolved by emphasising "I feel happy here".

The subject positions (L3) made relevant here are being happy, supported, (culturally) competent, and collaborative. The subject positions counter being positioned as a person who is unhealthy, not worthy of support, incompetent, and not supportive. Jamila's agency lies first of all in her ability to discursively resist being positioned as unhealthy and incompetent. She does a lot of rhetorical work to save face, and to establish a desired, positive identity. Secondly, the reciprocity theme makes it possible to understand how her story that at first seems to foreclose any agentic subject positioning, in fact points to a different way of conceptualising agency. The reciprocity theme specifies the *support* storyline represented in scene 2 'when I go to the hospital, then I get medication'. This *reciprocity* storyline can also be found in excerpt 1 in the repeated '*when I go to the hospital then I am getting good support. When I go to the doctor I am getting good support*' and '*they are giving me attention, they are listening to me, they examine me*'. Reciprocity as discursively constructed here means that support will not arrive automatically. You have to take the initiative, otherwise you are not worthy of any support. The subject position implied in the reciprocity storyline is an agent who succeeds in getting support. Now I will take a

closer look at a specific way of performing reciprocity in the relationship of Jamila with her daughter-in-law in the analysis of the next excerpt.

Building right and easy relationships

Somewhat later in the interview Jamila tells about the good relationship she has with her daughter-in-law. Samira responds to this story by saying ‘you are a good person and that is why everybody is good with you too. Because of all you do for other people, they do good to you in return’. This joint positioning of Jamila as a good mother-in-law functions to prepare the floor for Jamila’s performance of reciprocity in the next excerpt.

Excerpt 3

Scene 1 (*theme: I think this is right/easy*)

I am indeed an entirely different mother-in-law. I don’t like what happens with all other mother-in-laws who are so strict with their daughters-in-law. Whenever I hear that I think ‘why are these people working so hard, why don’t these people let young women live their lives in their own time, and take really a healthy and a peaceful life?’. [she tells how her son and daughter-in-law had to stay with her for a while due to circumstances].

Scene 2 (*theme: I am/do the right, easy thing*)

Yes, if I was a scorpion then they would have a totally different feeling, and they could not live with me. But I do simply what is allowed and what is not allowed I don’t do myself either. Yes I just do what is appropriate in life. I am also very easygoing with them. I try to go along well with them.

Scene 3 (*theme: I do daily the right/easy thing*)

When I wake up in the morning I first go praying, I first take a shower and then I go and lie down on the couch till about 8 o'clock I go and make coffee I make breakfast, the way I am used to. And I go clean a little and do a bit here what I can do. Just walking up and down the room actually and I try to do what I, what is easy.

Thought and action of reciprocity are brought into accordance in both the telling about (L1) the interactive performance (L2) of ‘being a good

mother-in-law', and consequent subject position (L3). Simply put, Jamila is at all three levels of analysis *talking about* and *demonstrating* doing the right/easy thing. Therefore all three levels are jointly analysed in the following section.

In the first scene the protagonist 'I' positions her self as a 'different mother-in-law' as opposed to 'scorpion mothers-in-law' who are very strict and work so hard. Being 'strict' and 'hard work' is used in opposition to a health strategy of being easygoing ('let young women live in their own time') and living a peaceful life. The normative language 'I don't like what happens', and the rhetorical questions serve to construct easygoingness as the right thing to do. The focus shifts in the second scene from thinking to action, thereby positioning the 'I' as doing the right thing as well ('what is allowed...what is appropriate in life). The action is here brought in accordance with the normative framework. Put differently in terms of identity as both being and doing, the 'I' *is* and *does* the right thing of *being* easygoing. In the third scene the rather general account is materialised in a detailed story about daily activities, positioning the 'I' as doing what she is 'used to', what she 'can do' and 'what is easy'. The detailed account functions to further validate the narrator as not only knowledgeable about what is the right thing to do, but also as actually embodying this knowledge.

Building relationships: hard/easy

Being easygoing is not only constructed as the right thing to do, but also as the 'simple' and easy way to do ('I just do'). At the same time the certainty of knowing what to do, and the sense of power of doing the right thing are in several ways made less 'easy' and 'simple' in for instance 'I try to' (2x). A second meaning of easy, other than easygoing, comes about in 'what I can do' and 'what is easy'. The 'I' is portrayed as restricted in her space and movement ('lie down on the couch', 'just walking up and down the room'). The practical constraints in the third scene shed a somewhat different light on the relational work that is reported in the context of the son and daughter-in-law who lived with Jamila for a while. Getting along well with ones relatives is now not 'simply' the right and easy thing to do, but the necessary and hard thing to do. What is exactly the difficulty she has to deal with here?

The reciprocity storyline and consequent subject position (L3) can now be made more specific as being a *good, flexible, easygoing mother-in-law who accommodates others*. Agency lies in Jamila's accommodating skills, or more generally in her ability to maintain good relationships. But building and maintaining right, and easy relationships might not be so easy, as is hinted at in the hard/easy theme. What is at stake here in Jamila's efforts to building right/easy relationships? I will propose tentatively a psychological account by connecting the relational work she has to do with some biographical information as outlined before. What comes through in the story is a sense of a constrained space, both physically, socially and emotionally. In order to extent these intertwining spaces, Jamila depends on her son and daughter-in-law. Seen from the perspective of a Western, autonomous self, Jamila should be encouraged to stretch her space on her own. But this would stress the already restricted social space by the loss of her husband, the loss of connection with her family and social networks in Morocco after migration. Moreover she is denied any form of agency in this account of what she is currently doing. In terms of a reciprocity framework she is not passively depending on, but actively engaged in calling support.

I would argue that the relational work she has to do diverges from the for her common practice of reciprocity in at least two ways. First there is more pressure on making reciprocity work, to repair the loss of connection that can be part of the migration experience. Secondly there is more pressure on fewer relatives to provide support, which makes performing reciprocity hard work for both the receiver and the giver of support. The guilt she is experiencing towards her daughters might put even more pressure on appearing worthy of support, which is an essential part of successful reciprocity work. Furthermore, the relationship with a daughter-in-law might differ from the relationship with daughters in terms of role expectations.

I interpret the relational work Jamila does as a way to maintain good relationships with the children in those changing times, where reciprocity has to be worked at probably more than in the (idealised) taken-for-granted reciprocity system back in Morocco. The possible tension to deal with is how to work hard at maintaining good relations without pushing away the children. The hard/easy theme can now be interpreted as putting effort in being easygoing. I think these excerpts

beautifully show how this tension between working *hard* to do ‘what is *easy*’ is played out, and how Jamila dynamically positions herself to resolve the tension. Her hard relational work can in the context of the interview about healthy living be interpreted as her way to maintain good health.

Uncertainty interpreted

The analysis of the previous excerpts suggests uncertainty about the effectiveness of the proposed relational health strategy. I would argue that the question Jamila tries to answer is ‘I am a good, supported person, I did everything right, so why am I sick?’ This question only makes sense in a moral and relational framework of health. In the analysis I interpreted the uncertainty theme in light of a failure of this taken-for-granted framework for thought and action.

In the reciprocity theme the moral and relational dimension of health come together. The moral strategy involves making sure you are worthy of support, and the relational strategy involves getting another person to help you. A person who succeeds in getting support, can be recognised as someone who is indeed worthy of support. Of course in Islam, as in many other religions, it is problematic to propose a straightforward relationship between good deeds and actual fortune or health. A person can never make God give health, or make another person give support. This could be a psychological explanation of the uncertainty that comes through the telling, and the effort Jamila puts in presenting herself as worthy of support. Uncertainty might also arise when support is not continued in the future (what she seems to dread in the second scene) or when the support is not sufficient as demonstrated in the failing storyline in excerpt 1. In short, the uncertainty arises since there are no guarantees that living the reciprocity storyline by successfully taking up the consequent subject position, and performing reciprocity interactionally, ultimately results in good health (similarly a healthy lifestyle or taking medication does not automatically guarantee a healthy life either).

The uncertainty can be interpreted as a problem that needs to be solved. But there can also be hope and opportunity in uncertainty. Here Bruner’s (1986) work becomes relevant, when he points to the principle indeterminacy of text as a way of allowing multiple

interpretations. He proposes to stimulate what he calls 'subjunctivity' in language to open up multiple perspectives as a way to a better world. Good and DelVecchio Good (1994) argue that the subjunctivity in the stories of epilepsy patients allows them to keep their options open, and to keep hope for a future healthy life. In Jamila's storytelling connection and relationships are foregrounded as a right, and healthy, although contested way of healthy living. The building and maintenance of relationships provides Jamila with a sense of agency which in itself might benefit her health, despite or maybe precisely because of the effort she has to put into it.

Conclusion and discussion

In the detailed analysis of Jamila's story reciprocity was identified as a central theme, that organises the relational dimension of health. This relational dimension functions as one of the central dimensions when Moroccan immigrants, but also Dutch elderly talk about their healthy lives. The differences between Dutch and Moroccan elderly are only briefly discussed in this paper, in favour of a detailed analysis of the dynamics of reciprocity in Jamila's story. Nevertheless, the question arises whether reciprocity as constructed here is an inherently cultural or religious practice. Although Jamila explicitly connects her relational practice to Moroccan culture, and others to Islam, these preliminary findings suggest the relevance of (the interrelation of) class, gender, and age. I will limit the discussion here to the relationship between age and reciprocity, in line with the conference theme.

Reciprocity refers to the organisation of social relations. In anthropological research, reciprocity is described in terms of an exchange in material or immaterial means. Giving presents, financial rewards, taking an interest in others' well-being, spending time together, and hospitality are some of the forms reciprocity might take (Faber, 2002). The appropriate form and intensity of the exchange are (often implicitly) negotiated differently in different cultures and across contexts. Westerhof et al demonstrated cultural different meanings of relationships in terms of placing high value on practical involvement with others among Zairese elderly, and emotional involvement with children among US elderly.

Typically the Dutch society is associated with a lack of space for dependence in comparison with for instance India or Ghana. In the Netherlands high value is placed on independence and autonomy for as long as possible. Once care is necessary, paid professionals are largely responsible for taking care of the elderly, and not the family (Morée, 2001; van der Geest, 1998; van der Veen, 1995). This does not mean that Dutch elderly necessarily experience satisfaction with this situation. They also express the wish for more connection and support (van der Geest, 1998, Morée, 2001; Von Faber, 2002). In other words, the differences between different ethnic groups and cultures might be overestimated. Westerhof et al for instance found more collectivistic than individualistic orientations among both American and Congolese elderly. The authors suggest a link between this finding and the old age of the participant groups, who are at an age where self-development becomes less important, and who grew up in a more collectivistic time.

In Jamila's story both types of reciprocity, material and immaterial, professional and informal, are addressed. Jamila can be perceived here as relating in a complex way to both the formal and informal support systems of care, and the different values attributed to both systems and to emotional and practical care in the Dutch and Moroccan society. Whereas excerpt 2 describes the presence of (good) medical support, excerpt 3 evolves around the hard work to maintain good relations with family members. Excerpt 1 brings together the two spheres and constructs the family domain as preceding over the professional support system when "I always get good support, but I never got any better" is followed by "when my son ...I don't feel good any more". Despite the good practical, professional care, her emotional commitment to her son results according to her own perspective in poor health. Good relations on the other hand, are considered to be beneficial for good health as indicated by "why don't these people let young women live their lives in their own time, and take really a healthy and a peaceful life?"

The precedence of family relations over professional support is found throughout the interviews, both in terms of frequency and meaning. What might complicate Jamila's story is the interrelatedness of emotional and practical care within the family. Jamila relies on both practical and emotional support from her children who grow up in a society where taking care of the elderly is no longer considered the primary

responsibility of the children. As a consequence the reciprocity work she has to do concerns both emotional and practical exchanges that might be interrelated in a complex fashion due to different demands in maintaining independence and dependence. This situation is further complicated by the lack of a larger informal support system as taken-for-granted in Morocco, the more individualised way of living of the children, and the health care system in the Netherlands.

This paper started out with a question regarding the negotiation of agency as part of a relational health strategy. Agency has been redefined in the analysis as reciprocal work characterised as ‘active to get support’. However, problems arise when support does not result in health, and when faced with the specific demands to successfully get support. Jamila can now be seen as dealing with sometimes conflicting subject positions as ‘responsible older person in the Netherlands who seeks professional health care but does not get well’, and as ‘good mother-in-law who is easygoing with her daughter-in-law yet depends on and feels entitled to her practical care’. Agency also lies in Jamila’s discursive positioning as knowledgeable, although this position is weakened as discussed in the uncertainty theme.

Jamila’s discursive positioning can now be seen as agentic and communion-oriented, as knowledgeable and uncertain, as ill and happy. These findings stress the importance of understanding the complexities and situatedness of the process of getting old in Dutch society. It points out the relevance of a diversity approach that takes into account not only differences between people but also within individual lives to avoid the pitfalls of easy generalisations and the reproduction of stereotypes.

Reference List

Andrews, M. (2004). Counternarratives and the power to oppose. In M.&A.M.Bamberg (Ed.), Considering counter narratives: narrating, resisting, making sense. (Amsterdam: John Benjamins.

Bamberg, M. (2004). Considering counter narratives. In M.Bamberg & M. Andrews (Eds.), Considering counter narratives: Narrating, resisting, making sense. (4 ed., pp. 351-371). Amsterdam: John Benjamins.

Bruner, J. S. (1986). Actual minds, possible worlds. Harvard University Press: Cambridge, Massachussets and London.

Centrum voor Onderzoek en Statistiek (2003). Demografische gegevens. Uitgave 2003 Rotterdam: Gemeente Rotterdam.

Crossley, M. L. (2003). 'Would You Consider Yourself a Healthy Person?': Using Focus Groups to Explore Health as a Moral Phenomenon. Journal of health psychology, 8, 501-514.

Davies, B. and Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. Journal for the Theory of Social Behaviour, 20, 43-63.

Emerson, P. & Frosh, S. (2004). Critical Narrative Analysis in Psychology : A Guide to Practice. London: Palgrave.

Faber, M. v. (2002). Maten van succes bij ouderen. gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden.

Good, B. J. and DelVecchio Good, M-J (1994). In the subjunctive mode: epilepsy narratives in Turkey. Social science & medicine, 38, 835-842.

Harmsen, H. and Bruijnzeels, M. (2005). Etnisch-cultureel verschillende patiënten op het spreekuur, maakt het wat uit? Huisarts & Wetenschap, 48, 166-170.

- Harré, R. & Langenhove, L. v. (1999). Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Action. Massachusetts: Blackwell Publishers.
- Hermans, H. & Kempen, H. (1993). The Dialogical Self. Meaning as movement. Academic press, inc.: San Diego.
- Hermans, H. J. M., Hermans-Jansen, E., & van Gilst, W. (1985). De grondmotieven van het menselijk bestaan : hun expressie in het persoonlijk waarderingsleven. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jacobs, G. (2001). De paradox van kracht en kwetsbaarheid. Uitgeverij SWP, Amsterdam.
- Jones, R. L. (2002). "That's very rude, I shouldn't be telling you that"; older women talking about sex. Narrative Inquiry, 121-143.
- Labov, W. (1972). Language in the inner city. Studies in the black english vernacular. Oxford: Blackwell.
- McAdams, D. P. (1997). The stories we live by : personal myths and the making of the self. New York [etc.]: Guilford Press.
- Morée, M. (2001). Een Indiase kijk op de Nederlandse verzorgingsstaat. Tijdschrift voor de sociale sector, 10, 22-23.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician a sociological perspective. American Journal of Orthopsychiatry, 21, 452-460.
- Radley, A. (1994). Making sense of illness : the social psychology of health and disease. London etc: Sage.
- Radley, A. and Billig, M. (1996). Accounts of health and illness: dilemmas and representations. Sociology of Health & Illness, 18, 220-240.
- Riessman, C. K. (2003). Performing identities in illness narrative: masculinity and multiple sclerosis. Qualitative Research, 3, 5-33.

Schellingerhout, R. (2004). Cijferrapport allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Smaling, A. (2003). Inductive, analogical, and communicative generalization. International Journal of Qualitative Methods, 2.

Van der Geest, S. (1998). Reciprociteit en zorg voor ouderen: Een antropologische vergelijking tussen Ghana en Nederland. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 29, 237-243.

Van der Veen, K. W. (1995). Zelfbeschikking in afhankelijkheid? De ambiguïteit van ouderenzorg in Nederland. In S.van der Geest (Ed.), Ambivalentie/Ambiguïteit. Antropologische noties (pp. 57-65). Amsterdam: Het Spinhuis.

Westerhof, G. J., Dittmann-Kohli, F., and Katzko, M. W. (2000). Individualism and collectivism in the personal meaning system of elderly adults. Journal of cross-cultural psychology, 31, 649-676.

Le troisième âge marocain en Belgique

Nathalie Perrin

*chercheuse au Centre d'Etude
de l'Ethnicité et des Migrations
CEDEM, Université de Liège*

Résumé

Même si la population marocaine est en moyenne plus jeune que la belge, le nombre de personnes âgées en son sein n'a cessé d'augmenter ces dernières décennies¹⁷⁹, montrant de la sorte l'évolution du projet initial de ces gens qui prévoyait le retour au pays après quelques années de travail en Belgique. Cette idée du retour a longtemps perduré, non seulement dans le chef de la population concernée, mais également aux yeux des politiques belges qui n'avaient envisagé la main-d'œuvre marocaine que comme une force de travail d'appoint.¹⁸⁰ Conformément à leur vision 'temporaire' de la présence marocaine, les hommes politiques belges n'ont aucunement appréhendé le phénomène du vieillissement de ces personnes et ne se sont intéressés à leur rôle et leur place dans une société belge qu'ils ont pleinement contribué à édifier.

Or, nombre de Marocains ont décidé, et ce pour diverses raisons (familiales, professionnelles, médicales, financières...) de demeurer en Belgique, et in fine d'y vieillir. Sur la base des résultats recueillis lors des deux premières phases d'une recherche effectuée pour le Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne, un exposé des conditions de vie et de la situation socio-économique des Marocains âgés résidant en Belgique semble être pertinent.

¹⁷⁹ Au 31 décembre 2004, 10.752 personnes de nationalité marocaine établies à Bruxelles ou en Wallonie avait plus de 50 ans. Près de la moitié d'entre eux avaient déjà atteint l'âge de la retraite, c'est-à-dire 65 ans

¹⁸⁰ Pour rappel, le Maroc a signé un accord bilatéral de main d'œuvre avec la Belgique le 17 février 1964.

Le Troisième Age

J'aimerais également aborder quelques thématiques plus spécifiques relatives notamment aux difficultés particulières éprouvées par de nombreuses femmes âgées (relatif isolement, relations avec les professionnels de la santé parfois problématiques...), aux problèmes d'ordre identitaire que connaissent certaines personnes, au manque de reconnaissance de la part de la société belge dont beaucoup se sont plaints.

Enfin, je voudrais terminer cet exposé sur une note plus 'positive' en explicitant les mesures que le gouvernement belge désire mettre en œuvre à l'avenir à destination, notamment, des personnes âgées d'origine marocaine.

L'image longtemps véhiculée d'une population immigrée composée essentiellement de jeunes hommes et de jeunes femmes en pleine force de l'âge est aujourd'hui révolue. Au sein des diverses communautés étrangères résidant en Belgique, le taux de personnes âgées n'a cessé de croître ces dernières décennies, montrant par-là même l'évolution du projet initial de ces immigrés axé sur le retour au pays après quelques années de dur labeur en Belgique.

En effet, alors qu'ils étaient venus hier participer à l'essor économique du pays, les projets de nombreux immigrés ont évolué en même temps que leur famille venait les rejoindre et que les deuxième et troisième générations voyaient le jour sur le sol belge. Alors que le retour qu'ils ont longtemps souhaité n'a pas eu lieu, beaucoup d'immigrés continuent de vieillir dans leur société d'accueil, et ce dans l'indifférence quasi totale. En effet, dans le chef des pouvoirs publics, cette évolution n'a pas fait l'objet d'une réflexion approfondie et aucune mesure anticipative n'a été prise afin de faire face à cette installation non prévue et au vieillissement de la population immigrée.

Conscients de ce problème, le Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne ainsi que la Direction générale de l'Action sociale et de la Santé de la Région wallonne ont chargé le Centre d'Etudes de l'Ethnicité et des Migrations (CEDEM, ULg) de réaliser une recherche relative au troisième âge immigré en Wallonie¹⁸¹. Cette étude s'est déroulée entre le 1^{er} décembre 2003 et le 31 mai 2004 et se subdivisait en 2 phases. La première consistait en une revue critique de la littérature existante sur le sujet et une analyse statistique dressant le profil démographique, géographique et socio-économique du troisième âge immigré en Belgique, et plus particulièrement en Région wallonne. La deuxième phase de la recherche reposait sur la rencontre avec une trentaine de personnes âgées d'origine immigrée, et ce afin de mieux comprendre leurs attentes et leurs besoins. Six communautés étrangères ont été privilégiées : la congolaise, l'espagnole, l'italienne, la marocaine, la polonaise et la turque. Les entretiens semi-directifs réalisés ont permis de reconstituer le parcours et la situation personnelle actuelle de ces

¹⁸¹ PERRIN, N. (2004) Les Rides de l'Immigration : Le troisième âge immigré en Région wallonne (Namur : Direction générale de l'Action Sociale et de la Santé de la Région wallonne).

représentants du troisième âge immigré en fonction de différents axes préalablement établis : les circonstances de leur arrivée en Belgique ainsi que de leur famille ; leur parcours professionnel ; leurs rapports avec leur entourage familial, communautaire ou encore avec leur environnement ; leur connaissance de leurs droits ; l'accès aux soins de santé et aux services ; les conditions sanitaires dans lesquelles ils vivent ; leur attachement à leur pays d'origine... Une troisième phase de la recherche se basant sur des entretiens avec divers professionnels en charge du troisième âge immigré devrait encore être effectuée prochainement.

Cette communication, qui se base sur les résultats de la recherche précédemment citée ainsi que sur l'étude effectuée par A. Janssens et C. Timmermans *Hoe elkaar de hand reiken? De zoekende interactie tussen de allochtone ouderen en het zorgaanbod in de stad Antwerpen*¹⁸², se structure en quatre points. Le premier veut expliquer pourquoi la question du vieillissement de la population immigrée a si longtemps été ignorée des politiques belges. Deuxièmement, nous présenterons le profil socio-démographique des Marocains âgés résidant en Belgique. Dans un troisième temps, nous aborderons quelques problématiques à prendre en compte pour le bien être des Marocains âgés résidant en Belgique. Enfin, nous exposerons quelques actions soutenues par les pouvoirs publics à destination, notamment, du troisième âge immigré

1) Découverte d'un 'nouveau' sujet par les pouvoirs politiques belges

Tandis que nombre d'actions ont déjà été entreprises par les pouvoirs publics à destination de la jeunesse immigrée, des sans-papiers, des demandeurs d'asile... les autorités politiques belges semblent n'avoir pris conscience que très récemment de la présence d'un troisième âge immigré résidant en Belgique. Force est de constater qu'elles n'ont aucunement appréhendé le phénomène du vieillissement de la population d'origine étrangère. Alors que les débats se sont focalisés ces dernières années sur l'intégration des plus jeunes générations, peu se sont intéressés aux

¹⁸² JANSSENS, A. et C. TIMMERMAN (2003) *Hoe elkaar de hand reiken? De zoekende interactie tussen de allochtone ouderen en het zorgaanbod in de stad Antwerpen* (Antwerpen: Universiteit Antwerpen).

primo-arrivants, à leur rôle et leur place dans une société belge qu'ils ont pleinement contribué à édifier.

L'argument généralement avancé pour expliquer cet état de fait repose sur le caractère temporaire de l'immigration de main-d'œuvre étrangère telle qu'elle avait été conçue par les hommes politiques belges de l'après-guerre.¹⁸³ Pour rappel, dans l'entre-deux-guerres, et surtout après la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement d'Achille Van Acker a entrepris de combler le manque de forces vives qui lui faisaient défaut dans certains secteurs de production tels que les charbonnages, les industries sidérurgiques... grâce à l'acheminement de contingents de travailleurs étrangers. Suite à la conclusion d'accords bilatéraux, des milliers d'hommes originaires d'Italie, d'Espagne, de Grèce, de Turquie, du Maroc... ont été intégrés, et ce *de manière temporaire*, dans l'économie nationale. Dans cette optique, une convention de sécurité sociale a été conclue en 1964 entre les autorités belges et marocaines.

Pendant longtemps, les autorités n'ont perçu l'immigration de travailleurs que comme une mesure provisoire, l'immigré étant alors considéré uniquement en tant que main-d'œuvre d'appoint dont le séjour devait être temporaire. Une fois son contrat expiré, il était censé rentrer dans son pays d'origine. Or, selon toute vraisemblance, nombre de ces primo-arrivants ont décidé, et ce pour diverses raisons que nous exposerons plus loin, de demeurer en Belgique, et *in fine* d'y vieillir. En effet, beaucoup de ces jeunes hommes ont décidé de demeurer sur le sol belge, tout en faisant venir leur famille, décision facilitée par la volonté du gouvernement belge d'encourager le regroupement familial dès 1965. Le nombre d'étrangers n'a dès lors cessé d'augmenter tandis que les représentants de la 2^{ème} génération voyaient le jour. Leur récente visibilité aux yeux des politiques belges résulte non seulement de la prise de conscience que beaucoup de

¹⁸³ BOURGUIGNON, A. (1996) 'Vieillir à cent lieues de ses racines', Nouvelle Tribune 12 (septembre), p. 34 ; ALMANAR (1998) Rapport Studiedag 'Marokkanen van de eerste generatie : oud worden in Brussel', colloque organisé le 12 décembre 1998 à Bruxelles (VUB), p. 2 ; COURTHÉOUX, E., J. LEMAN et E. DEPROSST (2001) 'Le management de la diversité. Un enjeu interculturel pour le secteur des maisons de repos' in : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (éd.) Le management de la diversité. Un enjeu interculturel pour le secteur des maisons de repos – Actes du colloque organisé par le Pacte territorial pour l'emploi de la Région Bruxelles-Capitale, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et Fernabel (Bruxelles : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme), p. 2.

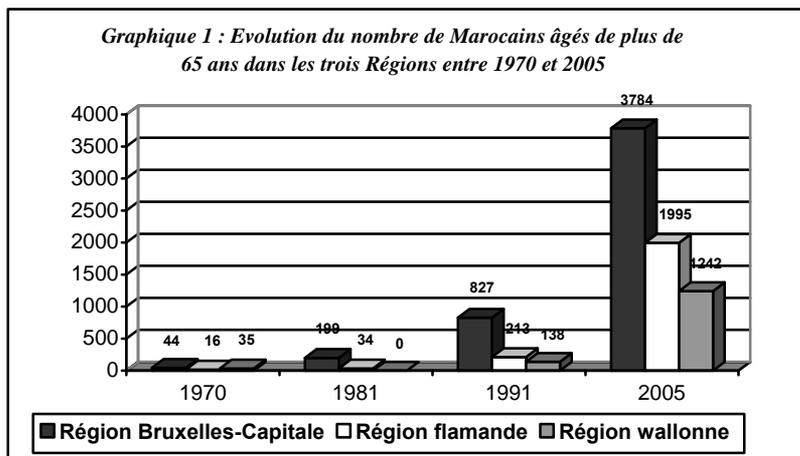
Le Troisième Age

ces immigrés resteront jusqu'à la fin de leur vie en Belgique, mais également de l'accroissement important du nombre d'immigrés âgés au sein de la population étrangère.

Aujourd'hui, le vieillissement de la population immigrée en Belgique ne peut plus être considéré comme un phénomène marginal et anodin. Les immigrés âgés constituent une frange de la population établie sur le sol belge de plus en plus importante. En effet, toute une génération d'Italiens qui avait une vingtaine d'années en 1946 lorsque un accord bilatéral a été conclu avec leur pays est aujourd'hui octogénaire. Les travailleurs migrants issus du Maghreb et arrivés dans les années soixante ont eux aussi atteint l'âge de la retraite ou l'atteindront très prochainement.

2) Aperçu statistique du troisième âge marocain

L'évolution du nombre de Marocains âgés de plus de 65 ans dans les trois Régions du pays depuis 1970, date du dernier recensement de la population effectué en Belgique avant la fermeture des frontières à l'immigration économique, est indéniable. Cet accroissement spectaculaire du nombre de personnes âgées entre 1991 et 2005 s'explique assez logiquement en tenant compte de l'âge relativement jeune qu'avaient les primo-arrivants marocains lors de leur arrivée en Belgique dans le milieu des années soixante.



Sources : INS (1974) *Recensements de la Population et des Logements au 31 décembre 1970 (Tome 4)* (Bruxelles : INS) ; INS (1982) *Recensements de la Population et des Logements au 1^{er} mars 1981* (Bruxelles : INS) ; INS (1992) *Recensements de la Population et des Logements au 1^{er} mars 1991* (Bruxelles : INS) ; Ecodata, Service public fédéral Economie, PME, Classes moyennes et énergie, <http://ecodata.mineco.fgov.be>.

Au 1^{er} janvier 2005, sur les 102.050 personnes âgées de plus de 65 ans de nationalité étrangère résidant en Belgique¹⁸⁴, 6.503 étaient des ressortissants du Maroc, ce qui équivalait, en valeur relative, à 6,4% de la population immigrée de la même tranche d'âge. Par ailleurs, grâce au tableau 2, nous voyons clairement que bon nombre de Marocains devraient également atteindre très prochainement l'âge de la retraite fixée légalement à 65 ans. Concernant la répartition entre les différentes Régions du pays, nous notons que plus de la moitié résidaient dans la capitale belge ou sa périphérie. Tandis que la Wallonie comptait, en valeur absolue, le plus grand nombre de ressortissants étrangers âgés par rapport à la Flandre et Bruxelles-Capitale, nous remarquons que celle-ci comptabilisait le moins de Marocains de plus de 65 ans avec seulement 2.640 individus.

¹⁸⁴ Ces données chiffrées ne prennent en compte que les personnes inscrites sur le registre des étrangers. Ne sont donc pas comprises les personnes ayant acquis la nationalité belge par voie de naturalisation, ni celles résidant illégalement sur le territoire belge. Notons toutefois que ces remarques concernent essentiellement une population plus jeune que celle qui nous intéresse dans le cadre de cette communication.

Tableau 1 : Nombre de Marocains âgés de plus de 50 ans résidant dans les trois Régions belges, 2005

Régions/ Classes d'âges	Bruxelles- Capitale	Flandre	Wallonie	Belgique
De 50 à 54 ans	1.721	967	510	3.198
De 55 à 59 ans	1.334	753	364	2.451
De 60 à 64 ans	1.565	982	524	3.071
De 65 à 69 ans	1.682	1.017	607	3.306
De 70 à 74 ans	1.214	627	404	2.245
De 75 à 79 ans	534	221	158	913
De 80 à 84 ans	251	94	59	404
De 85 à 89 ans	71	26	11	108
De 90 à 94 ans	26	8	2	36
+ de 95 ans	6	2	1	9
TOTAL	8.404	4.697	2.640	15.741

Source : INS (2005) *Population et ménages – Population étrangère au 1.1.2004* (Bruxelles : INS).

Cette répartition régionale s'explique en grande partie par l'histoire de l'immigration ouvrière en Belgique. Ainsi, compte tenu que l'essentiel des Italiens et des Polonais ont été appelés à travailler dans le secteur minier wallon, il est logique que ces nationalités soient aujourd'hui mieux représentées en Wallonie qu'en Flandre ou dans la capitale. A l'inverse, lorsque la Belgique a conclu un accord bilatéral avec le Maroc, les ressortissants marocains ont été invités à travailler dans différents secteurs et dans les trois Régions du pays, notamment dans la région minière du

Limbourg ou encore à Anvers et Bruxelles. Par la suite, certains se sont déplacés vers d'autres secteurs de l'économie belge.

Pour comprendre l'importance que revêt le troisième âge marocain au regard des autres communautés d'immigrés résidant en Belgique, un aperçu de la part relative des Marocains âgés dans chaque Région du pays est intéressant.

Tableau 2 : Les 10 nationalités les plus représentées dans chaque Région belge, 2005

Bruxelles-Capitale	Flandre	Région wallonne
1 Marocaine (3.784)	1. Néerlandaise (12.274)	1. Italienne (29.047)
2. Italienne (3.703)	2. Italienne (3.294)	2. Française (8.494)
3. Française (3.135)	3. Française (2.113)	3. Espagnole (2.762)
4. Espagnole (2.833)	4. Turque (1.852)	4. Allemande (1.997)
5. Grecque (1.430)	5. Marocaine (1.995)	5. Néerlandaise (1.282)
6. Turque (1.061)	6. Allemande (1.529)	6. Marocaine (1.242)
7. Portugaise (708)	7. Espagnole (1.374)	7. Grecque (1.119)
8. Allemande (621)	8. Anglaise (1.081)	8. Turque (982)
9. Néerlandaise (610)	9. Grecque (624)	9. Algérienne (622)
10. Anglaise (564)	10. Portugaise (305)	10. Polonaise (513)
(Autres : 3.018)	(Autres : 2.799)	(Autres. 3.283)

Source : Ecodata, Service public fédéral Economie, PME, Classes moyennes et énergie, <http://ecodata.mineco.fgov.be>.

Dans la Région bruxelloise, la communauté marocaine compte le plus de ressortissants âgés avec 3.784 individus, ce qui représente pas moins de 17,6% de la population étrangère âgée de plus de 65 ans domiciliée dans la capitale belge ou sa périphérie. En Flandre, avec 1.995 personnes, il s'agit de la 5^{ème} communauté la plus importante. En Région wallonne, bien qu'elle ne représente que 2,4% du troisième âge immigré, il s'agit toute de même de la 6^{ème} communauté d'immigrés âgés. Il est par ailleurs important de noter qu'avec les ressortissants turcs, les Marocains constituent la nationalité non-européenne la plus importante.

La localisation des Marocains âgés est une donnée importante pour non seulement déterminer où les actions à leur destination doivent être entreprises, mais elle illustre également l'histoire de leur immigration. En effet, les Marocains, lorsqu'ils sont arrivés en Belgique dans les années soixante-septante, sont moins venus pour travailler dans les mines (comme les Polonais, les Italiens, les Espagnols ou encore les Grecs, qui sont principalement établis dans l'axe industriel wallon et ses bassins miniers), que pour occuper des emplois urbains demandant de basses qualifications, ce qui se reflète dans leurs lieux de concentration : Bruxelles, Anvers, Gand, Charleroi, Liège... c'est-à-dire les grandes villes du pays. Au sein même de ces agglomérations urbaines, leur répartition nous renseigne sur leur situation socio-économique.

Par exemple, la presque totalité des Marocains âgés habitant l'agglomération liégeoise réside dans le centre de Liège. Les concentrations les plus importantes concernent les quartiers de logements sociaux de Sainte-Walburge, Droixhe et Vennes. Bressoux et Jupille-sur-Meuse comptent également un nombre considérable de vieux Marocains. Dans ces quartiers, ils ont pu plus facilement acquérir une propriété car ces anciennes communes comprennent beaucoup d'immeubles délabrés et bon marché. Les résultats obtenus par Astrid Janssens et Chris Timmermans sur l'agglomération d'Anvers mettent en évidence les mêmes conclusions.¹⁸⁵

Il semble en effet qu'une majorité de Marocains âgés résidant en Belgique ont un niveau de vie inférieur non seulement à la population belge, mais également par rapport à l'ensemble de la population immigrée et plus particulièrement aux ressortissants européens¹⁸⁶. Ainsi, par exemple, d'après une étude effectuée par L. Goossens, I. Thomas et D. Vanneste¹⁸⁷, il existe un écart important entre les ménages dont la personne de référence est originaire d'un pays de l'Union européenne (y compris la Belgique) et les ménages dont cette personne est citoyenne d'un autre pays. Selon leur

¹⁸⁵ JANSSENS, A. et C. TIMMERMAN (2003) op cit.

¹⁸⁶ Il s'agit ici des ressortissants des Etats-membres de l'Union européenne avant l'élargissement du 1er mai 2004.

¹⁸⁷ GOOSSENS, L., I. THOMAS et D. VANNESTE (1999) Le logement. Réalités socio-économiques et géographiques – 1981-1991 (Bruxelles : INS).

étude, deux fois moins de ressortissants du Maghreb que d'Européens sont propriétaires de leur maison. Cette étude montre également que les immigrés, à l'exception des ressortissants des États membres de l'Union européenne, enregistrent des scores relativement faibles par rapport aux indicateurs relatifs à la qualité du logement. C'est surtout au niveau du taux d'occupation que cette différence est la plus saisissante. Ainsi, plus de 2 ménages sur 5 dont la personne de référence est de nationalité turque ou marocaine disposent de peu de pièces et environ un ménage sur trois vit dans un logement trop petit par rapport à sa taille.

3) Quelques problématiques essentielles

3.1. Le retour au pays d'origine : entre mythes et réalités

La mise à la retraite amène beaucoup de personnes âgées d'origine étrangère à faire le deuil d'une idée qui fut véritablement le leitmotiv de son séjour en Belgique : épargner et rentrer au pays. Cette renonciation, souvent ressentie douloureusement, découle généralement d'une ou plusieurs des raisons suivantes :

- 1) Certains Marocains âgés y renoncent pour des raisons administratives et/ou pécuniaires. Ils craignent en effet de perdre les droits sociaux qu'ils ont acquis par leur travail et leur long établissement en Belgique.
- 2) Certaines personnes souffrant de graves troubles médicaux décident de rester en Belgique car elles considèrent qu'elles y sont mieux soignées qu'au Maroc.
- 3) Il existe parfois une inadéquation entre l'image que la personne avait gardée de son pays d'origine lors de son départ et celle qu'il lui renvoie de nos jours, via la télévision par exemple. Certains Marocains âgés ont ainsi pris conscience que leur société d'origine a elle aussi évolué, qu'elle est différente de celle qu'ils ont quitté, que nombre de leurs parents et amis d'enfance sont aujourd'hui décédés. Ils ont ainsi le sentiment d'être en quelque sorte devenus étrangers dans le pays qu'ils considèrent toujours comme leur patrie.

Le Troisième Age

4) Certains Marocains âgés éprouvent des sentiments d'échec et de honte car ils estiment que, n'ayant pas amassé les richesses escomptées lors de leur départ, ils ont échoué dans leur entreprise.

5) Enfin, la majorité des Marocains âgés renoncent au retour en raison de réseaux affectifs tissés en Belgique. La famille en constitue bien entendu le maillon principal. La personne âgée peut ainsi renoncer au retour, soit parce que ses enfants ont fait leur vie en Belgique, soit parce qu'elle estime que sa descendance a plus de chance dans le royaume belge qu'au Maroc ou encore parce que son mari ou sa femme est de nationalité belge. D'autres liens affectifs peuvent également contribuer à ce désir de finir ses jours dans la société d'accueil, ceux noués avec des voisins, d'anciens collègues, d'autres Marocains rencontrés dans divers lieux de socialisation (mosquées, associations, centres culturels...) où la mémoire collective est entretenue.

Tous les immigrés marocains âgés n'ont toutefois pas décidé de finir leur vie en Belgique et certains ont toujours comme projet de retourner au pays. Cet attachement à la terre natale et le désir d'y finir leur vie se sont dans certains cas concrétisés par divers investissements : l'achat de terrain(s), d'une maison ou encore sa rénovation. Ils ont par ailleurs souvent tenté de transmettre à leur descendance les valeurs culturelles et confessionnelles de leur pays d'origine. Ils ont même, parfois, incité leurs fils à choisir un métier d'avenir au Maroc pour le jour où ils y retourneront s'y établir définitivement.¹⁸⁸ Notons que l'option de plus en plus souvent privilégiée par de nombreux Marocains âgés, dans la mesure des possibilités financières, administratives et/ou médicales, consiste en des allers-retours plus ou moins espacés dans le temps entre la Belgique et le Maroc.

Ce retour au pays est souvent perçu par la personne âgée d'origine marocaine comme un aboutissement, un retour aux sources, et ce même dans la mort dans le cas où elle y aurait renoncé de son vivant. Comme le souligne A. Bourguignon, « cette idée de retour, toujours entretenue par beaucoup, est sans doute une illusion nécessaire pour accepter de vieillir,

¹⁸⁸ KORCHI, G. (1998) La position des vieux immigrés marocains en Belgique : leurs trajectoires de vie et l'anticipation à travers le regard de leurs enfants (mémoire) (Bruxelles : Université Libre de Bruxelles), p. 77.

voire mourir en terre étrangère»¹⁸⁹. Pour J. Meyers, «le lieu de l'ensevelissement est une dimension que l'on ne peut escamoter, car il témoigne de l'appartenance»¹⁹⁰. Ainsi, beaucoup de Marocains âgés, ayant décidé de rester en Belgique jusqu'à leur mort, ont organisé, de leur vivant, le rapatriement de leur corps dans leur pays natal. Pour ce faire, ils ont contracté une assurance auprès du *Fonds de Solidarité Maghrébine* ou encore auprès des banques *Chaabi* ou *Wafa*¹⁹¹.

3.2. Le passage à la retraite comme évènement crucial dans la vie du Marocain âgé

Dans les sociétés occidentales basées sur l'économie de marché et où la jeunesse est célébrée, le passage à la retraite est souvent ressenti durement. Pour les ressortissants marocains âgés, comme pour toute autre personne d'origine immigrée, cette étape de la vie comporte une dimension spécifique que ne connaît pas le ressortissant belge. En effet, alors qu'au départ il était venu *temporairement* travailler en Belgique, qu'il avait *provisoirement* prolongé son séjour puisque son travail lui permettait d'assurer le bien-être de sa famille, une fois à la retraite, il a perdu la principale 'justification' de sa présence dans le royaume belge, non seulement aux yeux de sa société d'accueil, mais bien souvent également aux siens.

Il s'agit en effet d'un point important : même s'ils ont passé la majeure partie de leur vie en Belgique, les Marocains âgés sont restés profondément attachés à leur contrée d'origine. Cet attachement, qui peut se manifester au niveau de l'alimentation, de l'habillement... est avant tout culturel et est nourri à la fois par la nostalgie et une certaine 'culpabilité' d'avoir quitté leur pays.

¹⁸⁹ BOURGUIGNON, A. (1996) op cit, p. 35.

¹⁹⁰ MEYERS, J. (1999) 'A l'écoute de la mort', Agenda interculturel 171 (février), p. 7.

¹⁹¹ DUJARDIN, A. (1991) 'L'interculturel au-delà de la mort', Agenda Interculturel 99-100 (décembre-janvier), p. 24 et KORCHI, G. (1998) op cit, p. 80.

Comme le souligne J. Snacken, l'homme a besoin de culture pour se conceptualiser et se forger une identité.¹⁹² Le Marocain âgé, comme toute autre personne ayant migré, est confronté à la nécessité de se redéfinir dans une société qui ne partage pas exactement les mêmes valeurs. Celles-ci sont d'une extrême importance pour lui, depuis longtemps éloigné de sa terre natale. Non seulement il y est attaché, mais il tente généralement de les transmettre à sa descendance.

Toutefois, ses enfants et petits-enfants peuvent, de manière involontaire, participer au mal-être de leur aïeul. En effet, ceux-ci, éduqués au sein du système scolaire belge et/ou employés dans une entreprise nationale, ont souvent adopté, en totalité ou en partie, le système de valeurs de leur pays d'accueil. Le Marocain âgé peut dès lors se sentir fort dépourvu par rapport à sa descendance dont il ne partage plus les codes.¹⁹³ Comme le fait pertinemment remarquer J. Snacken, l'immigré âgé est un « voyageur et dans le temps et dans l'espace »¹⁹⁴.

3.3. L'importance de la religion

Un élément souvent mal appréhendé dans les pays occidentaux a trait à l'importance donnée à la religion par les personnes âgées, et plus particulièrement les personnes de confession musulmane. Il est clair que la pratique du culte relève avant toute autre chose de la foi. Néanmoins, en contexte migratoire, elle recouvre également une autre dimension primordiale : le sentiment d'appartenance. En effet, l'appartenance confessionnelle, pour un très grand nombre de Marocains âgés, constitue, si pas le fondement, du moins le ciment de leur attachement à leur culture d'origine. Elle définit non seulement les rituels de passage (naissance, mariage, enterrement...), mais également les gestes quotidiens qui structurent la vie de toute une communauté, et ce au-delà des frontières.

¹⁹² SNACKEN, J. (1997) 'La fonction de la culture chez les personnes âgées allochtones' in : Place de la dimension culturelle en santé mentale ? – Actes du colloque organisé à Tervuren les 5 et 6 juin 1997, (Bruxelles : Fondation Julie Renson), pp. 67-71.

¹⁹³ OUSLIKH, M. (1990) Mémoire d'honneur : l'immigration et ses générations, Communication à la journée 'Rencontre des âges : vers des actions intergénérationnelles' organisée le 7 décembre 1990 par le Département des Sciences sociales de l'Université de Liège et KORCHI, G. (1998) op cit, p. 18.

¹⁹⁴ SNACKEN, J. (1997) op cit, pp. 67.

Pour A. Dujardin, « la religion (...) dévoile *l'identité culturelle* de chacun », « le migrant [l']emporte avec lui comme une partie de soi et du pays d'origine »¹⁹⁵. Ainsi, en contexte migratoire, la religion permet de réaffirmer l'appartenance culturelle à sa communauté et agit comme agent unificateur. Elle permet de ressouder les individus en les confortant dans la construction d'une conscience ethnique. La religion, surtout pour les populations de confession musulmane ou juive, est un des symboles communautaires importants et reste souvent un des principaux liens qui les lie durablement avec leur pays d'origine. Cet intérêt se traduit notamment par un taux de fréquentation important de la mosquée, investie, en contexte migratoire, de nouvelles fonctions socioculturelles. Les Marocains âgés intègrent des comités gravitant autour de la mosquée où leur vieillesse, et à travers celle-ci leur statut d'ancien, sont pleinement valorisés.

Dans la sphère privée, ce retour à la religion permet à la personne âgée de consolider son rôle de patriarche au sein de la famille. Alors qu'elle a renoncé à retourner définitivement au Maroc, et quand bien même le retour au pays reste un projet envisagé sérieusement, la pratique religieuse lui permet également de rester symboliquement en contact avec son pays d'origine. Elle peut également contribuer à résoudre ces problèmes identitaires auxquels sont souvent confrontées les personnes âgées d'origine immigrée : « L'Islam prend donc de plus en plus la forme d'un cadre d'interprétation et d'un code moral normatif qui doivent assurer stabilité et clarté à l'univers mental et social des immigrés »¹⁹⁶.

3.4. La santé des Marocains âgés

Tenter de donner un aperçu des conditions de vie des Marocains âgés en Belgique nous amène à aborder la question de la santé de ces personnes. En somme, d'après de nombreux auteurs¹⁹⁷, les maladies diagnostiquées au sein du troisième âge immigré sont les mêmes que celles rencontrées dans

¹⁹⁵ DUJARDIN, A. (1991) op cit, p. 23.

¹⁹⁶ KORCHI, G. (1998) op cit, p. 106.

¹⁹⁷ COBBAUT, N. (1998) 'Du pays où l'on naît, à celui où l'on meurt', Bruxelles Informations Sociales 142, pp. 34-37 et LOUTZ, N. (1989) Influences des conditions de vie sur l'état de santé des personnes âgées. Confrontation de modèles belges et immigrés turcs (mémoire en gérontologie) (Liège : Université de Liège).

la population belge de la même tranche d'âge, avec toutefois un plus haut taux de silicose dû au travail dans les mines. Toutefois, des entretiens effectués avec ces immigrés âgés, il ressort que leur état de santé est ressenti très subjectivement. D'après les propos des personnes ayant déclaré souffrir d'une mauvaise santé, il semble que l'état de santé global de l'immigré âgé est ressenti plus durement si celui-ci ne dispose pas des moyens adéquats pour pallier les désagréments engendrés par les problèmes médicaux auxquels il est confronté. De même, les individus isolés paraissent plus durement éprouvés par les aléas que leur inflige la vieillesse. Enfin, beaucoup de Marocains, arrivés en Belgique dans la force de l'âge et en bonne santé, sont aujourd'hui épuisés, après vingt, trente ou quarante ans de dur labeur et de situations statutaires difficiles; ils ont vieilli prématurément et en gardent un certain ressentiment. Pour parler de ce phénomène, P. Bollini et H. Siem parlent d'« exhausted migrant effect »¹⁹⁸. Il est indéniable en effet que bon nombre de Marocains aujourd'hui âgés ont eu un parcours professionnel en Belgique 'chaotique'. Dès le début des années septante, la Belgique connaissait une période de récession économique et beaucoup d'entre eux en ont été les premières victimes, multipliant par la suite périodes de chômage et emplois peu valorisés. En somme, la mauvaise santé de ces personnes serait moins liée à l'âge qu'aux conditions de vie et de travail particulièrement pénibles auxquelles elles ont été soumises durant leur vie professionnelle.

Un autre problème important pour nombre de Marocains âgés est celui de la communication avec les différents praticiens. En effet, un taux relativement important de Marocains âgés, et plus particulièrement des femmes, parlent mal, voire très mal, le français. Dès lors, ils éprouvent énormément de problèmes pour décrire leurs maux, qu'ils soient d'ordre physique ou psychologique. Cette difficulté à s'exprimer entraîne une certaine frustration qui peut déboucher sur une accentuation des symptômes et du mal.¹⁹⁹

¹⁹⁸ BOLLINI, P. et H. SIEM (1995) 'No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000', *Social Science and Medicine* 41, p. 825.

¹⁹⁹ LOUTZ, N. et A. MANÇO (1992b) 'Représentations et rapports à la santé. Une approche comparative des personnes âgées belges et turques' in : A. MANÇO et U. MANÇO (éds.) *Turcs de Belgique. Identités et trajectoires d'une minorité* (Bruxelles : INFO-TÜRK), p. 198.

Pour pallier ce problème, C. De Blauwe préconise la participation d'un interprète lors de la consultation médicale avec une personne d'origine étrangère. Selon elle, la présence de cet intermédiaire permet non seulement à l'étranger d'exprimer clairement son mal, mais également ses problèmes et frustrations. Cette meilleure compréhension peut de plus induire entre le praticien et son client un rapport de confiance²⁰⁰. Ce problème de communication avec le médecin est non seulement verbal, mais également culturel dans certains cas. Il est ainsi nécessaire de « tenir compte des différences », de « ne pas faire une médecine standardisée »²⁰¹.

Certains problèmes physiques et mentaux récurrents au sein du troisième âge immigré ont des racines plus profondes et doivent être analysés sous l'angle de la psychologie. Ainsi, les immigrés âgés souffriraient de troubles liés au fait qu'ils vivent, même après avoir passé la majeure partie de leur vie en Belgique, dans une « psychologie de la migration : volonté de retour, vie culturelle structurée en fonction d'un pays d'origine idéalisé, états nostalgiques... »²⁰². La nostalgie du pays d'origine, le désir toujours vivace d'y retourner, l'attachement à des valeurs culturelles et sociales qui proviennent d'un autre monde et même d'une autre époque (le pays qu'ils ont quitté au moment où ils l'ont quitté)... participeraient à leur mal-être et pourraient déboucher sur de graves dépressions. J. Snacken parle de « névrose traumatique du migrant »²⁰³ et insiste sur la nécessité, pour l'immigré âgé, de résoudre certains problèmes d'ordre identitaire.

3.5. La prise en charge des aînés

La problématique de l'accueil et de la prise en charge du troisième âge immigré est également une thématique essentielle, et à travers elle l'efficacité des divers dispositifs d'action sociale, culturelle et de loisirs

²⁰⁰ DE BLAUWE, C. (1996) 'Une meilleure communication pour un traitement optimal', Nouvelle Tribune 12 (septembre), pp. 46-47.

²⁰¹ CLAUDE, F. (1991) 'Question santé', Agenda interculturel 99-100 (décembre-janvier), p. 12.

²⁰² LOUTZ, N. et A. MANÇO (1992a) 'Rapports intergénérationnels et traditions culturelles. L'exemple de l'immigration turque' in : A. MANÇO et U. MANÇO (éds.) Turcs de Belgique. Identités et trajectoires d'une minorité (Bruxelles : INFO-TÜRK), p. 168.

²⁰³ SNACKEN, J. (1997) op cit, pp. 67-71.

destinés à un public âgé d'origine marocaine. La question du respect des convictions culturelles et religieuses au sein des établissements destinés à héberger une population âgée est également importante.

En 2003, nous avons publié au sein d'une revue distribuée dans toutes les maisons de repos un questionnaire relatif à la prise en charge au sein de ces établissements d'un troisième âge immigré. En ce qui concerne les établissements qui nous ont renvoyé ce questionnaire, aucun n'avait dans ses bénéficiaires une personne âgée d'origine marocaine. Les professionnels rencontrés ont confirmé que peu de ressortissants marocains résidaient actuellement en maison de repos. En plus du motif financier, deux raisons sont généralement invoquées pour expliquer ce fait. Premièrement, les Marocains âgés ont souvent une perception très négative des maisons de repos quasiment assimilées à des prisons ou à des mouiroirs. Deuxièmement, une fois au crépuscule de leur vie, il leur semble logique d'être pris en charge par la famille et *a fortiori* par leurs enfants. Dans leur optique, finir leurs jours dans une maison de repos constitue l'expression d'un échec, celui de l'éducation de leur descendance.

En Belgique, le secteur des maisons de repos reste relativement inadapté à cette frange spécifique de la population âgée. Les immigrés ont des attentes particulières et des besoins spécifiques. Il semble ainsi évident qu'il faut former un personnel spécialisé pour les servir au mieux. Par ailleurs, un débat entre professionnels des secteurs concernés s'est ouvert sur la pertinence, soit de repenser l'accueil et l'éventail des services offerts par les maisons de repos déjà existantes sur le territoire, soit d'en créer d'autres spécifiquement destinées à un public immigré.²⁰⁴ De l'avis de ceux qui estiment souhaitable, voire nécessaire, de créer des structures spécifiques à destination des personnes âgées d'origine immigrée²⁰⁵, prenant exemple des deux maisons de retraite exclusivement dévolues à la population juive, l'existence de tels établissements « ne répond pas à une volonté de particularisme, mais à des besoins sociaux, philosophiques,

²⁰⁴ MALDAGUE, M. (2002a) 'La diversité culturelle, un espace à vivre et à découvrir', Bruxelles Informations Sociales 150, pp. 44-47.

²⁰⁵ Voir les articles : CLAUDE, F. (1991) op cit, pp. 14-15 et VANDERKAM, M. (1999) 'Quand les immigrés vieillissent en silence', Agenda interculturel 178 (novembre), pp. 14-16.

culturels et religieux »²⁰⁶. Les opposants à cette idée²⁰⁷ estiment par contre que créer de tels lieux se résumerait à échafauder de nouveaux ghettos. Ils considèrent que c'est aux maisons de repos de s'adapter à ce *nouveau* public.

La question mérite toutefois d'être sérieusement pensée. Une recherche effectuée par G. Korchi auprès d'enfants de Marocains retraités²⁰⁸ montre que, tant bien même ils partagent la vision de leurs ascendants et voudraient les recueillir chez eux une fois arrivés à l'automne de leur existence, beaucoup d'entre eux mettent en évidence la difficulté de concilier la prise en charge de leurs parents et leurs obligations professionnelles.

4) Quelques actions soutenues par les pouvoirs publics

Avec le soutien d'associations étrangères, et notamment marocaines, plusieurs institutions ou administrations belges ont entrepris depuis le milieu des années nonante diverses initiatives à destination des personnes âgées d'origine étrangère. Il est important de noter que beaucoup de ces actions innovantes sont soutenues financièrement par les autorités belges :

- 1) engagement au sein de maisons de repos, d'hôpitaux, de tribunaux, d'administrations communales... d'un personnel de nationalité étrangère ;
- 2) création de cellule de médiation interculturelle, notamment dans les grands hôpitaux généraux et psychiatriques du pays ;
- 3) formations à l'interculturalité organisées dans divers secteurs et à destination des professionnels en contacts avec des personnes d'origine immigrée ;
- 4) création de services d'interprétariat social ;
- 5) traduction de formulaire administratif...

²⁰⁶ CLAUDE, F. (1991) op cit, p. 15.

²⁰⁷ LEPAGE, Y. (2001) 'Vieillesse et diversité culturelle' in : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (éd.) Le management de la diversité. Un enjeu interculturel pour le secteur des maisons de repos – Actes du colloque organisé par le Pacte territorial pour l'emploi de la Région Bruxelles-Capitale, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et Fernabel (Bruxelles : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme), pp. 26-37 et CLAUDE, F. (1991) op cit, pp. 14-15.

²⁰⁸ KORCHI, G. (1998) op cit.

Il reste que ces personnes attendent que leur rôle dans l'évolution de la société belge soit dès aujourd'hui valoriser par les autorités politiques. En effet, beaucoup de Marocains âgés souffrent de sentiments de solitude et/ou d'inutilité. Pour que ces personnes ne se sentent plus exclues dans leur société d'accueil, il est important de mettre en valeur leur contribution à la vie économique, politique, sociale et culturelle de la Belgique et de leur octroyer une place de choix dans son histoire.

Par ailleurs, si le nombre de personnes âgées d'origine marocaine résidant en Belgique est déjà important à l'heure actuelle, celui-ci ne devrait qu'augmenter ces prochaines décennies. Il importe donc d'agir dès aujourd'hui pour une meilleure gestion à venir du troisième âge marocain.

Bibliographie

- ALMANAR (1998) *Rapport Studiedag 'Marokkanen van de eerste generatie : oud worden in Brussel'*, colloque organisé le 12 décembre 1998 à Bruxelles (VUB).
- BOLLINI, P. et H. SIEM (1995) 'No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000', *Social Science and Medicine* 41, pp. 819-828.
- BOURGUIGNON, A. (1996) 'Vieillir à cent lieues de ses racines', *Nouvelle Tribune* 12 (septembre), pp. 34-36.
- CLAUDE, F. (1991) 'Question santé', *Agenda interculturel* 99-100 (décembre-janvier), pp. 12-13.
- COBBAUT, N. (1998) 'Du pays où l'on naît, à celui où l'on meurt', *Bruxelles Informations Sociales* 142, pp. 34-37.
- COURTHÉOUX, E., J. LEMAN et E. DEPROSST (2001) 'Le management de la diversité. Un enjeu interculturel pour le secteur des maisons de repos' in : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (éd.) *Le management de la diversité. Un enjeu interculturel pour le secteur des maisons de repos – Actes du colloque organisé par le Pacte territorial pour l'emploi de la Région Bruxelles-Capitale, le Centre pour l'égalité des chances et*

- la lutte contre le racisme et Fernabel* (Bruxelles : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme), pp. 2-4.
- DE BLAUWE, C. (1996) 'Une meilleure communication pour un traitement optimal', *Nouvelle Tribune* 12 (septembre), pp. 46-47.
- DUJARDIN, A. (1991) 'L'interculturel au-delà de la mort', *Agenda Interculturel* 99-100 (décembre-janvier), pp. 20-25.
- GOOSSENS, L., I. THOMAS et D. VANNESTE (1999) *Le logement. Réalités socio-économiques et géographiques – 1981-1991* (Bruxelles : INS).
- INS (1974) *Recensements de la population et des logements au 31 décembre 1970* (Tome 4) (Bruxelles : INS).
- INS (1982) *Recensements de la Population et des Logements au 1^{er} mars 1981* (Bruxelles : INS).
- INS (1992) *Recensements de la Population et des Logements au 1^{er} mars 1991* (Bruxelles : INS).
- INS (2005) *Population et ménages – Population étrangère au 1.1.2004* (Bruxelles : INS).
- JANSSENS, A. et C. TIMMERMAN (2003) *Hoe elkaar de hand reiken? De zoekende interactie tussen de allochtone ouderen en het zorgaanbod in de stad Antwerpen* (Antwerpen: Universiteit Antwerpen).
- KORCHI, G. (1998) *La position des vieux immigrés marocains en Belgique : leurs trajectoires de vie et l'anticipation à travers le regard de leurs enfants* (mémoire) (Bruxelles : Université Libre de Bruxelles).
- LEPAGE, Y. (2001) 'Vieillesse et diversité culturelle' in : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (éd.) *Le management de la diversité. Un enjeu interculturel pour le secteur des maisons de repos – Actes du colloque organisé par le Pacte territorial pour l'emploi de la Région Bruxelles-Capitale, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et Fernabel* (Bruxelles : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme), pp. 26-37.
- LOUTZ, N. (1989) *Influences des conditions de vie sur l'état de santé des personnes âgées. Confrontation de modèles belges et immigrés turcs* (mémoire en gérontologie) (Liège : Université de Liège).

- LOUTZ, N. et A. MANÇO (1992a) 'Rapports intergénérationnels et traditions culturelles. L'exemple de l'immigration turque' in : A. MANÇO et U. MANÇO (éds.) *Turcs de Belgique. Identités et trajectoires d'une minorité* (Bruxelles : INFO-TÜRK), pp. 157-172.
- LOUTZ, N. et A. MANÇO (1992b) 'Représentations et rapports à la santé. Une approche comparative des personnes âgées belges et turques' in : A. MANÇO et U. MANÇO (éds.) *Turcs de Belgique. Identités et trajectoires d'une minorité* (Bruxelles : INFO-TÜRK), pp. 191-206.
- MARTINIELLO, M. (1983) *Les projets de retour au pays chez les pré-pensionnés et les pensionnés italiens de la région liégeoise* (mémoire) (Liège : Université de Liège).
- MEYERS, J. (1999) 'A l'écoute de la mort', *Agenda interculturel* 171 (février), pp. 7-10.
- OUSLIKH, M. (1990) *Mémoire d'honneur : l'immigration et ses générations*, Communication à la journée 'Rencontre des âges : vers des actions intergénérationnelles' organisée le 7 décembre 1990 par le Département des Sciences sociales de l'Université de Liège.
- PERRIN, N. (2004) *Les Rides de l'Immigration : Le troisième âge immigré en Région wallonne* (Namur : Direction générale de l'Action Sociale et de la Santé de la Région wallonne).
- SNACKEN, J. (1997) 'La fonction de la culture chez les personnes âgées allochtones' in : *Place de la dimension culturelle en santé mentale ? – Actes du colloque organisé à Tervuren les 5 et 6 juin 1997*, (Bruxelles : Fondation Julie Renson), pp. 67-71.
- VANDERKAM, M. (1999) 'Quand les immigrés vieillissent en silence', *Agenda interculturel* 178 (novembre), pp. 14-16.

Le retour “nomade” ou “l’errance” des migrants marocains âgés

Catherine Gauthier

Socio-anthropologue

Chargée de cours à l'Université

Jean Monn et de Saint Etienne

Membre associé MIGRINTER-CNRS Poitiers

Résumé

Nous nous proposons d'aborder le problème du retour attendu d'une émigration de travail, par les circulations migratoires particulièrement dynamiques sur les routes via l'Espagne et chez les Marocains, surtout les retraités. Ceci favorise des distinctions au sein du groupe des migrants et des personnes âgées en recoupant cette situation particulière avec la situation familiale et la situation professionnelle et ainsi permettre de comprendre les motifs d'une mobilité croissante tant entre les deux pôles migratoires qu'entre les différents lieux du territoire migratoire. D'où un déplacement du problème : non pas choisir sa résidence mais un partage de vie. L'accès à la retraite est aussi un accès à de nouveaux rôles socio-économiques envers le milieu migratoire comme pour le milieu d'origine et soi-même. Le migrant âgé a des facilités et des motifs légitimes de déplacement qui peuvent permettre de nouvelles stratégies d'enrichissement et de donner aux plus sédentaires un accès aux différents produits et marchés, grâce à des réseaux transnationaux mobilisables par ses circulations à travers de multiples territoires nationaux et milieux familiaux, sociaux et économiques marocains. Un nouveau marché s'est ouvert avec cet accroissement des circulations : le transport international par autocars. L'observation de stratégies de vente et de localisations à partir du Souss permet d'en faire une rapide

Le Troisième Age

hiérarchie, de comprendre la demande et les usages distinctifs des clientèles et d'en saisir les limites.

D'autres circulations se manifestent tel qu'un savoir historique entre générations. La recomposition-décomposition des familles au Maroc ou en Europe permettent la transmission d'une expérience et de savoirs faire. Cependant, ce partage entre les membres du couple migratoire plutôt qu'une stabilisé, rejoint l'expression encore timide d'un autre compromis, spatial celui-là : espace intermédiaire, sorte de "ni-ni", le choix de l'Espagne comme lieu de retraite envisagé par la génération suivante. Ce qui pose la question du statut de ce pays et de cette société dans la représentation et de la place de ces migrants qui la traversent couramment.

Le retour des migrants dans leur pays d'origine reste encore mal identifié tant en terme quantitatif que qualitatif, sans doute parce qu'encore trop souvent abordé de façon unilatérale, depuis un des pôles de l'itinéraire migratoire. Logiques d'observation sédentaires pour des groupes mobiles par définitions, en tout cas plus proches d'une alternance, une oscillation hésitante ou affirmée entre ces deux pôles de leur migration.

Pour échapper à cet artefact, j'ai cherché à comprendre le phénomène migratoire marocain de plus en plus complexe, par les temps et pratiques de circulation, dans ma recherche de doctorat sur les circulations des Marocains sur les routes reliant le Maroc à l'Europe par l'Espagne. J'en livrerai ici certains résultats concernant les "retraités".

Les migrants rentrent en moyenne au Maroc une fois par an ou tous les deux ans lors des vacances estivales, massivement entre le 15 Juin et le 15 Septembre²⁰⁹. Les retraités, sans contrainte d'emploi ni de date de congés, diffèrent leurs voyages de plusieurs semaines ; ils échappent ainsi aux encombrements, tout en participant aux réunions de famille et festivités de cette période. Qui plus est, on remarque dans les tranches d'âges supérieures, une forte tendance à voyager toute l'année.

Ils circulent le plus souvent seuls ou en couple. Seuls, le moyen de transport courant est l'autocar, le véhicule d'un compatriote ou la voiture personnelle ; en couple, la voiture personnelle -souvent combinée au bateau entre Sète et Tanger qui réduit une route longue et éprouvante- l'autocar et l'avion.

Si le migrant vit en famille en Europe, ses retours sont souvent réduits aux périodes de vacances. Pour ceux dont la résidence principale est au Maroc, avec ou sans famille en Europe, la mobilité est plus fréquente et répond à d'autres temporalités.

J'ai participé au voyage d'un des autocars reliant Tiznit à Gennevilliers, en avril 1995, pour une compagnie locale bon marché, fruit des investissements d'un *Chleuh*²¹⁰ rentré de l'étranger.

²⁰⁹ LAZZAR et CHAREF in MA MUNG (E.) s/d .- Mobilités et investissements des émigrés .- Éd. L'Harmattan, janvier 1997 ; et INSEA .- Migration internationale au Maroc .- Université du Québec à Montréal, 1981.

²¹⁰ Nom donné aux berbères du sud du Maroc appartenant à l'aire linguistique du Tachelhit.

Extrémités historiques du champ migratoire marocain en Europe²¹¹, Tiznit et Gennevilliers sont devenues deux pôles d'un réseau important de liaisons d'autocars entre le Maroc, la France et la Belgique. Au moins cinq des sociétés de Tiznit sont liées à une autre société, dans la région parisienne, captant ainsi une part du marché des retours de vacances aux compagnies nationales marocaines, puis ensuite du marché annuel. Les préretraités et retraités dans la clientèle des sociétés privées hors saison estivale sont difficiles à chiffrer ; des observateurs l'évaluent cependant à près de 80 % dans le Souss.

Un service spécialisé :

L'autocar "communautaire" est un moyen de transport peu cher et pratique : proximité des lieux de chargement, peu de transbordements, départs fréquents. Le client peut négocier la fréquence des arrêts, ne transporte ses bagages que pour passer en douane, surveille leur acheminement et leur manipulation (en cas d'objets fragiles). C'est donc particulièrement avantageux pour les personnes à mobilité réduite, transportant de grandes quantités de bagages et de gros objets (les taxes au poids sont très avantageuses).

Leur qualité va du bas de gamme au "standing" du transport routier de voyageurs. Les sociétés "belges" (créées par des migrants installés en Belgique) ou "hollandaises" portent les signes extérieurs du haut de gamme : climatisation, toilettes (jamais en service !), stores, sièges confortables et suffisamment espacés. Leur place dans la hiérarchie dépend en partie, des catégories sociales auxquelles elles s'adressent : un bon transporteur pouvant être, pour certains le moins cher, d'autres vont privilégier la modernité, le confort, la sécurité, la compétence en conduite ou en accueil de son personnel, ou encore le "look". Ces exigences varient également en fonction des motivations du voyage : administration, tourisme, commerce. -"Avec moi on sent pas la route, explique l'un d'eux, c'est pas seulement un groupe dans un car, c'est une famille qui voyage. Les gens ont besoin qu'on s'occupe d'eux : les personnes âgées ou les femmes qui sont seules surtout. Moi je mets de

²¹¹ RAY (J.) op. cité p.49-59, pp. 118-119.

l'ambiance. Je mets de la musique, je fais des concours de chansons, des cassettes vidéo avec des dessins animés ou des groupes de musiciens...des choses adaptées à la clientèle que je transporte."

L'habitude des grands voyages

Notre car ne se remplira qu'à l'agence de Casablanca avec les rares femmes de ce groupe de voyageurs. On s'installe en fonction de ses affinités si possible, pour partager ces 72 heures de voyage. Les deux chauffeurs, eux, s'échangent le volant, sans même arrêter le véhicule le plus souvent ; se relaient toutes les quatre heures sur la dernière rangée de sièges afin d'y dormir un peu, au milieu de passagers fumeurs rassemblés au fond du car.

Beaucoup viennent des régions rurales de l'Anti-Atlas et de la plaine du Souss, les quelques autres, montés plus au Nord, font figure d'intrus dans cette petite collectivité *chelha*.. Dès les premiers kilomètres, on perçoit une expérience des grands trajets et des circulations migratoires qui caractérisent ce peuple *chleuh* .

Nombreux sont ceux qui portent le burnous en épaisse laine brune des chèvres de l'Anti-Atlas. Il isole autant des fortes chaleurs en l'absence de climatisation, que du froid des nuits et des courants d'air, à l'aide d'une large capuche qui fait aussi écran à la lumière et à cette promiscuité constante. Ils ne le quitteront que sur le bateau, sas d'entrée en Europe où les attitudes se réajustent voire s'exacerbent dans cet espace/temps suspendu entre deux réalités distinctes du migrant.

Le départ de Tiznit ayant eu lieu un peu après midi, les sacs à provisions sortent rapidement : les couteaux passent d'un siège à l'autre, quelques fruits aussi, personne ne manquera jamais de rien, chacun y veille discrètement du coin de l'oeil.

Si les repas pris dans le car ou dans les relais des bords de route²¹², rythment le flux des kilomètres engloutis avec précipitation, les moments d'invocation et de prière contribuent également à égrainer les heures. La pierre d'ablution d'un musulman prévoyant et fervent, passe de mains en mains. Un des chauffeurs invite les voyageurs aux invocations du

²¹² GAUTHIER (C.) "Sociabilités et commercialisations des mobilités migratoires marocaines" in Revue Européenne des Migrations Internationales, vol 13, n°3, pp. 183-210.

Le Troisième Age

matin aux prières du soir, ou à la récitation de l'invocation du voyageur après chaque arrêt important : *“O mon seigneur, par Toi je m'élançe et par Toi je me déplace et par toi je marche. O mon Seigneur, facilite-nous notre voyage-ci et raccourcis-nous en la distance. O mon Seigneur, tu es le Compagnon de voyage et le Substitut dans la famille. O mon Seigneur, je demande Ta protection contre les difficultés du voyage, contre le visage affligé et contre le retour malheureux en mes biens, ma famille et mes enfants”*.

Des lèvres s'animent à l'approche d'un barrage de police ou d'une douane, mais en toute discrétion cette fois-ci, pour l'invocation préservant de la crainte d'une autre autorité que l'autorité divine : *“Il n'y a de divinité qu'Allah, le Patient, le Généreux ; (...) il n'y a de divinité que Toi : est devenu puissant quiconque est Ton protégé (...)”*²¹³. Ce même chauffeur se charge de rassembler les papiers pour le passage de douane justement. Il les restitue ensuite, en interpellant leur propriétaire avec un ton respectueux pour les dames et les plus âgés, ou quelque plaisanterie pour les autres, il fait de même à l'approche des villes d'arrivée. Il montre ainsi, sa mémoire des noms, des visages et des destinations et sa reconnaissance aux fidèles clients des périodes de versements de retraites : la quasi totalité de la clientèle. Nous sommes à la veille du versement des pensions dans la région parisienne, la majorité d'entre eux effectue un simple aller-retour pour retirer ces devises.

Conserver le droit à la libre circulation

Ces passagers font partie des nombreux migrants retraités qui n'ont jamais déclaré leur retour définitif au Maroc.

Ceci leur permet de maintenir le versement des revenus en devises sur un compte européen (retraite, pension complémentaire, sécurité sociale et autres allocations), au même taux et à l'abri des frais, retards, déficiences bancaires et jouer des taux de change. Le faible niveau scolaire des immigrés âgés et les “arnaques” dont beaucoup ont été victimes au Maroc, expliquent en grande partie ce peu de confiance dans le système bancaire. Encore aujourd'hui, malgré le développement du réseau

²¹³ Cf. Le rappel et l'invocation de Dieu, extraits tirés du Coran et de la Sounna par Cheikh Sadik Mohammed CHARAF Savant d'El-Azhar.

bancaire marocain en Europe, certains voyagent avec leurs économies et sont ainsi la cible des “pirates” des routes d’Espagne. Mais ce n’est pas l’unique raison.

En France par exemple, “*La Carte de résident d'un étranger qui quitte le territoire français pendant une période de plus de trois ans consécutifs est périmée, à moins que l'intéressé ait demandé et obtenu une prolongation de ce délai, soit avant son départ de France, soit pendant son séjour à l'étranger*”²¹⁴. Dans le cadre des propositions de lois soumises au gouvernement en 97, P. WEIL a suggéré la mise en place d’une carte de résident spécifique, pour faciliter les allers-retours entre pays de naissance et pays d’immigration des retraités afin qu’ils puissent visiter librement des enfants demeurés à l’étranger²¹⁵. Ceci leur évitera de négliger la déclaration de leur changement de statut.

Garder le statut de résident permet aussi de conserver une résidence où loger durant son retour et sur laquelle se rabattre en cas de réinstallation difficile au Maroc ; de bénéficier d’une prise en charge sociale et médicale sans équivalent au Maroc et surtout du droit alors indissociable de libre circulation entre Maroc et pays d’immigration : quasiment impossible sans titre de résidence depuis l’instauration des visas par tous les pays européens et surtout les Accords de Schengen.

Une famille par deux fois éclatée

Arrivés à Bordeaux, Tours et Gennevilliers, peu de familles attendent les passagers aux visages marqués par ces longues journées d’immobilité et ces nuits de mauvais sommeil. Les derniers burnous ont été troqués contre les vestes du dimanche, dans les toilettes du premier relais routier de France, où l’on s’est aussi rasé de près, parfumé, débarrassé des traces du voyage.

Le choix d’un retour définitif est biaisé par un ensemble de contingences économiques, politiques et médicales mais aussi

²¹⁴ Article 18 de l’ordonnance du 2/11/45, Cf. GISTI .- Le guide de l’entrée et du séjour des étrangers en France .- Éditions La Découverte/guides GISTI (2° édition mise à jour), mars 1995.

²¹⁵ Voir Libération du 1° août 1997, p. 2 et p. 4.

familiales et professionnels. Que la migration ait fait l'objet d'un regroupement familial ou non, prend un sens différent au moment de ce choix : la famille en Europe interfère sérieusement contre le retour ; la famille au Maroc représente un mode de vie parfois inhabituel voire insupportable. Quand on choisit de rentrer en laissant tous ou une partie des enfants derrière soit, ces ancrages forts participent indéniablement à l'intensification sinon au maintien des circulations au sein de l'espace migratoire. Les migrants "isolés" choisissent couramment une situation intermédiaire : effectuer de fréquents vas et viens. Ils voyagent tous les 3 mois, ou alternent des séjours de trois, quatre ou 6 mois d'un côté ou de l'autre. La nature de l'activité joue aussi : les commerçants ou restaurateurs souvent associés conservent longtemps leur activité et suivent au-delà de la retraite la gestion de l'affaire ; les retraites confortables peuvent permettre également de partager l'année entre les deux résidences. Les plus mobiles semblent être les anciens ouvriers qui récupèrent régulièrement leurs retraites en Europe. Dans tous les cas, les migrants âgés ont tendance à se déplacer d'avantage. Il s'agit souvent d'un partage de résidences, par mobilité permanente ou en tout cas régulière.

Des événements tels que la retraite, choisie comme date butoir lors de l'élaboration du projet migratoire, le mariage du dernier des enfants, son entrée dans la vie active sont autant d'événements décisifs pour la croissance de ces mobilités (ou le choix du retour).

La mobilité comme ressource

Nos compagnons de voyage se dirigent ensuite pour la plupart vers les lignes de bus, de métro ou de RER de la rue Gabriel Péri. D'autres se laissent entraîner par les taxis clandestins : des particuliers compatriotes et leurs véhicules personnels, aux tarifs défiant la concurrence des taxis licenciés²¹⁶, et se moquent du volume ou de la nature des bagages.

²¹⁶ Voir A. TARRIUS et A. BEGAG à propos des taxis clandestins algériens et des démêlés avec les taxis de la ville de Marseille ou Lyon reliant les aéroports : TARRIUS (A.) - Les fourmis de l'Europe. Migrants riches, migrants pauvres et nouvelles villes Internationales - éd. l'Harmattan, Paris, 1992. Sur les Marocains en France, du même auteur avec la collaboration de MISSAOUI (L.): Les arabes en France - éd. de l'Aube Actes Sud, Paris, 1996.

Pour pouvoir maintenir des tarifs avantageux, les sociétés exigent généralement de leurs chauffeurs qu'ils fassent deux rotations par semaine, ce qui laisse un seul jour pour se reposer sur Paris et assurer la maintenance du véhicule. Certains des voyageurs de cet aller feront avec eux le retour. La plupart reste tout de même plusieurs jours,

d'autres plusieurs mois. Ils en profitent généralement pour faire quelques courses, sur la place Voltaire, le boulevard du même nom ou la rue Gabriel Péri à Asnières et Gennevilliers où des *chleuhs* tiennent depuis de nombreuses années des épiceries, bazars, restaurants²¹⁷ et où ils ont l'habitude de s'approvisionner.

La perception de revenus en Europe sous forme de devises, à laquelle s'ajoutent les tolérances douanières accordées aux émigrés, font du retraité un objet économique et un sujet circulant de portée sociale particulière ; d'autres flux de richesses que les transferts monétaires transitent ainsi par eux.

Il peut s'agir d'un transfert de monnaie de la main à la main pour un proche ou sa famille qui évite la lenteur et les frais d'un mandat, de la circulation de simples nouvelles, d'informations concernant les possibilités d'investissements par exemple, celle de documents administratifs (extraits de naissances, certificats de scolarité...) Ou ce peut être l'accueil d'un ascendant ayant besoin de soins, d'une assistance plus durable, ou voulant simplement faire un peu de tourisme.

Lorsque l'on rentre chez soi, impossible d'échapper au devoir d'honorer les proches par des cadeaux, d'après les critères de qualités et de prestiges reconnus de part et d'autre : vaisselle, tissu, lingerie, électroménager ou matériel électronique pour les Marocains non migrants ; huile d'olive, vêtements et décorations traditionnels pour les Marocains exilés... Au moment de retrouver les siens pour les congés annuels, le migrant préfère parfois ne pas rentrer plutôt que de le faire les mains vides²¹⁸. Cette pratique de l'offrande relève d'une véritable économie parallèle pour laquelle se développent une stratégie d'échange et un clientélisme

²¹⁷ AIT OUZZIZ (R.) .- "Les commerçants marocains dans l'agglomération parisienne" in Cahiers du Centre d'Études sur les Mouvements Migratoires Maghrébins .- Université Mohammed I^o, Oujda, 1994, n^o3 ; pp. 15-28.

²¹⁸ MA MUNG (E.) s/d .- Mobilités et investissements des émigrés ; - Éd. L'Harmattan, janvier 1997 .- pp.73-79.

Le Troisième Age

particuliers, aux codes sociaux complexes et qui mériterait à elle seule un travail de recherche.

Le transfert de produits européens, ancien et quasi systématique, ne concerne pas seulement des cadeaux à bon prix. Il s'organise en véritable exportation de produits ciblés, destinés au négoce pour une demande bien spécifique et tend à supplanter le transfert d'épargne. La traversée de l'Espagne permet également d'avoir accès à des produits encore moins chers, depuis le développement du commerce "ethnique" dans ce pays sur les itinéraires de circulation.

Avec la prolongation et le vieillissement de l'émigration, la commercialisation de produits marocains s'instaure timidement. A Gennevilliers par exemple, un jeune épicier *chleuh* s'est spécialisé dans l'"herboristerie" régionale la plus traditionnelle.

Ce type de transport effectué régulièrement, pour lequel les retraités ont davantage d'opportunités, de temps et d'expérience, peut assurer un véritable revenu. Ceux qui effectuent plusieurs voyages par an peuvent en tirer profit en prenant commandes de part et d'autre des itinéraires et en jouant des écarts de prix entre le marché marocain et le marché européen. Certains y ajoutent même un service de "co-voiturage". Cette poursuite du gain justifie leurs nombreux allers-retours, voire la prolongation de leur émigration, à leurs propres yeux et à ceux de leur entourage. La crise que traversent les pays d'accueil a produit nombre de migrants pour lesquels le projet migratoire n'a pu être véritablement atteint pour cause de cessation d'activité prématurée ou d'une pension de retraite trop faible. Il leur est impossible de rentrer parmi ceux pour lesquels ils sont partis chercher ailleurs, au risque de se corrompre, l'espoir qui leur permet depuis des années de vivre dans leur absence. Aujourd'hui, ils profitent de ce changement de situation professionnelle ou familiale pour réorienter leur rapport à la migration et à la mobilité et deviennent "commerçants ambulants". Les proches demeurés en migration peuvent apporter leur soutien financier, stocker de la marchandise, l'acheminer durant leurs propres voyages, gérer un réseau de clientèle informelle...

Ces nombreux déplacements sont incompatibles d'une part avec des revenus limités, d'autre part avec le dédouanement obligatoire pour tout véhicule entrant au Maroc plus de deux fois par an. Les vas et viens marchands exigent un moyen de transport peu cher, permettant de nombreux bagages, en toute sécurité : l'autocars.

Les migrants “inactifs” rentrés définitivement ou non, sont pour une large part responsables de l’accroissement de la demande sensible depuis ces dernières années, qui se manifeste à Casablanca et dans le sud du Maroc par la floraison rapide de sociétés privées, nouvelle concurrence de la Compagnie de Transports du Maroc (C.T.M.-L.N.) semi-publique et des grosses sociétés européennes (Eurolines...).

Un double ancrage

Le temps d’un séjour type se répartira entre les tâches suivantes :

- Visiter les enfants chez qui on loge parfois, régler les affaires familiales (conflits, scolarité, emploi, problèmes financiers ou de logement, préparation de mariages, de naissances).
- Mises à jour administratives : renouvellement des cartes de résident et autres papiers ou des assurances-rappatriement...
- Entretenir le réseau de sociabilité intra et extra communautaire, et les réactiver pour ses enfants le cas échéant.
- Régler des affaires personnelles : propriété foncière, commerce ou autre investissement.
- Faire pratiquer les soins divers, contrôle médical, appareillage.
- Achats pour soi-même, la famille, les amis, clients et boutiques au Maroc.

Ces séjours ressemblent en bien des points à ceux qu’ils effectuaient au Maroc durant leurs congés payés : de véritables marathons laissant peu de place aux loisirs et au repos. On tentait de régler un maximum de choses, avant de repartir en Europe avec de nouveaux soucis familiaux, de nouveaux projets en tête, de nouveaux regrets. Les moments de circulations sont émaillés de ces discussions au détour desquelles on va livrer à son compagnon de voyage quelques uns de ces lourds bagages.

La migration paraît alors comme un chemin sans fin, fait de simples escales entre deux allers-retours, un nomadisme pour lequel il n’y a pas d’âge. Serait-il aussi difficile de rentrer chez soi que d’en partir ? Peut-être davantage.

Ni la retraite ni la vieillesse ne constituent une rupture avec l’un ou l’autre de ces pôles, pour la plupart des migrants marocains,

Le Troisième Age

mais bien une re-mobilisation de l'espace d'origine, par une réinstallation résidentielle, des investissements économiques et personnels (participation à la vie locale), mais toujours articulés aux lieux d'immigration grâce à cette mobilité. Des liens se tissent toujours entre ce qu'un jeune marocain a appelé des "parents" entre lesquels on ne peut choisir, sauf pour y établir sa dernière demeure !

La mobilité répond au besoin d'entretenir un groupe et des lieux d'appartenance propres à cette situation différentielle qu'est la migration. C'est sans doute pourquoi ceux qui ont vécu isolés de leur famille toute une vie visitent régulièrement leur réseau relationnel. Les mobilités résidentielles des amis et de membres de la famille élargie les conduisent à travers divers points d'Europe. Combien partagent encore durant ces visites la chambre du foyer, la chambre d'hôtel ou l'appartement familial, de celui qu'on appelle volontiers "*cousin*" parce que du même douar ou quartier, ou simplement un compagnon de migration ?

La dualité identitaire a souvent marqué la vie migratoire entre mépris, pitié, admiration et envie. La notoriété et le respect acquis au Maroc ne correspondent pas aux ambitions actuelles. La place du migrant dans cet entre-deux ne se résoud simplement ni avec l'âge, ni avec la cessation d'activité. Par le jeu des complémentarités entre un Nord riche et un Sud en développement toujours plus avide de biens de consommation et de devises, certains tirent profit de la frontière économique et culturelle, pour les partager avec ceux qui n'ont pas cette même liberté de circulation.

Lorsque l'on essaie de saisir l'ensemble de l'espace migratoire, la question du devenir des migrants âgés ne se pose pas tellement en terme de *retour* mais plutôt de *mobilité*, pas de *réinsertion* mais d'*inscription* dans un espace migratoire élargi et dynamique et au-delà, de mobilisations diverses du champ migratoire : véritable *territoire circulatoire* transnational.

La mobilité des migrants retraités marocains, ou les paradoxes des vieux célibataires ‘malgré – eux’ !

**Charef Mohamed
Wahbi M'hamed**
ORMES, Agadir

Résumé

Encore jusqu'à une date relativement récente tous les écrits et les recherches sur les migrations internationales avaient tendance à être neutres en terme de vieillesse ; signifiant l'âge de la retraite d'une population qu'on découvre avec effroi et étonnement ; voire surprise de constater qu'elle peut atteindre, elle aussi l'âge de la retraite ! Or, l'une des raisons, ou de la présence des immigrés dans les pays industrialisés, était d'atténuer les effets économiques du vieillissement de la population autochtone. De même des politiques mises en place pendant longtemps n'engageaient aucunement l'immigration comme permanente, mais plutôt comme une réponse temporaire au manque de main-d'oeuvre dans certains secteurs. Le résultat les pays d'immigration ne sont pas vraiment préparés à cette situation, mais les pays d'émigration le sont encore moins.

Aussi dans cette communication nous allons nous attacher à analyser la situation des immigrés retraités marocains qui ont développé d'autres formes de mobilités, qui leur permettent de concilier une vie sur des espaces différents, à la fois l'espace d'origine et celui d'immigration. Vivant dans un va-et-vient permanent et incessant entre les deux espaces. Remettant ainsi en cause l'idée dominante que la vieillesse n'est que

Le Troisième Age

dépendance, maladie, solitude, dépression, isolement social et surtout immobilité.

Fait à partir des enquêtes puisées dans notre panel depuis pratiquement une dizaine d'années on s'aperçoit qu'ils développent une forme de continuité de soi indépendamment de la retraite, avec une coupure quant à l'activité principale dominante mais sans qu'il y ait pour autant une coupure totale avec toutes formes d'activité. Généralement ils se réorientent graduellement vers les activités prioritaires adaptées à leur situation de retraité immigré et dans lesquelles ils s'épanouissent avec très peu d'efforts physiques et une forte rémunération soit financière, soit sociale, soit psychosociale. Aussi nous avons tenté de répondre à un certain nombre de questions : qui sont-ils, que faisaient-ils, d'où venaient-ils, quelle est leur situation professionnelle, quel bilan peut-on faire en terme de modes de vie et de plaisir de vivre à l'âge de la retraite pour ces immigrés retraités ? Quels sont les problèmes auxquels ils se heurtent à la fois dans les pays d'immigration mais aussi au Maroc etc.. Déterminer les types d'activités formelles ou informelles auxquels s'adonnent ces vieux retraités. Aussi les sites de retour (si retour il y a) sont-ils toujours les mêmes que les zones de départ etc. Bref nous aborderons dans cette communication la situation des immigrés marocains à l'âge de la retraite qui remettent en cause une représentation dominante, à savoir l'identité du migrant en tant que travailleur

I. Des MRE devenus retraités

a- Une génération oubliée

Alors que les différents aspects de l'émigration internationale, préoccupent les analystes, la question du vieillissement de la population immigrée commence à peine à émerger. On découvre aujourd'hui les "vieux" migrants avec presque "étonnement", voire "surprise". Ce décalage entre les faits et la prise de conscience de ceux-ci résultant d'un ensemble de facteurs.

Tout d'abord, il s'agit d'une génération oubliée²¹⁹, qui est restée et a vieilli sans qu'on s'aperçoive de sa présence, parce qu'elle n'était pas source de conflits. Ensuite, le peu d'importance qu'on lui a accordé témoigne du rôle régulateur²²⁰ de la structure par âge, que naguère elle s'est vue attribuer. En effet, l'une des raisons de la présence des immigrés dans les pays industrialisés était d'atténuer les méfaits économiques du vieillissement de la population autochtone. Enfin, les politiques mises en place n'envisageaient aucunement l'immigration comme permanente, mais plutôt comme une réponse temporaire au manque de main-d'œuvre dans certains secteurs économiques. Mais, malgré le recours à une immigration sélective, à des encouragements pour les retours, les immigrés vieillissaient et leur composition par âge tendait à se fondre dans celle du pays d'accueil. De même, un grand nombre d'entre eux ont transformé pour une multitude de raisons, leur migration provisoire, en migration permanente, voire définitive.

Résultat, ce phénomène est de plus en plus apparent du fait de l'accroissement actuel du nombre de migrants vieillissants, et ne fera que s'accroître dans les années à venir. Ceci en dépit du fait que les décideurs comme une partie des chercheurs persistaient à ignorer cette réalité

²¹⁹ C'est aussi le titre que nous avons retenu pour un colloque que nous avons organisé à Agadir en novembre 1997.

²²⁰ Selon des projections faites par les Nations-Unis, le pourcentage des personnes de 65 ans est plus, pour l'ensemble des pays de l'OCDE, est passé de 8,5% en 1950, à 12,1% en 1980, à 13,5% en 2000 et il atteindra 17,9% en 2025.

aveuglante. Ainsi, il y a tout à la fois une surprise et un aspect de découverte de ce phénomène, vu que l'émigration/immigration a toujours été perçue comme n'étant que temporaire sur le sol de résidence du fait qu'elle n'était qu'une réponse structurelle à des carences à la fois démographiques et économiques. Il y a à proprement parler et de façon éclairante, une situation quelque peu « a-normale » au sens étymologique, « para-doxale » à celui où l'entendait Roland Barthes

b- une évolution dans la migration

Le Marocain originaire du sud du Maroc qui arrive en Europe en général et en France en particulier dans les années soixante et soixante-dix, est un jeune père de famille âgé de 25 à 35 ans. Il est issu du milieu rural, peu qualifié, modestement scolarisé, sous contrat, pour travailler soit dans les mines soit dans les usines d'automobiles. C'est un " homme seul " qui sera rejoint par sa femme et ses enfants une fois que le regroupement familial fut accordé, à partir du milieu des années soixante-dix. Toutefois, un certain nombre d'immigrés, ne l'ont pas cherché pour des raisons économiques et/ou socio-culturelles, ou n'ont pas pu reconstituer autour d'eux le noyau familial. Théoriquement, cette population qui vit seule, n'a qu'un rêve, repartir vivre au pays auprès de sa famille, à l'âge de la retraite ! C'est cette population de vieux émigrés/immigrés qui doivent composer avec l'image du provisoire qu'on leur renvoie, et à laquelle ils participent, en vivant dans un va-et-vient incessant entre la France et le sud du Maroc.

C'est pourquoi on a entrepris de les étudier pour tenter de déterminer les raisons de ce choix. D'expliquer les facteurs d'installation de ces hommes dans le provisoire, entre ici et là-bas. De chercher à comprendre, si cela est le résultat de la déformation par un travail dur, qui fait qu'ils n'arrivent plus à vivre autrement ni remplir d'autres rôles. Ou la déception résultant de la confrontation entre d'une part l'image idéalisée, mythique de « leur Maroc » et de leur famille, qu'ils avaient emportée dans leur cœur, et qu'ils ont cultivée par nostalgie, avec le choc de la réalité ? A moins que ce ne soit l'attachement à un territoire habité, qui est devenu celui des lieux fréquentés, des habitudes de vie et des valeurs partagées avec les familiers, de 'la liberté de l'homme' loin des contraintes de la famille ?. Nous

essayerons aussi d'appréhender la réalité de leur vie sociale et la nature du lien avec le territoire d'origine.

Nous touchons ici à un paradoxe et non des moindres de la situation qui leur a été faite et dont ils concentrent plus ou moins les stigmates physiques et psychologiques. Et qui continue à leur être appliquée en dehors de toute logique habituelle (autre que sur les seuls aspects du volet administratif, sanitaire, financier etc). Sans pour autant parvenir à épuiser les multiples interrogations sociales et culturelles psychologiques ou politiques qu'une telle réalité ne peut manquer de susciter pour qui veut bien se donner la peine de procéder à une lecture objective du fait en question.

II. Genèse d'un phénomène

Au Maroc, le mouvement migratoire est devenu un élément majeur de la société. Il a acquis sa place dans l'économie, la société et l'espace national où des milliers de familles sont touchées par le phénomène, de près ou de loin. Limité à l'origine à quelques régions, tout particulièrement le Rif et le Souss, il s'est accentué depuis le début des années soixante en se diffusant à l'ensemble des campagnes et villes marocaines. Devenant ainsi un fait social et un enjeu économique d'une grande importance, que ce soit au niveau micro ou macro-économique.

Aujourd'hui, plus de trois millions de Marocains sont expatriés : 86 % d'entre eux dans les pays de l'Union européenne, 9 % dans le monde arabe et 5 % en Amérique. Un Marocain sur dix, au moins, vit aujourd'hui à l'étranger. Il faut préciser, que même si le mouvement migratoire marocain est ancien, ce sont surtout ceux qui ont émigré durant cette période (1960-1975) qui constituent aujourd'hui de plus en plus les "émigrés/immigrés retraités", étant donné que les retraités de l'armée française ou espagnole sont de plus en plus rares, environ 10 000 individus au 31 décembre 2000. Sachant aussi, que ceux qui ont émigré après 1975, n'ont pas atteint dans leur grande majorité l'âge de la retraite. Finalement, c'est entre 1960 et

1975, qu'environ 600 000 Marocains ont émigré du Maroc, dont la quasi majorité d'entre eux avaient, entre 25 et 35 ans. Cette population aura 65 ans entre 1990 et 2015. Néanmoins, à l'heure actuelle, il est difficile de dénombrer avec précision les retraités marocains à partir du Maroc, à savoir ceux qui bénéficient des pensions vieillesse, des pensions d'invalidité et les rentiers d'accidents du travail²²¹. Les chiffres au Maroc, encore faut-il qu'ils soient accessibles, ne concernent que ceux qui sont retournés définitivement au pays, soit moins de dix mille personnes depuis 1985²²².

La faiblesse de ce chiffre s'explique par le fait que tous les Marocains en âge de la retraite ne changent pas officiellement de résidence. Le fait de cesser de résider dans le pays d'accueil entraîne la fin de l'obtention de la carte de séjour et donc la cessation des droits d'accès aux soins, aux allocations logements et à toutes les formes d'aides et de soutien. Théoriquement, il y a le transfert définitif de ses droits au Maroc. De même, dans le cas où pour une raison quelconque l'émigré retraité qui a changé de résidence souhaite retourner dans son ancien pays d'accueil, il doit nécessairement obtenir un visa 'comme tout le monde' sans aucune considération pour son passé migratoire. Résultat, de nombreux émigrés retraités, ont du mal à se défaire de la mobilité, entre le Maroc et les pays d'installation.

L'insertion professionnelle des émigrés marocains dans les années soixante, correspond en général aux emplois réservés aux immigrés dans les pays d'installation, avec cependant une spécificité que dégage à la fois leur distribution dans l'appareil de production et l'évolution de cette distribution. Notamment en France, elle se traduit, par une forte concentration dans les secteurs agricole et industriel. En effet, les premiers flux migratoires marocains en France étaient destinés aux services, qui absorbaient 85,7% des travailleurs marocains recensés en 1946. Il faut

²²¹ A ces catégories il faut ajouter de nombreux cas de personnes ayant le statut de pré-retraité, qui leur permet d'attendre l'âge de la retraite, c'est-à-dire 65 ans, en étant indemnisés par les ASSÉDIC et en continuant à cotiser pour la retraite. Il s'accompagne d'une perte de 35% du salaire brut, de l'obligation administrative d'un pointage annuel, et surtout il faut impérativement résider en France pour pouvoir continuer à percevoir ou à bénéficier des prestations sociales.

²²² D'après des données de la Fondation Hassan II pour les RME, qui couvrent la période 1985 à 1998.

toutefois noter, qu'à cette époque, l'armée employait 95% des personnes incluses sous la rubrique "services"²²³. L'industrie occupe la seconde place avec 10,6% grâce à une forte présence dans le secteur minier qui occupe 5,6% des actifs marocains en France. Dès 1962 et jusqu'en 1975, il y a eu des évolutions vers le regroupement de la main-d'œuvre marocaine, principalement dans trois secteurs : L'agriculture, l'industrie, le bâtiment et travaux publics. D'une part, certaines activités économiques ont accusé un déclin, entraînant dans leur sillage une nécessité de reconversion et de transfert vers d'autres secteurs plus prospères ; le cas des mines est très éloquent en ce sens : elles occupaient 27,8% des actifs marocains en 1962 pour 3,6% en 1975.

On a souvent montré que l'immigré est plus vulnérable aux difficultés d'embauche en période de crise. Le moins qu'on puisse dire est que, dans le cas des personnes interrogées, la crise économique a eu beaucoup d'effet sur le parcours de leur vie. Ainsi, les difficultés à trouver un travail stable ont incité un grand nombre d'entre eux à ne pas faire venir leur famille dans 52% des cas, à Guelmim, 49% à Tiznit et 61% à Sid-Ifni. Ceci d'autant plus qu'en moyenne pour les trois villes, 87% des personnes étudiées, avaient entre 20 et 35 ans au moment de leur migration, et la proportion de ce groupe s'est consolidée au cours des années. Le statut professionnel apparent des migrants, urbains et ruraux, démontre que le travail de la terre est dominant avec en moyenne 45%. Les rejoint, la foule de ceux qui déclarent qu'ils "ne faisaient presque rien" avant leur émigration, avec 21%. Très peu d'entre eux avaient une qualification professionnelle, mais ce n'est pas pour autant que le séjour à l'étranger a permis l'acquisition d'une formation professionnelle. En revanche, les rares qui avaient déjà une qualification n'ont pu trouver que peu fréquemment un emploi correspondant à leur niveau et étaient obligés d'accepter des travaux non qualifiés.

Ce manque de formation professionnelle qui va de pair avec les bas salaires n'entraîne pas, comme on pourrait le supposer, une volonté de

²²³ Dinger-Kerel J. (1983), " Les actifs maghrébins dans les recensements français", in : Maghrébins en France : Immigrés ou immigrés, Marseille, Editions du C.N.R.S, p. 87.

retour au Maroc. Au contraire, dans un premier temps, il oblige l'émigré à prolonger son séjour, dans l'espoir de réaliser la "fortune" tant convoitée. En effet, le développement du chômage dans les pays d'immigration réduit les capacités d'épargne des immigrés. La question de l'incidence de la crise sur non seulement le regroupement familial, mais aussi sur les transferts n'est pas négligeable. Ces derniers sont déterminés certes par le salaire, mais les ressources globales rapportées à sa consommation jouent un rôle déterminant ; les gains retirés des heures supplémentaires, le double emploi, le travail non déclaré, les petits "boulots", qui se rétrécissent en temps de crise, conditionnent les transferts et déterminent aussi, la volonté de faire venir sa famille. Ensuite, cette situation a également, beaucoup de répercussions sur la reconstitution de carrière : salaire de base faible, périodes de travail morcelées, travail parfois non déclaré, difficultés de la validation des périodes de chômage ou d'arrêts maladies, etc. Résultat, le montant des indemnités que la plupart d'entre eux perçoivent sont faibles. Néanmoins, nous n'avons pas pu obtenir des données probantes sur le montant des pensions, les chiffres avancés par ceux qui ont voulu aborder avec nous cette question, varient entre (3500 et 5000 Francs, soit environ 600 et 800 euros).

Ainsi le second paradoxe pour les composants de cette population, sont, soit « immigré » ou bien « retraité » ; par conséquent, il n'a pas et ne peut être « retraité » dans la mesure où il n'aura pas rejoint son pays d'origine ; fermant ainsi la parenthèse que supposait devoir constituer la migration. Soit « immigré » et ne pouvant donc en aucun cas être 'retraité'. Parce que perçu sous la seule norme habituelle qui est celle de la force de travail. Il va de soi, qu'ils échappent à cette catégorie, les cas particuliers du chômage, longue maladie, invalidité et pour lesquels une activité annexe ou complémentaire peut toujours être envisagée ou bien dont le fait présent d'inaptitude découle logiquement du travail exercé auparavant.

III. Un regroupement problématique

Durant la période 1960-1975, la dimension familiale des migrations internationales a été sous-estimée. Dans le cas marocain, l'émigration familiale a suivi tardivement le mouvement migratoire ; amorcée timidement dans la deuxième moitié des années soixante. Elle se

développe par la suite, conséquence de la décision de l'arrêt de l'émigration de travail et la reconnaissance par la plupart des pays d'immigration, du droit des travailleurs à être rejoints par leur famille. Il s'agit de familles qui rejoignent les migrants, qu'elles soient issues d'un mariage avant ou après la migration. Mais, depuis le milieu des années quatre-vingt nous assistons aussi au regroupement familial dans le cadre des mariages de filles et de garçons issus de "la deuxième génération". Pour de nombreux émigrés enquêtés, le développement du "regroupement familial", annonce la fin de la migration comme une parenthèse entre deux étapes de la vie au pays. Il y a comme une rupture dans la stratégie migratoire, un "immigré solitaire", même si son séjour s'allonge, il ne s'investit que peu dans la société d'accueil, il reste tourné vers son pays et sa famille. D'ailleurs, les parents et la famille s'opposaient au départ des femmes pour l'étranger. La non-migration des femmes, relativisant les représentations socio-spatiales de la migration. D'une part c'est une assurance pour que l'émigré continue à envoyer de l'argent régulièrement. D'autre part, ils avaient ainsi la conviction, qu'à terme il reviendrait dans son pays. Les familles rurales au Maghreb, considéraient la migration de femmes comme une "honte" et une transgression des codes sociaux comme le démontre Camille Lacoste Dujardin: "l'émigration des femmes cumule, en chaîne, bien des transgressions culturelles, puisqu'à leur transplantation réprouvée, en milieu social et culturel étranger, vient bientôt s'ajouter non seulement la naissance d'enfants sur ce même sol étranger, mais enfin et surtout l'éducation des filles et leur croissance, leur adolescence, hors du milieu maghrébin, 'hors' du contrôle social traditionnel, à la merci de toutes les influences étrangères, de tous les écarts, de toutes les transgressions, jusqu'à l'ultime et inacceptable éventualité qui prend forme de comble du déshonneur : le risque de violation de cet interdit exogamique qui exclut le mariage d'une fille hors de la communauté"²²⁴.

Mais, en dépit des résistances et des inquiétudes sur le devenir à la fois des relations avec la famille, le village et le pays et surtout sur l'avenir des enfants ; le flux des regroupements familiaux s'est développé. Néanmoins, même encouragé et valorisé par les pays d'accueil, le

²²⁴ Camille Lacoste Dujardins " Yasmina, et les autres de Nanterre et d'ailleurs, filles de parents maghrébins en France ", Paris, Editions La Découverte, 1992.

regroupement familial est assujéti à des conditions. Entre autres, sur des normes de surfaces de logements, proportionnelles au nombre de personnes dans la famille. Ainsi, bien que le mouvement du regroupement familial remonte à la fin des années soixante, les années soixante-dix voient s'accélérer le caractère familial de l'émigration marocaine. Qui dit famille dit pour l'immigré un logement individuel, une stabilité morale et un équilibre sexuel et financier. Mais la famille, c'est aussi la possibilité de bénéficier des droits sociaux (allocations familiales, soins médicaux etc.), et surtout de pouvoir assurer pour les enfants de bonnes conditions de scolarisation. Tout en vivant la hantise du non retour. Ils sont souvent conscients, que la vision du retour s'éloigne en même temps que la famille s'adapte à sa nouvelle vie, et le provisoire devient permanent puis définitif. Toutefois, craignant un durcissement des réglementations, les immigrés se sont dépêchés de faire venir leur famille, en accomplissant de grands sacrifices financiers, tout particulièrement entre 1975 et 1987. Certes, le droit de faire venir sa famille est reconnu dans la plupart des pays d'immigration, sous certaines conditions, mais les possibilités réelles de réalisation sont généralement restreintes.

Il est clair, que le désir de retourner au "pays" et le poids des traditions régionales d'une part, des difficultés à la fois administratives et financières d'autre part, ont dissuadé les retraités de notre étude de ne pas chercher à faire venir leur famille. Aussi parmi eux, à peine 7% de Tiznit, 10% de Guelmim et 20% de Sidi-Ifni, regrettent de ne pas avoir fait venir leur famille en France. Enfin, il faut signaler que la majorité de ces derniers ont émigré à la fin des années soixante et au début des années soixante-dix, qu'ils ont des enfants jeunes entre 15 et 25 ans que ces derniers leur font des reproches dans ce sens. De même, il y a parmi eux ceux qui se posent la question sur leur devenir, 'si jamais un jour, ils deviennent dépendant s, où vivre ? ici ou là-bas ?'

Troisième paradoxe que celui par lequel l'immigrant ayant eu recours au regroupement familial vivra cette seconde petite mort dont parle le sociologue A.Sayad, ayant à devoir déchanter à propos des illusions

concomitantes au devenir de la cellule familiale. Qui est de devoir rester seul au pays de résidence tournant ainsi le dos au projet antérieur d'un retour collectif emprunt de prospérité. Cependant, ceux qui ont fait le choix de ne pas prendre le 'risque' de faire venir leurs conjoints et enfants se voient justement reprocher par ces derniers d'avoir hypothéqué leur avenir scolaire professionnel et plus globalement personnel en les empêchant de connaître les avantages que procurent le fait de vivre dans une nation industrialisée prospère et supposée communautaire. Nous avons ainsi remarqué lors d'une enquête précédente que sur un échantillon d'étudiants interrogés désirant poursuivre leur cursus universitaire, environ un tiers de ces derniers avaient un parent résident étranger. Une telle proximité pouvant se concevoir aisément sur l'attrait qu'exercent les pays de résidence de l'ascendant expatrié, mais aussi sur les dispositions administratives ainsi intégrées et reconnues par les autorités consulaires ; à la suite de quoi facilité est accordée à ces derniers de migrer au titre de la poursuite de leurs études.

IV. Aspects socio-économiques

Par leur importance, les revenus monétaires des migrants qui dépassent annuellement les 34 milliards de Dirhams, constituent l'une des bases essentielles du fonctionnement concret de l'économie et de la société marocaine. Au niveau macro-économique, les remises des émigrés couvrent une partie du déficit de la balance des paiements marocains²²⁵. Toutefois, les transferts ne sont pas toujours destinés à l'épargne ; au contraire, une grande partie est consacrée aux dépenses de subsistance. Les contributions financières des migrants constituent une part essentielle des ressources des ménages. Le rôle des transferts dans la survie des familles est d'autant plus important que le nombre de personnes à charge par émigré, est souvent très élevé. Selon les valeurs culturelles traditionnelles marocaines, ce sont les personnes âgées qui comptent toujours sur le soutien de leurs enfants et petits-enfants. Mais, à cause des difficultés de trouver un travail, nombreux sont les émigrés qui se trouvent en charge à la fois de leurs enfants et petits-enfants. Comparés aux autres sources de revenus, et tout particulièrement à l'agriculture qui occupe une

²²⁵ CHAREF M. (1999), La circulation migratoire marocaine : un pont entre deux rives. Ed. Sudcontact, Agadir, 312p.

grande partie de la population restée sur place, les envois d'argent semblent 'considérables'. En moyenne, 46% des personnes enquêtées justifient, le choix de vivre entre les deux espaces pour des raisons financières. Il y en a même certains qui disent : « ne pas pouvoir vivre correctement en France, avec ce qu'ils touchent, tout en aidant la famille ».

D'après les multiples enquêtes que ce soit au niveau national ou régional, la principale réalisation des ménages migrants est la construction ou la transformation d'un logement²²⁶, mais si l'on tient compte des cas où cette réalisation est associée à d'autres investissements, la proportion chute brutalement. Les propriétaires d'au moins un logement à Tiznit représente 93%, 91% à Guelmim et 82% à Sid-Ifni. Les émigrés retraités, participent relativement bien à la vie économique de ces villes. Même si les investissements hors secteur agricole et logement, sont négligeables à l'exception du commerce qui attire 10% de l'épargne des migrants à Guelmim, 15% à Sidi-Ifni et 23% à Tiznit : cafés, épiceries, téléboutiques... Ce phénomène est souvent jumelé à la construction d'un logement. Au stade actuel où l'on peut observer les choses, force est de constater que ces investissements reposent avant tout sur la recherche d'une occupation, généralement pour un enfant ou un proche, et que les retombées économiques qu'ils engendrent ont avant tout un but d'assurer l'avenir économique des enfants.

Quatrième paradoxe lié aux habitudes socioculturelles du pays des personnes concernées, à savoir qu'habituellement il est admis culturellement que les personnes âgées soient aidées par leurs enfants devenus actifs (par le travail agricole, des versements en espèces, d'aide à la subsistance, aux soins etc..). Ici ce sont ces derniers qui sont amenés à prendre en charge leurs propres descendants souvent nombreux pour ne rien dire des collatéraux et petits-enfants, faisant que parfois un individu soit amené à prendre en charge plus un groupe de parents composé de plus d'une dizaine de personnes !

²²⁶ CHAREF M. (1990), "Le rôle des travailleurs marocains à l'étranger dans la politique du financement du logement au Maroc", Agadir, la Revue DIRASSAT n°4, Editions de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines d'Agadir, p-p 35-63

V. La question de l'habitat

Parmi les facteurs déterminants dans la décision de l'achat d'un logement, les conditions de vie dans le pays d'accueil jouent un rôle prépondérant, tout particulièrement celles concernant l'habitat, pour l'immigré des années soixante. Dès qu'il plonge dans le pays d'accueil, celui-ci se trouve devant un choix crucial : ou bien il entame un processus d'adaptation, c'est à dire "un ensemble de modifications qui s'opèrent dans les attitudes, comportements, systèmes de représentation issus de la société originelle de l'immigrant, et par le moyen desquels les immigrants s'efforcent dans la société d'accueil de reconstruire leur existence personnelle et sociale de façon satisfaisante" ²²⁷. Sinon, il se trouve marginalisé par rapport à la société d'accueil, d'où la recherche d'un refuge auprès de ses semblables, ceux auxquels il s'identifie. Ce sont en général des personnes qu'il choisit en raison d'un intérêt commun, souvent le pays ou la langue, s'enfermant ainsi volontairement dans un rassemblement qui est par excellence le fruit de l'immigration. Ces petits groupes d'immigrés sont organisés autour de liens affectifs ; chacun de leurs membres s'exprime, s'épanouit et surtout se retrouve dans son élément parmi les autres. La vocation du groupe est de permettre à ses membres de se retrouver, de converser, d'évoquer le pays et de surmonter la solitude. C'est à travers ces ensembles organiquement liés intégrés et hiérarchisés, que s'organise la vie sociale et se propage l'information ; ils sont l'expression manifeste de la non intégration des immigrés dans la société d'accueil, du moins pour cette génération.

Par un désir de rapprochement "forcé", puisqu'il est la compensation d'un rejet, le groupe, par un effet que nous qualifierons « d'aimantation » finit par faire une tâche plus ou moins importante et à son tour, il s'approche d'autres groupes. Ce processus est renforcé par des considérations financières. Ainsi 83,16% plus des trois quarts des personnes interrogées habitent dans un "Foyer". Près de 27% d'entre eux, se sont trouvés dans cette situation à la suite d'opérations démolition ou de restructuration de leur ancien logement. Soit à cause de l'impossibilité de payer un loyer

²²⁷ DUCHA P. (1977), in "Les émigrés du Maghreb ; : études sur l'adaptation en milieu urbain", Paris, Editions P.U.F. travaux et documents I.N.E.D. n°79, p 6.

Le Troisième Age

élevé, ou par obligation de ‘déguepir’ pour non occupation permanente. En effet, les quartiers comme celui de Grésillons à Gennevilliers par exemple, constituent depuis la première guerre mondiale le principal lieu de fixation de la population marocaine dans l'agglomération parisienne. Ces conglomérations de travailleurs immigrés dans certaines zones et leur insularisation, sont souvent favorisées par le type de tissu-urbain. En effet, par des processus qui peuvent être cumulatifs, l'insalubrité, la vétusté, l'inconfort, la surdensification des logements, l'éloignement ; il y a abandon de ces zones par les nationaux et dégradation volontaire parfois, de leur image de marque, par les responsables municipaux, d'où formation de quartiers d'étrangers.

Ainsi, le domicile ici et là bas, (qui est à la fois simple en lui même et complexe au vu des prolongements qu'il porte), car il revient fréquemment dans le discours des personnes concernées. Revêtant du fait de son insistance même, un caractère d'idée fixe, de phobie, d'abcès de fixation repris et amplifié au gré des déboires administratifs de tel ou tel. Histoires colportées par le microcosme des migrants retraités, comme leçon à tirer de l'art de rester immigré-retraité. Mais qui dépasse sans l'avouer (et se l'avouer) le simple rattachement administratif, prenant parfois la valeur d'un lien ombilical presque impossible à couper parce que porteur de toute une vie. Or paradoxalement c'est la certitude d'une attache résolument maintenue, qui semble pouvoir et devoir autoriser le sujet à envisager sereinement la rupture effective (parce que possiblement momentanée et disposant d'une base de repli en cas de nécessité médicale, administrative, privée). On pourrait dire que « sans domiciliation ; point de départs ».

Cinquième paradoxe dans la mesure où les retraités marocains migrants disposent d'un logement fonctionnel personnel spacieux, pour ne pas dire luxueux ; et ont eu pour certains, pris l'habitude de ramener du pays de résidence des éléments matériels de confort et de commodité propres à satisfaire les exigences de la cellule familiale. Comment par conséquent intégrer cette réalité de la propension pour certains, à demeurer sur des périodes de temps relativement longues, au sein du microcosme des foyers de travailleurs dans des ‘chambres-réduits’ à 8 mètres carrés ou au sein de demeures partagées fréquemment occupées aux mêmes dates du fait des

nécessités de se trouver présents à intervalles fixes sur le territoire ; afin d'accomplir les formalités administratives requises par les caisses de retraite, la direction des impôts et d'autres actions dont ils ne peuvent faire l'économie.

VI. Du retour

Alors que la fin de l'activité professionnelle a souvent été pressentie, tant par la société d'accueil que par les immigrés eux-mêmes, comme l'étape marquant le retour au pays, tout particulièrement pour "les immigrés isolés". Il semble donc que certains d'entre eux, gardent leur résidence dans le pays d'accueil et vivent dans une situation particulière des allers-retours entre le Souss et la France.

Nous nous sommes intéressés à cette population, celle, spécifique, de personnes qui ont leur famille au Maroc, qui n'ont à priori aucune contrainte professionnelle, et qui, pourtant, continuent à vivre "entre-deux" espaces, deux modes de vie, et de deux manières différentes : père de famille d'un côté et « homme seul » de l'autre. Le maintien d'un logement sommaire, voire précaire, désormais sans nécessité apparente loin de la famille, ne répond à priori à aucune logique plausible, pour des gens qui ont clamé tout le temps, leur désir de retourner définitivement chez eux à l'âge de la retraite. Mieux, ils se sont séparés de leur famille pour ne pas avoir à se tirailler, justement à cet âge.

En plus, au Maroc, ils disposent d'un niveau de vie plutôt élevé et satisfaisant comparativement à d'autres couches de la société. Ils se trouvent même privilégiés : le montant des pensions et surtout la qualité et le coût de la vie quotidienne que favorise le taux de change, font de certains émigrés retraités une catégorie d'une nature totalement nouvelle dans les campagnes marocaines. Ils sont identifiés à des "rentiers", qui disposent de moyens financiers. Même si, les pensions tiennent la place principale dans les revenus de ces personnes. Qui plus est, la qualité de leur logement est souvent sans comparaison avec ce qu'ils occupent en France. Par contre tout laisse croire, que l'idée de retour est contrariée par le besoin d'une grande sécurité qu'ils pensent ne pas pouvoir trouver actuellement au Maroc, l'exemple des soins médicaux revenant souvent

dans le discours des émigrés retraités. Mais ce n'est qu'un élément explicatif parmi tant d'autres, pour ne pas dire un prétexte.

Certes, les émigrés, profitent de leur retour au pays pour effectuer des transferts non monétaires, licites ou illicites, répondant par-là à un besoin de biens importés. En effet, dans les pays où il travaille, l'émigré marocain trouve des biens de consommation meilleur marché qu'au Maroc, ou encore des biens qui n'y existent pas, ou qui y sont très rares. Aussi, il en ramène, soit pour son propre usage, soit dans un but spéculatif. De même la mobilité leur permet de ne pas devenir "fainéants", comme ils disent eux-mêmes, mais de rester alertes. Ils alternent des périodes d'oisiveté au pays à des moments de préparations de départ, comme s'ils craignaient l'installation d'un vide que crée forcément l'abandon des activités professionnelles. Dans leurs discours il y a comme une peur d'effacer une partie de la vie migratoire, de perdre le noyau d'amis, des relations professionnelles et de voisinage qui s'accumulent avec le temps. Tout laisse croire que l'émigré tient à maintenir "une base" dans le pays d'immigration, pour justifier ces retours fréquents. A croire qu'ils cherchent en quelque sorte à prolonger leur vie active, à ne pas fermer derrière eux la porte de la migration, ne pas se priver de ce qui fut leur signe de reconnaissance au sein de leur société d'origine.

Cette dichotomie est le résultat du fait que l'expérience migratoire, avec le dépaysement qui l'accompagne, permet à l'émigré de se rendre compte en quoi sa culture originelle est originale. Ce qui le pousse à la redécouvrir, à la chérir encore plus en l'invitant à porter sur soi et sur son pays un regard différent. La distance géographique et la confrontation à d'autres cultures sont susceptibles de remettre en question bien des choses. Elles décentrent, déplacent, déstabilisent les certitudes des uns et des autres. La prise de conscience de sa différence par rapport aux autochtones naît dans l'émigration plus que dans les autres domaines, qu'ils soient touristiques, culturels ou autres. Elle est liée aux difficultés auxquelles se confrontent les migrants, transplantés dans des sociétés dans lesquelles ils ont du mal à se forger des moyens de "démystification" et de décodage des règles et des normes de fonctionnement. Ils se sentent étrangers, en fuite perpétuelle dans un monde hostile, qui ne leur délivre aucune réponse,

aliénés par rapport au monde d'où ils débarquent, l'exprimant souvent par un repli sur les traditions et la culture du "pays".

Aussi le retour s'inscrit-il dans un cadre affectif. Etre parmi les siens, c'est sentir à nouveau l'unité de son corps, affiner certaines relations ou rencontres d'été, redécouvrir son " pays ", partager et cultiver les relations familiales et amicales. Ayant vécu souvent plus de trente-cinq ans loin de la famille et des amis d'enfance, hormis les retours-retrouvailles de l'été ; ils désirent profondément rétablir les relations et les contacts effilochés par la distance. La panoplie des activités rêvées est très large, depuis les devoirs familiaux jusqu'aux obligations vis-à-vis des amis, en passant par le soutien affectif et financier aux enfants. Cependant l'euphorie des premiers jours, ne dure pas. Ils retrouvent au sein de la société d'origine des difficultés socio-économiques ²²⁸. Les proches les sollicitent en permanence, les traditions sont ébranlées par de nouvelles conditions de vie, les repères d'antan s'estompent, les enfants ne réussissent pas toujours les desseins parentaux, bref, la vision positive de la retraite, sans sentiment de solitude dans un logement agréable auquel ils ont consacré parfois la presque totalité de leurs économies²²⁹, s'effrite. Ils se demandent si ici aussi, leurs racines disparaissent ? Résultat, ils ne coupent plus comme par le passé avec le pays d'immigration, mais " zappent " entre les deux espaces.

Sixième paradoxe que celui de la problématique du non-retour. Parce qu'au regard des conditions de vie et de travail souvent aliénantes, vécues au cours de la migration. Il aurait dû se rendre dans le pays de départ, lui faisant quitter définitivement cet espace aliénant parfois dégradant et dont la teneur des propos sans équivoque apparente, tenus par les intéressés, pouvaient faire croire à la mise en pratique immédiate et totale des projets jusque là formulés. Ce que la réalité des faits démentait pourtant dans les termes les plus directs et paradoxaux.

²²⁸ Laroui F. (1999), *Méfiez-vous des parachutistes*. Paris. Ed. Julliard, 190 pages.

²²⁹ " Oh ! Umm Salâma ! en vérité la chose la plus vaine, et qui dévore la fortune d'un croyant c'est de bâtir" Hadit cité in *Architecture Islamique* de John D.Horg, Edition Gallimard, Paris 1991, page 8

Conclusion

L'anomie est en fait, au principe même de la gestion de l'immigration (en dehors d'actions et réactions diverses des plus louables comme les vôtres par exemple). Autrement nous ne connaîtrions pas aujourd'hui cette urgence de la situation. Aussi, ce qui reste vrai dans le cas des institutions et du corps social dans son entier ; l'est encore plus pour des individus dont le quotidien a toujours obéi aux seules lois du taylorisme. La retraite étant déjà en soi une situation anémique pour beaucoup de gens qui n'ont désormais plus de repères d'existence, d'alibi social, de statut économique ; que dire pour des migrants qui l'ont appelée de leurs vœux, puis redoutée et ne parviennent désormais pas à la gérer. Evoquée, magnifiée la voici dans toute son étendue annonciatrice de ruptures, changements, d'adaptations nécessaires ; le tout sans préparation aucune. Etape à franchir seul, prémisses d'autres ruptures à venir ; donc chargée d'autres étapes.

Résultat, les émigrés ont tendance à prolonger indéfiniment leur séjour dans les pays d'installation et à se 'plaire' dans un provisoire socio-psychologique, qui dure sous des contraintes socio-économiques. Si ce constat est compréhensible pour l'émigration familiale, laquelle a donné naissance à une génération d'enfants nés ou arrivés très jeunes et qui se trouvent à leur tour sur le marché du travail ; il demeure peu explicable pour l'émigration solitaire. Ils se veulent nomades, entre deux pays, ils habitent à la fois "ici" et "là-bas". Ils mettent en place leurs propres stratégies qui ne coïncident pas forcément ni avec celles des pays de départs, ni avec celles des pays d'installation. Le tournant remonte au milieu des années soixante-dix, époque à laquelle la plupart des pays d'accueil ont arrêté l'immigration officielle, cherchant ainsi à "verrouiller"²³⁰ leurs frontières. De même, aux termes de la loi et jusqu'à la mise en place de la loi Chevènement du 11 mai 1998, toute absence de France de plus de trois ans consécutifs entraîne-elle la péremption de la carte de résident,. D'ailleurs, à en juger par les travaux de juristes, cette loi a de

²³⁰ Pour reprendre l'expression utilisée par Charles Pasqua, ancien ministre français de l'intérieur.

nombreuses carences et son application n'est pas évidente²³¹. De ce fait, et aussi paradoxalement que cela puisse paraître, les retours ne se font pas toujours dans le sens supposé, comme le démontre le cas des anciens combattants par exemple²³².

Dans tous les cas une chose est certaine, dans les discours des émigrés/immigrés, l'espace du pays d'origine et celui du pays d'accueil sont indispensables, et l'un n'est pas la compensation de l'autre, mais l'un prend appui sur l'autre, comme complément nécessaire à la fois pour se définir et pour se pratiquer. Le "pays" est le lieu où l'on se ressource, mais aussi un lieu où l'on va et d'où l'on repart. C'est le lieu de l'enfance, de la tradition et le modèle du passé. Bref, l'émigré/immigré, se dédouble pour être ici et là-bas, pour tirer le meilleur de chaque système. Cependant, la question qui s'impose, et à laquelle il est difficile de répondre actuellement demeure celle de savoir, comment ces émigrés se comporteront, le jour où ils deviendront dépendants des autres sous l'effet de l'âge, la maladie, ...?

De plus, on ne dira jamais assez à quel point l'appellation 'd'immigrés célibataires' ou 'célibatérisé' et de surcroît 'retraités' comporte de paradoxes, car ces derniers sont souvent mariés, ont des enfants et même des petits-enfants. Et seule la situation qui leur a été faite et dont ils acceptent de gré ou de force, de se voir maintenus dans l'illusion d'une réalité sociale autre, amène certains à les qualifier parfois de 'vieux célibataires'.

²³¹ Baudet V. Toullier A. (2000), « Vieillir en émigration : des droits sociaux restreints », in Migrations Société, vol. 12, n°68, mars-avril 2000, pp39-45.

²³² Cf. le Monde du 24 septembre 1999.

Annexes

La condition des travailleurs immigrés âgés en France

Mme. Blandine KRIEGEL

*Présidente du Haut Commissariat
A l'Intégration, France*

Le Haut Conseil à l'intégration répond à la demande faite par M. le Premier Ministre sur la condition des travailleurs immigrés âgés, aujourd'hui retraités, qui continuent à vivre sur notre territoire.

Notre pays a bénéficié de leurs efforts, de travail et de leur énergie. Comme envers d'autres retraités aujourd'hui, les jeunes générations ont contracté une dette à leur égard qu'elles doivent honorer.

Semblable sur bien de points au vieillissement de l'ensemble de la population française, **la situation sociale des travailleurs immigrés âgés comporte aussi ses particularités propres**. La question de leur dignité, de leur droit d'habiter dans un logement décent, de leur droit à percevoir les prestations sociales et leur retraite dans des conditions normales (ce qui n'est pas le cas aujourd'hui) est cruciale pour assurer leur égalité avec l'ensemble de leurs compatriotes.

La manière dont la France aborde le vieillissement de ses travailleurs immigrés âgés, est certainement le révélateur de la façon dont nous traitons ce qui est étranger en nous, c'est-à-dire notre vieillesse. C'est pourquoi la situation des travailleurs migrants âgés nous importe tous.

La situation des travailleurs immigrés âgés aujourd'hui retraités et qui résident sur notre territoire est **un sujet particulièrement sensible** pour les **jeunes générations** qui souffrent de les savoir **isolés, méconnus ou abandonnés**.

Nous avons d'abord procédé à une **évaluation**.

Données générales

En 1999, la France **comptait 537 000 étrangers de plus de 60 ans dont 300 000 (66%) venaient de l'union européenne**. Cette statistique ne reflète cependant pas toute la réalité des travailleurs immigrés âgés, car elle exclut les personnes immigrées qui ont acquis la nationalité française. Concernant **les seuls travailleurs immigrés étrangers, en 2000, 520.000 pensions leur ont été versées, dont 55 % en France, et le reste à l'étranger**.

Le tableau ci-dessous illustre la **nette augmentation, pendant la décennie 1990, du nombre d'étrangers âgés** vivant sur le territoire français (+28,3 % au total). Les étrangers originaires du Maghreb sont ceux qui ont, proportionnellement, le plus vieilli : le nombre de Marocains âgés a plus que triplé, celui des Algériens a plus que doublé.

Tableau 1 : évolution des étrangers de plus de 65 ans par nationalité
Entre 1990 et 1999

	Ensemble	UE	Algérie	Maroc	Tunisie	Afrique ss
1990	280 184	179 099	27 796	6 140	3 620	62 872
1999	359 500	213 982	63 532	19 033	6 842	53 336
1999/1990	+28,3%	+19,5%	+128,6%	+210,0%	+89,0%	-15,2%

Source : RGP 1990 ET 1999, DPM

La question des conditions de vie des travailleurs immigrés âgés est souvent focalisée sur ceux qui vivent en foyer. Il est à noter que 95% des ménages immigrés vivent en logement ordinaire et seulement 2% en foyer.

Les difficultés spécifiques rencontrées par les vieux travailleurs migrants

Les vieux travailleurs immigrés connaissent une situation moins bonne que celle des autres travailleurs français avec des **difficultés spécifiques en matière de revenus**, de retraite, de logement, de santé, de société.

Leur situation de revenus apparaît très précaire : (29% seulement reçoivent l'allocation supplémentaire de vieillesse). Un sur deux déclare des revenus inférieurs à 610 euros (dont 57 % des femmes). 78 % d'entre eux vivent des allocations.

L'accès à la retraite comporte des risques de pertes de droits pour certains

Percevoir ses droits une fois à la retraite reste problématique pour nombre de travailleurs immigrés. Ils rencontrent des difficultés spécifiques au moment du **passage à la retraite**²³³ pour rassembler les pièces du dossier, mais aussi pour **percevoir l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse**.

Plus de la moitié se sont fait aider dans les démarches administratives, et celles qui sont en cours de liquidation font plus état de difficultés : manque d'informations, nécessité de justifier les périodes de travail, difficultés à s'adresser au bon organisme et à bien comprendre les documents administratifs, erreurs sur le numéro de sécurité sociale.

L'allocation supplémentaire du minimum vieillesse n'est versée qu'aux personnes ayant résidé en France « pendant une durée et dans les conditions fixées par décret ». Ce décret n'a jamais été rédigé et ce sont deux circulaires qui fixent ces conditions. Or, l'IGAS a mis en lumière qu'en l'absence de texte réglementaire fixant la durée minimale de

²³³ Les personnes nées à l'Etranger représentent chaque année environ 25% des liquidations de pensions effectuées par la CNAV

Le Troisième Age

résidence, **les administrations gestionnaires ont des pratiques hétérogènes.**

Cette obligation de résidence constitue une inégalité de fait pour les retraités immigrés. **Cette obligation de résidence peut conduire certains immigrés retraités à choisir de ne pas retourner vivre à la communauté nationale des frais d'hébergement importants. Il y a une double carence humanitaire et budgétaire.**

Le logement n'est pas toujours adapté

Les foyers pour travailleurs migrants, le logement social pour les immigrés, sont peu adaptés à la vie des retraités et à la perte éventuelle d'autonomie. A titre d'exemple, 33% des personnes vivant dans des foyers SONACOTRA ont plus de 60 ans, 19 % plus de 65 ans²³⁴.

Un **plan quinquennal** a certes été lancé en 1997 pour réhabiliter et adapter ces foyers aux nouvelles caractéristiques des personnes qui y résident, et notamment leur vieillissement. Au total, ce sont trois cent vingt-six établissements qui ont été inscrits au plan quinquennal, entre 1997 et 2001.

Si des efforts notables sont menés depuis plusieurs années pour améliorer le confort des foyers, la réglementation applicable en matière d'aide au logement ne favorise pas le développement de modes de fonctionnement innovants en foyer, qui permettrait de prendre davantage en compte la vie de ces immigrés faite d'allers-retours.

L'accès aux soins et aux services à destination des personnes âgées

Les travailleurs immigrés âgés connaissent des situations de mortalité et de dépendances précoces. Il y a plus de vingt ans d'écart de vie entre **les normes moyennes de longévité vitale en France et la leur.** Ils sont affectés de pathologies particulières liées à leur conditions de travail et rencontrent des **difficultés culturelles d'accès aux soins.**

²³⁴ Source : SONACOTRA. La SONACOTRA, société d'économie mixte créée en 1957, offre aujourd'hui 73.000 places dans plus de 400 foyers et résidences.

Cette usure physique précoce entraîne enfin un **état de dépendance à des âges relativement jeunes**.²³⁵ (2,5 ans pour les personnes nées à l'étranger par rapport à celles nées en France).

Les études portant sur l'état de santé des immigrés soulignent la plus forte **prévalence des pathologies liées aux mauvaises conditions de logement, aux carences alimentaires, aux affections respiratoires et les problèmes de santé bucco-dentaires**. Par ailleurs, certaines **maladies métaboliques, le diabète** par exemple, sont beaucoup plus fréquentes dans la population immigrée que dans la population générale.

L'accès des vieux travailleurs immigrés aux services gériatriques et gérontologiques de droit commun s'avère insuffisant.

En dépit de cet état de santé, **la consommation de soins des populations immigrées est relativement plus faible** et celles-ci font davantage appel aux services d'urgence ou au médecin généraliste. **La personne âgée maghrébine consulte environ trois fois moins que la personne d'origine française**. Contrairement aux idées reçues, selon lesquelles les immigrés âgés grèveraient le budget de la sécurité sociale, ceux-ci ont un accès très limité aux soins en France.

Concernant les immigrés retournés au pays, ceux-ci peuvent normalement bénéficier de la « **carte de séjour retraité** ». Mais cette **carte ne permet pas à un immigré retraité**, qui est retourné vivre dans son pays d'origine, de venir **se faire soigner en France** pour des maladies chroniques, ou de venir pour des soins programmés (opération chirurgicale prévue...).

Les immigrés âgés, notamment en foyer, **n'ont pas suffisamment accès aux services d'aide à domicile, qu'ils connaissent peu.**

²³⁵ L'enquête « handicaps-incapacité-dépendance », dite « enquête HID » porte sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes. En ce qui concerne les personnes âgées, ce sont au total 15.608 personnes de 60 ans et plus, représentatives de cette tranche d'âge, qui ont été interrogées, l'enquête HID permet de distinguer les personnes selon leur pays de naissance, avec les catégories suivantes : France, CEE, Europe de l'Ouest, Europe central et de l'Est, Maghreb, Afrique (hors Maghreb), Proche-Orient, Amérique et Caraïbes, Asie, Océanie. En revanche, on ne dispose pas d'information sur la nationalité des personnes.

Un tableau aggravé pour les femmes immigrées

La population féminine immigrée travaille moins que ses homologues masculins et que les femmes en population générale. Une fois sur deux, elles occupent un emploi précaire ou à temps partiel. Ce faible taux d'activité ne peut qu'avoir des conséquences particulièrement néfastes pour ces femmes lorsqu'elles seront à la retraite. En outre, ce sont les femmes qui sont très largement les bénéficiaires de **pensions de réversion. Les veuves immigrées font déjà partie des personnes économiquement les plus précarisées alors même qu'elles sont les plus nombreuses.**

Un mode de vie spécifique, une culture à prendre en compte

Le Haut Conseil insiste sur **l'ambivalence de la situation des vieux travailleurs immigrés, partagés entre deux cultures et dont le mode de vie est fait d'allers-retours.**

L'étude²³⁶ de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) réalisée sur les immigrés²³⁷ de 45 à 70 ans montre que seuls 7 % pensent retourner dans leur pays d'origine, cette proportion étant sensiblement plus élevée pour les personnes originaires du Portugal (10%) et de l'Afrique sub-saharienne (17 %) que pour celles venues d'Algérie, d'Europe de l'Est ou d'Italie. Cette étude souligne aussi leur fort sentiment d'appartenance à la France : alors que seulement un tiers ont la nationalité française, 85 % déclarent (en première ou deuxième position) se sentir français.

Le choix du lieu d'inhumation

Selon l'enquête de la CNAV, plus de 40 % des personnes interrogées disent vouloir être inhumées en France. Près de 35 % préféreraient l'être dans leur pays et près de 25 % hésitent encore quant à leur lieu

²³⁶ Enquête « le passage à la retraite des immigrés »

²³⁷ Personnes nées hors de France et d'origine étrangère, quelle que soit leur nationalité au moment de l'enquête.

d'inhumation. Nous déplorons hautement qu'il soit parfois toujours « impossible d'enterrer les morts conformément aux diverses traditions religieuses et dans le respect des lois de la République »²³⁸, et que le nombre de carrés musulmans en France soit toujours insuffisant pour répondre aux attentes des immigrés de confession musulmane, malgré l'existence de deux circulaires du ministre de l'intérieur encourageant la création de tels carrés²³⁹.

LES RECOMMANDATIONS DU HAUT CONSEIL :

- **un service spécialisé d'information à la CNAV,**
- **une obligation de résidence réduite à six mois fixée par décret,**
- **un assouplissement des critères d'octroi de logement permettant un roulement de l'hébergement**
- **un engagement plus net des municipalités** pour associer les travailleurs et immigrés âgés à tous les services réservés aux personnes âgées
- **un effort dans le domaine de l'histoire** visant à reconnaître leur place dans la construction économique et sociale de notre pays
- **un effort pour les carrés musulmans**

²³⁸ Rapport « laïcité et République » remis au président de la République par la commission de réflexion sur l'application du principe de laïcité dans la République, présidée par Bernard Stasi, le 11 décembre 2003

²³⁹ Circulaires du 28 novembre 1975 et du 14 février 1991

La SONACOTRA

Dr.A. FEVOTTE

*Médecin gériatre
SONACOTRA, France*

La SONACOTRA est une entreprise dont le capital est à près de 60% da les mains de l'Etat français.

Elle a été créée en 1956 à l'initiative d'un ancien ministre de la Reconstruction de la France, Eugène Claudius-Petit.

La mission de l'entreprise était alors de résorber les immenses bidonvilles qui s'étaient créés à la périphérie des grandes villes et dans lesquels s'entassaient dans la plus grande insalubrité les travailleurs maghrébins venus participer à l'expansion économique de la France.

Il s'agissait de développer, à côté des appartements familiaux classiques du logement social, un type d'habitat nommé foyer qui permettait à des hommes célibataires, au sein d'unités de vie d'une capacité d'environ six personnes, de partager la cuisine, la salle à manger et les sanitaires, tout en disposant de chambres individuelles.

La clientèle SONACOTRA a évolué avec le temps : à ce jour, la moitié des résidents a atteint l'âge de 56 ans. 20000 résidents ont plus de 60 ans.

Les résidents âgés sont en très grande majorité issus du Maghreb.

Les Marocains de plus de 56 ans représentent près de 13% de la population totale de la SONACOTRA, soit un peu plus de 8200 clients.

Les missions de la SONACOTRA, elles aussi ont évolué : elles ne sont plus uniquement axées sur l'habitat, elles font appel à des missions annexes relatives à l'accompagnement social et à la santé.

La position de la SONACOTRA est de permettre aux résidents à l'heure de la retraite de faire leurs choix de vie :

Le Troisième Age

- soit le retour au pays qui doit alors se faire dans de bonnes conditions car, actuellement, les personnes se heurtent encore à des obstacles juridiques pour le versement des pensions non contributives. Sachez que la SONACOTRA participe activement à la résolution de ces problèmes.
- soit pratique des allers-retours entre le pays d'origine et la France
- soit choix de vie en France

Ces derniers aspects nous conduisent à mettre en place, au sein même de nos résidences, en partenariat avec les professionnels concernés des actions de prévention, des actions de dépistage de certaines maladies ou incapacités, ou des actions d'accompagnement. Ils nous conduisent à envisager l'avenir des plus anciens, à la fois en terme d'hébergement et de services.

Le foyer est donc dans l'obligation de s'adapter pour accueillir dignement ces anciens travailleurs parfois prématurément vieilliss.

La SONACOTRA en a largement conscience, et avec elle le gouvernement français qui lui a demandé de travailler à la **réalisation d'EHPAD** (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) à l'occasion de la réhabilitation de ses sites. Il s'agit là de structures médicalisées dont le prix de journée très élevé devra être pris en charge par la collectivité. Les projets identifiés sont à Bobigny en région parisienne, à Marseille et à Limoges dans le centre de la France.

Ces établissements sont prioritairement et principalement destinés à d'anciens travailleurs maghrébins vivant dans les foyers qui sont en perte d'autonomie du fait du vieillissement ou de pathologies diverses. Ils seront ouverts aussi aux maghrébins de l'habitat diffus, je veux dire par là ceux vivant en hôtel meublé ou dans le logement social classique, et à leur famille.

La mission est complexe parce que les enjeux sont multiples : il s'agira de créer des établissements dans lesquels le projet de vie et le projet de soins seront en adéquation avec la culture et les habitudes des résidents.

Ces établissements devront en outre répondre à la réglementation des équipements médico-sociaux.

Enfin, au-delà des aspects techniques, du diagnostic social et médical, du montage financier, il faudra compter avec les blocages psychologiques qui font généralement obstacle, parmi ce public, à la prise en charge nécessaire.

Ces réalisations ont un coût qui s'ajoute à un programme d'investissement déjà lourd : la SONACOTRA est propriétaire et gestionnaire de plus de 400 établissements, anciens foyers de travailleurs migrants ou résidences sociales. Depuis les années 90, **un vaste programme de rénovation des sites** a été lancé et un bon nombre de résidences se trouvent aujourd'hui réhabilitées. Les petites chambres en unités de vie sont remplacées progressivement par des logements indépendants.

Pour des raisons financières, une centaine de foyers, encore en bon état, ne pourront pas être restructurés dans l'immédiat et conserveront encore leurs petites chambres pendant plusieurs années. Or, certaines de ces structures sont aujourd'hui majoritairement occupées par des personnes âgées, qui, sans nécessiter une prise en charge constante, ont besoin d'aide pour certains actes de la vie quotidienne ou nécessitent des soins infirmiers.

À leur intention, nous avons décidé de travailler sur **une ou plusieurs unités de vie** intégrant tous ces besoins. Il s'agit d'un projet à la fois architectural et social que je mène avec une architecte de la SONACOTRA : à partir des attentes et des besoins des résidents, nous voulons travailler sur des adaptations et des aménagements des espaces collectifs (cuisine, salle de repos, sanitaires) et des chambres en collaboration avec les services d'aide et de maintien à domicile qui seront sollicités pour apporter aux personnes l'aide dont elles ont besoin.

La démarche consiste à élaborer un projet social et un programme architectural à partir de la connaissance de la population et de ses besoins d'une part, de la connaissance du partenariat gérontologique local d'autre part.

Nous travaillons actuellement sur 3 sites expérimentaux : Aix en Provence à côté de Marseille, Gennevilliers et Argenteuil dans la région parisienne avant de généraliser la méthodologie sur d'autres établissements.

Mais déjà, sans attendre cette modélisation, certains responsables de résidence, c'est le cas à Massy par exemple, ont procédé à l'aménagement d'une unité de vie pour permettre l'intervention quotidienne d'un auxiliaire de vie et de personnel paramédical, grâce à un partenariat efficace avec les services publics ayant en charge la perte d'autonomie et les services de maintien à domicile.

Parallèlement à cette adaptation du bâti, la SONACOTRA superpose à sa mission de gestion locative une **mission de veille socio-sanitaire** dont le but est l'alerte des travailleurs sociaux, des professionnels médicaux ou des services d'aide à domicile selon la problématique détectée. Cette mission est assurée par le personnel SONACOTRA et en particulier les responsables de résidence.

En effet, le besoin d'aide n'est pas forcément ressenti par le résident, ou alors il est difficile à accepter.

Il existe même parfois un déni total du problème et le responsable de résidence est souvent le mieux placé pour se rendre compte que le sujet âgé fragile est en train de décompenser. Il remplace un peu la famille qui habituellement joue ce rôle.

A cette fonction de veille et d'alerte des responsables de résidence, s'ajoute une nécessaire **médiation ou interface** pour que l'aide proposée puisse se mettre en place, pour que le résident l'accepte, le professionnel devant parfois adapter son intervention auprès du résident maghrébin dont les habitudes et les représentations doivent être respectées.

La participation à la fonction de veille, la coordination et le suivi des actions complètent le rôle du médiateur.

Souvent, cette fonction est assurée par un partenaire avec qui la SONACOTRA a établi une convention de partenariat.

A côté de ce travail de proximité auprès du résident, et je dirais même pour que ce travail soit possible, il est nécessaire de mettre en place des **actions**

collectives visant l'accès aux droits avec, en particulier, le droit à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie, visant aussi la prévention sanitaire et l'intégration sociale dans la résidence et le quartier.

A Montpellier, la SONACOTRA a élaboré un partenariat avec une association qui met à disposition une personne dans les 2 foyers de la ville pour un programme d'accompagnement médico-social comprenant :

- des actions collectives en direction des résidents tout au long de l'année
- un forum santé annuel
- un renforcement du partenariat avec les institutions et services de droit commun pour anticiper la survenue des états de dépendance et mieux les prendre en charge lorsqu'ils apparaissent
- Un film, une exposition, des groupes de parole permettent aux résidents de témoigner et de prendre leur place dans la vie de la cité.

Voici rapidement décrites les actions que nous menons à la SONACOTRA en direction des résidents âgés, l'entreprise ayant tout à fait intégré le fait que loger ne suffit plus.

Enfin, je voudrais vous parler de la **mission** qui m'a été confiée avec deux autres personnes par la Ministre déléguée à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion et par la Secrétaire d'Etat aux personnes âgées suite au rapport du HCI dont Madame KRIEGEL vous a parlé.

Je suis très honorée de représenter la SONACOTRA dans ce groupe de travail.

Devant la véritable volonté politique du Gouvernement qui a fait du vieillissement des travailleurs migrants un axe de travail, nous devons nous attacher à définir précisément les besoins exprimés par l'ensemble de cette population qu'elle réside en foyers ou ailleurs. Et de ce point de vue, je suis tout à fait heureuse d'écouter les intéressantes communications de ce séminaire.

Le Troisième Age

Nous devons faire émerger les problèmes que rencontre cette population en matière d'accès aux droits que ce soit pour l'obtention de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie ou pour l'accès au minimum vieillesse et à la retraite en particulier.

Nous devons étudier la façon dont ces personnes sont prises en charge par les services gérontologiques.

Au vu des projets expérimentaux et innovants portés par la SONACOTRA et les acteurs locaux que ce soit les municipalités, les Conseils Généraux et les associations, nous devons identifier les bonnes pratiques pour les diffuser et peut-être les généraliser.

Nos axes de travail issus des différents travaux sur la question et en particulier sur l'avis du HCI du 17 mars 2005 concernent l'accès aux droits avec, par exemple, des améliorations souhaitables au moment du passage à la retraite en terme d'information et d'aide à la reconstitution des carrières. La SONACOTRA travaille déjà avec des travailleurs sociaux de la CRAM qui effectuent des permanences dans les résidences pour faciliter les démarches des résidents pour l'accès à la retraite. Des ateliers de tri des papiers ont été initiés qui permettent aux résidents de s'y retrouver dans la multitude des documents administratifs.

Concernant l'accès au logement, nous sommes en mesure de faire des propositions de bonnes pratiques pour l'aménagement et l'adaptation des foyers au vieillissement. Le mobilier proposé aux résidents âgés doit aussi être adapté à un mode de vie qui privilégie plus le repos, le confort et l'utilisation aisée pour permettre de garder son autonomie.

Des solutions innovantes, comme les chambres partagées, déjà testées avec succès pour les clients et les logeurs, doivent pouvoir être proposées à une plus grande échelle dans le respect des lois et des droits des personnes. Connaissant en France une pénurie de logements sociaux et observant qu'un nombre important de personnes sont dans l'aller-retour une fois à la retraite, il a paru intéressant de monter ce dispositif expérimental de chambres occupées par plusieurs personnes, à tour de rôle sur l'année.

L'accès aux soins et aux services est une partie importante de notre mission. L'état de santé et de dépendance de la population immigrée est

mal connu, rarement appréhendé d'un point de vue scientifique et il est nécessaire d'engager des études épidémiologiques d'envergure pour mieux cerner les réelles difficultés et problèmes dans le but d'élaborer des réponses aux attentes et aux besoins réels des personnes.

A l'heure de la mondialisation et de l'interculturalité qui représente une richesse pour la civilisation, une approche de l'autre, de sa culture, de sa religion et de la façon dont il aborde la vie et la mort paraît indispensable dans les sessions de formation de tous les médecins, personnels paramédicaux, des services de maintien à domicile et travailleurs sociaux afin d'apporter une prestation centrée sur le besoin de l'utilisateur.

En matière de prise en charge médicale, il faudra envisager des échanges entre le système français et les médecins des pays d'origine des immigrants : en effet, les personnes dans l'aller-retour qui se soignent en France doivent pouvoir communiquer un dossier médical au médecin qu'elles peuvent être amenées à contacter au pays, pour éviter les ruptures dans les soins.

C'est ensuite l'accès à la citoyenneté et à la vie sociale qui doit être une préoccupation forte des collectivités locales, par exemple l'inscription des immigrants âgés dans les programmes culturels et de loisirs proposés aux personnes âgées dans les communes. De nombreuses expériences existent qui pourraient être généralisées.

Je pourrais multiplier les exemples de propositions à faire pour améliorer la vie des immigrants âgés qui font le choix de vivre en France une grande partie de leur temps même quand l'heure de la retraite a sonné.

Ils ont des droits, l'accès doit leur en être facilité et les actions mises en œuvre pour les aider doivent l'être dans le respect de leur culture, de leurs habitudes et de leurs désirs.

Je m'y emploierai au sein du groupe de travail de la mission ministérielle et à la SONACOTRA avec tous les professionnels quotidiennement au contact des résidents immigrants qui avancent en âge. Et je peux vous assurer que Michel PELISSIER, notre Président, est particulièrement attentif à l'avancée de nos travaux et à la mise en place de nos projets.

LETROISIEME AGE DES MRE

P R O G R A M M E

Vendredi 10 Juin 2005

08h30 : **Accueil**

09h00 : **Ouverture** : M. Abderrahmane ZAHI, Secrétaire Général
Fondation Hassan II pour les

MRE

Présentation du programme : M. Bachir HAMDOUCH
Professeur, INSEA, Rabat

09h40 : **Pause**

10h00-13h00 : **Première séance**

Président : M. Abderrazzak MOULAY RACHID
Professeur, Université
Mohammed V Souissi, Rabat

Rapporteur: M. Abdeslam EL FTOUH, Directeur du Pôle de Promotion
Economique, Fondation Hassan II pour les MRE

10h00-11h00 : **Présentations**

«Enquête sur les MRE et le Troisième âge »
M. Ahmed AKHCHICHINE, Enseignant-chercheur
Institut Supérieur de l'Information et de la Communication, Rabat

«Les retraités marocains d'Europe et la sécurité sociale» (en arabe)
M. Mohammed BENHSAIN, Fondation Hassan II pour les MRE
«MRE et sécurité sociale », Mme. BARRADA, CNSS .

Le Troisième Age

«MRE et douane », M. FIKRI, Administration Générale des Douanes
« MRE et impôts », M. El Hassan KATIR, Direction Générale des Impôts

11h30-13h00: **Discussion**

13h00-14h30 : **Déjeuner**

14h30-19h00 : **Deuxième Séance**

Président : M. Fouad BENMAKHOLOUF, Enseignant-chercheur
Université Hassan II, Mohammedia

14h30-15h45 : **Présentations**

«La condition des travailleurs immigrés âgés», Rapport du HCI
Mme Blandine KRIEDEL, Présidente du Haut Conseil à l'Intégration,
Chargée de mission auprès du Président de la République Française

«Et toi vieux Marocain immigré où finiras-tu tes vieux jours ?»
M. Omar SAMAOLI, Directeur de l'Observatoire gérontologique des
migrations en France

«Bilans des diagnostics de MSF sur le vieillissement des migrants dans les
foyers des travailleurs migrants »
M. Mohamed AL MOUBARAKI, Migrations Santé France

«Enquêtes et interventions de MSF dans les foyers des travailleurs
migrants »
Mme Françoise BITATSI TRACHET, Migrations Santé France

15h45-17h00 : **Discussion**

17h00-17h30: **Pause**

17h30-18h20: **Témoignages**

Mme Anne FEVOTTE, SONACOTRA, France.
M. Lahoussine JAMAL, Migrations et Développement, France - Maroc
M. Moncef LABIDI, « Le Café social », Association Ayyem Zamen,
France

18h20-19h00 : **Discussion**

Samedi 11 juin 2005

8h30-13h00: **Troisième séance**

Président : M. Omar SAMAOLI, Directeur de l'Observatoire
gérontologique des migrations, France

Rapporteur : Mme Catherine ASLAFY - GAUTHIER, Migrinter, Poitiers

8h30-9h50 : **Présentations**

«Vieillesse et accès aux droits des immigrés Marocains aux Pays-Bas»

M. Abdellatif MAAROUFI, Consultant en vieillesse et migration,
Amsterdam

“Healthy living among Morocco immigrant elderly people in the
Netherlands”

Mme Anna Maria SOOLS, University for Humanistic, Utrecht

«Le troisième âge marocain en Belgique »

Mme Nathalie PERRIN, CEDEM, Liège

09h50-10h40: **Discussion**

10h40-11h00: **Pause**

11h00-12h00: **Témoignages**

M. Mohamed SAYM , SSR, Berkane

M. Mohamed SIDALI, Association El Fath, Berkane

M. Abdellatif SALEF, Association Al Manar; Bruxelles

12h00-13h00: **Discussion**

13h00-14h30 : **Déjeuner**

14h30-15h45: **Quatrième Séance**

Président: M. Mohamed EL MOUBARAKI, MSF

Rapporteur: Mohamed KHALDI, Fondation Hassan II pour les MRE

Le Troisième Age

14h30-15h10: Présentations

Le retour «nomade» ou «l'errance" des migrants marocains âgés
Mme. Catherine ASLAFY-GAUTHIER
Membre associé Migrinter , Poitiers

Les mobilités des immigrés retraités marocains
M. Mohammed CHAREF et M.Mohamed WAHBI, ORMES, Agadir

15h10-16h10: Témoignages

« Les Chibanis », Film de Mme.Zineb DOULFIKAR, Association « les Chibanis », Nice, présenté par M.Lahoussine JAMAL, Association Migrations et développement

16h10-17h00: Discussion

17h00-17h30: Pause

17h30-18h00 : Synthèse et clôture

Président : M. Abderrahmane ZAHI, Secrétaire Général de la Fondation Hassan II pour les MRE

Synthèse: M. Bachir HAMDOUCH, Professeur, INSEA, Rabat

Clôture