



REVUE AFRICAINE DE BIOÉTHIQUE ET D'ÉTHIQUE MÉDICALE

AFRICAN JOURNAL OF BIOETHICS AND MEDICAL ETHICS

REVISTA AFRICANA DE BIOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA



REVUE AFRICAINE DE BIOÉTHIQUE ET D'ÉTHIQUE MÉDICALE

AFRICAN JOURNAL OF BIOETHICS AND MEDICAL ETHICS

REVISTA AFRICANA DE BIOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA



REVUE AFRICAINE DE BIOÉTHIQUE ET ÉTHIQUE MÉDICALE
Journal de l'Association Ivoirienne pour la Formation Universitaire Professionnelle (AIFUP)
et son Centre d'Éthique Médicale et de Bioéthique (CEMB)

DIRECTEUR DE PUBLICATION :
Pr. Koffi Hervé YANGNI-ANGATE

RÉDACTEUR EN CHEF :
Pr. Médard KAKOU

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT :
Dr. Zagocky Euloge GUEHI

CORRESPONDANCE :
www.revuebioethique.org
revbioafrique@gmail.com

**COMITE SCIENTIFIQUE ET DE
LECTURE INTERNATIONAL**

M. **Etienne MONTERO**, Professeur des Universités, Doyen de la Faculté de Droit, Université de Namur en Belgique.

M. **Manuel De SANTIAGO**, Professeur des Universités, Directeur du Programme d'Éthique et de Déontologie Médicale, Faculté de Médecine, Université "Autónoma" de Madrid en Espagne.

M. **Jose Miguel Serrano RUIZ-CALDERON**, Professeur des Universités, Université Complutense, Madrid en Espagne, Membre du Comité de Bioéthique d'Espagne.

Mme. **Duni SAWADOGO**, Professeur des Universités, Faculté de Médecine, Université Félix Houphouët -Boigny de Cocody en Côte d'Ivoire

M. **Bernard ARS**, Professeur des Universités, Ex-Président Fondateur de l'Institut Européen de Bioéthique, Bruxelles en Belgique. Président de la Société Médicale Belge de Saint Luc, Grimbergen en Belgique.

M. **Joachim HUARTE**, Professeur des Universités, Faculté de Médecine, Université de Genève en Suisse. Membre de la Société Suisse de Bioéthique et de la Société Académique de Genève.

M. **Koffi Hervé YANGNI-ANGATE**, Professeur des Universités, Faculté de Médecine, Université Alassane Ouattara de Bouaké en Côte d'Ivoire. Membre du Comité International de Suivi du Programme Ouest Africain de Bioéthique.

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

La Rédaction examinera avec plaisir les manuscrits inédits, en français, anglais et espagnol, qui lui seront soumis. Tout manuscrit accepté est réservé à la *Revue Africaine de Bioéthique et d'Éthique Médicale*. L'auteur qui envisagerait de publier son article dans une autre revue sera tenu d'en avertir la rédaction. Les contributions sont bienvenues quelle que soit la présentation adoptée. Elles devront cependant, une fois acceptées, se conformer aux règles éditoriales de la revue.

Les auteurs conserveront un double de leur manuscrit. La Rédaction n'est pas toujours en mesure de retourner les manuscrits non retenus.

Règles éditoriales

- L'exemplaire original sera imprimé au recto seulement (y compris les notes, la bibliographie, le résumé et les mots-clés), en double interligne. Il pourra être envoyé par courrier électronique en format WORD
- La bibliographie sera présentée en fin d'article, par ordre alphabétique de noms d'auteurs, et comportera l'ensemble des éléments mentionnés dans les bibliographies de la revue. Elle suivra le modèle ci-joint :

COPANS, J., 1980, *Les marabouts de l'arachide*, Paris, Le Sycomore. SAMOFF, J., 1987, « School Expansion in Tanzania: Private Initiatives and Public Policy », *Comparative Education Review*, 31 (3): 333-360. FRESTON, P., 2001 « The Transnationalisation of Brazilian

Pentecostalism », in A. CORTEN & R. MARSHALL-FRATANI, *Between Babel and Pentecost*, London, Hurst & Co.: 195-215.

- Les références bibliographiques dans le cours du texte seront simplement données entre parenthèses de la façon suivante : (Chauveau 1978 : 44-53), (*Ibid.* : 156-159).
- Les appels de notes et les notes devront figurer dans le texte en numérotation continue.
- Les figures et les cartes seront remises prêtes à cliquer. Si elles ont été faites au moyen d'un logiciel de dessin ou de graphisme, une copie du fichier correspondant doit figurer également avec mention du logiciel utilisé.
- L'auteur remettra également un résumé de l'article en anglais n'excédant pas 120 mots ainsi qu'une liste de quatre à six mots-clés.

Comptes rendus d'ouvrages

La *Revue Africaine de Bioéthique et d'Éthique Médicale* publie également des recensions d'ouvrages et des articles à caractère bibliographique. Ces contributions sont le plus souvent sollicitées par la Rédaction, mais elles peuvent aussi lui être proposées. En règle générale, elles ne doivent pas dépasser 2 000 mots.

Épreuves

La copie révisée par la Rédaction sera communiquée à l'auteur. Les épreuves ne lui seront pas soumises. Chaque auteur recevra en pdf, le même numéro complet accompagné de son article.

INSTRUCTIONS FOR CONTRIBUTORS

The *African Journal of Bioethics and medical ethics* welcome the submission of manuscripts in English, French or in Spanish from scholars and postgraduate students. Submitted papers should not have been published elsewhere. Once his/her article has been accepted for publication by the *African Journal of Bioethics and medical ethics*, the author shall inform *the African Journal of Bioethics and medical ethics* should he/she consider publishing the article in another journal.

Manuscripts not accepted for publication are not normally returned to authors unless their return is specifically requested.

Contributors are asked to follow the requirements set out below, which, as well as facilitating the Editor's work, are intended to avoid errors, limit corrections and speed up publication. The *African Journal of Bioethics and medical ethics* reserve the right to return any article accepted for publication with the request that it be reworked according to these guidelines.

Style sheet

- Contributions should be clearly typed in double spacing, preferably on A4 paper. They can be sent by email (WORD format).
- The main divisions within the text should be clearly indicated, and subheadings should be given to each part.
- Authors should pay particular attention to normalizing the spelling adopted for terms in vernacular languages. Such terms should be italicized and not put into quotation marks. The diacritic marks should be clearly identifiable (the transcription system used being indicated if need be).
- A complete bibliography will be presented at the end of the article. It should contain all published works (books and articles) referred to, listed alphabetically by author's names : please refer to our pattern hereinafter :

MITCHELL, J. C., 1956 *The kalela Dance. Aspects of Social Relationships among Urban Africans in Northern Rhodesia* (Manchester: Manchester University Press) («Rhodes-Livingstone

Papers» 27). NEWBURY, M. C., 1974 «Deux lignages au Kinyaga», *Cahiers d'Études africaines* XIV (1), 53: 26-38. NEWBURY, M. C., 1975 *The Cohesion of Oppression: A Century of Clientship in Kinyaga, Rwanda* (Madison, University of Wisconsin, Ph. D. thesis), mimeo.

WILKS, I., 1975a *Asante in the Nineteenth Century. The Structure and Evolution of a Political Order* (London: Cambridge University Press). WILKS, I., 1975b «Dissidence in Asante Politics: Two Tracts from the Late Nineteenth Century», in I. ABULUGHOD, ed., *African Themes* (Evanston, IL: Northwestern University, Program of African Studies): 47-63.

- Simple references in the text shall be inserted as follows: (David 1957: 153-165, 256; Dylan 1982: 43).

- Footnotes will be numbered consecutively throughout the article. Notes concerning Tables should be asterisked and attached to the Table. They are not included in the continuous numbering.
- Maps and figures should be presented on a separate page, with a title and number (if they have been drawn on a computer, please register it under PICT, or inform us of the software used). Their location should be clearly marked in the margin of the article. If they are not original documents, their origin should be mentioned.
- For each article, a summary in English not exceeding 15 lines (roughly 200 words) and four to six keywords will be provided by the author.

- Book reviews

Also publish book reviews. Although reviewers are usually directly solicited by the African Journal of Bioethics and medical ethics editors, submissions are also welcome. In general book reviews should not exceed 2,000 words.

– Proofs

Revised copies of articles may be read and corrected by the authors provided they can give the Editors an address through which they can be contacted without delay. A copy of the edited manuscript will be sent to the author for a final revision before setting. However, the galley-proofs will not be submitted to the authors.

- Offprints

Each author will receive a PDF copy of the whole issue and a PDF offprint of their article.

Sommaire/ Contents/ Resumen

Editorial Erreur ! Signet non défini.

Allocution de Madame Namizata SANGARE , Présidente du Conseil National des Droits de l'Homme: 8-9

**Speech by Madame Namizata SANGARE, President of the National Human Rights Council
Ordinary violence in Ivorian hospitals.**

**Discurso de Madame Namizata SANGARE, Presidenta del Consejo Nacional de Derechos Humanos
Violencia común en los hospitales de Costa de Marfil.**

**Dédy SERI10-21
Conscience Sanitaire, Droits humains, Âgisme et Accès aux soins en Côte d'Ivoire.**

Health Awareness, Human Rights, Ageism and Access to Health Care in Côte d'Ivoire

**Sensibilización sanitaria, derechos humanos, discriminación por edad y acceso a la atención sanitaria
en Côte d'Ivoire**

**Zoguehi Arnaud Kévin DAYORO , Kouamé Mireille BLE ,Michel Zirigouri GNAKPA.....22-34
De l'influence de l'âgisme sur l'expérience des soins des personnes âgées résidant à Abidjan.**

Influence of ageism on healthcare experience for elderly patients living in Abidjan

**Sobre la influencia de la discriminación por edad en la experiencia de cuidar a los ancianos residentes
en Abidján**

**Zagocky Euloge GUEHI, Koffi Hervé YANGNI-ANGATE 35
Prévention de la violence hospitalière : L'expérience du groupe de parole et d'analyse des pratiques
professionnelles au sein de l'équipe soignante du CHR de Korhogo (Côte d'Ivoire).**

**Prevention of hospital violence: The experience of the discussion group and analysis of professional practices
within the healthcare team of the Regional Hospital of Korhogo (Ivory Coast).**

**Prevención de la violencia hospitalaria: La experiencia del grupo de discusión y análisis de las prácticas
profesionales dentro del equipo sanitario del Hospital Regional de Korhogo (Costa de Marfil)**

Koffi Hervé YANGNI-ANGATE

Lutte contre l'agisme et les violences hospitalières : Recommandations 39

Fight against agism and hospital violence: Recommendations

Lucha contra el agismo y la violencia hospitalaria: recomendaciones



Éditorial

L'accès aux soins de santé pour tous est l'une des priorités des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Les entraves à l'atteinte de cet objectif quelque soit les pays, concernent généralement les disparités territoriales, les inégalités sociales, et l'équité dans l'accès aux soins au niveau des populations. Du côté de l'Afrique plus particulièrement, la difficulté d'accès aux soins de santé s'associe à celle quasi générale d'accès à tous les services publics : l'éducation, l'eau, l'électricité, les infrastructures routières.

A côté de ces multiples questions pouvant impacter l'accès et la qualité des soins de santé, figure aussi un phénomène, peu documenté en Afrique dont la prise de conscience est plus récente et qui concerne les violences dans les lieux de soins. En effet, l'idée que l'hôpital puisse être parfois un lieu de violence n'est plus totalement tabou. L'institution hospitalière ivoirienne comme en témoigne l'actualité quotidienne est fréquemment le lieu de développement de comportements agressifs comme les incivilités, les insultes, les menaces verbales, destruction de matériels etc. En même temps que les équipes soignantes et médicales se plaignent d'être l'objet de traumatismes, de violences physiques et verbales de la part des patients et leur famille, ceux-ci, en retour même s'ils reconnaissent l'humanisme rencontrée dans l'institution hospitalière, évoquent de nombreux cas de maltraitance et violences physiques, verbales et sexuelles provenant des infirmiers (ères) et médecins.

Pour gérer et prévenir ces violences, des initiatives gouvernementales et institutionnelles ont été prises et concernent la formation continue en gestion de la violence du personnel soignant et médical pour pouvoir anticiper la survenue de la violence ; la réorganisation des établissements de soins et la promotion de la qualité des prestations pour mieux accueillir, écouter les patients et leur entourage ; et finalement des sanctions administratives à l'encontre du personnel soignant et médical. Les faiblesses du mode de gestion de ces violences procèdent du fait que les solutions arrêtées soient extérieures aux parties concernées d'une part et d'autre part ne soient pas éclairées par la recherche. Il convient donc de se situer dans une nouvelle orientation et approche.

A travers la thématique de cette journée scientifique, l'Association Ivoirienne de Formation Universitaire et Professionnelles (AIFUP) **se veut de générer une plateforme d'échange et de réflexions sur la gouvernance hospitalière et ses articulations avec la responsabilité sociale des uns et autres envers la vie, la dignité humaine et les personnes vulnérables.**

Ce numéro reprend le discours de la présidente du conseil national des droits de l'homme (*Namizata SANGARE*), les différentes communications sur l'âgeisme et l'accès aux soins en Côte d'Ivoire (*Dédy SERI*) ; la maltraitance et la prise en charge de la personne âgée (*Zoguehi Arnaud Kévin DAYORO*) ; la prévention de la violence hospitalière (*Zagocky GUEHI*) ainsi que les recommandations (Koffi Hervé YANGNI-ANGATE) issues des échanges.

Pr. Koffi Hervé YANGNI-ANGATÉ
Directeur de publication

Allocution de Madame la Présidente du CONSEIL NATIONAL DES DROITS DE L'HOMME

Madame Namizata SANGARE

Présidente du CONSEIL NATIONAL DES DROITS DE L'HOMME, représentée par son chef de cabinet.

Monsieur le Représentant du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
Mesdames et Messieurs les Représentants des Institutions de la République ;
Monsieur le Représentant du Président de l'Université des Lagunes ;
Monsieur le Président de l'AIFUP ;
Monsieur les Conférenciers,
Mesdames et Messieurs les Représentants des associations œuvrant dans le secteur de la santé ;
Mesdames et Messieurs les Représentants des organisations de défense des droits de l'Homme ;
Mesdames et Messieurs les Etudiants ;
Mesdames et Messieurs les Journalistes ;
Mesdames et Messieurs, tous en vos rangs et qualités ;
Tout protocole respecté.

Mesdames et Messieurs,
C'est avec un réel plaisir que je prends la parole à l'occasion de la cérémonie d'ouverture de la journée scientifique sur le thème : « les violences ordinaires en milieu hospitalier ivoirien », organisée par l'Association Ivoirienne pour la Formation Universitaire et Professionnelle et le Centre de Formation Médicale Continue et de Bioéthique. Pour des contraintes de calendrier, Madame Namizata Sangaré, Présidente du conseil National des Droits de l'Homme n'a pu être là ce matin. En mission à l'extérieur, elle m'a chargée de vous exprimer ses regrets et de vous livrer son message en qualité de présidente d'honneur de cette cérémonie. Permettez-moi, en l'entame de mon propos, de remercier :

- Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique, pour l'excellente collaboration entre nos deux institutions dans le cadre de nos enquêtes thématiques sur l'accès aux soins de santé de qualité ;

- Ainsi que le Professeur Koffi Hervé Yangni-Angaté, éminent chirurgien cardio-vasculaire et thoracique, de renommée mondiale, pour sa vision et pour l'honneur qui est fait à Madame la présidente, Namizata SANGARE, et à travers elle, à tout le conseil National des Droits de l'Homme pour cette journée scientifique.

Je voudrais vous féliciter, vous et vos partenaires, pour avoir initié cette journée d'échanges et de réflexions, sur la gouvernance hospitalière qui met au centre de son action les personnes vulnérables.

Mesdames et Messieurs, Honorables invités,
Les droits de l'homme sont intimement liés à la notion de dignité humaine. Il est impossible de promouvoir leur respect sans tenir compte du fait que chaque individu a une valeur intrinsèque en vertu de sa seule condition humaine. Ce lien entre dignité humaine et droits est encore plus étroit quand il s'agit d'évoquer la bioéthique, qui touche aux droits les plus fondamentaux de la personne humaine, tels que le droit à la vie, le droit à l'intégrité physique. Aujourd'hui, les normes internationales relatives à la bioéthique, accordent une importance capitale à la dignité humaine et à la vulnérabilité des êtres humaines. Vouloir éclairer les faiblesses du mode de gestion des violences du personnel soignant et médical par la recherche, enclenche en effet une nouvelle approche qui colle avec le principe des « 3P » en droits de l'Homme (Prévention, Promotion et Protection). Pris en compte dans le cadre de cette journée scientifique. Permettez-moi, honorables invités, de livrer quelques réflexions sur la gouvernance hospitalière, l'éthique, les droits de l'homme et la responsabilité professionnelle du personnel

soignant et médical. Aucune catégorie des droits de l'Homme n'est plus importante qu'une autre. Une violation de chacune d'entre elles est une offense à la dignité humaine. D'ailleurs, l'article premier de la déclaration universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 stipule et je cite : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité ». Autrement dit, personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Toute personne prise en charge par un praticien a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Toute la personne a le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Mesdames et Messieurs,

Il nous faut réclamer que le système de santé soit plus à l'écoute de l'humain. Concernant les droits des femmes, il était important que je parle des droits des femmes étant donné que je suis

une femme et la représentante de la présidente d'honneur que je suis également. Qu'elles soient mille, cent, ou quelques femmes, personne ne devrait avoir à défendre ses droits fondamentaux au moment même où elle se trouve dans une situation de plus grande vulnérabilité, soit durant la grossesse ou lors de l'accouchement soit en âge avancé de la vie. L'accouchement, le vécu des femmes en période périnatale et l'âgisme, toutes les formes de discrimination fondées sur l'âge, sont des questions de droits de l'Homme que nous devons adresser ensemble.

Mesdames et Messieurs,

Je voudrais clore mon propos en renouvelant mes sincères remerciements au Professeur Yangni-Angaté, à tout son staff pour l'organisation de cette journée scientifique. Le CNDH s'appropriera les conclusions de cette journée scientifique. Nous devons créer, à l'issue de cette rencontre, un effet multiplicateur, à travers des campagnes d'information et de formation qui associeront toutes les parties prenantes (personnel soignant et médical, patients, parents) au respect de leurs droits et devoirs. Plein succès à vos travaux.

Je vous remercie de votre aimable attention

« Conscience Sanitaire, Droits humains, Âgisme et Accès aux soins en Côte d'Ivoire »

Prof Dédy SERI

Socio anthropologue au département d'ethnosociologie de l'UFHB-Cocody, Secrétaire général honoraire de l'Association Panafricaine d'Anthropologie (APA) ; président honoraire de la Société Nationale Ivoirienne de Gériatrie et Gérontologie (SNIGG) ; Administrateur de la Fondation Internationale Bien-Vieillir en Afrique ; Communication présentée le 11 Avril 2019 à l'occasion de la Journée Scientifique de l'Association Ivoirienne pour la Formation Universitaire et Professionnelle(AIFUP) à l'Université des Lagunes-Abidjan.

Résumé :

Soigner est un acte éminemment politique et éthique en lien avec le droit à la vie, à la santé et à la dignité humaine. Lorsqu'on questionne les représentations des personnes âgées à travers l'histoire on s'aperçoit que le grand âge fut à la fois adoubés et marginalisé et que cette ambivalence tient aux contingences sociopolitique et économique. Autrement dit l'âgisme et son contraire – la protection des personnes âgées – sont allés de pair avec les conditions matérielles d'existence des sociétés concernées. Il a fallu la fin de la seconde guerre mondiale et le début du XXI^e siècle pour qu'émerge un consensus universel quant à la nécessité de sacraliser le grand âge comme critère de développement.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, ce nouveau paradigme se traduit timidement dans les faits. A titre illustratif, le déni de vieillesse en Côte d'Ivoire sévit aussi bien au niveau familial qu'au niveau étatique ou institutionnel. Pourquoi cet âgisme dans une Afrique où la mort d'un vieillard équivaut à une bibliothèque qui brûle ?

C'est que la Côte d'Ivoire est en proie à un déficit de conscience sanitaire, la conscience sanitaire définissant une certaine disposition différentielle socialement acquise, soit à préserver la santé par des comportements appropriés, soit à l'exposer par des pratiques néfastes.

Mots clés : Âgisme, allongement de la durée de vie, conscience sanitaire, éthique, droits humains.

Summary :

Healing is an eminently political and ethical act linked to the right to life, health and human

dignity. When we question the representations of the elderly throughout history we see that old age was both dubbed and marginalized and that this ambivalence is due to socio-political and economic contingencies. In other words, ageism and its opposite - the protection of the elderly - went hand in hand with the material conditions of existence of the societies concerned. It took the end of the Second World War and the start of the 21st century for a universal consensus to emerge on the need to make old age sacred as a criterion for development.

As paradoxical as it may seem, this new paradigm is timidly translated into reality. By way of illustration, denial of old age in Côte d'Ivoire is rampant both at the family level and at the state or institutional level. Why this ageism in an Africa where the death of an old man amounts to a burning library? It is because Côte d'Ivoire is in the grip of a deficit of health consciousness, health consciousness defining a certain socially acquired differential disposition, either to preserve health by appropriate behavior, or to expose it by harmful practices.

Keywords: Ageism, longer lifespan, health awareness, ethics, human rights

Problématique introductive. Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce la santé publique ? Qu'est-ce l'âgisme ? Qu'est-ce que la conscience sanitaire, non seulement au regard du respect des droits de la personne humaine, mais aussi du façonnement sociétal de la santé et, plus particulièrement, de l'allongement de l'espérance de vie ? En d'autres termes, quel intérêt revêt la présente rencontre

interdisciplinaire sur l'âgisme et que faut-il faire pour enrayer ce phénomène ?

Ces questions appellent trois réponses qui structurent notre contribution en trois parties. Dans un premier temps, nous procéderons à la définition des concepts clés tels que la santé, la santé publique, la conscience sanitaire, l'âgisme ainsi que d'autres termes dont la compréhension et la mise en perspective sont nécessaires à la saisie de l'ambition même des présentes journées scientifiques ; c'est à la suite de cela qu'il sera loisible de questionner les sociétés antiques d'Occident et d'Afrique sur leurs représentations de la personne âgée. En second lieu, nous allons prendre la mesure de l'âgisme tant au niveau familial qu'à celui des institutions étatiques de l'époque contemporaine. Enfin, nous mettrons en avant quelques pistes de réflexion susceptibles d'enrayer ou d'atténuer les défis de l'âgisme, au nom de l'éthique et des règles de droit proclamées par l'ONU il y a de cela plus de sept décennies.

Première partie : Approche conceptuelle. La santé est ce pourquoi l'homme a inventé la culture.

1.1 Approche conceptuelle

1.1.1 Ce qu'est la santé

Grâce aux recherches anthropologiques, historiques et philosophiques, le doute n'est plus permis de savoir si vivre longtemps et en bonne santé constitue la plus vieille aspiration de l'humanité.

En effet, ne pouvant pas prétendre à l'éternité, l'homme s'est accroché à la longévité soutenue par une configuration d'institutions qu'on appelle la culture : de quelque côté qu'on examine les institutions, on s'aperçoit qu'elles ont pour mission de perpétuer l'espèce dans et par la socialisation à la santé, à la solidarité et au partage, à la sécurité et à la cohésion. Voilà pourquoi, si l'on en croit Harris Memel-Foté, la santé constitue un fait social total : « la santé en tant que force, c'est d'abord le bien-être des individus sous le rapport physique (fonctionnement des organes du corps), sous le rapport psychologique (fonctionnement de l'affectivité), sous le rapport social (rapport avec les membres du lignage, du groupe d'âge et les

autorités) ; c'est aussi le bien-être de la société dans ses rapports avec la nature, avec les autres sociétés contemporaines(...) : fécondité des géniteurs, fertilité des sols, des eaux et du bétail, absence de calamités (épidémies, épizooties), longévité, paix, fête, voilà les manifestations de la force vitale ».

Sur la base de ce qui précède, la santé peut être considérée comme la première propriété des hommes et de la société : un bien précieux dont l'entretien garantit la longévité, substitut de l'éternité. Sous ce rapport, la santé ne peut pas ne pas être un bien public.

1.1.2 Ce qu'est la santé publique

La santé publique s'entend comme le bien le plus précieux, la première propriété par excellence des individus et des groupes. Soigner/ne pas soigner étant éminemment politique, la santé publique a partie liée avec les considérations éthiques. C'est pourquoi Raymond Massé la définit « comme une nouvelle moralité et comme une éthique normative (...). Elle comprend le secteur des interventions préventives relevant de la responsabilité régalienne de l'Etat. La santé publique assure une pluralité de missions dont la surveillance, la protection, la prévention et la promotion. Toujours selon l'auteur, « ses missions reposent à leur tour sur cinq (5) valeurs : la solidarité, la non malveillance, le respect de la vie privée, la justice sociale, le respect de l'autonomie de la personne.

Pour l'essentiel, la finalité ultime de la santé publique n'est rien d'autre que la protection sociale des populations contre les maladies et la promotion de la santé. « Une intervention de santé publique ne sera éthique que si elle contribue de façon efficace, à l'amélioration de l'état de santé ainsi qu'à la réduction de la mortalité et de la morbidité des populations » (R. Massé, 2004 : 115) il en est ainsi parce que en tant que champ transdisciplinaire au service de la vie, l'éthique comme un projet d'anthropologie ontologique pour le 21^e siècle a deux niveaux : d'une part, on sait désormais que l'âge théorique maximale d'un être humain est de 120 ans et que quatre facteurs d'influence variable y

contribue : la biologie à 27%, l'environnement à 19%, le style de vie (43%) et le système de santé (11%) ; d'autre part pour gagner la bataille de la longévité, les états s'imposent le devoir de lutter contre toutes les formes de violences affectant la vie des populations y compris celle des personnes âgées.

1.1.3L'âgisme

L'âgisme s'entend comme une pratique discriminatoire à l'encontre du grand âge. C'est un déni de vieillesse qui s'actualise avec plus ou moins de violence selon les circonstances : l'âgisme est violence, abus, sévices, négligence et maltraitance

-La violence est un « acte dirigé contre une personne visant à produire une souffrance physique, une atteinte de son intégrité corporelle ou sa destruction ».

-L'abus est un « acte commis ou omis par une personne en relation de confiance qui résulte en une blessure ou un tort pour la personne âgée ».

-Le sévice désigne une atteinte physique par exemple : « un membre de la famille ou une autre personne proche fait preuve, envers une personne de plus de 65 ans, d'un acte de violence qui entraîne des dommages physiques ou psychiques, ou d'une négligence si grave que la santé de la personne est réduite ».

-La négligence, elle, définit « la privation des attentions nécessaires à la santé physique ou mentale ou encore une attitude psychologique négative telle que la malnutrition, la privation de soins d'hygiène » (p14).

La maltraitance « recouvre plusieurs réalités : physiques, psychologiques, matérielles et/ou financières, sociales ou civiques, ainsi que la négligence active qui est absence de soins, de nourriture, abandon, privation (...) imposition de conditions de vie causant des situations déplorables humiliantes et déshumanisantes ».

En d'autres termes l'âgisme n'est rien d'autres qu'une exclusion ou un ensemble de maltraitements, de férocité variable, mais toujours fondé sur la vieillesse. Comme on peut le constater, l'âgisme

représente une menace, un manquement éthique fondamental, sachant que précisément, l'homme est en quête de longévité quels que soient l'espace et le temps, et que cette quête constitue la caractéristique principe de l'humaine condition.

1.1.4 Ce qu'est la conscience sanitaire

Contre l'injustice et la discrimination, se dresse toujours plus ou moins de tonalité une conscience sociale; et la conscience de l'état de santé est ce que nous nommons la conscience sanitaire : elle renvoie au souci et à l'estime que l'homme a de lui-même, attitude qui se manifeste dans son rapport à sa santé ou à celle d'autrui. La conscience sanitaire et la santé publique entretiennent des relations de mutuelle dépendance : plus la conscience sanitaire est aigüe ou consistante, mieux le droit à la santé du plus grand nombre est protégé et défendu, et moins sévit la maltraitance de groupes vulnérables tels que les personnes âgées. Plus fondamentalement, le niveau de conscience sanitaire varie à travers l'espace et le temps avec le niveau général de connaissance, car c'est le progrès des sciences qui fait reculer les croyances populaires pourvoyeuses de stéréotypes, de préjugés et de fausses certitudes qui endorment la sensibilité sociale. Exemple : au 18^{ème} siècle, la mort était considérée comme un phénomène égal ; les individus et les groupes étaient persuadés qu'ils sont inégaux sauf devant la mort. Au 20^{ème} siècle, l'opinion publique partageait encore largement cette conviction, contrairement aux conclusions des recherches biomédicales et sociologiques selon lesquelles la mort est inégale (Bruhle Marcel, 1996 ; Aïach Pierre, 2010).

1.2 Regard sur l'âgisme dans les sociétés antiques d'Occident et d'Afrique.

Selon une opinion répandue les civilisations ont en commun la sacralisation du grand âge. Cela est sans doute une idée reçue car les personnes âgées n'ont pas toujours bénéficié du soutien attendu de leur milieu de référence. Ce qui veut dire, finalement, que les représentations que les sociétés se sont faites du grand d'âge portent la marque de l'ambivalence dans la mesure où elles sont affectées d'un double

coefficient, positif (vieillesse honorée) et négatif (vieillesse maltraitée). Là-dessus, Jean-Pierre Bois a constaté un va et vient entre l'hostilité et la sympathie de la personne âgée, de la Grèce homérique (XII^e-VII^e avt J.C) à la Grèce classique (VII^e-II^e siècle avt J.C). En effet la première période peut être considérée comme celle de la gérontocratie dans la mesure où les élites dirigeantes se recrutaient parmi les vieillards. A l'inverse – dans la Grèce classique – les personnes âgées étaient globalement rejetées à la périphérie de la société, devenant « des portiers, des messagers ou de vieilles servantes. Autrement dit les anciens furent tantôt adoubés tantôt rejetés ou marginalisés. Par ailleurs abordant la place des personnes âgées dans la société du moyen-âge, Jean Pierre Bois fait remarquer que les vieillards ont retrouvé leur prestige, plus particulièrement entre le XIV^e et XV^e siècle. Puis, à la Renaissance on assistera à une recrudescence de l'aversion contre le grand âge, avec pour conséquence le phénomène de la chasse aux sorcières.

Une question vient à l'esprit : à quels ordres obéissent ces va et vient entre l'empathie et l'antipathie, entre la sacralisation et la marginalisation des anciens ?

Dans sa réflexion sur la place du vieillard dans la France moderne, l'auteur esquisse une sociologie politique du statut et du rôle des anciens. L'idée centrale qui organise cette théorie est celle de l'utilité : les Anciens sont plus ou moins intégrés selon qu'ils sont plus ou moins utiles. Autrement dit, leur intégration dépend des ressources dont dispose leur société d'appartenance ; en d'autres termes, la place qu'on leur accorde est fonction de certaines nécessités impératives telle que la capacité du système sanitaire à réduire la dépendance physique des personnes âgées, la disponibilité et le volume de la nourriture, etc. ; en clair le comportement de la société à l'égard du vieillard varie avec les transformations de celle-ci. En espèce, il a fallu l'espacement et l'affaiblissement des grands fléaux, l'amélioration de l'alimentation grâce à une production céréalière accrue pour que

s'amorce un allongement de la durée de vie, toutes choses qui permettront au vieillard d'appartenir à « un groupe devenu plus perceptible ». Dans le même ordre d'idées à la fin du XVII^e et au début du XIII^e siècle, le vieillard sera davantage intégré à la vie familiale, à la faveur d'un double phénomène : on assiste à un repli de la vie familiale, sur elle-même qui entraîne une modification des comportements à l'égard des aînés qui doivent être pris en charge par leurs enfants ; et avec l'évolution des modèles familiaux, « une autre fonction est attribuée (...) au vieillard dans le cadre familial, qui est une responsabilité dans l'éducation des enfants. Nécessairement limitée aux milieux qui pratiquent la lecture et l'écriture. Mais pourtant dans les milieux illettrés, le vieillard est précieux, car il est la mémoire, et c'est lui le détenteur du maximum de connaissances, le livre du village » (p.85). Comme on peut le constater, on retombe ici sur la métaphore de la bibliothèque attribué au vieillard par les africains. (J.P Bois, 1994 : 85). Qu'en est-il s'agissant de l'Afrique ancienne ?

1.2.2-Regard sur l'âgisme dans l'Afrique ancienne.

Dans sa déclaration lors de la Deuxième Assemblée Mondiale sur le vieillissement (Madrid, 8-12 avril 2002), le Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan a rappelé une conviction qui n'est pas toujours vérifiée dans la pratique et qui confirme l'ambivalence du regard de la civilisation sur le grand âge : « En Afrique, on dit que, lorsqu'un homme âgé meurt, une bibliothèque disparaît. Ce proverbe peut être formulé de différentes manières selon les continents, mais sa signification est identique dans n'importe quelle culture. Les personnes âgées servent de lien entre le passé et le présent, et leur sagesse et leur expérience constituent pour la société des atouts très précieux » (ONU, A/conf ; 197/9 :71)

Certes les personnes âgées occupent une position de centralité dans la gestion des affaires publiques ; il en est ainsi parce que selon l'idéologie religieuse africaine, les personnes âgées sont plus proches des

ancêtres censés coordonner la vie d'ici-bas. Tel est le fondement de la gérontocratie africaine que symbolise le système odjoukrou de valorisation du grand âge.

Selon une récente étude de Dr Kacou Fato, la prévention de l'exclusion des personnes âgées commence dès l'âge de 60 ans et le processus d'accompagnement se poursuit jusqu'à 100 ans, avec force distinctions honorifiques tous les huit ans.

- La première distinction est celle des *Lelessel* ou patriarches. Ces derniers quittent cette fonction à 76 ans. Il est vrai qu'ils sont à la retraite, mais leur communauté d'appartenance les consulte régulièrement avant toute prise de décision. Autrement dit, les personnes âgées mènent une retraite active.
- La deuxième distinction est celle des *Lakpiky* (76-84 ans) ce qui signifie « pilier porteur de la clôture ». Comme l'indique la métaphore, les Lakpiky sont les garants de la stabilité de l'édifice sociétal.
- La troisième distinction honorifique est celle des *Nènici*, personne dont l'âge varie entre 84 et 92 ans. Il faut savoir que Nènici désigne la molaire en raison du rôle central que la société leur assigne en dépit de leur grand âge ;
- La quatrième distinction revient aux *Milacme*, acteurs dont l'âge varie entre 92 et 100 : ils constituent le modèle à suivre et à perpétuer.

Cependant il convient de faire remarquer que la chaîne des générations n'a pas toujours fonctionné à l'optimum de son efficacité. Certes, la gérontocratie n'est pas à négliger dans le contexte africain puisque la gestion des affaires publiques a été l'apanage des personnes âgées, le grand âge étant synonyme de connaissance. Mais dans le même temps, nul ne doit perdre de vue le fait que les personnes âgées étaient considérées comme des acteurs

dotés d'un pouvoir maléfique : la sorcellerie que les aînés manient pour ôter la vie des puînés, à tout moment. Cette croyance en la sorcellerie, propension à manger la chair humaine, fonde et justifie les ordalies aux conséquences sanitaires désastreuses. Elle justifie notamment les mises à mort fréquentes des personnes âgées, systématiquement mises en accusation en cas de malheur (stérilité, décès, mauvaise récolte, chômage, célibat, etc.).

Sans aucun doute, cette croyance enfouie dans le subconscient collectif est-elle à l'origine du mythe de Ngnudoly (connaissance, sagesse, intelligence en langue Dan-Yacouba de Côte d'Ivoire). De quoi s'agit-il ?

« Un jour, les jeunes d'un village décidèrent d'éliminer physiquement les personnes âgées, sous prétexte qu'elles ne servent plus à rien en raison de leur impotence. Le jeune Ngnudoly, quant à lui, prit soin de cacher ses parents dans un grenier. Ces derniers échapperont donc à l'holocauste du lendemain. Mais, ironie du sort, ils n'auront pas le temps de célébrer la mise à mort du grand âge : un génie surgit de la forêt qui menaça d'exterminer les jeunes si le lendemain matin, ils n'arrivaient pas à résoudre l'énigme suivante : tresser une nouvelle natte à partir du sable comme matière première. Dans la nuit qui a précédé le jour fatidique, c'est-à-dire le retour du génie de la forêt, Ngnudoly consulta ses parents qui lui conseillèrent la réponse salvatrice : « si, demain, le génie de la forêt se présente à vous, n'ayez vraiment pas peur. Pour avoir la vie sauve, il vous suffira de répondre que de tout temps, c'est sur une ancienne natte que l'on confectionne la nouvelle. « Génie de la forêt si tu veux de nous une nouvelle natte, donne-nous d'abord une ancienne natte comme modèle » ; sur la base de cette réponse le génie vous laissera en paix. Le lendemain matin, alors que ses compagnons étaient visiblement angoissés, Ngnudoly s'avança avec assurance pour livrer la réponse : « génie de la forêt, on ne fabrique jamais une nouvelle natte sans l'ancienne comme modèle. Donne-nous par

conséquent l'ancienne afin que nous fabriquions la nouvelle natte ». Face à la perspicacité du jeune Ngnudoly, le génie s'exclama en ces termes avant de regagner la forêt : « vous aurez la vie sauve parce que je suis convaincu qu'il y a encore des personnes âgées ou sages dans votre village ».

Leçon apprise : après un survol des ravages de l'âgisme en Occident nous constatons avec le mythe de Ngnudoly que la maltraitance et la sacralisation des personnes âgées constituent, en fin de compte, une constante anthropologique. On peut avancer que l'aversion est plus ou moins atténuée ici ou là, avec les mutations des sociétés. En l'espèce, on a d'un côté (en Occident), le développement des institutions administratives et politiques ; de l'autre (en Afrique), le développement des connaissances historiques et de l'intelligence instrumentale symbolisée par Ngnudoly. C'est sur cette base qu'il convient de considérer les initiatives prises ultérieurement comme des paradigmes innovants.

Deuxième partie : l'âgisme et le nouveau paradigme à l'échelle mondiale.

2.1 Les nouveaux paradigmes

De l'âgisme occidental des temps anciens et de l'âgisme d'Afrique traditionnelle, lequel est le plus féroce ?

Entre les deux types de maltraitements, il n'y a, à vrai dire, qu'une différence de degré, nullement de nature. Et quoiqu'il en soit, ce sont les deux types d'âgismes sous toutes leurs formes, que les Etats se sont engagés à éradiquer au sortir de la Seconde Guerre mondiale, par le truchement de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme (DUDH) et de bien d'autres instruments juridiques internationaux.

Pour l'essentiel la DUDH est un texte auquel la plupart des Etats se réfèrent aujourd'hui dans leurs constitutions quant à la nécessité d'améliorer les conditions des personnes âgées. Une triple thématique y est abordée :1) Egalités des hommes, 2) Droit à la sécurité sociale, 3) Droit à la santé.

2.1.1 Egalités des hommes (Article 1)

Alors que la maltraitance ou discrimination se fonde sur l'inégalité, l'article 1 de la DUDH stipule que « Les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de solidarité ».

2.1.2 Droit à la sécurité sociale (Article 22)

« Toute personne en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays ».

2.1.3 Droit à la santé (Article 25)

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse, ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

Voilà les piliers porteurs du nouveau paradigme en faveur du grand âge en ce début de 21^e siècle.

2.1.4 Sciences sociales et sciences biomédicales, moteurs de la lutte contre l'âgisme des temps actuels.

Comme on peut le constater, les articles 1, 22 et 25 sont des dispositions qui fédèrent les politiques des Etats du monde entier en matière de lutte contre le déni de vieillesse. Mais ce n'est pas tout. En effet au détour des années 1980-2000, à la suite de travaux et publications sur les dérives de la mondialisation néolibérale et du culte du quantitatif, les Nations Unies ont été amenées à orienter l'action gouvernementale d'ensemble vers un nouveau paradigme : le développement humain durable. En effet pour le Conseil Economique et Social des

Nations Unies, l'OMS et le PNUD, le développement ne s'entend plus simplement comme l'accumulation de richesses, mais plutôt comme de ces richesses sur la qualité de vie du plus grand nombre. D'où la prise en compte, désormais, de l'Indice du Développement Humain (IDH). Or, la conséquence ultime de tous les progrès se trouvent être l'allongement de la durée de vie. Voilà pourquoi, en ce début du XXI^{ème} siècle, le développement s'apprécie sous le prisme de cet indicateur précieux (IDH) qui réconcilie l'humanité avec ses aspirations initiales : vivre longtemps et en bonne santé.

En effet le début de la décennie 2000, nombreuses sont les initiatives prises en faveur du grand âge : on assiste un peu partout à une véritable mystique du grand âge. On se souvient de la Déclaration politique et Plan d'action international qui a sanctionné la Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement (Madrid 08-04-2002) : « Nous nous engageons à fournir aux personnes âgées un accès universel et équitable aux soins de santé, y compris aux services de santé physique et mentale et reconnaissons que les besoins de plus en plus importants d'une population vieillissante impliquent en particulier en matière de soins et de traitements, la promotion de modes de vie sains et des environnements stables (article 14). Dans la foulée de cet engagement majeur, se sont multipliées un peu partout en Afrique de l'Ouest, plus particulièrement en Côte d'Ivoire, des structures de recherche et de soutien aux personnes âgées. Citons, pêle-mêle : la Société Nationale Ivoirienne de Gériatrie et de Gérontologie (SNIGG), les ONG de personnes âgées (FARECI, SOMUREPCI, SYNAPPCI, CONARECI, MAFERECI, la Fondation Internationale Bien-Vieillir en Afrique, l'Association des Ambassadeurs Retraités de Côte d'Ivoire (AARCI). Le premier Octobre de chaque année, les décideurs nationaux et leurs partenaires de la société civile célèbrent les Séniors à l'occasion de la Journée Internationale qui leur est dédiée. Près de deux décennies après cette prise de conscience de la nécessité de combattre concrètement le déni de

vieillesse, que constate-t-on en Côte d'Ivoire ?

2.2 Regard sur le déni de vieillesse en Côte d'Ivoire

Le déni de vieillesse se manifeste à deux niveaux de la configuration sociétale : d'une part dans les cercles familiaux, d'autre part, au niveau étatique ou institutionnel.

2.2.1 La maltraitance familiale des personnes âgées.

Si l'on en croit Docteur Say, qui a consacré ses recherches aux conditions de vie des personnes âgées d'Adjamé-Village, la maltraitance recouvre toutes les facettes évoquées plus haut.

- a) **la violence psychologique.** Au sein des cadres familiaux, l'âge avancé est victime d'insultes, d'injures ou d'abandons comme en témoignent les verbatim ci-dessous

Verbatim 1 : « *Ma mère a déjà eu des différends avec les enfants de son frère à propos d'un terrain que son frère lui avait donné. A la mort de ce dernier, ses enfants se sont révoltés ; ils sont venus réclamer le terrain disant que c'est pour leur père et proférant injures sur injures* »

Verbatim 2 : « *Les cas d'accusations de sorcellerie existent et sont nombreux et fréquents. Moi-même, j'ai été accusé de sorcellerie par ma nièce et certains habitants du quartier. J'ai été accusé d'avoir mis un caillou dans le ventre de ma nièce, en lieu et place d'un fœtus. La grossesse a duré 11 mois. C'est au bout du 12^{ème} mois qu'elle a accouché. Le personnel médical avait diagnostiqué un fibrome. Après l'accouchement de cet enfant qui vit jusqu'à ce jour, ma nièce a formé une délégation pour venir me demander pardon* ».

Verbatim 3 : « *Il y a des enfants qui trouvent que leurs parents âgés les emmerdent. Chaque matin, c'est eux qui doivent être à leurs petits soins. C'est pour tout cela qu'il les laisse à la maison, sachant qu'à cette heure-là, ils doivent aller aux toilettes, pour leurs besoins. Seules à la maison, elles font*

leurs besoins sur elles. Voyez-vous ce n'est pas bien ! »

Remarque

Dans le premier verbatim, les réactions des neveux sont des réactions frustrantes et humiliantes. Dans les deux derniers cas, les accusations de sorcellerie et l'abandon des personnes âgées rappellent étrangement le passé le plus reculé de l'âgisme des temps que l'on croyait révolus.

b) La maltraitance physique et financière des personnes âgées

Verbatim 4 : « *Mes grandes sœurs et moi avions notre grand-mère après le décès de nos parents. Mes sœurs refusaient de faire le marché pour notre grand-mère. L'une d'entre elles, la plus jeune, frappait notre grand-mère sous prétexte qu'elle était sorcière. Quand la vieille les envoyait faire des commissions, elles refusaient. C'est des personnes étrangères à la famille qui aidaient la vieille et tout cela les énervait* ».

Verbatim 5 : « *Dans le village, tout dernièrement, il y a un jeune qui a poussé sa grand-mère dans le couloir, et quand son oncle, tout aussi âgé, est arrivé, il lui a asséné un coup. Son oncle est tombé et s'est blessé. Il a fui par la suite. Et pourquoi il a fait cela ? Parce que sa grand-mère a refusé de lui donner de l'argent* ».

En définitive, il convient de relever qu'en ce début du XXI^{ème} siècle, la maltraitance familiale des personnes âgées en milieu urbain ivoirien est une réalité tangible. Reste à savoir ce qu'il en est au niveau institutionnel.

2.2.2 La maltraitance institutionnelle des personnes âgées : tendances et conséquences

Le rejet et la discrimination institutionnelle des retraités de la Fonction Publique (CGRAE) et du Secteur privé ivoirien (CNPS) recouvre une triple facette une triste réalité, avec une triple facette : psychologique et administrative ; financière et socio-médicale.

a) La maltraitance psychologique et administrative

Les démarches administratives liées au départ à la retraite ainsi que les conditions de vie des retraités, aussi bien de la fonction publique que du secteur privé, sont parsemées d'embûches, de frustrations et d'humiliations.

Alors que l'Administration est censée bien connaître les fonctionnaires atteints par la limite d'âge, pour les avoir gérés des années durant, ce sont ces derniers qui doivent fournir les pièces qui ont permis qu'ils fussent recrutés : l'extrait d'acte de naissance, le ou les diplômes, l'attestation de prise de service, etc. Au cours de la période de 1990 à 2000, la constitution d'un tel dossier demandait en moyenne 20 mois. Plus de deux décennies plus tard, on note quelques progrès certes, mais les cas de retraités percevant leurs pensions au bout de 2 à 3 ans, ou qui meurent dans les salles d'attente de la CGRAE, sont légion, là où au Bénin ou ailleurs en Afrique de l'Ouest par exemple, les retraités perçoivent leurs pensions presque aussitôt après leur décision de liquidation. Pourquoi ?

C'est qu'en Côte d'Ivoire les générations d'aujourd'hui n'ont pas conscience du fait que le présent est un don des vieilles générations. Autrement dit, le sentiment qui domine est celui du primat du présent sur le passé. Et pourtant dans les discours, les décideurs nationaux n'ont cessé de marteler que les personnes âgées sont un Trésor vivant de la nation.

b) La maltraitance financière

Si dans les années 1990-2000, le nombre d'enfants à charge (quels que soient leurs âges) était pris en compte dans le calcul de la pension, il n'en est plus de même aujourd'hui suite à l'ordonnance No 2012-303 du 4 Avril 2012 qui réduit les pensions de 21,25%. D'où la baisse drastique du niveau des pensions de retraite de surcroît fiscalisées, contrairement à ce qui se pratique dans les pays limitrophes. On est en présence d'une situation d'impécuniosité d'autant plus dramatique que les personnes âgées n'ont pas droit au prêt bancaire.

Comme on peut le constater, « d'une manière générale, notre société considère que [les retraités] ne relèvent déjà plus du monde des vivants mais n'ont pas encore rejoint celui des morts. La personne âgée est déjà morte pour la société, alors même qu'elle est encore biologiquement vivante » (Véronique Gavillet et Laurence Grandrieux, 2006 :32). Cette situation de rejet s'est traduite dans les faits quotidiens par ce qu'il est convenu d'appeler le phénomène des « courtes maladies ».

c) *La maltraitance socio-médicale*

Qui dit grand âge dit polypathologie ou complexe gériatrique : la survenue d'un faisceau de maladies, liées à l'âge, telles que le diabète, la prostatite, l'hypertension artérielle, les pathologies psychiatriques, l'altération de la fonction cognitive, etc. Mais aussi curieux que cela puisse paraître, ce sont précisément ces affections que les structures étatiques et privées de prise en charge retirent de leurs portefeuilles. Autrement dit, sur le plan médical, les personnes âgées n'ont pas accès aux soins. Certes à l'instigation de la SNIGG, une Unité de formation en Gériatrie a été ouverte à l'UFR des sciences médicales de l'Université d'Abidjan-Cocody, mais l'effectif des tous premiers médecins gériatres reste encore tragiquement insignifiant : deux (2) pour un million de personnes âgées.

Au total, malgré les engagements pris par les pouvoirs publics, le déni de vieillesse reste une réalité tangible en Côte d'Ivoire. Cette maltraitance se manifeste non seulement au niveau familial mais aussi au niveau étatique ou institutionnel, là où on pouvait la soupçonner le moins possible. Il n'est donc pas surprenant que la Côte d'Ivoire enregistre aujourd'hui la plus faible performance en matière d'espérance de vie à la naissance (54 ans) en comparaison avec la plupart des pays de la sous-région ouest africaine. (La Corée, un pays qui était au même niveau de développement que la Côte d'Ivoire dans les années 1970)



Si l'on considère désormais l'espérance de vie comme l'indicateur de développement par excellence ; et si l'on tient compte de l'engagement pris par les Etats réunis à Madrid dans le cadre de la Deuxième Assemblée Mondiale sur le vieillissement force est alors de constater qu'un recul s'amorce et que la Cote d'Ivoire s'éloigne des perspectives affichées il y a deux décennies. Une telle contre-performance paradoxale est, selon nous, associée à un déficit de la conscience sanitaire. Mais que faire pour enrayer ce handicap ?

Troisième partie : Essai de solutions

A notre humble avis il importe de mettre sur pieds un véritable projet géronto-gériatrique pour la Côte d'Ivoire. Cette politique passe nécessairement par une série d'actions innovantes : la socialisation anticipatrice à la retraite ; la socialisation des personnes âgées ; la mise en œuvre d'une politique d'accompagnement économique, social et culturel, et la valorisation des droits des personnes âgées et la promotion de la conscience sanitaire à travers la création d'un observatoire du vieillissement.

3.1 De la nécessaire socialisation à la retraite.

Historiquement la retraite apparaît comme une institution importée, construite sur des valeurs et normes qui ne relèvent pas forcément de la culture ivoirienne. Les obligations administratives et leurs implications sociales et juridiques sont généralement méconnues des retraités d'où la nécessaire socialisation à la retraite.

Cette éducation/sensibilisation à la retraite concerne l'ensemble des procédures administratives et des stratégies qui préparent le retraité à mieux s'engager dans la transition biographique qu'impose la désocialisation professionnelle ; mais et surtout à réussir sa resocialisation, afin qu'il puisse (re) utiliser son « capital longévité » pour une vieillesse réussie.

Vieillir en ville apparaît désormais comme l'une des caractéristiques du vieillissement au 21^{ème} siècle. Il apparaît donc important de socialiser les personnes âgées pour favoriser leur adaptation sociale, par l'éducation et les campagnes de sensibilisation. Cette socialisation consiste à donner une place et de nouveaux rôles aux personnes âgées dans la société par la formation continue, par l'octroi des postes de bénévolat, par la formation aux nouvelles valeurs émergentes et l'usage des nouvelles technologies. En somme, il s'agit dans ce cadre d'aider les personnes âgées à s'adapter non seulement au nouvel environnement qui est le leur, mais aussi à adopter de nouveaux comportements en termes de bonne alimentation, d'une meilleure santé bucco-dentaire et de réduction de la consommation d'alcool, etc.

3.2 Politique d'accompagnement économique, social, culturel et juridique.

L'émergence de la notion de "senior" implique une vieillesse active, citoyenne et indépendante. Mais les ressources des personnes âgées s'amenuisent pendant que les charges et le coût de la vie augmentent. Il importe donc d'accompagner le processus de vieillissement actif par des mesures économiques, sociales, culturelles et juridiques.

- ✓ Les politiques d'accompagnement économique

L'Etat doit octroyer des moyens financiers aux personnes âgées, sans discrimination et financer également leurs différents projets.

Encadrer les personnes âgées dans le but de les aider à promouvoir des activités génératrices de revenus, mais aussi à sensibiliser la population globale quant

à la préparation de sa retraite par l'épargne en termes d'adhésion aux systèmes de cotisations supplémentaires en vigueur.

L'Etat doit subventionner la construction de coopératives pour personnes âgées, structures qui leurs permettraient de se procurer des produits de première nécessité à des prix abordables,

L'Etat doit majorer les pensions de retraite au lieu de les soumettre au fisc

- ✓ Les politiques d'accompagnement social

L'Etat doit élargir le système de sécurité sociale à toutes les personnes âgées surtout que le complexe pédiatrique coïncide avec le départ à la retraite ;

- Créer des centres de loisirs ;
- Réduire les frais de consultation médicale et d'achat de médicaments ;
- Socialiser les personnes âgées au regard de l'avènement des nouvelles technologies (leur apprendre l'utilisation des portables, la gestion des finances, c'est-à-dire comment effectuer les opérations bancaires) ;

Etant donné que le vieillissement est un processus, il faut sensibiliser dès maintenant la jeunesse sur les pratiques à risque (consommation d'alcool, sexualité, alimentation)

- ✓ La politique d'accompagnement culturel
- Rééduquer la population à l'esprit de solidarité ;
- Renforcer l'implication des personnes âgées dans le processus de développement de leur localité ;
- Sensibiliser les jeunes au respect et à la considération des aînés en référence au mythe de Ngnudoly.

3.3 La valorisation des droits des personnes âgées

La valorisation des personnes âgées passe par le respect et la promotion de leurs droits, synonyme de lutte contre la stigmatisation. En effet, la stigmatisation c'est l'aversion contre des personnes

âgées aussi bien en milieu rural et qu'en milieu urbain, la recrudescence des conflits familiaux, le déclin de la solidarité intergénérationnelle. Autant de facteurs qui contribuent à nuire au bien-être et à la sécurité des personnes âgées.

Sur le purement culturel, il importe de :

- valoriser les notions de senior, aînés et de sage pour désigner les personnes âgées ;
- lutter contre les violences verbales, physiques, morales et financières ;
- lutter contre la maltraitance institutionnelle, en particulier en milieu hospitalier ;
- privilégier les personnes âgées dans tous les services (Santé, administration, transports publics, édilité publique, etc.).

Somme toute, il s'agit promouvoir les valeurs de cohésion et de solidarité : une société qui maltraite ses vieux est une société qui perd ses repères et le sens de l'histoire ;

3.4 La promotion de la conscience sanitaire

La promotion de la conscience sanitaire est le processus visant à permettre aux personnes de prendre en main leur santé et de l'améliorer sur le double plan préventif et curatif. La prévention des maladies recouvre les activités de prévention et de prise en charge des maladies particulièrement fréquentes chez les personnes âgées.

Etant donné le nombre de plus en plus croissant des seniors, la Côte d'Ivoire intensifier la formation des gériatres c'est-à-dire intégrer la gériatrie dans la formation de tout le corps médical et paramédical : il s'agit ici de passer du stade de **vieillir simple**, à celui de **mieux vieillir**.

La Côte d'Ivoire devra mettre en place un Observatoire du Vieillessement destiné à promouvoir le « bien-vieillir » des aînés en aidant la réflexion et la prise de décision individuelle et collective sur les défis qu'engendrent le vieillissement de la population et ses conséquences sur la société.

Il s'agit en définitive de fédérer l'expertise des sociologues, des anthropologues, des économistes,

des psychologues, des médecins gériatres, des démographes, pour organiser des réflexions constantes et anticipatrices.

En guise de conclusion

Si l'homme est le bien le plus précieux, et si la richesse des nations ne s'apprécie plus sous l'angle du quantitatif mais plutôt du qualitatif, notamment à l'aune de l'allongement de la durée de vie, il est alors légitime d'affirmer que la perspective du développement en Côte d'Ivoire s'éloigne pour autant que le rejet et la discrimination des personnes âgées ont la vie dure : sur le papier, il est préconisé depuis la deuxième Assemblée Mondiale sur le vieillissement « que les personnes âgées vieillissent dans la sécurité et la dignité et se donnent les moyens de participer à la vie de leurs familles et de leurs communautés. » ; sur le terrain et dans la pratique, le rejet et la discrimination persistent, donnant le sentiment que le Développement Humain Durable n'advient pas de sitôt.

Bibliographie

- AIACH, Pierre (2010), *Les inégalités sociales de la santé*. Edition Economica Anthropos, 280pages.
1. MASSE, Raymond. (2004), *Ethique et santé publique, enjeux, valeurs et normativité*. Québec, Presses de l'université Laval, 413 pages
 2. MASSE Raymond. (1995), *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Paris, Casablanca, Gaëtan Morin édition, 494 pages.
 3. BRULHE, Marcel. (1996), *Santé et société, le fondement sociétal de la santé*. Paris, PUF, 390pages
 4. JANSSEN, Thierry (2008), *la maladie a-t-elle un sens ? Enquête au-delà des croyances*. Pocket Evolution.
 5. BRAHIC, André, (2012), *La science, une ambition pour la France*. Edition Odile Jacob

6. FAVRET-SAADA, Jeanne. (2016), *Les morts, la mort, les sorts*. Barcelone, Folio essais collection, 427 pages.
7. RUCAO, (2007), *Sorcellerie et enjeux du développement en Afrique*. Abidjan, Presses de SERPRIM IVOIRE, 193pages.
8. LOUIS, De Brouwer. (1996), *La pollution pharmaceutique*. Paris, Sté/Editions Encre, 2^{ème} éd, 206pages.
9. Actes de l'atelier (1993). *Les sciences sociales face au SIDA. Cas africain autour de l'exemple ivoirien*. Bingerville (Côte d'Ivoire), Centre Orstom petit- Bassam, 391pages.
10. DEDY Séri., et TAPE Gozé. (1994), *Jeunesse, sexualité et Sida en Côte d'Ivoire : le cas d'Abidjan*. Abidjan, Imprimerie de l'Ecole Normale Supérieure, 145pages.
11. BOIS Jean-Pierre (1984), « Le vieillissement dans la France moderne, XVII^{ème}-XVIII^{ème} siècles. Essai de problématique pour une histoire de la vieillesse ». In *Histoire, économie et société* 3^e année, n°1. PP67-94.

De l'influence de l'âgisme sur l'expérience des soins des personnes âgées résidant à Abidjan

Zoguehi Arnaud Kévin DAYORO (1, 2, 3), Kouamé Mireille BLE (1, 2, 3), Michel Zirigouri GNAKPA (1, 2, 3)

1. Département de Sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB), Abidjan, Côte d'Ivoire,

2. Laboratoire d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (LERISS)

3. Groupe de Recherches en Socio-Anthropologie Appliquées à la Santé et au Vieillissement (GRESA)

Résumé

L'âgisme désigne l'ensemble des opinions, attitudes et pratiques qui disqualifient socialement les personnes âgées de plus de 60 ans. Ce processus de disqualification sociale, de désaffiliation sociale et de désappropriation sociale rend compte des expériences de maltraitance vécue par les personnes âgées malades. La présente analyse expose les formes de maltraitance en milieu hospitalier. Une synthèse de 5 études ayant mobilisé 65 entretiens réalisés avec 53 malades âgés (38 femmes et 17 hommes, résidant à Abidjan, dont l'âge varie entre 60 ans et 80 ans) et 12 prestataires de soins montre qu'il s'agit entre autre : du refus de l'institutionnalisation de la gériatrie dans le système de santé en Côte d'Ivoire ; de la crise d'accès aux structures de soin ; de l'architecture des services de soins inappropriée, d'une faible couverture assurantielle du 3^{ème} âge. Ces facteurs minent le processus de longévité qui est une exigence culturelle, voire sociétale.

Mots clés: âgisme, maltraitance, personnes âgées, système de santé, gériatrie, Abidjan

Abstract

Ageism is the set of opinions, attitudes and practices that socially disqualify people over the age of 60. This process of social disqualification, social disaffiliation and social misappropriation accounts for the experiences of mistreatment lived by sick elderly people. This analysis presents the forms of mistreatment in hospitals. A synthesis of 5 studies having mobilized 65 interviews carried out with 53 elderly patients (38 women and 17 men, residing in Abidjan, whose age varies between 60 years and 80 years) and 12 healthcare providers shows that it is

between other: the rejection of the institutionalization of geriatrics in the health system in Côte d'Ivoire; the crisis in access to healthcare facilities; the architecture of inappropriate care services, poor insurance coverage for the elderly. These factors undermine the longevity process, which is a cultural and even societal requirement.

Keywords: ageism; mistreatment, elderly; health; system; geriatric; Abidjan

Introduction

Le vieillissement humain, processus inéluctable (J. Trincas, 1998) est désormais un phénomène observable dans les pays en voie de développement voire en Afrique. « L'Afrique connaîtra dans les décennies à venir une croissance démographique spectaculaire. Alors que sa population totale est estimée à près de 1,17 milliards d'habitants en 2015, elle devrait pratiquement doubler en 35 ans et atteindre près de 2,4 milliards en 2050 (UN, 2013 cité par M. Sajoux, V. Golaz et C. Lefèvre, 2015). Les données démographiques actuelles et les projections internationales nous confortent à l'idée que l'Afrique est le continent qui enregistra le plus fort taux de personnes âgées à l'horizon 2050. (H. Leridon, 2015, UNFPA, 2016). Face à cette dynamique démographique, les pays africains ont le devoir de s'approprier tous les défis associés au vieillissement humain, notamment ceux liés les politiques microsociale (protection et sécurité sociale, système de santé, marché du travail...), méso-sociale (association, communauté, famille...) et micro-sociale (expériences individuelles, vieillissement actif...). En effet, cette série de politiques en faveur du vieillissement et des personnes âgées est un évaluateur de niveau de

développement humain durable des pays africains.

Le projet d'une société pour tous les âges A.M. Guillemard (dir., 2016) nous engage donc à réfléchir à un système de sécurité et de protection sociale susceptible de gérer l'allongement de vie à la retraite ; un système de santé capable de répondre durablement aux besoins en soins de santé des personnes âgées ; un système de marché capable de penser des offres pour plusieurs générations d'actifs ; un système d'éducation intégrant les besoins de formation tout au long de la vie ; une structure familiale susceptible d'être caractérisée par la présence de deux ou trois générations et avec elle les problèmes successoraux, les questions d'éthique au cœur des relations intergénérationnelles et les nouveaux séquençages du parcours de vie en rupture avec le modèle tripartite classique (formation-travail retraite)

Cependant, ces pays avec leurs expériences culturelles de la valorisation du grand-âge peinent à élaborer des politiques formelles, des réponses institutionnelles aux besoins des personnes âgées. Celles-ci dans leur vécu quotidien subissent parfois les conséquences de l'âgisme, c'est-à-dire, l'ensemble des opinions, attitudes et pratiques disqualifiant socialement les personnes âgées de plus de 60 ans. Aussi des formes de maltraitance observées dans leurs interactions avec des institutions, des communautés, le milieu familial, des hommes et des femmes moins âgées dans diverses sociabilités ont des conséquences négatives sur le processus du vieillissement. L'âgisme apparaît ainsi un révélateur des politiques et pratique de soins. (M. Masse et P. Meire, 2012)

En conséquence, la présente réflexion analyse l'influence de l'âgisme sur l'offre de soins des personnes âgées en Côte d'Ivoire. Le concept de soin transcende l'acte technico-médical pour intégrer tous les systèmes relationnels nécessaires traversés par le malade âgé en quête de guérison ou de stabilité (D F. Cella, 2007 ; V. Pirard, 2006).

Comment le refus de l'institutionnalisation de la gériatrie dans le système de santé et la problématique

d'accès aux soins de santé constituent des formes de violence à l'égard des personnes âgées ?

L'influence refus de l'institutionnalisation de la gériatrie dans le système de santé et les difficultés d'accès aux soins de santé comme violence faite aux personnes âgées constituent les deux articulations révélateur de de l'influence de l'âgisme sur les offres de soins.

Méthodologie

La principale approche méthodologique est l'analyse de contenu menée à partir d'une synthèse de 5 études ayant mobilisés 65 entretiens semi-directifs réalisés avec 53 malades âgés (38 femmes et 17 hommes, résidant à Abidjan, dont l'âge varie entre 60 ans et 80 ans) et 12 prestataires de soins (5 médecins, 6 infirmiers et 1 nutritionniste). Le choix des enquêtés s'est fait par les échantillonnages de type accidentel pour les malades âgés et de type raisonné pour les prestataires de soins. Les malades ont été sélectionnés en raison de leur âge (60 ans et plus), de leur expérience à la maladie (avoir déjà sollicité un centre de santé), tandis que la sélection des prestataires de soins relève de leur expérience de prise en charge des personnes âgées.

Résultats

Le refus de l'institutionnalisation de la gériatrie dans le système de santé et la problématique de l'accès aux soins traduisent deux formes d'âgisme ou de violences faites aux personnes âgées dont les conséquences négatives fragilisent les personnes âgées, freinent leur participation sociale et réduisent leur capitale longévité.

De l'influence refus de l'institutionnalisation de la gériatrie dans le système de santé

L'absence de la gériatrie et ses conséquences sont perçues comme des refus du "haut" et du "bas" pour désigner le dysfonctionnement du système sanitaire respectivement au niveau des offres sanitaires et des formations de base.

-Du refus par le "haut"

L'absence de la gériatrie dans le système de santé en Côte d'Ivoire relève d'un paradoxe déconcertant qui nous autorise à défendre la thèse d'un refus d'intégrer les personnes âgées au cœur des politiques globales de soins. Un système de santé peut se définir comme un ensemble d'interaction entre des organisations, des institutions et des ressources visant l'amélioration des soins de santé sous des aspects curatif et préventif. Cet objectif ne peut être atteint si les politiques ignorent la dynamique sociale, culturelle, économique, politique et démographique. Dans son rapport aux besoins de soins de santé, ceux des personnes âgées sont ignorés. Or, les propriétés du malade âgé se distinguent de celles des enfants, des jeunes et des adultes.

En conséquence, les patients âgés s'inscrivent dans un processus précaire de prise en charge en raison de l'absence de gériatre. L'accueil est parfois inapproprié, Le diagnostic approximatif et les soins inadaptés.

- Relativement à l'accueil, les personnes âgées ne bénéficient pas souvent d'une attention particulière. Malgré l'âge avancé et la fragilité physique, elles sont subissent les mêmes exigences d'attente comme tous les patients. Mais les violences sont beaucoup plus ressenties lorsque l'ordre d'arrivée n'est pas respecté et les réseaux sociaux mobilisés par certains malades réduisent les chances de se faire consulter à temps voulu. Ainsi, L'arrivée à l'hôpital s'accompagne de stress, d'angoisse et parfois de déception qui participe de la convocation du choix des médecines alternatives. Quelques verbatim illustrent ces déficits d'accueil :

« Où on ne reçoit pas bien là, c'est à là. Il y a du monde, certainement il y a des gens qui viennent de l'intérieur. On attend longtemps »

« Moi-même ils m'ont prescrit un médicament là, j'ai un ami médecin, ils sont

allés lui montrer ce que j'avais, lui-même sa là dépassé. Il dit ça n'a rien à avoir. C'est différent du mal que tu as parce que, ça n'a rien à avoir avec la maladie que tu as. ». Femme Agée de 63 ans, diagnostiqué pour des bruits dans les oreilles.

« Accueil là ce n'est pas sa oh parce que tu quittes d'abord ici à cause du rang, il y a un rang, vous allez prendre place, tu quittes ici, tu vas te lever à 6h pour être là-bas au plus grand tard 6h15 pour être parmi les 10 premier mais les gens vont venir à 8h pendant ce temps, toi tu es assis, tu attends. Quand ils vont venir,, partout où on reçoit, ils vont prendre au moins cinq personnes de leurs connaissances A2, Femme agée de 61 ans, diabétique.

Le diagnostic approximatif relève de deux situations de cas : lorsque le malade âgé fait recours à un généraliste pour des problèmes de santé, la violence prend sens dans l'orientation thérapeutique (ordonnance médicale, examens) malgré les spécificités du malade et le manque de formation du prestataire de soins. Le second cas relève du spécialiste qui parfois est contraint d'agir comme un gériatre spécialiste. En effet, un cardiologue est moins compétent qu'un gériatre- cardiologue pour les personnes âgées exprimant un besoin d'auscultation du cœur. Dans les cas de figures, l'absence d'un gériatre dans le système de santé est la résultante d'un déni de vieillesse en Côte d'Ivoire.

Par conséquent, l'offre de soins est parfois inadaptée et les personnes âgées subissent des conséquences qui les fragilisent davantage. L'expérience post-opératoire relatée par un homme, âgé de 68 ans illustre la présente analyse.

« On a découvert que l'appendice est allé se loger derrière la vessie. On me l'a enlevé en 1999. En 2000, j'ai été opéré ; en 2001, j'ai été opéré encore du même mal. La troisième opération on dit que la vessie est descendue. Il fallait faire cette opération pour remonter la vessie. L'opération que je ne voulais pas !

Comme si je savais c'est ça qui a failli m'emporter même. Par la grâce de Dieu je suis encore vivante ».

-Du refus par le "bas"

Les réponses aux besoins en soins de santé des personnes âgées par le "haut" ont dévoilé l'incapacité inventive et adaptative du système de santé. Une analyse socio-historique de son institutionnalisation permet de comprendre que les personnes âgées n'étaient pas une catégorie sociale spécifique en raison de la pyramide des âges à base élargie. Sous ce rapport, le système de santé a été élaboré pour répondre aux besoins en soins de santé des enfants, des jeunes et des adultes. Cependant, la tendance à actualiser cette configuration limite continuellement la prise en charge des personnes âgées. Lorsque les nouvelles tendances démographiques indiquent une augmentation du nombre de personnes âgées (de ...en 1975 à 1000 000 en 2014), une tentative de rectification des offres du système sanitaire par le "bas" c'est-à-dire la formation de base aurait dû intégrer la gériatrie. Les structures de formation publique de base telles que l'Institut National de Formation des Agents de Santé(INFAS) et les formations académiques n'ont pas encore vulgarisé la gériatrie. Par ailleurs, le refus par le "bas" et par le "haut" a des répercussions sur les structures de soins, qui par effet systémique n'actualise par leurs offres de santé au profit des personnes âgées. La pluriforme des obstacles d'accès aux soins de santé témoigne de cette incapacité inventive à l'origine des violences subies par les personnes âgées.

Difficulté d'accès aux soins de santé comme violence faite aux personnes âgées

L'accès aux soins de santé en Côte d'Ivoire présente des limites pour toutes les catégories d'âges (enfant, jeune et adulte) mieux pour les personnes dites vulnérables telles que les personnes âgées. Ces limites se déclinent par une faible répartition géographique des centres spécialisés et une mobilité constante des personnes âgées ; un système d'accueil des malades âgés décontextualisé ;une

déconstruction identitaire de la personne âgée malade ; l'architecture des services de soins souvent inappropriée pour les personnes âgées (usage d'escalier pour l'accès à certains services d'offre de soins) ; et une politique de protection sociale limitative.

- ***Une faible répartition géographique des centres spécialisés et une mobilité constante des personnes âgées***

Le tableau pathologique des personnes âgées est dominé par les maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies respiratoires chroniques, le cancer et les maladies rhumatismales. Cependant, pour bénéficier d'une meilleure prise en charge, les personnes âgées malades sont contraintes de se rendre à Abidjan plus précisément dans les Centres Hospitalo-Universitaire de Treichville, Yopougon, Cocody voire Angré. Ils logent les unités de soins spécialisées comme le Service d'Endocrinologie-Diabétologie (SED-CHU Yopougon), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA-CHU Treichville), le Service de Cancérologie de Treichville (SC-CHU Treichville). Par ailleurs, des centres spécialisés (CADA), des cliniques privées(COBA1) et bien d'autres structures comme l'Hôpital Militaire d'Abobo (HMA) attirent des malades en provenance des différentes régions de la Côte d'Ivoire. Sous ce rapport, deux conséquences négatives majeures méritent d'être notifiées:

- i) La première concerne l'épuisement physique en raison de la mobilité constante occasionnée par des crises, des rechutes et des contrôles médicaux. A cet épuisement physique s'ajoute celui d'ordre financier surtout pour des personnes âgées en situation précaire et très fragile.
- ii) La seconde, favorise la rupture de la relation de soins par des malades devenus sédentaires et mobilisant les compétences des thérapeutes de la médecine alternative (médecine de

¹ COBA

tradition africaine, chinoise, européenne...).

Ces conséquences négatives contribuent à fragiliser les personnes âgées et à réduire les possibilités d'accès aux soins de santé. Toutefois lorsqu'elles arrivent à intégrer les structures sanitaires, l'accueil constitue le premier obstacle ou la première forme de violence à leur égard. En effet, ces malades âgés ne sont toujours pas reçus comme des personnes âgées malades. Le double référent culturel, d'une part, le système idéologique et symbolique de valorisation des personnes âgées (par le malade âgé) et d'autre part, le système idéologique de réification des malades (par le prestataire de soins) offre à l'observation un système relationnel d'accueil décontextualisé.

- ***Un système d'accueil des malades âgées décontextualisé***

Le refus d'actualisation du système de santé aux besoins des personnes âgées par le "bas" et par le "haut" rend favorable un ensemble d'habitudes, de pratiques et de discours miséabilisant à l'égard des personnes âgées. Lorsque celles-ci entrent en interaction, les plus jeunes mobilisent moins les valeurs culturelles de respect et de courtoisie. Les personnes âgées dans bien des cas subissent la rigueur des normes institutionnelles et ne bénéficient pas de faveur malgré l'âge avancé et l'état de fragilité. Ces formes de maltraitance sont ainsi décrites :

« Bon ! Le plus souvent c'est le paludisme. Quand je vais c'est la même chose, toujours par ordre d'arrivée, on ne regarde pas l'Age, on ne regarde pas le visage, on regarde les numéros, si tu as numéros 2, tu passes en deuxième position. Donc, les gens ne tiennent pas compte de notre état ; tu as une connaissance, c'est là il va dire, c'est ma maman ; si non, en dehors de ça, on fait comme les autres » B7, Homme Agé de 66 ans, expérience de paludisme

La récurrence de l'absence de privilège souhaité est

exprimée par « Quand je vais c'est la même chose, toujours par ordre d'arrivée ». La réification s'observe symboliquement par des numéros comme identifiant le malade et sa position dans l'ordre d'arrivée. Le malade âgé n'est pas considéré comme une personne âgée malade. Par ailleurs, l'avantage accordé à certains d'entre eux en raison de leurs réseaux sociaux, participent de la stratification des privilèges. Outre, cette inégalité sociale, les malades dénoncent le manque de courtoisie.

« Humm mm pas trop mais c'est dû au fait que quand vous arrivez à l'accueil-là, c'est des jeunes gens qui sont là, ils ne sourient pas, il s'occupe pas il dit « prend ton ticket, tu vas t'asseoir », le médecin aussi sait pas numéro 3 là, ça appartient à quelle personne ! » B4 Homme Agé de 69 ans, expérience de douleurs aux genoux.

Le manque de courtoisie est symbolisé par l'absence de sourire (c'est des jeunes gens qui sont là, ils ne sourient pas), le manque d'attention (il dit « prend ton ticket, tu vas t'asseoir ») et la dépersonnalisation des malades (le médecin aussi « sait pas numéro 3 là, ça appartient à quelle personne ! »). Sous ce rapport, le contraste entre la représentation de soi et la représentation projetée par les jeunes ou adulte à l'accueil favorise la souffrance morale et psychologique. Si l'accueil en milieu hospitalier est une relation entre au moins deux personnes qui n'ont pas choisi à priori de se rencontrer, les prestataires de soins sont sensés guider le malade et satisfaire à sa demande en mobilisant un mode de communication verbale ou non, intégrant les valeurs culturelles de valorisation des personnes âgées afin de réduire chez celles-ci les fluctuations et les ambivalences identitaires.

- ***Une déconstruction identitaire de la personne âgée malade***

La notion de personne est ici perçue sous l'angle anthropologique et désigne un individu socialement situé se référant à un ensemble de schèmes idéologiques, de croyances, de normes l'orientant dans la structuration des relations sociales. Sous cet

angle, le malade âgé qui comme tous les malades subit la loi de l'anonymat, transite « de la personne âgée malade au malade âgé ».

L'offre de soins désigne généralement un ensemble de gestes technique, d'attitudes et d'aptitudes, de paroles, de regards...qui participent de la guérison ou de la gestion d'une pathologie. Souvent dominé par le modèle paternaliste (orientation thérapeutique sans concertation avec le malade), celle-ci confère un certain pouvoir au médecin qui le conduit à percevoir le malade comme un cas, dépouillé de toute substance culturelle. Les malades âgés subissent également cette standardisation des soins qui ne tient pas compte de leurs caractéristiques et leurs besoins spécifiques.

En conséquence, tout comme les malades jeunes, les malades âgés endurent à la fois les exigences de la formation médicale des prestataires de soins et l'impératif de guérir. Ainsi sont-ils inscrits dans un contexte diénique parfois déshumanisant qui nous autorise à affirmer qu'en Côte d'Ivoire la maladie "déshabille" autant le jeune malade que le malade âgé.

Les médecins, les infirmiers, les agents de santé, en somme les prestataires de soins qui animent les structures hospitalières sont socialement situés dans les mêmes contextes culturels et n'ignorent pas les référents culturels de construction de l'identité des personnes âgées. Au confluent, des socialisations professionnelle et culturelle, les prestataires de soins optent pour les normes institutionnelles de structuration de relation médecin-malade qui nient la personne âgée. L'hôpital à l'image de la prison semble fonctionner comme une institution totalitaire au sens "Goffman en 2" du terme. L'absence de transition du malade âgé à la personne âgée malade participe de la déconstruction identitaire du malade âgé. Ce processus est également visible à l'analyse de la configuration architecturale des certaines structures de santé sollicitées par les personnes âgées.

- ***L'architecture des services de soins souvent inappropriée pour les personnes âgées***

L'avancée en âge se caractérise par une évolution progressive vers la réduction de la mobilité en raison des facteurs sociaux (isolement social...), personnels (baisse du revenu,) et perte d'autonomie. Mais cette particularité des personnes âgées n'est pas encore prise en compte dans l'organisation des services



Centre Hospitalier Universitaire de Cocody



Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon

d'offres de soins. L'absence de la gériatrie dans la politique globale d'offre de soins explique ce déficit organisationnel et l'incapacité des structures hospitalières à s'adapter aux nouvelles configurations des besoins en soins de santé. Les services de soins aux CHU de Yopougon et de Cocody sont logés dans des immeubles et contraints les malades à faire des va-et-vient entre les services administratifs et les espaces de soins sans que des moyens logistiques spécialisés soient disponibles.

Cette situation s'observe également dans les centres de santé de second niveau où des services sont constamment sollicités par les personnes âgées. A titre d'exemple, l'hôpital des fonctionnaires situé au Plateau présente une configuration architecturale et organisationnelle qui peine à prendre en compte les difficultés de mobilité des personnes âgées.

Le témoignage de M.A, âgée de 68 ans est une



P A, âgée de 63 ans à la Descente des marches après l'obtention d'un rendez-vous médical



M.A, âgée de 68 ans, soutenue par le vigile se rend au service de cardiologie

illustration de l'inconfort vécu par les personnes âgées fréquentant cette structure sanitaire.

« Leur escalier là vraiment, mes genoux ne me permettent pas de monter pour voir mon médecin

cardiologue ou souvent le médecin généraliste. Je m'appuie sur mon fils (accompagnant familial) pour monter (rire). A la descente, lorsque tu regardes en bas, moi j'ai le vertige. Il fait nuit un coup. Mais c'est plus facile que la montée ».

Ces illustrations témoignent des violences subies les personnes âgées. Or la santé, est un capital fondamental dans le processus du vieillissement normal et participatif. Cependant, tout porte à croire qu'une culture de déni de la vieillesse surplombe progressivement celle de la valorisation des personnes âgées. Le déficit de couverture assurantiel renchérit ce constat.

- ***Une politique de protection sociale limitative.***

Le système de protection et de sécurité sociale des personnes âgées en Côte d'Ivoire est très limitatif. En effet, pour bénéficier d'une couverture médicale, il faut avoir été un salarié de la fonction publique. Contrairement à cette catégorie de retraité, la mise à la retraite des salariés du privé, les exclus de la couverture médicale offerte par la Caisse Nationale de Prévention sociale (CNPS). Deux autres catégories sociales sont exclues de la politique publique de couverture maladies: il s'agit des opérateurs du secteur informel et ceux du monde rural (agriculteur, paysan, fermier...). Comme constaté, vieillir malade constitue un grand risque pour les personnes âgées. Par ailleurs, selon le RHPPG de 1998, seulement 3,1% de la population âgée ont une pension de retraite. Lorsque celle-ci constitue la seule source de revenu pour les retraités bénéficiant ou non de la couverture médicale, vieillir en Côte d'Ivoire semble rimer avec précarité.

En effet, la limitation dans la prise en charge des médicaments spécifiques au grand âge par les structures assurantielles publiques renforcent la thèse des conditions sanitaires précaires des personnes âgées. L'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les maladies rhumatismales...nécessitent la consommation

constante des médicaments en raison de l'état chronique qu'elles génèrent. Cependant, ces médicaments ne sont pas tous pris par les présentes politiques publiques d'assurance.

« La MUGEFCI ne prend pas en compte tous nos médicaments. Me concernant, elle ne prend pas le médicament dont j'ai besoin réellement pour ma maladie » : Géronte de 60 ans, retraitée, mariée, diabétique

Pour les médicaments pris en charge, les personnes âgées subissent parfois le long processus administratif pour la validation des ordonnances médicales. A l'épuisement physique vécu s'associe une déception psychologique quand certains patients font le constat que les médicaments prescrits sont substitués par les pharmaciens sans l'accord du médicament traitant et du malade âgé.

Trois conséquences négatives s'observent à la suite ces conditions précaires: le renoncement aux soins; la bifurcation thérapeutique et le renoncement à la couverture médicale impliquant une augmentation du budget alloué à la santé.

« Humm ? MUGEFCI nous fatigue. J'ai le rhumatisme, je dois m'arrêter environ une trentaine de minutes pour le bon. La machine est tellement lente. Maintenant je préfère acheter les médicaments avec moi-même mon argent. »

Discussion

La présente analyse expose les formes de maltraitance en milieu hospitalier. Elle démontre que les personnes âgées sont victimes d'un refus d'institutionnalisation de la gériatrie dans le système sanitaire ivoirien, d'une limite d'accès aux structures de soins, d'une architecture des services de soins inappropriée et d'une faible couverture assurantielle. L'analyse de ces résultats permet d'identifier trois points essentiels au chapitre de la discussion :

l'actualisation des paradigmes « misérabiliste » ; le paradoxe institutionnel autour du grand-âge et l'enjeu de l'éducation à la valorisation des personnes âgées.

• De l'actualisation du paradigme «misérabiliste» dans les relations intergénérationnelles

L'appropriation des paradigmes « misérabiliste » (R. le François, 2004) par les acteurs du développement fonde l'âgisme en Côte-d'Ivoire. En effet, ce modèle paradigmatique pense les personnes âgées comme des « vieux abimés ». Sous ce rapport, l'engagement institutionnel auprès des personnes âgées est faible voire inexistante. Quelque-soit le niveau de l'échelle sociale (mésos, micro, macro) et les cadres sociaux de production des relations sociales, le rapport aux personnes âgées est toujours contextué, relevant du construit (A.Pillon, 1990 ; V.Caradec, 2008).

Ainsi, en Afrique et précisément en Côte-d'Ivoire, la réappropriation des « idéologies-sanctions » de la vieillesse telles que les idéologies de la « vieillesse budgétivore », de la « retraite-retrait social » (A.M. Guillemard, 2002), font naître et font vivre les pratiques d'âgisme associées. La récupération de ces préjugés et des fausses croyances va être à la base de ces pratiques de négociation. C Plumauzille et M R-Méheust, 2014, en utilisant la théorie de l'étiquetage montre comment la différence est utilisée pour construire les catégories sociales. Dans la modélisation identitaire, l'étiquetage permet de mieux comprendre le travail de l'appropriation du paradigme de « l'adulte d'abîme » (Richard Le François, idem). Ainsi les personnes, surtout les premières générations de retraités, intériorisent les idéologies associées à leur identité sociale et se construisent comme des agents sociaux, agit par la structure sociale sans avoir la possibilité de contribuer au processus. Ces expériences dans bien de cas relèvent de la stigmatisation et/ou de l'auto stigmatisation. Le statut de dépendant social prend donc son sens ici et se diffuse dans des interactions au cours desquelles les personnes âgées n'ont pas souvent la capacité de négocier entre l'assignation identitaire (étiquetage) et l'incorporation

biographique de cette identité sociale. A l'hôpital, ils ne peuvent avoir le choix quand un service sollicité se trouve par exemple à l'étage supérieur sans que le bâtiment n'offre d'ascenseurs.

La différence visible (physique) ou non (moral) résultant de la manipulation de l'âge, produisent une identité sociale qui déclassifie les personnes âgées dans les différentes interactions sociales. Autrement dit, au seul motif de l'âge, le principe d'assimilation et d'homogénéisation de la catégorie de Personnes âgées, les générations plus jeunes reproduisent des attitudes réprobatoires à l'égard des personnes âgées dans les instances hospitalières de type public.

La vieillesse n'est pas ipso facto, le retrait social, le repli social, le désengagement social etc. La sédentarisation progressive en milieu urbain des retraités (Z.A.K Dayoro, 2009), l'émergence des structures associatives et le véhicule des idéologies de la retraite active devraient participer à repenser le rapport aux PA en milieu urbain pour reprendre le terme de C. Guicher (2012), « la vieillesse est différenciée ».

- **Du paradoxe institutionnel autour du grand-âge**

La vieillesse est un phénomène inéluctable et toute personne qui vieillit expérimente l'effet du temps (J. Polard, 2012). La condition culturelle, sanitaire, politique et environnementale du vieillissement n'altère d'aucune manière les effets du temps et les changements observables sur l'individu. En conséquence, les institutions modernes devraient répondre aux besoins des personnes. Cet ancrage devrait être plus facile pour les pays africains en raison de la culture de valorisation des seniors. Aussi, apparaît-il paradoxal de constater un institutionnel autour de la vieillesse et les personnes âgées en Côte-d'Ivoire. (Dayoro, 2009, idem)

En effet, les personnes âgées ont été historiquement perçues comme l'épine dorsale de nos sociétés. Elles sont à la fois engagées dans des relations sociales qui les déclassifient et qui les valorisent en fonction des enjeux. Bien qu'engagées dans des modèles occidentales et

socialisations, les personnes âgées sont sollicitées par les jeunes générations, les communautés etc. Par ailleurs, les pays occidentaux continuent de croire que les pays africains ont les meilleurs modèles de solidarité intergénérationnelle eu égard au modèle de valorisation des personnes âgées. Pour elles, les sociétés africaines ont des programmes intégratifs des personnes âgées.

Cependant, notre système d'organisation sociale n'a pas encore intégré les besoins des PA malgré l'augmentation dynamique démographique. L'importance démographique permet d'observer un groupe très hétérogène (l'âge, niveau d'instruction, expériences professionnelles, expériences familiales, capitale santé, le lieu de résidence, l'engagement social...) mais aussi l'émergence de nouveaux besoins sociaux. Cependant, les institutions de finances ; de protection sociale ; d'éducation et de formation continuent de s'approprier les idéologies d'inutilité sociale associées aux personnes âgées.

C'est pourquoi les banques classiques n'acceptent pas de faire des prêts bancaires aux personnes âgées ou retraités. Aucune politique d'assistance sanitaire et sociale (sécurité sociale), ni d'accompagnement psychosocial encore moins de socialisation anticipatrice à la retraite n'est formalisée. Ces institutions fonctionnent comme si un système organisationnel devrait faire fi de l'environnement extérieur. (A. Berthe, L.B. Sanou, B.Konaté, H.Hien, 2013)

En ce qui concerne le système sanitaire, les politiques de soins et la formation de base devraient intégrer la gériatrie et la gérontologie pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. Cette intégration souhaitée ne doit pas occulter la dimension anthropologique de la personne âgée en faisant une nette différence entre la personne âgée malade et le malade âgé.

Le malade âgé concerne l'individu (homme et femme) âgé de 60 ans et plus, perçu par le système médical comme un cas de personnifié, socialement désaffilié, en rupture avec l'ensemble de ses systèmes relationnels et des idéologies associées. En

effet, l'épistémologie des sciences médicales dominée par le modèle paternaliste, fait difficilement jouer la variable de l'âge, les valeurs traditionnelles construites autour de l'âge. Aussi, le jeune malade, comme le malade âgé reçoivent les mêmes offres institutionnelles de l'accueil au service de diagnostic et parfois, ils bénéficient du même protocole thérapeutique et du même modèle de relation médecin-malade.

Or, la personne âgée malade n'est pas vidée de sa substance culturelle au point d'être réduite aux malades de tous les autres âges. pour B Allenet, A-M Guignon, P Maire, J Calop (2005), il faut intégrer les représentations de personnes âgées dans la production de soins afin de susciter son adhésion et l'observance thérapeutique. Il s'agit, de prendre en compte des valeurs associées telles que le respect pour penser, la spécificité de la relation médecin-malade et la singularité du protocole thérapeutique orientée par un gériatre spécialiste. En effet, un médecin spécialiste, des affections pulmonaires n'a pas la même compétence qu'un gériatre spécialiste des affections pulmonaires.

Lorsque les institutions sanitaires en Côte-d'Ivoire auront bien fait la différence entre une personne âgée et un malade âgé, le système de santé aurait dépassé ce paradoxe institutionnel qui limite l'accès aux soins de santé et favorise les violences en milieu hospitalier dont les personnes âgées sont victimes.

- **De l'enjeu de la construction d'un regard autre sur les personnes âgées"**

La vieillesse est une construction qui se défait et se refait en fonction des contextes sociohistoriques, les cultures, n'étant pas fixiste et naturelle. La retraite renvoyait majoritairement à une mort sociale parfois à une extrême forme d'exclusion sociale ». Mais le refus de cette retraite retraits social ou du vieillissement retraits social permet de voir saisir des formes de renonciation surtout en milieu urbain. Ces retraits tentent de donner un nouveau sens à leur existence (A.M.Guillemard, 2002). En effet, il n'est toujours pas aisé de déstructurer plus de trois décennies de parcours de vie en milieu urbain. La

ville a été l'espace social de production sociale, économique politique en somme un cadre de production de richesse qu'il est difficile d'abandonner. Bien de personnes âgées sont obligées de changer de regard sur leur propre existence et engagent leur entourage social à faire de même. (M.Billé et D.Martz, 2018) renchérit pour en indiquant que ce nouveau regard qui peut produire de nouvelle relation car l'âge est la richesse accumulée (Ml Billé, C Gallopin et J Polard, dir, 2012).

En effet, la sédentarisation croissante des personnes âgées en milieu urbain, l'émergence du vieillissement actif et l'appropriation de l'idéologie de la retraite active par les retraités sont au fondement de plaidoyers pour un nouveau regard sur les personnes âgées. Elles sédentarisent de plus en plus en milieu urbain, souvent en raison de la proximité au centre de santé, à des structures scolaires pour leurs enfants et la nécessité de maintenir les liens de sociabilités construits au cours du parcours de vie. Sous ce rapport, les personnes âgées sont dans un rapport de continuité biographique et ne se perçoivent pas en retrait de la vie sociale. Ce mode de vie évite qu'elles soient en rupture avec ses valeurs.

En conséquent, les représentations associées aux personnes âgées des générations passées, ne peuvent s'imposer aux nouvelles générations (B.Ennuyer, 2004). Ainsi, le vécu en milieu urbain, culturellement associé aux jeunes, au travail, aux affaires ne peut exclure l'éventualité d'une cohabitation intergénérationnelle et d'un travail d'adaptation aux nouveaux besoins. Alors comment ces espaces se construisent-ils comme de nouveaux lieux relationnels ? Comment l'accessibilité aux services, aux ressources et activités urbaines s'adaptent aux besoins des personnes âgées ? Comment ses lieux de résidences s'adaptent-ils pour faciliter l'implication des personnes âgées ? Ces différentes questions dévoilent le nécessaire dépassement de la figure de « l'ainé improductif » et invite à une réflexion sur la cohabitation intergénérationnelle pour un nouveau regard sur les personnes âgées. (F. Jahan et M. Leclair, 2010)

En effet, l'engagement associatif des retraités en Côte-d'Ivoire, les activités entrepreneuriales et les activités génératives de revenus complexifient la configuration sociale des espaces urbains vont émerger de nouveaux acteurs dans divers champs sociaux tels que entreprise, le commerce, les religieux, le politique. L'immobilisme et le retrait ne sont plus des propriétés associées aux personnes âgées pour J.P Viriot-Durandal et D. Reguer (2011).

L'espace associatif leur permet d'identifier les contraintes existentielles et tenter de les résoudre. Les relations avec les acteurs institutionnels, leurs contributions à l'amélioration des textes institutionnels de gestion des retraités, leurs contributions à des débats autour des politiques de régulation des âges indiquent que les personnes âgées ne sont plus ipso facto désignées inutiles.

L'on perçoit ici que cette catégorie sociale (personnes âgées) s'est approprié l'idéologie de la retraite comme un nouveau temps social de structuration, de parcours de vie. « La retraite, c'est le début de la vie ». Ce slogan du Fond International pour le Développement de la Retraite Active (FIDRA) dont l'objectif est d'accompagner la retraite en sorte qu'elle soit un espace biographique sensé être riche en expériences. Aussi, s'engage-t-il à promouvoir une retraite active et contribuer à améliorer la qualité de vie des retraités en offrant des services financiers et non financiers. Cet accompagnement formel a fait de la retraite et du vieillissement, un nouveau mode de vie contribue à une redéfinition sociale des personnes âgées et les replace dans un système de relation sociale intergénérationnelle dépouillé de toute idéologie excursionniste.

Le nouveau regard doit reconnaître aux personnes âgées, la capacité de contribuer au développement local, régional, national, de sorte que les pays africains soient également des sociétés pour tous les âges. Cette exigence anthropologique nécessite que les personnes âgées bénéficient d'un capital santé susceptible de faciliter leur engagement au processus humain durable. En outre, les programmes de sensibilisation des jeunes focalisés sur l'éthique du

respect aux personnes âgées et des programmes de formation des seniors constitue des ressources incontournables.

Conclusion

Le vieillissement en Afrique s'accompagne de défis en raison des bouleversements des rapports intergénérationnels perceptibles par l'âgisme en Côte d'Ivoire. En effet, malgré notre culture de valorisation des personnes âgées en raison de leurs « savoir », « savoir-faire » et « savoir-être », les expériences institutionnelles de structuration des rapports intergénérationnels sont exclusionnistes. Cette dynamique des rapports intergénérationnels défavorables aux personnes âgées est soutenue par les idéologies misérabilistes. Celles-ci pensent les personnes âgées comme des acteurs « socialement et économiquement productifs ».

Ainsi, en milieu médical, l'appropriation de cette idéologie limite l'accès des personnes aux soins de qualité garantissant leur capital-longévité. En partant du postulat que le vieillissement en bonne santé constitue un « indicateur-référence » de développement humain durable, un nouveau regard sur les personnes âgées s'impose. Celui-ci apparaît nécessaire pour le projet d'une « société » de tous les âges. Le défi qui se présente alors à nous, c'est l'articulation des valeurs structurelles traditionnelles qui survivent et les principes d'individualisation actuelle, mobilisées par les jeunes générations. Au cours de ce défi, l'éthique (comme relation valorisante) interpellent à la fois comme produit et résultat d'un ensemble d'ajustement des valeurs structurantes. Il s'agit de posture comportementale qui intègre à la fois les valeurs références de deux générations, l'une plus ancienne et l'autre plus jeune. Toutefois, il est convenable d'indiquer que répondre à un tel défi n'autorise nullement la prise en compte d'une représentation unique des personnes âgées.

Bibliographie

Abdramane Berthe, Lalla Berthé-Sanou, Blahima Konaté, all, 2013, Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques, Santé

Publique 2013/3 (Vol. 25), pages 367 à 371

Alain Pilon, 1990 ; « la vieillesse : reflet d'une construction sociale du monde », *Nouvelles pratiques sociales*, 3 (2), 141–146. <https://doi.org/10.7202/301095ar>

Anne Marie Guillemard, 2002, « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire, La retraite une mort sociale (1972) revisitée trente ans après », *Gérontologie et société* 2000, 3 (vol. 25 n° 102), pages 53 à 66

Anne-Marie Guillemard et Elena Mascova (dir, 2017), *Allongement de la vie. Quels défis ? Quelles politiques ?* Paris, La Découverte

Benoit Allenet, Pascal Maire, Jean Calop. *Intégration des représentations de la personne âgée face à ses médicaments pour améliorer son observance. Journal de Pharmacie Clinique*. 2005;24(3):175-179.

Bernard Ennuyer, 2004, les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles, *Gérontologie et société* 2004/2 (vol. 27 / n° 109), pages 141 à 154

Catherine Gucher, 2012, *Vieillesse différenciées et « effets de milieu » : Contribution à une théorie sociologique du vieillissement et de la vieillesse, mémoire en vue de l'Habilitation à Diriger des Recherches. Sociologie. Université de Grenoble*, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00735653/document>

Clyde Plumauzille et Mathilde Rossigneux-Méheust, 2014, *Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique », Hypothèses* 2014/1 (17), pages 215 à 228

David Cella, 2007 ; « Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie », *Recherche en soins infirmiers*, 88, P 25 à 31

Dayoro Zoguéhi Arnaud Kévin, 2009, *les conditions de vie des retraités, thèse de doctorat unique, université de Cocody, Abidjan, non publié*

- Franck Jahan et Matthieu Leclair, 2010, *regarder autrement le vieillissement, le projet gérontologique*

territorial : un défi pour les élus locaux , pages 15 à 33

Guérette Marie-Josée, Caradec Vincent, Bergman Howard, Joannette Yves, Blanchard François. « La vieillesse, c'est le déclin, on n'y peut rien ». In: *Santé, Société et Solidarité*, n°1, 2006. *Vieillesse et santé : idées reçues, idées nouvelles*. pp. 23-31;

Henri Leridon, 2015, « Afrique subsaharienne : une transition démographique explosive », *Futuribles*, 407, p.5-21

Jean-Philippe Viriot-Durandal et Daniel Reguer, (2011), *Retraite, engagement social et citoyenneté active*, *Gérontologie et société* 2011/3 (vol. 34 / n° 138), pages 143 à 164

José. Polard, 2012, « Vieillir, entrer dans le temps fini, poursuivre sa propre histoire ». *Manifeste pour l'âge et la vie : réenchanter la vieillesse* , pages 53 à 112

Marie Masse et Philippe Meire, 2012, « l'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées ? », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, vol. 10, n° 3, p 333-341

Michel Billé et Didier Martz, 2018, *La tyrannie du «Bien vieillir». Vieillir et rester jeune*, Toulouse, ERES

Michel Billé, Christian Gallopin et José Polard (dir), 2012, *Manifeste pour l'âge et la vie : réenchanter la vieillesse*, Toulouse, ERES

Muriel Sajoux, Valérie Golaz et Cécile Lefèvre, 2015, « L'Afrique, un continent jeune et hétérogène appelé à vieillir : enjeux en matière de protection sociale des personnes âgées », *Mondes en développement*, 171, pages 11 à 30

Richard Lefrançois, 2004, *les nouvelles frontières de l'âge*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal

Vincent Caradec, 2008, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin, coll. « 128 », 2e édition

Virginie. Pirard, 2006, « Qu'est-ce qu'un soin ? », *Esprit*, 1, pages 80 à 94.

Prévention de la violence hospitalière : L'expérience du groupe de parole et d'analyse des pratiques professionnelles au sein de l'équipe soignante du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Korhogo (Côte d'Ivoire)

Zagocky Euloge GUEHI (1), Koffi Hervé YANGNI-ANGATÉ(2)

1. Département de sociologie, Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo, eulogemomo@yahoo.fr

2. Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Résumé

Ce travail a pour but de vérifier l'incidence de la mise en place d'un groupe de parole et d'analyse des pratiques professionnelles au sein de l'équipe soignante du CHR de Korhogo sur les violences hospitalières.

La méthodologie utilisée a comporté trois (03) phases :

La première étape a consisté à mesurer l'ampleur de la violence au CHR de Korhogo par la mise en place dans ledit établissement de registres de déclaration ou de signalement des actes de violences. Ensuite, a été installé avec l'équipe soignante un groupe de parole et d'analyse des pratiques professionnelles qui visait à créer une plateforme de partage d'expériences et de construction de savoirs sur les violences vécues. Cet espace devait aussi permettre un questionnement sur plusieurs pratiques professionnelles. La dernière phase du travail a porté sur l'appréciation dans la durée de l'incidence de l'installation du groupe de parole et d'analyse des pratiques professionnelles sur les violences par la comparaison des déclarations.

Les résultats préliminaires obtenus semblent confirmer que le groupe de parole et d'analyse des pratiques professionnelles peut jouer un rôle dans la prévention des violences hospitalières.

Mots clés : *Prévention-Violence, Hôpital, Méthode participative, Côte d'Ivoire.*

Abstract :

This work aims to verify the impact of the establishment of a group of exchanges and analysis of professional practices within Korhogo Hospital's healthcare team on hospital violence.

Methodology used consisted on three (03) phases:

The first step was to measure the extent of violence at the CHR Korhogo by setting up records of reporting or reporting acts of violence.

Then, together with the care team, a group of discussion and analysis of professional practices was set up, which aimed to create a platform for sharing experiences and building knowledge about violence experienced. This space should also allow a

questioning on several professional practices. The last phase of the work focused on the long-term assessment of the impact of the installation of Exchanges and Analysis Group on Violence by comparison of statements.

The preliminary results obtained seem to confirm that the group of discussion and analysis of professional practices can play a role in the prevention of hospital violence.

Key words: *Prevention, Violence, Hospital, Participatory method, Côte d'Ivoire.*

Introduction

A côté des multiples questions pouvant impacter l'accès et la qualité des soins de santé en Afrique comme les disparités territoriales (Solard J., Evain F., 2012.), les inégalités sociales (Pascal J. et al, 2006), l'équité dans l'accès aux soins au niveau des populations (Ridde et Valery, 2006) et l'accès à tous les services publics (l'éducation, l'eau, l'électricité, les infrastructures routières) (Ridde Valery, 2006) figure aussi un phénomène, peu documenté dont la prise de conscience est plus récente, et qui concerne les violences dans les lieux de soins (Guehi Z. E. et al., 2015). En effet, l'idée que l'hôpital puisse être parfois un lieu de violence n'est plus totalement tabou. L'institution hospitalière ivoirienne comme en témoigne l'actualité quotidienne est fréquemment le lieu de développement de comportements agressifs comme les incivilités, les insultes, les menaces verbales, destruction de matériels etc. En même temps que les équipes soignantes et médicales se plaignent d'être l'objet de traumatismes, de violences physiques et verbales de la part des patients et leur famille, ceux-ci, en retour, mêmes s'ils reconnaissent l'humanisme rencontrée dans l'institution hospitalière, évoquent de nombreux cas de maltraitements et violences physiques, verbales et sexuelles provenant des infirmiers (ères) et médecins (Guiegui C.P. et al. 2015)

Ce travail s'inscrit dans le Prolongement du Forum Multi-Acteurs de 2015 sur la gouvernance des systèmes de santé et la prévention des violences hospitalières en Côte d'Ivoire initié par l'Alliance pour Refonder la Gouvernance en Afrique (ARGA). L'objectif de ce Forum était de montrer l'utilité de la

participation dans le champ de la prévention et la gestion des violences hospitalières en Côte d'Ivoire. Il a convoqué Médecins, Infirmier(e)s, Sages-Femmes, Aides-soignants, Associations de malades, Syndicats agents et cadre de la santé, Personnel administratif hospitalier, et universitaire. Ces usagers et travailleurs des hôpitaux ont été impliqués à réfléchir sur les causes de la violence hospitalière, les circonstances dans lesquelles elle survient, l'impact sur l'accès et la qualité des soins et finalement à rechercher eux-mêmes des solutions durables au problème de violence auxquels ils sont confrontés au sein de l'espace hospitalier. Cette démarche se positionne ainsi, comme une sorte de réponse citoyenne à la violence rencontrée au sein de l'institution hospitalière ivoirienne axée sur le dialogue, la discussion et le débat entre usagers, équipes soignantes et médicales, en vue de rechercher des solutions durables.

Parmi les recommandations formulées par ce forum figure avec insistance, *la mise en place de groupes de parole et/ou des groupes d'analyse des pratiques professionnelles*

Le présent travail ambitionne d'implémenter cette recommandation ; il veut vérifier sur une période précise, l'incidence de la mise en place d'un groupe de parole et d'analyse des pratiques professionnelles au sein de l'équipe soignante du CHR de Korhogo sur les violences hospitalières.

Méthodologie

La méthodologie adoptée comporte trois (03) phases:

- la première phase a consisté à mesurer l'ampleur du phénomène au CHR de Korhogo par la mise en place de registres de déclaration ou de signalement des actes de violence des usagers et des travailleurs hospitalier (Mois d'Octobre et Novembre 2018) ;
- la seconde phase a porté sur la mise en place d'un groupe de parole et d'analyse des pratiques professionnelles au sein de l'équipe soignante du CHR de Korhogo (Mois de Décembre 2018-Janvier et Février 2019). La mise en place de ce dispositif vise à: analyser des situations de violence, les pratiques professionnelles; construire des compétences, éclairer ; mieux appréhender des situations analogues de violence vécues personnellement ; se préparer (se former) à affronter des situations de violence semblables à venir ; construire des schèmes de vigilance et d'anticipation;
- la dernière phase a consisté à apprécier à partir du mois de février 2019, l'impact de l'installation du groupe de parole et d'analyse des pratiques

professionnelles au sein de l'équipe soignante sur les violences hospitalières au CHR de Korhogo par la comparaison des déclarations ;

Résultats

1- L'ampleur de la violence au CHR de Korhogo

Les registres de déclaration ou de signalement des actes de violence des usagers et des travailleurs au CHR de Korhogo durant la période d'Octobre et Novembre 2018, ont enregistré les plaintes consignées dans les figures 1,2,3. Les plaintes pour violences psychologiques et violences verbales sont les plus nombreuses : 30 plaintes pour vol, 40 plaintes pour humiliation, 65 plaintes pour absence de réponses aux différentes sollicitations des patients et 35 plaintes pour non-respect de la pudeur des patients. Les plaintes pour violences verbales sont marquées par 65 plaintes pour impolitesse et 45 plaintes pour injures.

Concernant les violences physiques, l'on a enregistré 5 plaintes pour coups et 15 plaintes pour bousculades.

Figure 1: Nombre de plaintes enregistrées violences psychologiques et morales

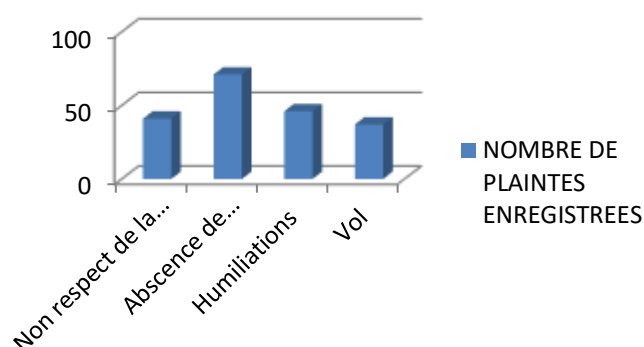


Figure 2: Nombre de plaintes enregistrées violences verbales et incivilités

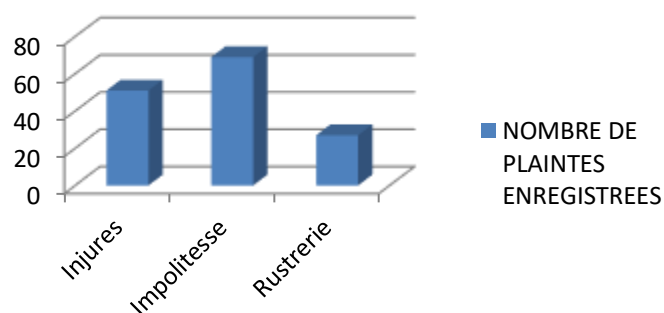
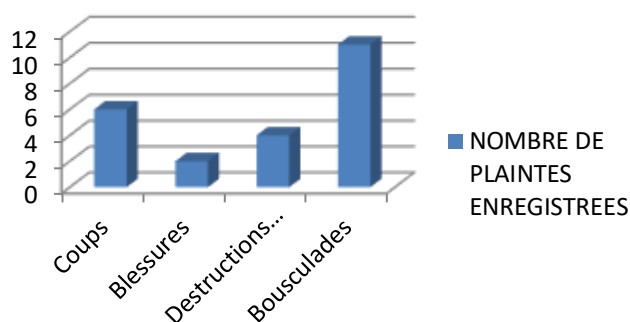


Figure 3: Nombre de plaintes enregistrées violences physiques



2- Sur la pratique du groupe de parole et d'analyse professionnelle

Le groupe de parole et d'analyse des pratiques professionnelles a porté effectivement sur deux éléments précis : le partage d'expériences et de construction de savoirs sur les violences vécues au CHR (1) et des questionnements sur plusieurs pratiques professionnelles dans les différents services du CHR (2). Le groupe a pu réaliser 14 séances de travail et a vu la participation de 62% du personnel soignant ; 40% d'infirmier(e)s; 37% de sages-femmes et 23% d'aides-soignants.

3-Evolution de la violence après l'installation du groupe de parole au CHR de Korhogo

Les évolutions des violences enregistrées après l'installation du groupe de parole au CHR de Korhogo sont consignées dans les tableaux 1, 2, 3. L'on observe après trois mois d'exercice du groupe de parole, une diminution conséquente des violences physiques, psychologiques, morales, des violences verbales et incivilités.

Toutefois les bousculades ont augmenté (Tableau 3). Ils sont passés de 10 à 15 plaintes après la mise en place du groupe de parole. L'on n'a aussi enregistré aucune plainte pour blessure.

Tableau 1 : Evolution du nombre de plaintes enregistrées concernant les violences psychologiques et morales après l'installation du groupe de parole au CHR

Nombre de plaintes préalablement enregistrées violences psychologiques et morales		Evolution du nombre de plaintes enregistrées concernant les violences psychologiques et morales après l'installation du groupe de parole au CHR	
Vols	30	Vols	03
Humiliations	40	Humiliations	08
Absence de réponses aux différentes sollicitations des patients	65	Absence de réponses aux différentes sollicitations des patients	14
Non-respect de la pudeur des patients	35	Non-respect de la pudeur des patients	22

Tableau 2 : Evolution du nombre de plaintes enregistrées concernant les violences verbales et incivilités après l'installation du groupe de parole au CHR

Nombre de plaintes préalablement enregistrées violences verbales et incivilités		Evolution du nombre de plaintes enregistrées concernant les violences verbales et incivilités après l'installation du groupe de parole au CHR	
Impolitesse	65	Impolitesse	27
Injures	45	Injures	19
Rustrerie	20	Rustrerie	05

Tableau 3 : Evolution du nombre de plaintes enregistrées concernant les violences physiques après l'installation du groupe de parole au CHR

Nombre de plaintes préalablement enregistrées violences physiques		Evolution du nombre de plaintes enregistrées concernant les violences physiques après l'installation du groupe de parole au CHR	
Coups	5	Coups	2
Blessures	2	Blessures	00
Bousculades	10	Bousculades	15
Destructions de biens	03	Destructions de biens	01

Conclusion

Ce travail a porté sur l'incidence d'un dispositif de co-construction de savoirs sur la violence au sein de l'équipe soignante et médicale au CHR de Korhogo. Les résultats semblent confirmer que le groupe de parole et d'analyse professionnelle peut jouer un rôle dans la prévention des violences hospitalières. Toutefois, Il faudra prolonger le processus pour avoir des résultats discutables et aussi créer un partenariat usagers-travailleurs par la mise en place d'espaces de dialogue.

Références bibliographiques

GUEHI Zagocky Euloge, GROGUHE Yogblo Armand, KONE Issiaka, 2015, Accès aux soins et gouvernance de la santé publique en Côte d'Ivoire : la méthode participative en prévention des violences en milieu hospitalier, *Revue Échanges*, 2(5) :564-588

GUIEGUI C.P. et al., 2015, Etude des violences externes subies par le personnel des urgences du centre hospitalier et universitaire (CHU) de Yopougon (Côte d'Ivoire), In : *1er congrès de la société ivoirienne de médecine du travail* de Grand Bassam, Avril 2015.

GOBBERS D., 2002, L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'ouest, *ADSP*, 39 :71-78-74

PASCAL J., ABBEY-HUGUENIN H., LOMBRAIL P., 2006, inégalités sociales de santé : Quels impacts sur l'accès aux soins de prévention, *Lien social et politique*, 55 :115-124

RIDDE, VALERY, 2006, La question de l'équité dans l'accès aux soins aux Burkina Faso. Le point de vue de quelques infirmiers et membres de comités de santé, *Etudes récits*, 12, 36-46

SOLARD J., EVAIN F., 2012, Les disparités territoriales d'accès aux soins : Comparaison de deux spécialités, *Etudes et Résultats*, 794 :1-6

Lutte contre l'âgisme et les violences hospitalières : Recommandations du Colloque Par Koffi Hervé Yangni-Angaté

- Promouvoir la conscience sanitaire.
- Mettre un accent particulier sur l'accueil de personnes âgées.
- Prendre en compte nos valeurs traditionnelles et culturelles pour une meilleure prise en charge des personnes âgées.
- Mettre en place une politique de santé intégrant les personnes âgées.
- Privilégier la collaboration entre les matrones et les sages-femmes.
- Mettre un accent sur la formation continue du personnel soignant.
- Privilégier la réconciliation nationale.
- Installer des groupes de parole et d'analyse des pratiques au sein des différentes structures sanitaires.
- Créer un partenariat entre les équipes soignantes et les patients.
- Enfin, mettre en place une plateforme impliquant tous les acteurs pour mieux adresser la question de la violence en milieu hospitalière et la manière d'y remédier.

*Achevé d'imprimer en Côte d'Ivoire
Pour le compte des Éditions G.Créa
Dépôt légal : Archives nationale de Côte d'Ivoire
Troisième Trimestre 2021*