



**HAL**  
open science

## Le vieillissement à Cuba, un défi majeur

Blandine Destremau

► **To cite this version:**

Blandine Destremau. Le vieillissement à Cuba, un défi majeur. Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, 2015. hal-02968445

**HAL Id: hal-02968445**

**<https://hal.science/hal-02968445v1>**

Submitted on 15 Oct 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Le vieillissement à Cuba, un défi majeur**

**Blandine Destremau (CNRS – IRIS EHESS)**

Produit d'une combinaison de progrès sanitaires et sociaux et de difficultés de conditions de vie, le vieillissement démographique qui frappe Cuba constitue d'un des défis majeurs au système de santé, aux différents types de solidarité et aux fondements de la justice sociale établis par la Révolution de 1959. Ces défis sont d'autant plus considérables que les budgets publics sont en forte tension, que l'émigration s'intensifie et que les dispositifs de prise en charge continuent à solliciter essentiellement les familles.

### **Une population vieillissante**

Cuba présente un profil démographique de fort vieillissement, parmi les plus élevés 'Amérique latine : la croissance démographique y est négative depuis 2006, les indicateurs de fécondité sont en dessous du seuil de remplacement des générations depuis la fin des années 1970, et l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées du monde (79,4 ans en 2015)<sup>1</sup>. Elle est de 80,4 ans pour les femmes, au 23<sup>ème</sup> rang mondial, et le différentiel entre les sexes est de 3,9 ans, ce qui est assez bas. Entre 1970 et 2012, l'espérance de vie a gagné 8,41 ans (8,63 pour les femmes, 7,95 pour les hommes).

L'allongement de la durée de vie est un résultat direct des politiques sanitaires, économiques et sociales d'amélioration des niveaux de vie et de réduction des inégalités mises en place depuis la Révolution. L'objectif des politiques révolutionnaires de santé était en effet de procurer à l'ensemble de la population, quels que soient son niveau de vie, sa zone résidentielle, son âge et type de pathologie, des services publics de qualité, sur une base totalement démarchandisée, universaliste et égalitaire (Feinsilver 1993 ; Chaufan 2014, Brotherton 2011). Les services de santé publique ont été mis au service du développement, et de la justice sociale : réduire les inégalités entre classes sociales, origines raciales, modes de vie, espaces résidentiels et genres ; et répartir les moyens selon les besoins des personnes et non selon leurs ressources. C'est cet objectif, inscrit dans les principes mêmes de la Révolution, qui a conduit à mettre en place des formations, des établissements, des services et des modes d'accès conduisant à une amélioration impressionnante des indicateurs sanitaires, à une réduction marquée des inégalités sociales et spatiales, en contribuant à la légitimité de l'Etat.

Les résultats de ces investissements importants sont considérables et ont bénéficié à toutes les couches de la population: réduction de la mortalité infantile et maternelle, quasi disparition de la mortalité par maladie infectieuse, allongement considérable de l'espérance de vie à la naissance. Au-delà des chiffres, c'est une forme spécifique de citoyenneté qu'a construit ce considérable effort sanitaire, par laquelle les Cubains manifestent une conscience aigüe de

---

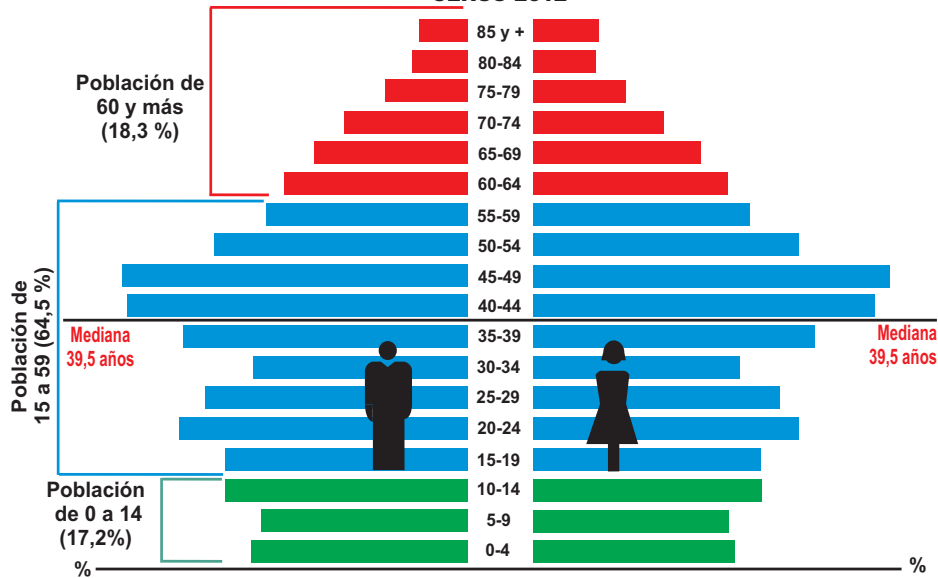
<sup>1</sup> Sauf mention contraire, les statistiques citées dans cet article sont extraites des données disponibles sur le site de l'Office national des statistiques cubaines <http://www.one.cu/>

leur santé et bien-être physiques (Brotherton 2005). Le médecin de famille en devient une figure type du héros révolutionnaire (Brotherton 2013). Les résultats et performances du système sanitaire cubain, très largement diffusés au plan international, expliquent et justifient en grande partie la très intense politisation de la question (Kath 2010).

De son côté, la chute de la fécondité procède de l'octroi de droits sociaux individualisés et égaux aux femmes, de leur encouragement à acquérir des niveaux d'éducation égaux à ceux des hommes, à rejoindre le marché du travail et à acquérir des compétences professionnelles. Elle s'est également nourrie du développement de services de planning familial et d'avortement libres et gratuits. Les femmes se sont dans une très large mesure émancipées de rôles sociaux qui les assignaient au premier chef aux tâches domestiques pour se concevoir et se vivre comme actives et engagées politiquement et professionnellement. Mais la réduction des naissances est aussi le produit d'auto-limitations à la conception d'enfants en raison des difficultés économiques et de logement que rencontrent une large proportion de ménages, conduisant à des arbitrages dans l'allocation des ressources des ménages – temps, travail, présence, *care*, dépenses, espace au sein du logement (Andaya 2007). Il faut y ajouter les tensions dans la conciliation emploi – famille que les politiques de prise en charge ne sont pas parvenues à résoudre totalement (Destremau 2015a). Selon les résultats du recensement de 2012, 78% des ménages de plus d'une personne n'ont aucun enfant de moins de quinze ans.

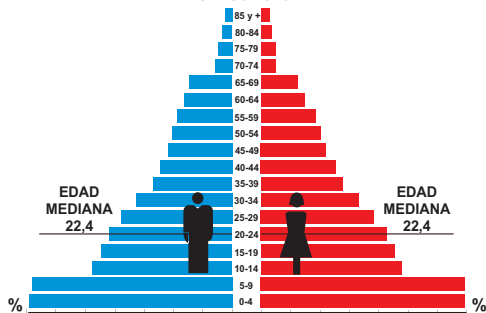
La structure démographique présente un enjeu d'autant plus fort que l'immigration est quasiment nulle, et l'émigration relativement forte.

**CUBA. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y EDADES**  
**CENSO 2012**



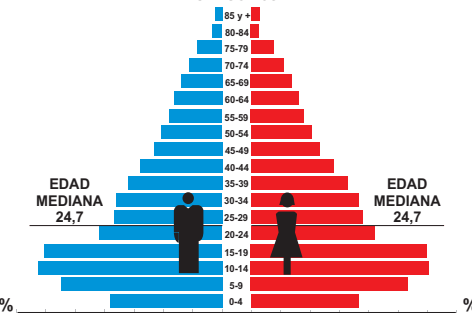
**CUBA. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y EDADES**

**CENSO 1970**



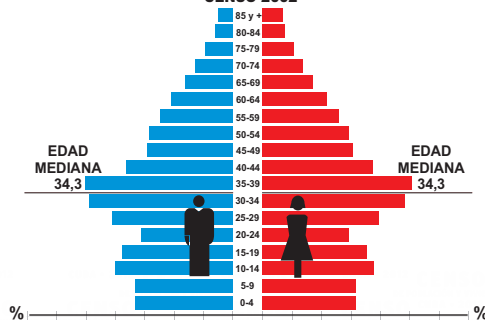
**CUBA. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y EDADES**

**CENSO 1981**



**CUBA. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y EDADES**

**CENSO 2002**



La population de plus de 60 ans atteint 19% en moyenne 2014, et celle des plus de 75 ans, qui sont les plus susceptibles de solliciter des aides, en représente près du tiers. D'un autre côté, la proportion des moins de 15 ans est inférieure à 17%. Après une chute continue, imputable à la

réduction du poids des enfants dans la population, le taux de dépendance est en voie d'accroissement depuis 2002, reflétant l'essor du poids des personnes âgées : une part tendanciellement plus faible d'adultes recensés comme économiquement actifs –43% - doit prendre en charge une population dépendante d'enfants et surtout de personnes âgées en croissance. Certains *municipios* cubains sont beaucoup plus frappés par le vieillissement que d'autres, particulièrement les anciens quartiers des centre-ville. Les taux de dépendance se reflètent et se modulent de façon différenciée au sein des ménages. Sur l'ensemble du territoire, 40% des ménages recensés en 2012 comptent au moins une personne de plus de soixante ans : 27% en ont une, 12% en ont deux, et 1% trois ou plus.

### **Une prise en charge qui échoit essentiellement aux familles**

Les schémas culturels d'une part, et les difficultés budgétaires de l'Etat cubain depuis les années 1990 de l'autre, expliquent que la prise en charge de la dépendance et du grand âge est réputée relever de la solidarité familiale, dans une très large mesure : 90% des personnes âgées de plus de 60 ans résident chez elles, environ la moitié d'entre elles avec leurs enfants (plus les femmes que les hommes), soit pour des raisons de pénurie de logement, soit par besoin d'assistance. Il demeure que 14% des personnes âgées de plus de 60 ans vivent seules, soit plus de 130 000 individus, et qu'ils représentent 39% du total des ménages d'une personne<sup>2</sup>. Amplifié par les mouvements migratoires internes et externes, qui s'est accélérée au cours des dernières années, l'isolement est l'une des caractéristiques constitutives du problème social que pose le vieillissement, surtout si ces personnes sont démunies et n'ont pas de famille à proximité.

Environ cent cinquante foyers résidentiels sont ouverts à Cuba, pour un total d'à peine 9000 lits ; c'est-à-dire qu'à peine une personne de plus de 85 ans sur 16 peut disposer d'un lit en foyer résidentiel selon les statistiques officielles, la majorité d'entre elles souffrant de maladies chroniques et d'invalidités physiques et/ou mentales. Au cours des dernières années, le nombre de foyers et de lits tend à se réduire, tant ces établissements sont affectés par des pénuries de budget et la détérioration des bâtiments et équipements. Par ailleurs, ils ne sont pas qualifiés pour les maladies dégénératives comme Alzheimer. Un important programme de réhabilitation de ces foyers résidentiels, et de construction de nouveaux lieux d'accueil qui puissent répondre à une demande en essor, a été annoncée. Des partenariats avec des organisations religieuses ou non gouvernementales, cubaines ou étrangères, sont noués pour soutenir les efforts de l'Etat. Il demeure que la prise en charge par les personnes du ménage des besoins de soins, d'aide et de présence des personnes âgées, demeure la norme.

Si les personnes âgées contribuent au travail nécessaire au foyer tant qu'elles sont valides, les soins et la présence qu'elles requièrent au moment de la perte d'autonomie pèsent sur les ménages (Durán 2010). C'est d'autant plus le cas que plusieurs personnes âgées cohabitent fréquemment, et que les aidants familiaux sont eux-mêmes frappés par le vieillissement. Selon les résultats du recensement de 2012, 58% des personnes de plus de 60 ans qui vivent dans des ménages de 2 à 3 personnes cohabitent avec une autre personne âgée ou plus. Le taux varie légèrement pour les ménages plus importants (53% des personnes âgées résidant dans des ménages de 4 à 5 personnes cohabitent avec une autre ou plus, et 67% pour les ménages de 6 à 7 personnes, 68% pour les ménages de 8 à 9 personnes, et 71% pour les ménages de 10 personnes et plus).

---

<sup>2</sup> La part des ménages d'une personne dans le total des ménages est passée de 13,9% en 2002 à 18,7% en 2012, selon les résultats du recensement.

La question du *care* se pose donc soit à l'égard des personnes isolées, lorsqu'elles perdent leur autonomie, soit lorsque le travail de soin pour autrui pèse sur des ménages de taille réduite, eux-mêmes vieillissants. Or différents travaux de recherche montrent que les schémas de division sexuelle du travail reproductif n'ont pas été radicalement modifiés: comme dans bien des pays socialistes, l'Etat déchargeait les femmes de leurs tâches domestiques sexuées, mais l'implication des hommes n'a pas pris le relais (Destremau 2015a). C'est d'autant plus le cas que les ménages cubains sont modelés par une forte instabilité conjugale, l'émigration et les problèmes de logement; les structures familiales sont marquées par des pratiques matrifocales, qui tendent à rassembler, dans un même logement, plusieurs générations de femmes comme points fixes du foyer, les hommes adultes tendant à aller rejoindre leur compagne du moment (Zabala 2010). Le partage des tâches domestiques et de *care* serait d'autant plus inégal entre hommes et femmes que les ménages appartiennent aux couches populaires (niveau d'éducation et de revenus relativement bas), et plus égalitaire dans les ménages de haut niveau d'éducation. La prise en charge du vieillissement se traduit donc par une surcharge de travail et des exigences de présence qui pèsent plus sur les femmes que les hommes, engendrant des perturbations de leur engagement professionnel voire leur sortie d'activité salariée, souvent pour se lancer dans une activité indépendante à domicile. Différents programmes se sont développés pour former les aidants familiaux aux problèmes spécifiques du vieillissement qui, s'ils peuvent améliorer l'organisation et la qualité des soins de proximité, ne déchargent pas les familles, bien au contraire.

### **L'appauvrissement des personnes âgées**

Le besoin de solidarité des personnes âgées à l'égard de leur famille ne se réduit pas aux soins et à la présence. En effet, la valeur réelle des pensions de retraite se réduit, au même titre d'ailleurs que les salaires publics, frappés par la libéralisation de certains marchés (alimentaires notamment) et par le rétrécissement de la sphère des biens subventionnés: le prix du panier de biens de base s'est donc mécaniquement accru. En 2008 une réforme des pensions de retraite a été mise en place: prolongation de la vie active de cinq ans (âge légal de la retraite porté à 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes); modification de la base de calcul des pensions qui porte le taux de remplacement de 50% à 60%; augmentation des années de travail requises (de 25 à 30 ans); possibilité de prolongation de la vie active avec accroissement de la pension et autorisation de cumul entre revenu d'activité et pension; augmentation des pensions nominales, particulièrement des plus basses. En 2011 la couverture obligatoire a été étendue aux travailleurs indépendants. Ces mesures permettent de réduire modestement le poids des pensions dans le budget public, et le déficit de leur financement (Mesa-Lago 2012). Mais elles n'ont pas permis un rattrapage du niveau de vie que permettent les pensions, dont la dégradation est imputable aux transformations de l'économie cubaine: crise à partir de la chute du bloc soviétique en 1990, et réformes dans le sens d'une libéralisation marchande (Destremau 2015b). De fait, la valeur réelle des pensions s'est contractée de moitié entre 1989 et 2010 (Mesa-Lago 2012).

Depuis le début des années 1990, les pensions de retraite ne permettent pas la survie de leurs titulaires, et la pauvreté des retraités devient un problème visible et préoccupant, à plus d'un titre. D'après une enquête menée sur le vieillissement par le Centre cubain de population en 2010-2011<sup>3</sup>, 60% des personnes âgées interrogées déclarent vivre avec des privations et carences (mais le fait d'être âgé n'y ajoute pas forcément). Environ 20% des personnes ayant dépassé l'âge de la retraite ont continué leur activité, et 20% des retraités exercent une activité

---

<sup>3</sup> Sur un échantillon de 12 000 familles, Encuesta nacional de envejecimiento de Cuba y sus Territorios 2010: <http://www.one.cu/encuestaenvejecimiento.htm>

rémunératrice pour augmenter leurs revenus - vente de produits alimentaires, ramassage de canettes ou cartons pour le recyclage, couture, etc. - mais la part réelle est probablement beaucoup plus élevée, notamment de ceux participant à l'entreprise familiale. Leur survie matérielle requiert des formes de solidarité et de redistribution au sein des familles, et souvent avec le voisinage : c'est-à-dire de partager les ressources familiales, mais aussi l'espace. 15% déclarent recevoir un complément de revenu de leur famille résidant à Cuba ou à l'étranger.

La pauvreté des conditions de vie provient pour bonne part de la dégradation des logements : à Cuba 85% des ménages sont propriétaires de leur logement, mais tant les capacités privées que les programmes publics d'entretien et de réhabilitation n'ont pas été à la hauteur des besoins. Selon le recensement de 2012, la moitié des logements sont en très mauvais état. De plus, le déficit important de construction a conduit à une suroccupation des logements des familles les plus modestes.

### **Défis aux politiques de santé**

Depuis les années 1970, et de façon accélérée à partir de la fin des années 1980, divers programmes de prise en charge du vieillissement ont été développés dans les domaines culturel, sanitaire, et d'action sociale. En 1974 naît le *Plan Nacional de Atención al Anciano*, jalonné depuis de multiples enquêtes sanitaires et sociales, à partir desquelles est planifié le développement des dispositifs et mesures spécifiques. C'est en 1997 que le programme actuel « d'attention intégrale aux personnes âgées » a vu le jour, dans un contexte économique et social marqué par la crise. Il repose sur trois sous-programmes : soins hospitaliers en lien avec les structures sanitaires locales (médecins, cliniques) ; prise en charge institutionnelle de promotion, prévention, traitement et réhabilitation, et notamment foyers résidentiels et centres médico-psychopédagogiques ; et « attention communautaire » articulée autour de maisons de jour, d'activités culturelles, sportives et de sociabilité communautaires (voir plus bas), et dont relèvent également les EMAG (Equipes multidisciplinaires d'attention gériatrique).

La mise en place du programme des médecins et personnel infirmier de famille (« Médicos y enfermeros de la Familia ») en 1984 a constitué un tournant important des politiques publiques de santé, dont ont bénéficié les personnes âgées. Elle a permis un resserrement du maillage de l'organisation spatiale des soins selon un dispositif de référencement et de hiérarchisation des établissements. Dans chaque quartier (qualifié de « zone de santé »), progressivement, un *consultorio* fut installé, offrant à la population du voisinage les services d'un médecin et d'une infirmière. Chaque consultation dessert cent vingt familles, soit environ 600 à 700 personnes. Les services de santé primaire sont également fournis par une polyclinique, installée dans chaque *municipio*, qui offre l'accès à une palette de spécialistes. La médecine de proximité s'articule ainsi avec un suivi social des familles dans les quartiers, lui-même ancré dans un système d'intense communication, relations et collaborations entre praticiens, travailleurs sociaux, organisations de masse, et des réseaux sociaux plus ou moins formalisés (Kath 2010).

En outre, le système de santé cubain a dû s'adapter à l'évolution des pathologies et affections pour lesquelles il est sollicité : développement des pathologies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète), alors que les pathologies infectieuses ont été pour bonne part éradiquées ; pathologies liées à la dégradation des conditions de vie et d'alimentation et à l'alcoolisme, auxquelles Cuba n'échappe pas ; et explosion des demandes découlant du vieillissement de la population. Des équipes pluridisciplinaires d'attention gériatrique, constituées d'un médecin spécialiste, d'une infirmière, d'un travailleur social et d'un psychologue, tous formés en gériatrie, appuient les médecins de famille. Dans les années 1980, des programmes de gériatrie ont également été développés dans l'ensemble des

établissements de santé ainsi que des services de gériatrie spécialisés de haute technologie, dans lesquels les personnes âgées bénéficient d'accès préférentiels aux soins et aux médicaments. En 1992 le Centre ibéroaméricain du troisième âge a été fondé à La Havane, voué à la recherche épidémiologique et l'assistance médicale. La politique publique déployée pour faire face au vieillissement vise également à encourager les naissances. Elle s'est récemment renforcée dans le sens d'offrir aux couples infertiles un accompagnement plus efficace, de leur proposer des protocoles de parentalité médicalement assistée, d'améliorer le suivi des femmes enceintes, de lutter contre un taux d'avortement alarmant (Anadaya 2007), qui toucherait la moitié des grossesses engagées. En 2014, près de la moitié des naissances donnent lieu à un séjour en foyer maternel (Annuaire statistique 2014).

Les services de santé, toutefois, sont soumis à de fortes tensions. Ils sont touchés d'une part par la baisse des capacités publiques d'investissement et de fonctionnement des établissements et services de santé, surtout depuis la crise des années 1990. Il en résulte la dégradation des matériels et bâtiments, l'incapacité d'effectuer les investissements nécessaires et de nombreuses ruptures d'approvisionnement de médicaments et de fournitures. Les réactions à ces tensions économiques se situent dans le développement de modes alternatifs de soin, reposant sur des diagnostics manuels par exemple, ou encore le recours à des médicaments à base de plantes. Encouragés par l'Etat, ces techniques conçues initialement comme essentiellement palliatives, en viennent à constituer un patrimoine de savoir-faire valorisé localement et au plan international.

Le fonctionnement des établissements de soins est affecté d'autre part par l'expatriation encouragée ou volontaire de personnels médicaux vers des pays avec lesquels Cuba a signé des accords de coopération. La ponction de personnels par l'« humanitaire transactionnel » (Brotherton 2013) menace le fonctionnement des consultations de quartier (médecins de famille) et des polycliniques de secteur, voire des services hospitaliers. En 2012, environ 20% des médecins cubains sont expatriés. Sur la période 2009-2014, le nombre de médecins augmente continuellement (+ 14% sur l'ensemble de la période), mais le nombre de médecins de famille diminue de façon draconienne: il passe de 34 261 en 2009 à 12 842 en 2014, selon les statistiques officielles. On peut y articuler le fait que, comme le reste des salariés publics, les médecins et praticiens ont vu le pouvoir d'achat de leur salaire se réduire considérablement du fait de la réduction du périmètre des biens et services subventionnés. Devant acquérir sur un marché en émergence des biens et services nécessaires, les médecins, comme bien d'autres catégories de personnels, sont tentés de quitter ou réduire leur service pour se lancer dans des activités marchandes plus lucratives. Les perturbations du réseau de soins de proximité sont sensibles : les critiques se multiplient sur les écarts entre affichages et engagements, d'un côté, et, dans la réalité quotidienne, les difficultés d'accès, les longues files d'attente, les cas de prise en charge sanitaire et sociale déficiente. Une réforme est en cours, qui devrait adapter une nouvelle fois l'offre aux moyens publics et à une demande en évolution, en réduisant la couverture des *consultorios* et renforçant le rôle des polycliniques. L'éloignement, toutefois, s'il peut n'affecter que peu les personnes valides, touche particulièrement les personnes âgées. La visite, dans les maisons de jour, de personnel médical, peut le compenser partiellement pour les personnes âgées qui y ont droit.

### **Le renforcement des dispositifs d'assistance et d'intégration communautaires des personnes âgées**

Cuba a développé une approche holistique de la santé et du bien-être, qui combine facteurs biologiques, psychologiques, environnementaux et sociaux (Brotherton 2013). Elle s'est adressée notamment aux personnes âgées. En 1978 naît le dispositif d'*Atención Comunitaria*



aux personnes âgées, qui relie différentes institutions territoriales, sociales, sanitaires et universitaires et articule des activités culturelles, sportives, psycho-sociales et de sociabilité. Il est renforcé lors de la mise en place du Programme d'attention intégrale en 1997, mentionné plus haut.

Pour les âgés valides et relativement jeunes, des universités et cercles du troisième âge qui veillent à l'intégration culturelle et sociale de ces *abuelos* ont vu le jour. Ils proposent différentes sorties, ateliers, débats, réflexions, conférences, cycles d'études, fêtes, etc., sur une base territoriale de proximité, et dans un cadre de solidarité intergénérationnelle, interprofessionnelle et inter-institutionnelle. Selon l'enquête de 2010 citée plus haut, plus de la moitié des personnes âgées les fréquentent.

Face à la dégradation des conditions de vie des personnes âgées ne disposant pas d'autres ressources que leur pension de retraite<sup>4</sup>, les politiques sociales cubaines ont développé des dispositifs ciblés, notamment destinés à prendre en charge les « cas sociaux » caractérisés par la dépendance et l'absence de réseau de solidarité suffisant (Destremau 2016 à paraître, Espina 2010 et 2011, Domínguez 2008). Dans cette perspective, des travailleurs sociaux ont été formés pour des suivis au domicile, la distribution de certains biens d'équipement, articles ménagers (matelas, draps), vêtements manquant aux plus démunis et isolés ; ou encore de leur octroyer le droit à une aide à la réparation de leur logement. Les personnes âgées représentent un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale<sup>5</sup>.

Sur avis des travailleurs sociaux, des maisons municipales de jour accueillent des personnes plus âgées en perte d'autonomie, menacées par la dépression et la solitude lorsque personne n'est présent au foyer pendant la journée. Mais leur nombre est faible, quoiqu'en augmentation au cours des dix dernières années (+23%) : 201 en 2005, 233 en 2009, 247 en 2014. Cuba compte 168 *municipios*, certains très étendus, et/ou très peuplés ; certains comptent une seule *casa*, d'autres plusieurs. Les personnes âgées ne peuvent se rendre à la *casa* de leur *municipio* que si elles habitent à proximité ou si un service de ramassage fonctionne effectivement, ce qui est le cas pour une petite minorité d'entre elles. Et de toute façon, la pression nombre de personnes âgées / nombre de *casa* montre qu'à l'heure actuelle il ne s'agit que d'un dispositif exceptionnel (taux de pression théorique de plus de 6000 personnes de plus de 65 ans par *casa* en 2014, modulé selon les provinces).

Le réseau des cantines communautaires (municipales), dont les personnes âgées sont les principales clientes, s'est aussi étoffé, pour fournir, à un prix minime, trois repas par jour à ceux et celles trop démunies, trop invalides, et/ou ne disposant pas de l'équipement ménager nécessaire, pour confectionner leurs propres repas. Le petit déjeuner et le déjeuner étant pris sur place pour ceux qui le peuvent, ces cantines offrent aussi un espace de sociabilité. Lorsque les personnes ne peuvent plus se déplacer, des voisins s'organisent pour leur porter leur repas. L'aide sociale, frappée elle-même par les réductions budgétaires, ne parvient néanmoins pas à satisfaire les besoins matériels des personnes démunies, âgées ou non, et se conçoit comme complémentaire à ce que peut procurer la famille et l'entourage.

---

<sup>4</sup> Les personnes âgées perçoivent des rations alimentaires renforcées (en viande et lait notamment), et adaptées aux pathologies dont elles souffrent. Mais ces rations tendent à diminuer et à ne plus couvrir qu'une partie réduite des besoins.

<sup>5</sup> Pour des raisons budgétaires, l'assistance sociale a été réduite en dépenses (- 10% entre 2005 et 2010) et en nombre de bénéficiaires (de 535 134 en 2005 à 235 482 en 2010, date des dernières données trouvées). Le nombre de familles (noyaux familiaux) protégés a diminué de moitié (de 301 045 à 147 184). Un des résultats, pour autant qu'on puisse en juger sur ces 5 années, est de renforcer la représentation des personnes âgées parmi les bénéficiaires : 21,8% en 2005, 30,2% en 2010.

Lorsque les personnes deviennent dépendantes, et nécessitent une présence et des soins que ne peuvent pas leur procurer les membres du foyer, les politiques sociales ont prévu la possibilité d'affecter une personne rémunérée par les fonds publics, comme aide à domicile. Toutefois, les rémunérations étant très faibles, et les budgets sociaux sous pression, cette possibilité s'est considérablement raréfiée. Le développement embryonnaire de services marchands d'aide à domicile, accompagné récemment de possibilités de formation, ne peut bénéficier qu'aux ménages disposant de suffisamment de ressources pour rémunérer ces employé.e.s. Ne pouvant bénéficier qu'aux ménages les plus aisés, c'est-à-dire soit ceux insérés dans la « nouvelle économie », soit ceux qui reçoivent de l'argent de leurs parents émigrés, il ne constitue donc pas une réponse d'ampleur suffisante aux tensions et problèmes auxquels font face les ménages. Il est difficile de dire quelles perspectives offre l'extension du réseau de foyers résidentiels, dans un contexte culturel qui valorise fortement la présence familiale auprès des *abuelos* : vraisemblablement une solution pour les personnes dépendantes, pauvres et isolées, plutôt que pour celles vivant avec leur famille.

## Conclusion

Résultat remarquable des politiques sanitaires cubaines, le vieillissement démographique engendre des problèmes d'autant plus aigus que les budgets publics souffrent d'une crise économique qui dure depuis la chute du bloc soviétique en 1990. Au-delà, ce sont les modes de prise en charge qui sont en forte tension, notamment du fait du poids considérable qu'ils font peser sur des familles marquées elles-mêmes par le déficit d'enfants, le vieillissement de leurs membres, la pauvreté et l'émigration. Si les ouvertures marchandes dessinent des voies de prise en charge privées et rémunérées, elles ne peuvent constituer de solution que pour une petite proportion de la population, laissant aux politiques publiques le soin d'aménager des solutions mutualisées et socialisées pour la majorité.

Faire face au vieillissement dans un contexte d'appauvrissement et d'inégalités croissantes représente un défi éthique majeur, qui pose la question de la justice intergénérationnelle, et plus largement celle du maintien des cadres de la justice sociale. Dans le contexte de la crise économique qui a suivi la chute du bloc soviétique, et de l'ouverture au marché qui s'est intensifiée depuis les années 2000, les différenciations et inégalités sociales s'amplifient, y compris face au besoin de *care* ; les foyers plus modestes sont les plus touchés par la surcharge de travail des femmes et leur risque de déprofessionnalisation. Les budgets de l'assistance sociale subissent de fortes pressions, réduisant considérablement leur capacité redistributive et de correction des inégalités et des situations de plus grande détresse matérielle et sociale.

Les personnes âgées sont fortement valorisées dans les discours publics et privés comme ayant contribué au premier chef à la Révolution, à s'être sacrifiés pour la construction de ses services publics, de son niveau d'instruction et de ses acquis sociaux, économiques et politiques. Cette dette sociale entre néanmoins en tension avec les besoins présents de maintien des acquis, la nécessité de réforme du système économique et de politiques d'encouragement à la natalité, la dévalorisation économique des pensions perçues pour services professionnels rendus et la nécessité aiguë de rénovation des logements. Cette tension se manifeste au plan moral et éthique, mais également au plan très pragmatique et matériel des allocations de ressources privées et publiques, et de l'organisation des solidarités et formes de mutualisation.

Les défis auxquels sont confrontés le système de santé et de prise en charge du vieillissement à Cuba ébranlent non seulement sa capacité à répondre aux besoins sanitaires et sociaux, sa place dans le système révolutionnaire cubain et sa contribution à accomplir certains objectifs

liés au développement et à la modernisation sociale, mais aussi sa capacité à demeurer un signe de réussite des fondements du régime qui l'a installé. Le *nexus* santé – vieillissement est chargé de forts enjeux politiques, et en particulier sa capacité à continuer à manifester la justesse des choix politiques effectués dans le cadre du socialisme, à l'égard de l'accomplissement de fortes performances sanitaires encastrées dans un contexte éthique et de justice sociale exigeant. Or, ce système s'est considérablement fragilisé, tant du côté de ses performances et efficacité proprement médicales, que du côté de son aptitude à accompagner les changements sociaux qu'il a en partie provoqués (vieillissement notamment), et que dans sa contribution à nourrir une éthique de la justice sociale.

Ces questions sont fortement politisées et débattues à Cuba, tant elles menacent d'affecter l'ordre social institué par la Révolution, en y réinstallant des différenciations et inégalités socio-économiques, géographiques et de genre. Ces préoccupations font largement écho à celles formulées dans les pays frappés par le vieillissement, et tout particulièrement ceux dans lesquels un schéma de prise en charge familiale perdure. Elles renvoient également aux évolutions qui ont suivi la libéralisation des régimes inclus dans le bloc soviétique jusqu'en 1989.

## Références

Andaya, Elise, 2007, *Reproducing the Revolution: Gender, Kinship and the State in Contemporary Cuba*, Dissertatio, Ph.D. in Anthropology, New York University.

Brotherton, Pierre Sean, 2005, « Macroeconomic change and the Biopolitics of Health in Cuba's Special Period », *Journal of Latin American Anthropology*, 10.2: 339-69.

Brotherton, Pierre Sean, 2011, "Health and Health Care in Cuba: History after the Revolution: Key Phases and Overviews of Health Development," In Alan West-Durán, ed., *Cuba: People, Culture, and History*. NY: Charles Scribner's Sons, pp. 478-485.

Brotherton, Pierre Sean, 2013, "Fueling la Revolución: Itinerant Physicians, Transactional Humanitarianism, and Shifting Moral Economies," In Nancy Burke, ed., *Health Travels: Cuban Health(Care) on the Island and Around the World*. University of California Press, pp. 127-151.

Chaufan Claudia, 2014, « Unraveling the « Cuban miracle » : a conversation with Dr. Enrique Beldarrain Chaple », *Social Medicine*, vol. 8, n°2, p. 93-98.

Destremau, Blandine, 2015a, « Crise de la reproduction sociale et refamilialisation de l'État social à Cuba : Adieu la « femme nouvelle » ? », *Revue Interventions économiques* [En ligne], 53, mis en ligne le 01 septembre 2015, URL : <http://interventionseconomiques.revues.org/2637>

Destremau, Blandine, 2015b, « L'extension du marché à Cuba : une « nouvelle transformation » ? », in : Servet J.-M., Hillenkamp I. (eds.), *Comprendre autrement le marché. Marchés réels et marché fantasmé*, Paris, Classiques Garnier, collection Ecrits sur l'Economie, 2014, p. 251-274.

Destremau, Blandine, 2016 (à paraître), « Universalité, inégalités, famille. Du tournant des politiques d'assistance cubaines », in : Destremau B., Georges I. (eds.), *Le gouvernement des pauvres en Amérique latine. La police du genre*, Paris, Aix-en-Provence, Karthala – Cherpa, coll. Questions transnationales.

Domínguez María Isabel, 2008, « La política social cubana : principales esferas y grupos específicos », *Temas*, n° 56, oct.-déc., p. 85-94.

Durán Alberta, 2010, « Transformaciones sociales y familias en Cuba : desafíos para las políticas sociales », Castilla C., Rodríguez C. L., Cruz Y. (eds.), Cuadernos des CIPS 2009. Experiencias de investigación social en Cuba, Publicaciones Acuario, La Habana, pp. 80-109.

Espina Prieto Mayra, 2010, « La política social cubana para el manejo de la desigualdad », *Cuba Studies*, vol. 41, p. 20-38

Espina Prieto Mayra, 2011, « Polémicas actuales sobre enfoques y estilos de política social. El caso cubano », in Valdés Paz J. y Espina Prieto M. (eds.), América Latina y el Caribe: La política social en el nuevo contexto - Enfoques y experiencias, Flacso UNESCO, p. 25-68.

Feinsilver Julie M., 2008, « Cuba's Medical Diplomacy », in Font M. (ed.), A changing Cuba in a changing world, New York, The Cuba Project Bildner Center for Western Hemisphere Studies, p. 273-285.

Feinsilver Julie M., 1993, *Healing the Masses. Cuban Health Politics at Home and Abroad*, University of California Press

Feinsilver Julie M., 2010, « Fifty Years of Cuba's Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism », *Cuban Studies*, vol. 41, p. 85-104

Kath, Elizabeth, 2010, *Social Relations and the Cuban Health Miracle*, Transaction Publishers, New Brunswick and London.

Kirk, John, 2012, El internacionalismo médico de Cuba: ¿dónde está el secreto?, *Revista Temas*, noviembre, <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=159400>

Mesa-Lago Carmelo, 2012, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Cuba*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Zabala Argüeles María del Carmen, 2010, *Familia y pobreza en Cuba. Estudio de casos*, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, La Habana.