État de santé, estime de soi et facteurs associés chez les sujets âgés de la Province d'Essaouira, Maroc

Nadia OUZENNOU, Abdelmounaim MANOUSSI, Hicham MEJDOULI, Fatim-Ezzahra ABSSANE, Oumaima CHAKIR, Fatima ED-DOKKALI, Hakima AMOR, Abdellatif BAALI

Résumé : L'objectif de cette recherche était d'explorer l'état de santé des personnes âgées et les facteurs qui lui sont associés, dans un contexte de précarité, dans la province d'Essaouira. Une enquête par entrevue structurée a été menée auprès de 739 sujets âgés qui ont répondu aux questions renseignant sur leurs conditions de vie et leur état de santé exprimé par l'état de santé subjective et l'estime de soi. Les résultats ont montré que 75,5 % des sujets âgés se percevaient en bonne santé même si la majorité d'entre eux, soit 59 %, avaient des pathologies. De même, la valeur moyenne de l'estime de soi était de 29,02, qualifiant ce groupe à faible estime de soi. Les résultats ont également montré que l'estime de soi était significativement associée à certains critères, notamment : l'origine rurale, l'âge de plus de 70 ans, l'analphabétisme, le niveau socio-économique bas, et à la perception de l'état de santé générale. Au Maroc, bien qu'il ait réussi relativement à améliorer les conditions sanitaires et économiques de la population en général, les conditions socio-économiques et psychologiques des personnes âgées restent toutefois précaires.

Mots clés *: sujets âgés, santé, vulnérabilité, facteurs socio-économiques, facteurs sociodémographiques*

Health Status, Self-Esteem, and Associated Factors in Elderly Subjects in Essaouira Province, Morocco

Abstract: The aim of this study was to explore the health status of the moroccan seniors and the associated factors in Essaouira Province, Morocco. A structured interview survey was conducted with 739 elderly subjects who answered questions

DOI: 10.3917/pp.052.0135

about their living conditions and their health status expressed by subjective health status and self-esteem. The results showed that 75.5% of the elderly subjects perceived themselves to be in good or rather good health despite that the majority of them, 59%, had pathologies. The average value of self-esteem was 29.02. Thus, this group is qualifed as a group with low self-esteem. The results also showed that self-esteem was significantly associated with rural origin, age over 70 years, illiteracy, low socioeconomic level and perception of general health status. Although Morocco has been relatively successful in improving the health and economic conditions of the general population, the socioeconomic and psychological conditions of the elderly remain precarious.

Keywords: seniors, health, vulnerability, socioeconomic factors, socio-demographic factors

Introduction

Le vieillissement de la population résulte de deux tendances démographiques importantes, la maîtrise de la fécondité et l'allongement de l'espérance de vie (Parant, 2005, p. 27). Ce rallongement de la vie soulève de nouveaux questionnements sur la place des personnes âgées dans la société et sur les investissements consacrés à leur santé.

À travers le monde, les pays connaissent des degrés plus au moins avancés du phénomène de vieillissement. En 2015, il y avait 901 millions de personnes âgées de 60 ans et plus, soit 12 % de la population mondiale (OMS, 2016, p. 26). Cependant, un vieillissement rapide est observé dans plusieurs régions du monde, de sorte que d'ici 2050, à l'exception de l'Afrique, près du quart ou plus de la population serait âgé de plus de 60 ans (UN, 2015, p. 32). Ce contexte explique pourquoi la question du vieillissement est actuellement au cœur d'une réflexion menée à l'échelle mondiale.

Le Maroc s'est souvent présenté comme un pays « jeune » (Sajoux *et al.*, 2010, p. 30), mais on remarque de plus en plus une augmentation du pourcentage des personnes âgées de 60 ans et plus qui est passé de 8 % en 2004, à 8,9 % en 2014 et à 11,1 % actuellement (MS, 2018, p. 23).

L'avancée en l'âge s'accompagne de problèmes majeurs de santé physique, psychologique et mentale. La prévalence des maladies chroniques augmente, la santé générale se dégrade et la dépression et l'anxiété prennent place. La perte de l'autonomie en est le problème majeur, que Dubé (1995, p. 5) a subdivisé en cinq types : l'autonomie physique, psychologique, sociale, affective et économique. Toutes ces composantes interagissent pour une meilleure qualité de vie. L'aspect psychologique de l'autonomie semble englober plusieurs déterminants, dont le plus important est l'estime de soi. Celle-ci a été définie par André (2005, pp. 2 et 26) : « C'est comment on se voit, et si ce qu'on voit, on l'aime ou pas... ». « L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour des trois composantes essentielles du Soi : comportementale, cognitive et émotionnelle. » Une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action, est associée à une auto-évaluation plus fiable et plus précise

de l'état de santé, et permet une stabilité émotionnelle plus grande. Pour Schwartz (1975, p. 31), l'estime de soi est considérée comme le pivot de la qualité de vie pour les personnes âgées. Elle représente un important indicateur du bien-être psychologique, lequel se répercute sur le bien-être physique et social.

Le phénomène de vieillissement de la population s'accompagne également d'une augmentation des besoins en soins gériatriques (Sajoux *et al.*, 2010, p. 30). Ce qui constitue un vrai défi à surmonter pour améliorer la santé de la population, laquelle est influencée également par plusieurs facteurs, sanitaires, socio-économiques, éducatifs, psychoculturels et démographiques (Chenier, 2002, p. 10).

En 2016, la province d'Essaouira présentait une part importante de personnes âgées allant jusqu'à 10,1 % de la population totale (CCISRMS, 2016, P. 8). Cependant, l'offre de soins ne répond pas à cette évolution démographique. La province dispose d'un seul hôpital provincial qui, malheureusement, manque d'un service de gériatrie et de ressources humaines qualifiées dans la prise en charge des personnes âgées. Quant aux structures sociales, il existe deux centres, le centre social d'« El Hanchane » et celui de « Hrarta », avec une capacité d'accueil très limitée qui ne répond pas aux besoins de toutes les personnes âgées en situation de précarité. Compte tenu de cette situation, il nous a paru pertinent d'explorer les perceptions de l'état de santé et l'estime de soi chez les personnes âgées dans la province d'Essaouira, ainsi que l'influence des différents facteurs sanitaires, socio-économiques, psychoculturels et sociodémographiques sur cette dernière.

1. Sujets et méthodes

Nous avons mené une enquête transversale auprès de 739 sujets âgés de 60 ans et plus dont sont exclues les personnes présentant des problèmes de mémoire et/ou de démence. L'étude s'est déroulée au niveau du Centre Hospitalier Provincial (CHP), des centres de santé et des centres sociaux pour personnes âgées à la province d'Essaouira. Nous avons opté pour une entrevue structurée en deux parties : une première partie relative aux caractéristiques démographiques, socio-économiques et socioculturelles et une deuxième partie relative à l'étude de l'état de santé subjective et l'estime de soi. L'état de santé subjective a été évalué par auto-évaluation en répondant à la question « comment vous vous sentez ? » avec quatre modalités de réponses (bonne santé, plutôt bonne, plutôt mauvaise et mauvaise). L'estime de soi a été évaluée par l'échelle d'estime de soi de Rosenberg qui demeure le test le plus utilisé dans la recherche en psychologie pour mesurer le niveau global d'estime de soi. Les répondants ont été rencontrés individuellement et toutes les considérations éthiques requises ont été respectées.

2. Résultats

2.1. Caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques et socioculturelles

Les résultats du tableau 1 ont montré que 82,5 % (n=610) des sujets participant à cette étude étaient d'origine rurale, 54,4 % étaient du sexe féminin, et 70,2 % étaient âgés entre 60 et 70 ans. Les autres catégories d'âge, 70-79 ans et 80 ans et plus représentaient respectivement 24,1 % et 5,7 %. 65,2 % des sujets étaient mariés et 86,7 %, avaient en moyenne 4 enfants et 69,7 % vivaient encore en famille avec certains de leurs enfants.

Tableau 1. Profil démographique, socio-économique et socioculturel des sujets âgés

Variables	Modalités	Effectif	Pourcentage %
Origine	Rurale	610	82,5
	Urbaine	129	17,5
Sexe	Masculin	337	45,6
	Féminin	402	54,4
Âge	60-69 ans	519	70,2
	70-79ans	178	24,1
	>80ans	42	5,7
Statut matrimonial	Marié	482	65,2
	Veuf	161	21,8
	Célibataire	52	7
	Divorcé	44	6
Enfants	Oui	641	86,7
	Non	98	13,3
Retraite	Oui	278	37,6
	Non	461	62,4
Chef de ménage	Oui	352	47,6
	Non	387	52,4
Allocution de retraire	Oui	60	21,1
	Non	224	78,9
Couverture sociale	Oui	520	70,4
	Non	219	29,6
Niveau d'études	Analphabète	614	83,1
	Primaire	76	10,3
	Secondaire et plus	49	6,6

D'un point de vue socio-économique, 62,4 % des sujets étaient encore actifs au moment de l'enquête. Ainsi, ces personnes étaient toujours les chefs de ménage de leur foyer et prenaient en charge leurs dépenses quotidiennes. Pour les autres, ils avaient soit une allocation de retraite (21,1 %) ou étaient pris en charge par leurs enfants. Ces derniers participaient aux charges financières de leurs parents à 39 %. Le taux de couverture sociale atteint 70,4 % avec toutefois une majorité (soit 56,6 %) de Ramédistes (Régime d'assistance médicale pour les démunis). Quant à l'instruction,

un taux d'analphabétisme très élevé caractérisait ce groupe, soit 83,1 % (84,8 % chez les femmes et 81 % chez les hommes).

2.2. État de santé et estime de soi des personnes âgées

Les déclarations des personnes âgées par rapport à la perception de leur état de santé (tableau 2) ont montré que 75,5 % se percevaient en bonne ou plutôt en bonne santé, alors que 24,5 % se percevaient en mauvaise ou plutôt en mauvaise santé. Pourtant, 59 % avaient des pathologies dont 30 % présentaient un Diabète. Cependant, s'agissant de l'évaluation de l'estime de soi, une moyenne de 29,02 (σ=4,48) a été enregistrée qualifiant ce groupe comme un groupe à faible estime de soi. Selon la classification de Rosenberg, les sujets âgés étudiés avaient une estime de soi très faible, faible, moyenne et forte respectivement à des pourcentages de 17,3 %, 37,6 %, 33,4 % et 11,6 %. Ainsi, 54,9 % avaient une estime de soi faible à très faible.

Tableau 2. État de santé et estime de soi chez les sujets âgés

Variables	Modalités	Effectif	Pourcentage (%)
Problèmes de santé	Oui	436	59
	Non	303	41
État de santé subjectif	En bonne santé	110	14,9
	Plutôt en bonne santé	448	60,6
	Plutôt en mauvaise santé	159	21,5
	En mauvaise santé	22	3
Estime de soi	Très faible	128	17,3
	Faible	278	37,6
	Moyenne	247	33,4
	Forte	86	11,6

Afin de déterminer les facteurs associés à cette sous-estimation de soi, nous avons réalisé une analyse bivariée incluant l'estime de soi selon deux modalités ; la première modalité est une estime de soi très faible à faible et la deuxième modalité étant une estime de soi moyenne à forte, en fonction des facteurs démographiques, culturels, socio-économiques et la perception de l'état de santé (tableau 3). Les résultats ont montré que les sujets ayant une faible estime de soi statistiquement significative étaient d'origine rurale ($p<0,05$), âgés de plus de 70 ans ($p<0,05$), analphabètes ($p=0,001$), de niveau socio-économique bas ($p<0,01$), étant à la retraite ($p<0,05$) et ceux se percevant en mauvaise santé ($p<0,001$). Cependant, même en absence d'une signification statistique, les femmes, les sujets non mariés, ceux n'ayant pas d'allocution de retraite et ceux qui n'étaient plus les chefs de leur ménage présentant une faible estime de soi par rapport à leur homologue du sexe masculin, mariés, avec une allocution de retraite et qui continuaient à être les chefs de ménage.

Tableau 3. Estime de soi et facteurs démographiques, socio-économiques, socioculturels et sanitaires

Variables	Modalités	Estime de soi Très faible à Faible		Estime de soi moyenne à forte		Ki-deux
		n	%	n	%	
Origine	Rurale	348	85,7	262	78,7	6,28*
	Urbaine	58	14,3	71	21,3	
Sexe	Masculin	173	42,2	164	49,2	3,25
	Féminin	233	57,4	169	50,8	
Classes d'âge	<70 ans	271	66,7	248	74,5	5,22*
	>70 ans	135	33,3	85	25,5	
État matrimonial	Marié	254	62,6	228	68,5	6,04
	Non marié	157	36,5	95	31,5	
Alphabétisation	Analphabète	354	87,2	260	78,1	10 ,81***
	Alphabète	52	12,8	73	21,9	
Niveau socio-économique	Bas	387	95,3	298	89,5	9,18**
	Moyen et élevé	19	4,7	35	10,5	
Retraite	Oui	139	34,2	139	41,7	4,39*
	Non	267	65,8	194	58,3	
Allocution de retraite	Oui	25	17,4	35	25	2,48
	Non	119	82,6	105	75	
Chef de ménage	Oui	186	45,8	166	49,8	1,19
	Non	220	54,2	167	50,2	
État de santé subjectif	Bon	293	72,2	265	79,6	22,6***
	Faible	113	26,8	68	20,4	

*p<0,05 ; **p<0,01 ;***0,001

3. Discussion

Les résultats de cette étude ont montré que 82,5 % des sujets âgés étaient issus du milieu rural, ce qui correspond à la population de la province d'Essaouira qui a une prédominance rurale soit 77,6 % (CCISRMS, 2016, P. 8). La fréquence des sujets mariés parmi les personnes enquêtées était de 65,2 %, elle est similaire à celle trouvée par Baali et ses collaborateurs en 2012 (Baali *et al.*, 2012, p. 3), soit 65,8 %. Le statut marital est une situation démographique qui pourrait affecter l'état de santé physique et surtout l'état psycho-social de l'individu dans la mesure où l'union conjugale pourrait atténuer l'isolement affectif et social.

69,7 % des sujets âgés vivaient encore avec certains de leurs enfants. C'est un pourcentage qui reste relativement faible par rapport aux pourcentages trouvés par Baali et ses collaborateurs (2012, p. 3) et par l'ONDH (2015, p. 25), soit respectivement 95 % et 96 %. Ces résultats montrent la prédominance au sein de la société marocaine du mode de vie en famille ;

ce qui permet d'assurer aux personnes âgées un environnement de solidarité, d'affection et de confort.

Du point de vue socio-économique, 62,4 % des sujets étaient encore actifs au moment de l'enquête, contre 30,1 % enregistré à Marrakech en 2014 par Baali et ses collaborateurs (Baali *et al.*, 2014, p. 4). Ce résultat montre que les sujets âgés au sein de la province d'Essaouira continuaient à participer à la vie active même après un âge avancé et continuaient à exercer le rôle de chef du ménage. Pour les autres personnes non actives, elles avaient soit une allocation de retraite ou étaient prises en charge par leurs enfants, car il n'existe à ce jour aucun programme de pension de vieillesse non contributive au Maroc (CESE, 2018, p. 13).

Au Maroc, l'analphabétisme est une caractéristique qui marque majoritairement les personnes âgées (ONDH, 2015, P. 25). Le niveau d'instruction détermine les centres d'intérêts des personnes âgées et contribue à promouvoir la participation sociale, à améliorer la qualité de vie et à s'impliquer davantage dans les activités citoyennes (CESE, 2015, p. 12). Un taux d'analphabétisme très élevé caractérisait ce groupe, soit 83,1 %. Ce taux est relativement proche de celui trouvé dans l'étude de Baali et ses collaborateurs (2012, p. 3), soit 87,3 % et de l'enquête de l'ONDH (2015, p. 25) soit 78 %. Il est vrai que ces personnes sont nées avant l'indépendance du Maroc et que la majorité d'entre elles avaient l'âge de la scolarité pendant les années 1950 et la première moitié des années 1960. De ce fait, ils n'ont pas pu bénéficier d'une scolarité de masse (ONDH, 2015, p. 25), notamment parce que l'accès à l'éducation était un privilège dont ne jouissait qu'une minorité (CERED, 1995, p. 9).

La santé perçue constitue un bon indicateur de la santé générale des individus aussi bien de la santé physique que de la santé mentale (Deeg et Bath, 2003, p. 14). Elle est fortement corrélée à la mortalité (Benyamini et Idler, 1999, p. 6), à la morbidité (Ferraro *et al.*, 1997, p. 18), aux capacités fonctionnelles (Idler et Kasl, 1995, p. 20), ainsi qu'à la dépression (Han, 2002, p. 19).

Dans cette étude, les déclarations des personnes âgées par rapport à la perception de leur état de santé ont montré que 75,5 % se percevaient en bonne ou plutôt en bonne santé. Pourtant, 59 % avaient des problèmes de santé. Ces valeurs enregistrées sont loin de celles de l'étude réalisée en 2012 à Marrakech où seulement 44,5 % ont déclaré qu'ils se sentaient en bonne santé (Baali *et al.* 2012, p. 3).

Une bonne estime de soi est un bon indicateur de la santé mentale. Pour cette étude, la valeur moyenne de l'estime de soi sur l'échelle de Rosenberg était de 29,02, qualifiant ce groupe comme un groupe à faible estime de soi. Les sujets ayant une faible estime de soi statistiquement significative étaient d'origine rurale, âgés de 70 ans et plus et analphabètes. Ce qui corrobore avec l'étude de Baali et ses collaborateurs (Baali *et al.*, 2012, p. 3). L'estime de soi diminuerait avec l'avancée en âge, en raison probablement de la dépendance des individus et de la dégradation de leur état physique et sanitaire (Collins et Smyer, 2005, p. 11 ; Enguerran *et al.*, 2007, p. 16 ;

Enguerran *et al.*, 2008, p. 17 ; Najih, 2008, p. 24). Le niveau d'instruction quant à lui permettrait de bien se connaître, de connaître sa façon de vivre et pourrait constituer un facteur déterminant du statut socio-économique et culturel.

Les femmes, les sujets non mariés, ceux n'ayant pas d'allocution de retraite et ceux qui n'étaient plus les chefs de leur ménage présentaient une faible estime de soi par rapport à leurs homologues du sexe masculin, mariés, avec une allocution de retraite et qui continuaient à être les chefs de ménage. Enguerran et ses collaborateurs (2008) ont précisé dans ce sens que la majorité des études concernant la relation entre estime de soi et genre ont montré que les femmes ont des scores d'estime de soi plus faibles que les hommes. Chez les personnes âgées, les résultats sont plus variés puisque, si certaines recherches indiquent que cette différence entre hommes et femmes persiste avec l'âge (McMullin et Cairney, 2004, p. 22), d'autres montrent qu'elle se réduirait (Kling *et al.*, 1999, p. 21), voire que les femmes auraient une plus forte estime de soi que les hommes après 80 ans (Robins *et al.*, 2002, p. 28).

Les résultats de notre étude suggèrent des propos paradoxaux : d'une part, des problèmes de santé chroniques chez 59 % des sujets et une faible estime de soi chez 55 % et d'autre part, une perception très positive de l'état de santé annoncée par 75 % des sujets. Selon les auteurs (Baumeister *et al.*, 1989, p. 5 ; Campbell, 2010, p. 7 ; Alaphilippe, 2008, p. 1), une faible estime de soi serait liée à une vision dévalorisante de soi-même, de ses compétences, de son apparence physique et de ses capacités relationnelles. D'autres études ont montré une corrélation positive entre l'état de santé physique et l'estime de soi (Royer *et al.*, 2010, p. 29). Ainsi, dans notre contexte, il apparaît que les sujets âgés surestimaient leur état de santé et gardaient une vision plutôt positive. Cette perception, bien qu'elle semble favoriser la santé mentale et le bien-être notamment la capacité d'être heureux et/ou satisfait de sa vie, demeure un mauvais indicateur qui conduirait les personnes âgées à consulter moins fréquemment chez le médecin et demander moins d'aide aux personnes qualifiées. Une perception réaliste est essentielle afin d'éviter tout abaissement ou dégradation de l'état de santé.

Conclusion

À travers cette étude sur l'état de santé et l'estime de soi des personnes âgées au sein de la province d'Essaouira, il apparaît que les sujets âgés se perçoivent plutôt en bonne santé malgré les ennuis liés à l'avancée en l'âge. Ce sentiment de satisfaction est important et leur permettrait un équilibre psychologique et affectif. Nous pensons que la continuité de l'activité génératrice de revenu, bien que faible, et la vie en famille ont permis à ce groupe de se sentir utile et intégré socialement. Quant à l'estime de soi, bien qu'elle soit un bon indicateur de la santé mentale et de la qualité de vie des personnes âgées, il est connu qu'elle diminue avec l'avancée en

âge. Sa perception négative pourrait s'expliquer par la dégradation de l'état physique et sanitaire des personnes âgées certes, mais aussi, dans notre contexte, elle est associée à des conditions socio-économiques et socio-culturelles précaires. L'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, l'accès aux soins gériatriques et la promotion de leur santé selon une approche holistique restent des défis majeurs pour le Maroc. Ainsi, cette étude est limitée par la subjectivité des réponses, ce qui nécessite une évaluation de l'état de santé réelle, des pathologies, de leurs effets et de leurs complications. En plus, les résultats et les interprétations de cette étude devront être confirmés par d'autres recherches pluridisciplinaires, au croisement de la santé physique et de la santé mentale.

Nadia OUZENNOU
Enseignante-chercheure
Anthropobiologiste
Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS)
Rue Abdelouahed Eddarak, Gueliz, Marrakech, Maroc
Laboratoire d'Écologie Humaine (LEH), Département de Biologie, Faculté des Sciences Semlalia, Marrakech (FSSM), Boulevard Prince My Abdellah, B.P. 2390, 40000, Université Cadi Ayyad (UCA)
nadia.ouzennou@gmail.com

Abdelmounaim MANOUSSI
Doctorant
Laboratoire d'Écologie Humaine, Département de Biologie, Faculté des Sciences Semlalia, Marrakech (FSSM), Boulevard Prince My Abdellah, B.P. 2390, 40000, Université Cadi Ayyad (UCA)
manoussi@gmail.com

Hicham MEJDOULI
Doctorant
Laboratoire d'Écologie Humaine, Département de Biologie, Faculté des Sciences Semlalia, Marrakech (FSSM), Boulevard Prince My Abdellah, B.P. 2390, 40000, Université Cadi Ayyad (UCA)
mejdouli.hicham@gmail.com

Fatim-Ezzahra ABSSANE
Oumaima CHAKIR
Fatima ED-DOKKALI
Étudiantes Infirmières polyvalentes
Institution : Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de santé, Marrakech, Annexe Essaouira, Lot Argana, Essaouira, Maroc
abssane.fatimaezzahra@gmail.com

Hakima AMOR
Enseignante-chercheure
Anthropobiologiste
Laboratoire d'Écologie Humaine, Département de Biologie, Faculté des Sciences Semlalia, Marrakech (FSSM), Boulevard Prince My Abdellah, B.P. 2390, 40000, Université Cadi Ayyad (UCA)
amor@uca.ma

Abdellatif BAALI
Enseignant-chercheur
Anthropobiologiste
Laboratoire d'Écologie Humaine, Département de Biologie, Faculté des Sciences Semlalia, Marrakech (FSSM), Boulevard Prince My Abdellah, B.P. 2390, 40000, Université Cadi Ayyad (UCA)
baali@uca.ma

Références bibliographiques

Alaphilippe, D. (2008). Évolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, *6*(3),167-176. doi:10.1684/pnv.2008.0135

André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, *82*(3), 26-30.

Baali, A., Lahmam, A., Amor, H., Aboussad, A., Boestch, G., & Chapuis-Lucciani, N. (2012). Perception du vieillissement, état de santé et environnement socio-démographique d'un groupe de personnes âgées (Marrakech, Maroc). *Antropo*, *27*, 105-111. www.didac.ehu.es/antropo

Baali, A., Lahmam, A., Amor, H., Aboussad, A., Boestch, G., & Chapuis-Lucciani, N. (2014). État de santé et environnement sociodémographique d'un groupe de personnes marocaines âgées. Dans *Vieillissement de la population dans les pays du Sud : famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées, état des lieux et perspectives.* Actes du Colloque international de Meknès, Maroc, 17-19 mars 2011.

Baumeister, R.F., Tice, D.M., & Hutton, D.G. (1989). Self-Presentational Motivations and Personality Differences in Self-Esteem. *Journal of Personality*, *57*(3),547-721.

Benyamini, Y. & Idler, E. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: additional studies, 1995-1998. *Research on Aging*, *21*, 292-401.

Campbell, L.D. (2010). Sons Who Care: Examining the Experience and Meaning of Filial Caregiving for Married and Never-Married Sons. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, *29*(1), 73-84. https://www.muse.jhu.edu/article/376774

Chambre de Commerce, d'Industrie et de Services de Marrakech-Safi – Annexe Essaouira (CCISRMS) (2016). Monographie de la province d'Essaouira, 13 p. https://www.ccisrms.ma/wp-content/uploads/pdf/Essaouira.pdf

Centre d'Étude et de Recherches Démographiques (CERED) (1995). *Caractéristiques sociodémographiques de la population âgée (milieu urbain)*. Haut Commissariat au Plan, Rabat, Royaume du Maroc.

Chenier, N.M. (2002). Canadian seniors and health determinants. *Parliamentary Research Branch*, 2002.

Collins, A.L. & Smyer, M.A. (2005). The Resilience of Self-Esteem in Late Adulthood. *Journal of Aging and Health*, *17*(4), 471-489. doi:10.1177/0898264305277965

Conseil économique, social et environnemental (CESE) (2015). *Personnes âgées au Maroc*. Rapport du Conseil économique, social et environnemental, Rabat, Sipama, www.cese.ma

Conseil économique, social et environnemental (CESE) (2018). *La protection sociale au Maroc : revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociale*. Rapport du Conseil économique, social et environnemental, Rabat, Canaprint, www.cese.ma

Deeg, D.J.H. & Bath, P. (2003). Self-rated health, gender, and mortality in older persons: Introduction to a special section. *The Gerontologist by the Gerontological Society of America*, *43*(3), 369-371.

Dubé, G. (1995). Éthique et vieillissement: enjeux personnels et collectifs. *Le Gérontophile*, *17*(1), 3-7.

Enguerran, M.E., Chapuis-Lucciani, N., & Boëtsch, G. (2007). Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue. *Sciences sociales et santé*, *25*(3), 79-106.

Enguerran, M.E., Boëtsch, G., & Chapuis-Lucciani, N. (2008). Relations entre l'estime de soi et l'état de santé « objectif » des aînés. *Bulletins et mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, n.s., *20*(3-4), 189-204.

Ferraro, K.F., Farmer, M.M., & Wybraniec, J.A. (1997). Health trajectories: longterm dynamics among black and white adults. *Journal of Health and Social Behavior*, *38*, 38-54.

Han, B. (2002). Depressive symptoms ans self-rated health in community dwelling older adults: a longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *50*, 1549-1556.

Idler, E. & Kasl, S. (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, *50B*, 344-S35.

Kling, K.C., Hyde, J.S., Showers, C.J., & Buswell, B.N. (1999). Gender differences in self-esteem: a meta analysis. *Psychological Bulletin*, *25*(4), 470-500.

McMullin, J.A. & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. Journal of Aging Studies, 18(1), 75-90. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2003.09.006

Ministère de la Santé (MS) (2018). Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF) (2018). *Rapport de synthèse.* 2e édition, Ministère de la Santé DPRF/DPE/SEIS Rabat, Maroc.

Najih, A. & Aboussad, A. (2008). *État de santé des sujets âgés. Enquête à Marrakech*. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Marrakech, Thèse n° 54/2008.

Observatoire national du développement humain (ONDH) (2015). *Situation des personnes âgées au Maroc.* Rapport personnes âgées, 135 p. http://www.ondh.ma/sites/default/files/documents/_rapport_personnes_agees_1.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2016). *Vieillissement et santé*. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.

Parant, A. (2005). Les enjeux du vieillissement de la population. *Revue française d'administration publique*, *113*(1), 83-95.

Robins, R. & Trzesniewski, K. (2005). Self-Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, *14*(3), 158-162. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x

Royer, B., Gusto, G., Vol, S., Arondel, D., Tichet, J., & Lantieri O. (2010). Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé. *Pratiques et organisation des soins*, *41*(4), 313-321. https://doi.org/10.3917/pos.414.0313

Sajoux, M. & Nowik, L. (2010). Vieillissement de la population au Maroc. *Autrepart*, *53*(1), 17-34.

Schwartz, A.N. (1975). An observation on self-esteem as the linchpin of quality of life for the aged. An essay. *The Gerontologist*, *15*(5), 470-472.

United Nations (2015). *World Population Ageing 2015*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, (ST/ESA/SER.A/390), 164 p.