Perte de l'Autonomie chez des Personnes Ainées et Offres de Soins au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan (PPA) /Côte d'Ivoire

Ahou Clémentine TANOH-SAY
Université Félix Houphouet Boigny University (UFHB), Abidjan, Ivory Coast
blasomy2007@yahoo.fr
Nicaise Yapo YAPI
Université Félix Houphouet Boigny University (UFHB), Abidjan, Ivory Coast

Résumé

En Côte d'Ivoire, le vieillissement de la population carcérale soulève des enjeux particuliers pour les institutions pénitentiaires. Cette étude analyse la perte de l'autonomie chez des aînés détenus au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan (PPA). Dans une approche qualitative, les données ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-directifs auprès de 20 aînés détenus, 2 agents de santé, 1 assistant social, 2 codétenus témoins, 2 agents pénitentiaires et 1 représentant du ministère de la Justice.
Les résultats montrent que la perte de l'autonomie des aînés détenus ne relève pas uniquement de la vieillesse. Les contraintes carcérales peuvent transformer certaines limitations fonctionnelles en situation de dépendance. Les limites matérielles et organisationnelles de l'offre de soins contribuent également à différentes formes de dépendance. Enfin, la valorisation de la force et de la résistance dans les interactions carcérales peut conduire certains aînés à dissimuler leurs difficultés, contribuant ainsi à l'invisibilisation de leur vulnérabilité.
Mots-clés : *perte de l'autonomie, offres de soins, milieu carcéral, personnes aînées détenues, Pôle Pénitentiaire d'Abidjan.*

Abstract

In Côte d'Ivoire, the aging prison population poses unique challenges for correctional institutions. This study analyzes the loss of independence among older inmates at the Abidjan Correctional Complex (PPA).

Using a qualitative approach, data were collected through semi-structured interviews with 20 older inmates, 2 healthcare workers, 1 social worker, 2 fellow inmates serving as controls, 2 correctional officers, and 1 representative from the Ministry of Justice. The results show that the loss of autonomy among elderly inmates is not solely due to old age. Prison conditions can transform certain functional limitations into situations of dependency. The material and organizational limitations of healthcare provision also contribute to various forms of dependency. Finally, the emphasis on strength and resilience in prison interactions can lead some older adults to conceal their difficulties, thereby contributing to the invisibility of their vulnerability.

***Keywords**: loss of autonomy, healthcare provision, prison environment, older incarcerated persons, Abidjan Penitentiary Centre.*

Introduction

Le vieillissement de la population carcérale constitue aujourd'hui un phénomène de plus en plus visible dans les systèmes pénitentiaires contemporains. Sous l'effet conjugué de l'allongement des peines, des lenteurs judiciaires et du durcissement des politiques pénales, les établissements carcéraux accueillent un nombre croissant de personnes aînées détenues (Penal Reform International, 2021). Pourtant, les prisons ont historiquement été organisées autour d'une population carcérale majoritairement jeune et physiquement apte, laissant peu de place à la prise en charge du vieillissement (B.A. Williams et al. 2012).

Vieillir en détention ne renvoie pas uniquement à un processus biologique. Il s'agit également d'une expérience sociale inscrite dans un espace institutionnel fortement contraignant, marqué par la promiscuité, la surveillance permanente et la standardisation des comportements. Dans cet environnement, les personnes aînées détenues sont confrontées à des pathologies chroniques, à une fragilité corporelle accrue et

à une perte progressive de l'autonomie souvent incompatible avec les exigences ordinaires de la vie carcérale.

Au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan (PPA), principal complexe carcéral de Côte d'Ivoire, cette réalité prend une acuité particulière. Initialement conçu pour accueillir environ 1 500 détenus, le PPA comptait 8 381 détenus en 2021, 10 092 en 2022 et 10 735 en 2023, parmi lesquels figuraient respectivement 110, 128 et 131 personnes aînées détenues. Cette surpopulation chronique exerce une pression importante sur les infrastructures sanitaires et les conditions de détention. Le Centre de Santé Urbain du Dispensaire Public de Prison (CSUDPP), chargé de la prise en charge médicale des détenus, reste confronté à plusieurs insuffisances : pénurie récurrente de médicaments, rupture d'intrants de laboratoire, faiblesse du plateau technique et inadéquation des soins pour les pathologies chroniques liées au vieillissement. Entre 2021 et 2023, le centre a enregistré 225 décès en détention.

Pourtant, les principes internationaux relatifs aux droits des détenus reconnaissent à toute personne incarcérée le droit à une prise en charge sanitaire équivalente à celle offerte à la population générale. Dans les faits, les personnes aînées détenues évoluent dans un environnement où les contraintes sécuritaires, les routines carcérales et l'insuffisance des dispositifs de soins tendent à renforcer leur dépendance physique et sociale. Il existe ainsi un paradoxe entre les principes de protection sanitaire affichés par l'institution carcérale et les réalités concrètes vécues par les détenus vieillissants.

Cette étude s'ancre théoriquement dans la théorie de la privation institutionnelle développée par E. Goffman (1961), qui constitue le cadre d'analyse mobilisé pour interroger la production de la dépendance des personnes détenues. Selon cet auteur, la prison

constitue une « institution totale » caractérisée par le contrôle des corps, la standardisation des pratiques et la réduction progressive de l'autonomie individuelle. Processus qu'il désigne sous le terme « de mortification du moi », ce cadre théorique permet de postuler que la perte de l'autonomie des personnes aînées détenues ne relève pas exclusivement de la sénescence biologique, mais résulte également des contraintes institutionnelles qui renforcent leur dépendance physique, sociale et symbolique.

Dès lors, une interrogation centrale se dégage : dans quelles mesures les contraintes institutionnelles propres au milieu carcéral et les modalités concrètes d'organisation de l'offre de soins contribuent-elles à la perte progressive de l'autonomie physique, sociale et symbolique des personnes aînées détenues au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan ?

L'objectif général de cette étude est d'analyser la manière dont les contraintes institutionnelles et l'offre de soins en milieu carcéral participent à la perte de l'autonomie chez des personnes aînées détenues au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan.
De façon spécifique, il s'agit de :

- Analyser les contraintes carcérales qui accentuent la dépendance des personnes aînées détenues ;
- Examiner l'organisation des soins et son impact sur l'autonomie physique et sociale des personnes aînées ;
- Déterminer les formes d'invisibilisation sociale et de vulnérabilité symbolique vécues par les personnes aînées détenues.

1. Méthodologie de l'étude

1.1 Site et population de l'étude

Cette étude a été menée au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan (PPA), situé dans la commune de Yopougon, en bordure du Parc national du Banco. Créée en 1985 sous l'appellation de Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA), cette structure constitue aujourd'hui le principal complexe carcéral de la Côte d'Ivoire.

Le PPA regroupe plusieurs établissements pénitentiaires et dispose d'un Centre de Santé Urbain du Dispensaire Public de Prison (CSUDPP), chargé de l'accompagnement sanitaire des détenus. En 2023, le PPA comptait 10 735 détenus, dont 131 personnes aînées détenues.
Le choix de cet espace social se justifie par sa position centrale dans le système pénitentiaire ivoirien ainsi que par la présence d'un nombre croissant de détenus vieillissants confrontés à des conditions socio-sanitaires précaires.

1.2 Echantillonnage et caractéristiques de l'échantillon

L'étude repose sur une approche qualitative fondée sur un échantillonnage par choix raisonné. Les participants ont été sélectionnés en fonction de leurs expériences, de leur connaissance du phénomène étudié ou de leur implication professionnelle et institutionnelle dans les conditions de vie et de santé des personnes détenues.

Au total, vingt-huit (28) personnes ont été interrogées. L'échantillon était composé de vingt (20) personnes aînées détenues, deux (2) agents de santé, un (1) assistant social, deux (2) codétenus témoins, deux (2) agents pénitentiaires et un (1) représentant du ministère de la Justice.

Les personnes aînées détenues constituaient la population cible. Ont été incluses celles âgées de 60 ans ou plus, incarcérées depuis au moins deux ans, présentant au moins une pathologie chronique ou une limitation fonctionnelle et ayant accepté de participer à l'étude.

Les autres acteurs ont été retenus en raison de leur expérience du milieu carcéral, de leur proximité avec les personnes aînées ou de leur implication dans l'organisation de la détention, des soins ou de l'accompagnement social.

1.3. Technique d'analyse des données

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu inspirée de l'approche compréhensive. Les entretiens ont été retranscrits puis les données ont été regroupées en fonction des thèmes récurrents et des objectifs de l'étude.

Le traitement et la codification ont été réalisés manuellement. L'analyse a porté sur les convergences, les divergences et les significations présentes dans les discours des différentes catégories d'enquêtés.

Trois (3) dimensions principales ont émergé : les contraintes carcérales et la dépendance, les relations entre l'offre de soins et l'autonomie, ainsi que l'invisibilisation sociale et la vulnérabilité symbolique des personnes aînées détenues.

2. Résultats

2.1. Les contraintes carcérales et la dépendance des personnes aînées détenues

Les discours recueillis montrent que les contraintes institutionnelles de la vie carcérale peuvent accentuer les difficultés fonctionnelles des personnes aînées. Les routines, les horaires et les déplacements collectifs s'imposent à des

personnes dont les capacités physiques sont parfois réduites. Un aîné détenu explique :

« Même quand ton cœur te fait mal, tu fais rang. Si tu parles trop, on dit que tu es trop ennuie. »

(Aîné détenu 6).

Ce discours montre que l'état de santé ne permet pas nécessairement à la personne aînée de se soustraire aux exigences ordinaires de l'organisation collective. L'obligation de « faire rang » malgré la douleur illustre la difficulté d'ajuster les routines institutionnelles aux capacités physiques individuelles.

Un autre détenu décrit les temporalités de l'accès aux soins :

> « *Pour aller à l'hôpital, y a une liste qui passe le matin dans chaque cellule, si tu rates ça, faut attendre le lendemain, sauf si tu fais une crise grave ou que tu tombes là-même. »* (Aîné détenu 7)

L'accès ordinaire aux soins apparaît ainsi inscrit dans une temporalité institutionnelle. La possibilité de consulter dépend non seulement du besoin sanitaire, mais également de la capacité à s'inscrire dans la procédure et au moment prévu.

Les limitations physiques peuvent également créer une dépendance envers les autres détenus. Un codétenu explique :

> *« Souvent les vieux mogo sont woro. pour aller à l'infirmerie même, c'est chaud, on est obligé de les soutra. »* (Codétenu témoin)

Dans le vocabulaire employé par l'enquêté, « vieux mogo » désigne les personnes âgées, « woro » renvoie à l'état de fatigue

ou d'affaiblissement et « soutra » signifie apporter son aide. Le discours révèle que l'entraide des codétenus permet de compenser certaines limitations de mobilité. Elle montre simultanément que l'accès à certains services peut devenir dépendant de la disponibilité d'un tiers. Les données mettent ainsi en évidence une interaction entre limitations corporelles et contraintes institutionnelles : les difficultés liées à l'âge deviennent plus handicapantes lorsque l'organisation du quotidien offre peu de possibilités d'adaptation.

2.2. L'offre de soins et les limites de l'accompagnement sanitaire

Les résultats mettent en évidence des contraintes concernant la prise en charge sanitaire des personnes aînées détenues. Elles concernent notamment les ressources disponibles, les maladies chroniques, l'accès physique à l'infirmerie et l'organisation des parcours de soins.

Une personne aînée exprime ainsi sa perception de la prise en charge :

> *« Quand tu vas là-bas, ils donnent les médicaments comme ça. Même si t'as tension, c'est paracétamol. »* (Aîné détenu 1).

Ce discours ne permet pas d'affirmer que le paracétamol constitue systématiquement la réponse thérapeutique aux pathologies chroniques. Il traduit cependant la perception, chez cet enquêté, d'une réponse thérapeutique insuffisamment individualisée.

Cette perception doit être confrontée aux conditions de travail décrites par les professionnels. Une infirmière explique :

> *« Au PPA ici, nous avons des personnes âgées qui souffrent de maladies chroniques, diabète,*

> *hypertension, etc. Nous faisons avec le peu de moyens dont nous disposons. »*

Elle ajoute :

> *« Les conditions dans lesquelles nous travaillons sont très difficiles, avec des ruptures de médicaments très fréquentes et du matériel de travail peu adapté à la prison. »* (Agent de santé 1)

Ces déclarations montrent que les difficultés ne sont pas seulement exprimées par les personnes détenues. Les professionnels eux-mêmes situent leur pratique dans un environnement marqué par des contraintes matérielles. Les ruptures de médicaments prennent une importance particulière pour des personnes présentant des pathologies chroniques nécessitant un suivi dans la durée.

L'assistant social souligne une autre dimension :*« Au PPA ici, rien n'a été prévu pour les personnes âgées, aucune disposition particulière ».*

Ce discours met en évidence, du point de vue de cet acteur, l'absence de dispositif spécifiquement consacré aux besoins associés au vieillissement.

La prise en charge sanitaire implique également une articulation entre plusieurs acteurs. Concernant les évacuations, un professionnel de santé explique :

> *« En ce qui concerne les évacuations, nous faisons notre part, on émet le billet, le reste est géré par l'administration. »* (Agent de santé 2).

Un agent pénitentiaire précise de son côté : *« Tout ce qui concerne la santé est géré par les agents de santé. »* (Agent pénitentiaire 1).

La confrontation de ces discours fait apparaître une répartition des responsabilités. La décision et l'initiation

médicale du parcours relèvent des professionnels sanitaires, tandis que certaines étapes pratiques nécessitent l'intervention de l'administration pénitentiaire. Les données ne permettent donc pas de conclure à un blocage systématique des évacuations par l'administration. Elles montrent plutôt une interdépendance organisationnelle entre acteurs sanitaires et pénitentiaires.
Enfin, les conditions de consultation peuvent affecter la relation thérapeutique :

> *« Même à l'infirmerie, tu n'es pas libre. Y a un surveillant assis là, tu peux pas parler tranquillement avec l'infirmier. »* (Aîné détenu 4).

La présence d'un surveillant est ici vécue comme une limitation de la liberté de parole. Les exigences de sécurité peuvent ainsi se prolonger dans l'espace sanitaire et influencer la manière dont le détenu communique avec le professionnel de santé.
L'offre de soins apparaît donc confrontée, à plusieurs niveaux, de contraintes matérielles, organisationnelles, relationnelles et interactionnelles.

2.3. Invisibilisation sociale et vulnérabilité symbolique des personnes aînées détenues

Au-delà des dimensions corporelles et sanitaires, les discours montrent que l'âge ne constitue pas toujours, dans l'univers carcéral, une position donnant lieu à une reconnaissance particulière.
Un détenu aîné explique :

> *« Quand tu viens ici là, ton âge reste dehors. Ici, tu dors à même le sol comme tout le monde. Même ton petit peut t'insulter. »* (Aîné détenu 5).

L'expression *« ton âge reste dehors »* traduit une rupture avec certaines formes de reconnaissance sociale traditionnellement associées à l'âge. Dans l'espace carcéral, le statut commun de détenu peut prendre le dessus sur la position générationnelle antérieure.

Cette idée apparaît également dans le discours d'un codétenu : *« Ici, c'est le kaba. Que tu sois vieux ou jeune, il faut être cracra.* » (Codétenu témoin 2).

« Kaba » désigne ici la prison et « cracra » renvoie à l'idée d'être fort ou résistant. Cette déclaration met en évidence une norme carcérale de résistance présentée comme indépendante de l'âge. Une personne aînée précise les conséquences de cette norme :

> *« Quand tu es vieux ici, faut faire comme si tu es fort. Si tu dis que tu es fatigué ou que tu as mal, on va dire que ton kaba est monté. Et ça devient un sujet de moquerie.* » (Aîné détenu 3).

La vulnérabilité peut ainsi être dissimulée pour éviter la moquerie ou préserver sa position dans les interactions. Il apparaît alors un paradoxe : la personne qui a davantage besoin d'assistance peut être conduite à minimiser publiquement ce besoin.

Les données ne permettent pas de conclure à une discrimination systématique fondée sur l'âge. Elles montrent plutôt qu'une norme commune de résistance s'applique à des détenus dont les capacités physiques sont différentes. Cette uniformité contribue à rendre moins visibles certaines difficultés propres au vieillissement.

3. Discussion des résultats

3.1. Les contraintes carcérales comme mécanisme de production de la dépendance des personnes aînées détenues

Les résultats de cette étude montrent que la dépendance des personnes aînées détenues au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan ne résulte pas uniquement des limitations physiques ou sanitaires associées au vieillissement. Elle se construit également dans la confrontation entre ces limitations et les exigences ordinaires du fonctionnement carcéral. Les horaires imposés, les déplacements collectifs, les files d'attente et les procédures d'accès aux soins exigent des personnes vieillissantes qu'elles s'adaptent à un fonctionnement institutionnel qui tient peu compte, selon les enquêtés, de la diversité de leurs capacités physiques. Ainsi, une difficulté corporelle préexistante peut devenir une situation de dépendance lorsque l'environnement ne permet pas à l'individu d'adapter son rythme ou ses activités à son état de santé.

Ces résultats sont confirmés par l'analyse de E. Goffman (1961) sur les institutions totales. Pour cet auteur, l'une des caractéristiques de l'institution totale réside dans le fait que les différentes dimensions de la vie quotidienne se déroulent sous une même autorité et selon une organisation collective largement programmée. L'individu dispose alors d'une marge relativement réduite pour organiser lui-même son temps et ses activités. Dans le contexte du PPA, cette lecture permet de comprendre que la perte d'autonomie ne se manifeste pas seulement par l'incapacité physique à accomplir une tâche. Elle apparaît également lorsque la personne aînée ne peut plus ajuster les exigences institutionnelles à ses propres capacités. L'obligation de suivre le rythme collectif malgré la fatigue ou la

douleur illustre ainsi une forme de dépendance produite dans l'interaction entre l'individu et l'institution.

Les résultats obtenus au PPA convergent également avec ceux de B.A. Williams et al. (2006). À partir d'une étude réalisée auprès de détenues vieillissantes en Californie, ces auteurs montrent que l'évaluation classique des activités de la vie quotidienne ne suffit pas à rendre compte de l'autonomie en milieu carcéral. Ils proposent de considérer des activités propres à la prison, notamment la capacité à se présenter au comptage, à rejoindre les lieux de repas, à entendre les consignes ou à accéder à une couchette. Leur étude montre ainsi que l'environnement carcéral comporte des exigences particulières susceptibles d'accentuer les conséquences des limitations fonctionnelles. Cette analyse rejoint directement les résultats du PPA : les difficultés des personnes aînées prennent une importance particulière lorsqu'elles doivent accomplir des activités imposées par l'organisation carcérale dans les mêmes conditions que les autres détenus.

Toutefois, une différence de contexte mérite d'être soulignée. Les travaux de B.A. Williams et al. (2006) portent sur des détenues vieillissantes dans des prisons californiennes et accordent une place importante à la mesure des limitations fonctionnelles. La présente étude, menée dans le contexte ivoirien, met davantage en évidence l'expérience sociale de ces limitations. Elle montre notamment que la dépendance ne se situe pas uniquement dans la difficulté à accomplir physiquement une activité, mais également dans l'impossibilité de modifier le rythme ou la procédure imposée par l'institution. Ce déplacement du regard permet de considérer l'autonomie comme une relation entre les capacités de l'individu et les caractéristiques de son environnement.

Cette interprétation est également compatible avec les travaux de B.A. Williams et al. (2012), qui soulignent que le vieillissement des populations carcérales confronte les institutions pénitentiaires à des besoins sanitaires, fonctionnels et organisationnels spécifiques. Ces auteurs montrent que les modèles ordinaires de prise en charge doivent être repensés lorsque les établissements accueillent un nombre ne croissant de personnes présentant des maladies chroniques, des limitations fonctionnelles ou d'autres besoins associés au vieillissement. Leur analyse invite ainsi à ne pas considérer l'âge comme une simple variable démographique, mais à interroger la capacité de l'environnement carcéral à répondre aux transformations fonctionnelles qui l'accompagnent.

Les résultats du PPA permettent cependant d'aller plus loin dans la compréhension sociologique de ce phénomène. Ils suggèrent que l'application uniforme des règles peut produire des effets inégaux selon les capacités des détenus. Une procédure identique pour tous peut apparaître formellement égalitaire, mais devenir plus contraignante pour une personne aînée ayant des difficultés à se déplacer, à rester longtemps debout ou à suivre le rythme collectif. L'uniformité institutionnelle ne signifie donc pas nécessairement égalité dans l'expérience de la détention. Elle peut au contraire contribuer à renforcer les désavantages des individus dont les capacités fonctionnelles sont diminuées.

C'est précisément dans ce sens que l'expression « production de la dépendance » doit être comprise. Les contraintes carcérales ne produisent pas nécessairement la maladie, le vieillissement ou la limitation fonctionnelle initiale. Elles peuvent, en revanche, transformer une limitation existante en obstacle concret à l'exercice de l'autonomie. Une personne qui peut encore accomplir certaines activités dans un

environnement adapté peut devenir dépendante lorsque ces mêmes activités doivent être réalisées selon des horaires, des déplacements ou des procédures difficilement compatibles avec ses capacités.

L'apport principal de ce premier résultat réside donc dans la distinction entre limitation fonctionnelle et dépendance institutionnellement produite. La première renvoie aux capacités physiques ou sanitaires de la personne, la seconde apparaît lorsque l'environnement ne permet plus à celle-ci de compenser ses limitations ou d'adapter son comportement à ses capacités. Dans le contexte du PPA, la perte d'autonomie des personnes aînées apparaît ainsi comme un phénomène relationnel : elle se construit dans l'écart entre ce que la personne vieillissante est encore capable de faire et ce que l'organisation carcérale exige d'elle.

Cette lecture permet finalement de dépasser une conception strictement biomédicale de la perte de l'autonomie. Vieillir en détention ne signifie pas seulement voir diminuer certaines capacités physiques. Cela signifie également devoir continuer à fonctionner dans une institution dont les règles, les temporalités et les exigences collectives ne se modifient pas nécessairement au même rythme que les capacités de l'individu. Les contraintes carcérales deviennent alors un mécanisme de production de la dépendance lorsqu'elles réduisent les possibilités pour les personnes aînées de compenser leurs limitations et de conserver une maîtrise effective de certaines dimensions de leur quotidien.

3.2. Les limites de l'offre de soins comme facteur de dépendance sanitaire des personnes aînées détenues

Les résultats montrent que la perte de l'autonomie des personnes aînées détenues au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan se construit

également dans leur rapport à l'offre de soins. La présence d'un dispositif sanitaire au sein de l'établissement ne signifie pas nécessairement que les personnes vieillissantes disposent d'une autonomie effective dans la gestion de leur santé. Les contraintes matérielles rapportées par les professionnels, les difficultés physiques d'accès à l'infirmerie, le recours à l'aide des codétenus et l'intervention de plusieurs acteurs dans certaines étapes du parcours thérapeutique montrent que l'accès effectif aux soins dépend d'un ensemble de ressources et de médiations. La dépendance sanitaire apparaît ainsi lorsque la personne ne peut plus mobiliser seule les moyens nécessaires pour accéder au soin ou poursuivre son parcours thérapeutique.

Cette situation rejoint les analyses de B.A. Williams et al. (2012) qui montrent que le vieillissement en détention confronte les systèmes pénitentiaires à des besoins sanitaires plus complexes. Les personnes vieillissantes présentent davantage de maladies chroniques, de limitations fonctionnelles et de besoins nécessitant une continuité de prise en charge. Dès lors, l'existence d'une structure sanitaire ne suffit pas à apprécier la qualité de la réponse apportée. Il faut également interroger sa capacité à assurer des soins adaptés aux caractéristiques fonctionnelles et sanitaires de cette population.

Les résultats du PPA illustrent particulièrement cette question à travers les conditions matérielles de production du soin. Les agents de santé interrogés font état de ruptures fréquentes de médicaments et de matériels qu'ils jugent peu adaptés à l'environnement carcéral, alors même qu'ils prennent en charge des personnes souffrant notamment de diabète et d'hypertension. Dans ce contexte, les difficultés rencontrées ne peuvent être interprétées uniquement à partir de la relation entre le soignant et le patient. Elles renvoient également aux ressources dont disposent les professionnels pour assurer la prise

en charge. Cette distinction est importante, car elle évite d'attribuer aux pratiques individuelles des soignants ; ce qui peut relever de contraintes plus structurelles de l'offre de soins.

Ce résultat trouve un prolongement dans les travaux de B. A. Williams et al. (2014) consacrés à la santé des personnes vieillissantes en prison. Ces auteurs soulignent que les détenus âgés présentent fréquemment des besoins liés aux maladies chroniques, aux limitations fonctionnelles et à la multi morbidité. Ils insistent sur la nécessité d'une approche adaptée aux particularités du vieillissement. La situation observée au PPA met ainsi en évidence un décalage possible entre la complexité des besoins sanitaires et les ressources effectivement mobilisables pour y répondre.

Toutefois, les résultats de cette étude permettent d'élargir la question au-delà de la disponibilité des médicaments ou du matériel. Ils montrent que l'autonomie sanitaire comporte également une dimension physique et relationnelle. Lorsque certaines personnes aînées ne peuvent rejoindre seules l'infirmerie et doivent être aidées par leurs codétenus, l'accès au soin devient dépendant d'une solidarité informelle. L'entraide constitue alors une ressource essentielle : elle compense les limitations de mobilité et permet à la personne vieillissante d'accéder au dispositif sanitaire. Mais elle révèle simultanément une fragilité du parcours de soins puisque l'accès effectif à celui-ci dépend de la disponibilité d'un tiers.

Cette situation prolonge le résultat discuté précédemment concernant la dépendance institutionnelle. Une personne peut disposer théoriquement du droit de solliciter des soins tout en ne possédant pas les capacités physiques nécessaires pour accéder seule au lieu où ceux-ci sont dispensés. L'autonomie sanitaire ne peut donc pas être réduite à la

possibilité formelle de consulter. Elle suppose également la capacité concrète de se déplacer, de solliciter une prise en charge et de poursuivre les différentes étapes du parcours thérapeutique.

Une autre dimension ressort de l'organisation des évacuations sanitaires. Les discours des professionnels montrent que le personnel de santé intervient dans l'évaluation médicale et l'émission du billet d'évacuation, tandis que la poursuite de la procédure nécessite l'intervention de l'administration pénitentiaire. Ce résultat ne permet pas d'affirmer que l'administration constitue systématiquement un obstacle à l'évacuation. Il met plutôt en évidence une interdépendance entre deux logiques institutionnelles : la logique sanitaire, qui identifie le besoin médical, et la logique pénitentiaire, qui organise les conditions permettant le déplacement d'une personne détenue vers l'extérieur.

Cette articulation est particulièrement importante en milieu carcéral, car le parcours thérapeutique ne dépend pas exclusivement de la relation entre un professionnel de santé et son patient. Certaines décisions médicales nécessitent des moyens de transport, des autorisations, des dispositifs de surveillance ou une organisation sécuritaire qui dépassent les compétences du seul personnel sanitaire. La continuité du parcours de soins repose alors sur la coordination entre plusieurs catégories d'acteurs.

Les résultats mettent également en évidence une dimension interactionnelle de l'autonomie sanitaire. La présence d'un agent pénitentiaire lors de certaines consultations est vécue par un enquêté comme une limitation de sa liberté de parole avec le professionnel de santé. Cette situation soulève la question de la confidentialité du soin en milieu carcéral. Les Règles Nelson Mandela des Nations Unies (ONU, 2015) établissent que les

informations médicales des personnes détenues doivent bénéficier de confidentialité et que les décisions cliniques relèvent des professionnels de santé. La confidentialité ne constitue donc pas uniquement une exigence déontologique, elle participe aux conditions permettant au patient de communiquer librement des informations nécessaires à sa prise en charge.

Dans le contexte du PPA, cette dimension est particulièrement importante pour comprendre l'autonomie sanitaire. Une personne peut être physiquement présente devant le soignant sans disposer pour autant de toutes les conditions lui permettant d'exprimer librement son expérience de la maladie. L'accès au soin doit donc être distingué de l'accès effectif à une relation thérapeutique permettant l'expression des besoins sanitaires.

Les résultats conduisent ainsi à identifier plusieurs formes de dépendance associées à l'offre de soins. La dépendance est matérielle lorsque la continuité de la prise en charge est conditionnée par la disponibilité des médicaments et des équipements. Elle est relationnelle lorsque la personne aînée doit compter sur l'aide d'un codétenu pour accéder physiquement au soin. Elle est organisationnelle lorsque la réalisation du parcours thérapeutique dépend de la coordination entre acteurs sanitaires et pénitentiaires. Elle devient, enfin, interactionnelle lorsque les conditions de surveillance influencent la possibilité d'échanger librement avec le soignant.

L'apport de ce deuxième résultat réside donc dans la distinction entre existence de l'offre de soins et accessibilité effective du soin. La présence d'une structure sanitaire au sein de l'établissement constitue une ressource indispensable, mais elle ne suffit pas à garantir l'autonomie sanitaire des personnes vieillissantes. Celle-ci dépend également des conditions

matérielles de fonctionnement du dispositif, des capacités physiques de la personne, des solidarités disponibles et de la coordination des acteurs intervenant dans son parcours.

La dépendance sanitaire des personnes aînées détenues au PPA apparaît dès lors comme un phénomène relationnel et institutionnel autant que médical. L'état de santé crée certains besoins, mais les conditions dans lesquelles ces besoins peuvent être pris en charge déterminent en partie le degré d'autonomie conservé par la personne. Les limites de l'offre de soins deviennent ainsi un facteur de dépendance lorsqu'elles obligent la personne vieillissante à dépendre davantage des ressources institutionnelles ou de l'assistance d'autrui pour gérer sa santé.

3.3. Invisibilisation sociale et vulnérabilité symbolique des personnes aînées détenues

Ces résultats montrent que la perte de l'autonomie des personnes aînées détenues au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan ne possède pas uniquement une dimension physique, sanitaire ou institutionnelle. Elle comporte également une dimension sociale et symbolique. Les discours recueillis révèlent que l'âge, qui peut constituer dans d'autres espaces sociaux un principe de reconnaissance et de différenciation des positions, perd une partie de cette fonction dans l'univers carcéral. Parallèlement, les interactions entre détenus valorisent la capacité à résister, à supporter les contraintes et à ne pas manifester publiquement sa faiblesse. Dans ce contexte, certaines personnes aînées cherchent à dissimuler leur fatigue ou leurs douleurs afin de préserver leur position dans les interactions. La vulnérabilité existe donc objectivement, mais son expression peut être socialement contenue.

Ce résultat peut être éclairé par l'analyse de E. Goffman (1961) relative aux effets de l'institution totale sur

l'identité des individus. Pour E. Goffman, l'entrée dans une institution totale s'accompagne d'une rupture avec une partie des rôles, des statuts et des repères qui structuraient antérieurement l'existence sociale de l'individu. L'institution soumet ses membres à un cadre commun dans lequel leur identité antérieure peut perdre une partie de sa capacité à organiser les relations. Dans le contexte étudié, cette perspective permet d'interpréter l'expression selon laquelle « l'âge reste dehors » non comme une disparition de l'âge biologique, mais comme un affaiblissement de la reconnaissance sociale qui pouvait lui être associée avant l'incarcération.

Cette transformation du statut social prend une signification particulière dans le contexte ivoirien. Dans de nombreux espaces familiaux et communautaires, l'avancée en âge peut être associée à des attentes de respect, à une position générationnelle particulière et à certaines formes de reconnaissance. Les résultats obtenus au PPA montrent que l'incarcération peut perturber ces hiérarchies ordinaires. Le statut de détenu tend alors à devenir une identité institutionnelle commune susceptible de réduire les privilèges symboliques associés à l'âge. Toutefois, cette interprétation doit rester prudente : les données ne permettent pas d'affirmer que toute personne aînée bénéficie nécessairement d'un statut valorisé hors de la prison ni que cette reconnaissance disparaît complètement en détention. Elles montrent plutôt que plusieurs enquêtés vivent l'univers carcéral comme un espace où l'âge protège peu contre les contraintes et les rapports ordinaires entre détenus.

Les résultats rejoignent également les travaux de V. Handtke et al. (2015), qui montrent que le vieillissement en détention doit être appréhendé à travers plusieurs dimensions de vulnérabilité. Leur étude auprès de femmes âgées incarcérées en

Suisse met notamment en évidence l'importance des relations sociales, de la santé et de l'environnement carcéral dans l'expérience du vieillissement. Cette convergence est importante : elle indique que la vulnérabilité des personnes aînées ne peut être réduite à leur état biologique. Elle se construit également dans les relations qu'elles entretiennent avec les autres et dans la place qui leur est accordée au sein de l'environnement pénitentiaire.

Le terrain du PPA permet cependant d'identifier un mécanisme particulier : la valorisation sociale de la force. Les expressions employées par les enquêtés, notamment la nécessité d'être « cracra » ou de « faire comme si tu es fort », montrent que la capacité à supporter les contraintes possède une valeur dans les interactions carcérales. La force ne désigne donc pas uniquement une capacité physique ; elle fonctionne également comme une manière socialement valorisée de se présenter aux autres.

Cette observation peut être approfondie à partir de la notion de présentation de soi développée par E. Goffman (1959). Dans les interactions sociales, les individus tentent de maîtriser l'image qu'ils donnent d'eux-mêmes en fonction de la situation et des attentes qu'ils attribuent aux autres. Sans assimiler mécaniquement le contexte carcéral étudié aux situations analysées par Goffman, cette perspective permet de comprendre pourquoi une personne vieillissante peut chercher à présenter une image de résistance alors même qu'elle éprouve de la fatigue, de la douleur ou des limitations fonctionnelles. Paraître fort devient alors une stratégie de maintien de soi dans l'interaction.

Cette stratégie possède néanmoins une dimension paradoxale. En cherchant à éviter d'être identifié comme faible,

le détenu aîné peut minimiser ou dissimuler les manifestations de sa vulnérabilité. Or, cette dissimulation peut rendre ses besoins moins perceptibles pour les autres détenus et, potentiellement, pour certains acteurs susceptibles de lui apporter une assistance. La stratégie qui permet de préserver une position sociale peut donc simultanément contribuer à l'invisibilisation des besoins associés au vieillissement.

C'est ici que la notion de vulnérabilité symbolique prend son sens. Elle ne signifie pas que les personnes aînées seraient uniquement victimes d'une domination exercée consciemment par les autres détenus. Les résultats ne permettent pas une telle conclusion. Elle renvoie plutôt à une situation dans laquelle certaines représentations socialement valorisées, « être fort », « supporter », « ne pas montrer sa faiblesse », influencent la manière dont les individus présentent et interprètent leur propre vulnérabilité.

La perspective de P. Bourdieu (1991) sur le pouvoir symbolique peut contribuer à approfondir cette interprétation. Bourdieu montre que les rapports sociaux sont également structurés par des catégories de perception et des systèmes de reconnaissance qui contribuent à définir ce qui apparaît légitime, valorisé ou dévalorisé dans un espace social. Dans le contexte du PPA, la valorisation de la résistance peut ainsi être comprise comme une norme qui oriente les comportements et les représentations de soi. La personne aînée peut chercher à se conformer à cette norme alors même que son état physique rend cette conformité plus difficile.

Il convient, toutefois, de ne pas qualifier automatiquement cette situation de « violence symbolique » au sens bourdieusien. Une telle affirmation supposerait de démontrer plus précisément les mécanismes de domination, de

légitimation et d'intériorisation à l'œuvre. Les données recueillies permettent d'établir l'existence d'une norme de résistance et de montrer ses effets sur l'expression de la vulnérabilité. Elles ne suffisent pas à démontrer l'ensemble des mécanismes nécessaires pour conclure à une violence symbolique au sens strict. La théorie de Bourdieu constitue donc ici un outil d'interprétation complémentaire plutôt qu'une explication exhaustive du phénomène.

Les résultats du PPA permettent finalement de mettre en évidence une tension entre vulnérabilité corporelle et nécessité sociale de paraître résistant. Cette tension distingue la vulnérabilité vécue de la vulnérabilité exprimée. Une personne peut connaître une diminution réelle de ses capacités physiques sans manifester publiquement toute l'étendue de ses difficultés. L'absence apparente de demande d'aide ne signifie donc pas nécessairement l'absence de besoin.

Cette distinction constitue un apport important de l'étude. Elle montre que l'évaluation de l'autonomie des personnes aînées détenues ne devrait pas reposer uniquement sur les difficultés qu'elles déclarent spontanément ou qu'elles rendent visibles. Les normes sociales propres aux interactions carcérales peuvent influencer la manière dont ces difficultés sont exprimées, dissimulées ou interprétées.

Ainsi, l'invisibilisation sociale des personnes aînées détenues ne signifie pas qu'elles disparaissent de l'espace carcéral. Elle renvoie plutôt à l'effacement relatif de la spécificité de leurs besoins derrière le statut commun de détenu et derrière une norme de résistance qui encourage à masquer certaines formes de fragilité. La vulnérabilité des personnes aînées apparaît, dès lors, à la fois corporelle et symbolique : corporelle parce que le vieillissement et la maladie peuvent

réduire certaines capacités, symbolique parce que les conditions sociales de la détention influencent la possibilité de reconnaître et d'exprimer ces limitations.

Conclusion

Cette étude a eu pour objectif d'analyser la manière dont les contraintes institutionnelles et l'offre de soins en milieu carcéral influencent la perte de l'autonomie des personnes aînées détenues au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan (PPA). Plus spécifiquement, il s'agissait d'analyser les contraintes carcérales qui accentuent la dépendance des détenus vieillissants, d'examiner l'organisation des soins et son influence sur l'autonomie physique et sociale des personnes aînées, et de déterminer les formes d'invisibilisation sociale et de vulnérabilité symbolique vécues par ces dernières.

Pour atteindre ces objectifs, l'étude s'est appuyée sur une approche qualitative de type descriptif et analytique. Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de vingt-huit (28) enquêtés : vingt (20) personnes aînées détenues, deux (2) agents de santé, un (1) assistant social, deux (2) codétenus témoins, deux (2) agents pénitentiaires et un (1) représentant du ministère de la Justice. Ces entretiens ont été complétés par des observations de terrain menées au sein du Pôle Pénitentiaire d'Abidjan. Les données ont été traitées manuellement puis soumises à une analyse thématique de contenu inspirée de l'approche compréhensive.

Les résultats montrent que la perte de l'autonomie des personnes aînées détenues ne relève pas uniquement des limitations physiques et sanitaires associées au vieillissement. Elle se construit également dans l'interaction entre ces limitations et les caractéristiques de l'environnement carcéral.

Les routines institutionnelles et les procédures peu ajustables aux capacités des personnes vieillissantes peuvent transformer certaines limitations fonctionnelles en situations concrètes de dépendance. Les contraintes carcérales apparaissent ainsi comme un mécanisme susceptible de produire ou d'accentuer la dépendance lorsque les possibilités d'adaptation de la personne à son état physique sont réduites.

L'étude montre également que l'existence d'une offre de soins au sein de l'établissement ne garantit pas, à elle seule, l'autonomie sanitaire des personnes aînées détenues. Les contraintes matérielles rapportées par les professionnels, les difficultés physiques d'accès à l'infirmerie, le recours à l'aide des codétenus et l'intervention de plusieurs acteurs dans certaines étapes du parcours thérapeutique font apparaître différentes formes de dépendance. Celle-ci peut être matérielle, relationnelle, organisationnelle ou interactionnelle. L'autonomie sanitaire dépend donc également des conditions concrètes dans lesquelles les soins sont rendus accessibles.

Enfin, les résultats mettent en évidence une dimension sociale et symbolique de la vulnérabilité, souvent moins visible que les formes de dépendance physique ou organisationnelle, mais tout aussi structurante. Dans un environnement où la capacité à résister et à paraître fort est valorisée comme norme de virilité et confère un statut au sein du groupe des détenus, certaines personnes aînées peuvent être conduites à minimiser ou à dissimuler leur fatigue, leurs douleurs ou leurs difficultés. Elles le font de peur d'être perçues comme faibles ou de perdre une forme de considération sociale au sein de la détention. Cette invisibilisation peut se traduire par un retard dans le recours aux soins, un silence face aux souffrances quotidiennes, ou encore un isolement progressif vis-à-vis des codétenus plus jeunes. La norme carcérale de résistance contribue ainsi à rendre moins

visibles certains besoins liés au vieillissement, créant un écart entre la vulnérabilité réellement vécue et celle qui est exprimée ou reconnue par l'institution. La vulnérabilité vécue ne correspond donc pas nécessairement à la vulnérabilité exprimée.

À la lumière des travaux d'E. Goffman (1961), ces résultats permettent de comprendre la perte de l'autonomie comme un phénomène qui ne se situe pas uniquement dans l'individu, mais également dans la relation qu'il entretient avec son environnement institutionnel. L'institution carcérale ne produit pas le vieillissement ni les maladies qui peuvent l'accompagner ; elle peut toutefois renforcer les conséquences de certaines limitations lorsque son organisation laisse peu de possibilités d'ajustement aux capacités de la personne.

Sur le plan scientifique, l'apport de cette étude réside ainsi dans l'analyse multidimensionnelle de la perte de l'autonomie chez des personnes aînées détenues dans le contexte spécifique du Pôle Pénitentiaire d'Abidjan. Elle met en évidence l'articulation entre limitations fonctionnelles, contraintes institutionnelles, conditions d'accès aux soins et normes sociales de résistance. La perte de l'autonomie apparaît dès lors comme un analyseur des relations entre vieillissement, santé et organisation carcérale. Sur le plan social, les résultats attirent l'attention sur la nécessité de mieux prendre en compte les besoins fonctionnels et sanitaires des personnes aînées dans l'organisation des soins et de la vie carcérale.

Certaines limites doivent toutefois être soulignées. L'étude a été réalisée dans un seul établissement pénitentiaire et repose sur une démarche qualitative et un échantillonnage raisonné. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés statistiquement à l'ensemble des personnes aînées détenues ou des établissements pénitentiaires ivoiriens. Par ailleurs, la

position professionnelle du chercheur au sein de l'environnement sanitaire carcéral constitue un élément de réflexivité méthodologique à prendre en considération dans l'interprétation des interactions d'enquête.

Ces limites ouvrent néanmoins plusieurs perspectives de recherche. Des études comparatives menées dans différents établissements pénitentiaires ivoiriens pourraient permettre d'examiner les variations dans les conditions de vieillissement, les formes de dépendance et les modalités de prise en charge des personnes aînées détenues. D'autres recherches pourraient également explorer spécifiquement les dimensions psychologiques, familiales et nutritionnelles du vieillissement en détention afin de compléter la compréhension des différentes composantes de l'expérience carcérale des personnes aînées.

References bibliographies

BOURDIEU Pierre, 1991. *Language and Symbolic Power*, Cambridge, Polity Press.

GOFFMAN Erving, 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*, Garden City, New York, Doubleday Anchor Books.

GOFFMAN Erving, 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Garden City, New York, Anchor Books.

HANDTKE Violet, BRETSCHNEIDER Wiebke, ELGER Bernice et WANGMO Tenzin, 2015. « Easily Forgotten: Elderly Female Prisoners », Journal of Aging Studies, vol. 32, pp. 1-11. DOI : 10.1016/j.jaging.2014.10.003.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU), 2015. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela), Résolution

A/RES/70/175, New York, Assemblée générale des Nations Unies.

PENAL REFORM INTERNATIONAL (PRI) et ASSOCIATION FOR THE PREVENTION OF TORTURE (APT), 2021. Older Persons in Detention: A Framework for Preventive Monitoring, Londres/Genève, Penal Reform International – Association for the Prevention of Torture.

PÔLE PÉNITENTIAIRE D'ABIDJAN (PPA), 2021. Rapport annuel 2021, Abidjan, Pôle Pénitentiaire d'Abidjan.

PÔLE PÉNITENTIAIRE D'ABIDJAN (PPA), 2022. Rapport annuel 2022, Abidjan, Pôle Pénitentiaire d'Abidjan.

PÔLE PÉNITENTIAIRE D'ABIDJAN (PPA), 2023. Rapport annuel 2023, Abidjan, Pôle Pénitentiaire d'Abidjan.

WILLIAMS Brie A., LINDQUIST Karla, SUDORE Rebecca, STRUPP Heidi M., WILLMOTT Donna et WALTER Louise, 2006. « Being Old and Doing Time: Functional Impairment and Adverse Experiences of Geriatric Female Prisoners », Journal of the American Geriatrics Society, vol. 54, n°4, pp. 702-707. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00662x.

WILLIAMS, Brie A., GOODWIN James, BAILLARGEON Jacques, AHALT Cyrus et WALTER Louise, 2012. « Addressing the Aging Crisis in U.S. Criminal Justice Health Care », Journal of the American Geriatrics Society, vol. 60, n°6, pp. 1150-1156. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.03962 x.

WILLIAMS Brie A., STERN Marc F., MELLOW Jeff, SAFER Meredith et GREIFINGER Robert B., 2012. « Aging in Correctional Custody: Setting a Policy Agenda for Older Prisoner Health Care », American Journal of Public Health, vol. 102, n°8, pp. 1475-1481. DOI: 10.2105/AJPH.2012.300704.

WILLIAMS Brie A., AHALT Cyrus et GREIFINGER Robert B., 2014. « The Older Prisoner and Complex Chronic Medical Care », dans Enggist Stefan, Møller Lars, Galea Gauden

et Udesen Caroline (dir.), Prisons and Health, Copenhague, Who Regional Office for Europe, pp. 165-170.