



Journée scientifique organisée par Pôle Suds (Ined)
Pôle Suds Research Workshop (Ined)

« Jeunes migrantes et petites bonnes en Afrique »

« Migrant girls and little maids in Africa »

Ouagadougou, 4 décembre 2011
Hôtel Laico, Complexe Ouaga 2000

Session : 5. Regards croisés sur les migrations des jeunes filles

Auteur-e-s : Dimi Théodore DOUDOU

Titre : Analyse phénoménologique de la gestion de sa santé et de sa sexualité chez la jeune fille rurale insérée en ville dans la filière de servante de maison

VERSION PRELIMINAIRE : merci de contacter les auteur-e-s pour les citations

DRAFT : please contact the author-s for any quotation

Analyse phénoménologique de la gestion de sa santé et de sa sexualité chez la jeune fille rurale insérée en ville dans la filière de servante de maison.

DOUDOU Dimi Théodore

Sociologue de la santé / Université de Bouaké (Côte d'Ivoire)

06 BP 430 Abidjan 06, Email : ddimi_faith@yahoo.fr

Résumé

Cette étude qualitative a été initiée en 2011 pour répondre à la question de savoir, quels sont les constituants de l'expérience de santé et de sexualité des jeunes filles rurales immigrées en ville et y pratiquant le métier de « bonne » ou de « nounou »? Elle a concerné une trentaine de filles travaillant comme servantes dans les ménages à Abidjan, interrogées à l'aide d'entretiens approfondis et d'histoires de vie. Cinq constituants du phénomène étudié ont été dégagés. On note une *négation* de ce métier par les filles et une sorte de frustration de se sentir concernée par une telle activité. Les jeunes filles expriment un sentiment de *vulnérabilité* relative aux risques de viols et autres agressions. Elles s'estiment *responsables de leur santé*, mais sont incapables d'assumer cette responsabilité toutes seules en cas de maladie jugée grave. Leur famille, notamment la mère ne leur a pas communiqué le savoir nécessaire pour une bonne gestion des menstrues ; elles ressentent donc une sorte de *délaissement ou abandon à elles-mêmes pour les questions liées à la sexualité*. Elles perçoivent *le milieu urbain comme les exposant mieux aux messages sur le VIH/sida* comparativement au milieu rural. L'étude invite à une meilleure organisation de ce secteur d'activités et au renforcement de la sensibilisation au sujet du VIH/sida et des MST.

Mots clés : approche phénoménologique – santé – sexualité - jeunes filles bonnes - Abidjan.

Introduction

La situation des femmes relative à leur santé et à leurs occupations, constitue une préoccupation majeure des Etats et des organisations internationales. Ainsi, le 2^{ème} Congrès International de Rio tenu en 1999, pouvait-il s'intéresser à la thématique « Femmes, santé et travail » (BTS, 2000).

Parmi cette population féminine, les femmes et les jeunes filles travailleuses domestiques sont l'une des catégories faisant de plus en plus, l'objet d'un grand intérêt de la part des organisations de lutte pour le respect des droits de l'Homme.

En effet, le travail domestique est présenté comme caractérisé par une féminisation accrue, des conditions de travail mauvaises et un manque de protection et de reconnaissance légale. Il est décrit comme un secteur dominé par les femmes parce que ne nécessitant pas de leur part des qualifications particulières (D'Souza, 2010). Déjà en 1970 à Mexico, 23,7% de la population économiquement active étaient des employées de maison (Ludec, non daté). En Equateur, 98,7 % des travailleurs domestiques sont des femmes (D'Souza, *op. cit.*). Au Cameroun, une étude récente rapporte un taux de 81% (Fouda, 2010).

Une autre caractéristique majeure du travail domestique mentionnée dans la littérature sur la question, est son lien étroit avec le phénomène de la migration. La pauvreté grandissante en milieu rural entraîne un afflux massif des jeunes filles des villages vers les villes. Ainsi, les capitales des pays en développement y compris ceux d'Afrique, constituent de fortes zones d'absorption de cette main d'œuvre rurale bon marché.

En Côte d'Ivoire, un argumentaire de projet visant les jeunes filles employées domestiques, indique que celles-ci proviennent généralement du milieu rural sous l'influence de tantes faisant miroiter à leurs parents un avenir meilleur pour l'enfant en ville. Cela, avec pour seule intention de faire des retenues sur les gains des fillettes. Ces filles sont utilisées dans les ménages pour apporter un appui à la maîtresse de maison dans les tâches domestiques. Leur âge varie de 8 à 20 ans. Leur temps de travail est estimé entre 12 à 14h par jour, et leur salaire qualifié de très faible. Elles sont souvent victimes de maltraitance de la part de leurs employeurs (injures, fausses accusations, violence physique, etc.) voire d'abus sexuels. L'argumentaire précise, que le BICE lutte contre l'utilisation de jeunes filles de moins de 15 ans comme bonnes de maison et pour la protection des droits de celles âgées de 15 ans et plus [www.kira-international.org].

Le discours officiel et celui des organisations de droits de l'Homme s'intéresse donc au travail domestique chez les jeunes filles comme tremplin pour la lutte contre la traite des enfants voire contre la servitude humaine et l'esclavage.

La présente étude fondée sur l'approche phénoménologique, voudrait dans une démarche parallèle et singulière, se placer du côté des filles domestiques elles-mêmes, pour comprendre les perceptions qu'elles se font de leur propre vécu en matière de santé et d'expérience sexuelle voire de passage à l'âge adulte. La question centrale qui sert de fil conducteur à cette recherche est de savoir, quels sont les constituants de l'expérience de santé et de sexualité des jeunes filles rurales immigrées en ville et y pratiquant le métier de « bonne » ou de « nounou »? Cette question centrale se décline en trois groupes d'interrogations, cherchant à savoir :

- Premièrement, quels sont les déterminants de la migration en ville, ainsi que les acteurs intervenant dans ce processus de migration ? Quel est le profil des jeunes filles bonnes (âge, éducation, région d'origine, etc) ? Comment s'est effectuée l'entrée dans le métier de bonne ? Quel est le réseau de relations sociales dans lequel évoluent ces jeunes filles, notamment quels

types de relations s'établissent avec la famille demeurée en milieu rural ? Quelle image ont-elles de leur condition de jeune fille domestique ?

- Deuxièmement, quels problèmes de santé vivent ces filles ? De quels symptômes se plaignent-elles le plus ? Comment procèdent-elles face à la maladie ? Reçoivent-elles de l'assistance, de qui et de quelle nature ? Comment leurs expériences de maladie sont-elles vécues par la famille d'origine en milieu rural ?

- Troisièmement, quelle est la caractéristique de leur comportement sexuel (entrée dans les rapports sexuels, acquisition de connaissances sur la gestion du cycle menstruel, usage de contraceptifs) ; quelle est leur situation matrimoniale et comment vivent-elles ce statut ? Quelles informations détiennent ces jeunes filles au sujet des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida, et quelles en sont les sources d'information ? Quelle est leur attitude vis-à-vis du test de VIH/sida et l'utilisation du préservatif ?

I. Méthodologie

L'étude est à option qualitative. Elle a consisté en une histoire de vie de chaque jeune fille pour cerner le processus de migration vers la ville et les déterminants de cette migration, ainsi que l'entrée dans la profession de bonne. Elle a également procédé à un entretien approfondi sur les questions spécifiques de santé et sexualité.

Une trentaine de jeunes filles domestiques ont été interrogées sur la base de deux critères : la pratique de ce métier, puis la disponibilité. Vu le caractère sensible du sujet, l'enquête a été conduite par des enquêtrices préalablement formées à l'administration des outils de collecte. Les enquêtrices ont recherché les jeunes filles bonnes volontaires au sein des ménages, pour participer à l'étude et ont procédé aux entretiens. L'enquête s'est déroulée dans les communes de Yopougon et Cocody au sein du District d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire.

L'analyse des données s'inspire de l'approche phénoménologique. De par sa référence à la notion d'intentionnalité développée par Edmund Husserl (Gravel, 2000 ; Meyor *et al.*, 2005 ; Meyor, 2007), celle-ci a pour particularité de procéder dans la démarche de réduction phénoménologique, à la mise en évidence des modes intentionnels qui structurent la relation d'un sujet à son monde : pensée, perception, imagination, volonté, affectivité, impression, rêve, etc. Il s'agit de mettre en évidence la structure ou la signification essentielle d'un phénomène, c'est-à-dire les caractères inaliénables par lesquels un phénomène est ce qu'il est. La démarche s'appuie sur les mots, les ressentis, les formulations et les perceptions des sujets ayant vécu ce phénomène. Ici, le phénomène concerné est la migration et son corolaire de statut de bonne dans ses liens avec les expériences de santé et de sexualité des jeunes filles. On cherche à comprendre, qu'est-ce qui fait que la santé et la sexualité de la jeune fille rurale émigrée en ville et travailleuse domestique est ce qu'elle est, en en dégagant les caractéristiques inaliénables à travers le vécu de ces filles, leurs perceptions, leurs ressentis. Pour l'analyse des données, nous utilisons la réduction phénoménologique en 5 étapes comme l'a suggéré Gravel H. (2000, *op.cit*) : la première étape consiste à percevoir le sens global de chaque description écrite (récit), la seconde à diviser le texte en unités de signification, la troisième à analyser chaque unité de sens en se fondant sur la question « qu'est-ce que cette unité me dit à propos de l'expérience » de santé ou sexuelle de la jeune fille ? , la quatrième à organiser les unités transformées en une description de l'expérience de chaque participante, la cinquième à mettre en relation l'une avec les autres chaque structure spécifique, afin de dégager une structure typique de l'expérience.

II. Résultats

2.1. Description des jeunes filles et déterminants de la migration en ville

Profil des jeunes filles bonnes

Il ressort des différents entretiens que les jeunes filles ont migré vers les villes pendant leur adolescence (âge compris entre 14 ans et 18 ans). La moyenne d'âge des filles enquêtées est de 22,5 ans. La plus jeune a 15 ans et la plus âgée 27. Les filles enquêtées proviennent généralement du pays rural Akan, c'est-à-dire du Centre de la Côte d'Ivoire. Mais, on note la présence de filles issues de localités périphériques du district d'Abidjan : Agboville, Adzopé, etc. Elles sont généralement célibataires sans enfant, mais certaines ont connu des expériences non fructueuses de concubinage et ont un ou plusieurs enfants à leur charge. Ces jeunes filles sont généralement non scolarisées. Celles qui ont été scolarisées se sont limitées au cycle primaire.

Migration en direction d'Abidjan

La migration vers Abidjan s'est généralement opérée à partir du village, mais dans de rares cas, le mouvement est parti d'une ville de l'intérieur du pays servant de lieu de transition avant, suite à un revers ou à un échec, de rejoindre Abidjan. Les déterminants de cette migration sont : la recherche d'emploi, puis la recherche de l'instruction en ville, mais aussi la crise ivoirienne¹. Les acteurs intervenant dans le processus, sont pour la plupart les parents proches (père, oncle, tante, frère, sœur).

Réseau de relations sociales

Bien qu'étant en Abidjan, les jeunes filles bonnes demeurent en contact permanent avec leurs parents restés au village. Cela se fait par des appels téléphoniques réciproques visant à réchauffer les liens de parenté ou par l'envoi d'argent aux parents.

« J'appelle les parents tous les jours ; chaque jour que Dieu fait on s'appelle. »

« Souvent aussi, j'appelle mon papa pour lui expliquer ce qu'il y a et puis, il me donne les conseils. »

« Je suis en contact avec eux, je les appelle souvent pour avoir de leurs nouvelles. Si je ne les appelle pas, eux mêmes ils m'appellent pour avoir de mes nouvelles. »

« Je les appelle souvent, si j'ai un peu d'argent je leur envoie je vais là-bas les voir Quand j'ai les moyens je leur envoie un peu d'argent. »

Le contact avec des membres de la famille est aussi important en ville, à Abidjan, même si dans ce cas-ci les parents concernés sont rarement le père ou la mère. Il s'agit généralement

¹ En septembre 2002, la Côte d'Ivoire a connu un coup d'Etat militaire qui s'est mué en une crise politique sans précédent. Cette crise a duré une dizaine d'années. La scission du pays en deux zones et la crainte des représailles ont poussé bien des populations des régions Centre, Nord et Ouest (CNO) à migrer vers la capitale économique Abidjan.

de tantes, oncles, frères, sœurs, etc. Toutefois, certaines filles soit ne connaissent aucun parent dans la ville d'Abidjan soit ont cessé tout contact avec le parent après une déception.

« Je n'ai personne ici. »

« Je n'ai plus de leur nouvelle. »

Les liens sociaux avec la parentèle en ville, sont utilisés par les jeunes filles bonnes comme support moral ou psychosocial en cas de difficulté.

« J'appelle ma maman. Quand je suis malade. »

« Actuellement là si j'ai un problème c'est directement chez ma tante. C'est elle que je vois, que tout le monde connaît quoi. C'est elle. Si ce n'est pas elle il n'y a personne. »

« C'est mon oncle que j'appelle quand y a un problème. »

L'entrée dans le métier de bonne

On note que leur entrée dans le métier de domestique a été suscitée par deux motivations majeures : le besoin d'autonomie financière et le souci d'apporter de l'aide à la famille. Le premier motif apparaît comme le plus important au regard des commentaires faits par les jeunes filles.

« J'étais avec ma maman, mon papa vit ici (Abidjan). C'est lui qui m'a envoyé, avant je parlais à l'école, j'ai arrêté école là. Quand je suis venue à Abidjan, il m'a mis dans couture. Bon, comme on est beaucoup à la maison, je vois que ça va pas trop, je suis venue me débrouiller un peu, un peu pour payer machine, c'est pour ça que je suis ici. »

« Souvent j'ai besoin d'argent pour mes petits trucs. Les pommades, les habits tout ça. Bon je ne veux pas tout temps lui demander ma tante donne-moi l'argent, donne-moi l'argent. C'est un peu trop. Donc je lui ai demandé la permission si je peux travailler. Elle dit y a pas de problème. C'est de là j'ai commencé. »

« Pouvoir travailler pour aider mon petit frère. Parce qu'il voulait passer concours. Donc j'ai fait ça pour l'aider. Dieu merci, ça a marché. Son concours a marché donc il travaille maintenant. »

« Bon, moi je me suis dit je veux chercher l'argent pour continuer mon travail, c'est tout, c'est ça. »

« Parce que je veux faire quelque chose de moi-même, parce que chez mon oncle je ne peux pas m'asseoir comme ça. Il faut que je cherche quelque chose à faire moi-même pour pouvoir faire quelque chose après quoi, faire commerce, pour pouvoir faire commerce il faut l'argent, donc c'est pourquoi j'ai commencé à chercher travail. »

« Ma maman elle n'est pas mariée oh. Donc je ne vais pas m'asseoir comme ça et puis elle s'en va travailler pour me donner l'argent. A cause de ça je me débrouille un peu. »

« Parce que les filles, elles sont derrière les garçons parce qu'ils se disent que c'est à cause de l'argent. Pourquoi je vais courir derrière garçon ? Il faut que je fasse ça là pour pouvoir payer mes pommades tout ça. »

Toutefois, le métier de bonne est considéré par les jeunes filles domestiques comme un travail de transition. Leur objectif est de réaliser suffisamment d'économies pour s'installer dans un corps de métier à leurs yeux plus valorisant tel que la coiffure, la couture, etc.

« Il y a beaucoup de métiers, et le métier que j'aime je n'ai pas les moyens pour pouvoir entreprendre donc c'est pour cela que je me suis mise dans ce métier. »

« Je n'avais pas d'autres moyens c'est à cause de ça j'ai accepté. »

« Je veux faire salon de coiffure donc j'ai besoin d'argent pour le faire. »

L'image de leur condition de jeune fille domestique

Les avis sont partagés en ce qui concerne la condition de jeune fille domestique. Certaines filles ont une image négative de ce métier ; elles le trouvent épuisant (plusieurs tâches et horaire de travail dense) et difficile à cause des humeurs insupportables de certain(e)s patron(ne)s.

« On va faire comment ? On a besoin d'argent pour faire quelque chose. »

« Même si je vais durer là, je vais durer. Mais un jour aussi je vais faire quelque chose. Donc je sais combien il faut dépenser et puis combien garder, pour faire autre chose. »

« Hum, on va faire comment ? L'homme est serré (coincé), on est obligé de faire ça pour avoir l'argent pour le commerce. Donc ce n'est pas un truc qu'on peut durer dedans, qu'on peut rester dedans, ce n'est pas un métier quoi. Le métier de servante est une bonne chose quand il s'agit de faire pour aller faire autre chose demain. »

« Pour le moment ce n'est pas un travail vraiment que l'on veut faire, mais comme tu n'as personne pour t'aider, tu es obligée de te jeter dans ça, ce n'est pas un travail ! »

« Travail de servante, moi je vois ça comme souvent on n'a pas les moyens, tu es obligée d'aller faire travail de servante là, sinon ce n'est pas travail qu'on veut faire. »

« Tu ne te reposes pas c'est à cause de ça. »

« Hum! Ce qui est sûr ce n'est pas facile, ce n'est pas facile. Mais on est obligé de faire quand même. Sinon, ce n'est pas facile. »

Elles estiment aussi que ce métier les expose à des viols et autres agressions. Ce sont ces filles considèrent généralement ce métier comme transitoire.

« Là c'était dans vers Soubré là-bas (une ville du sud-ouest). Je travaillais chez un monsieur. Il était marié, mais sa femme a pris grossesse. On dit si elle travaille avec la grossesse, l'enfant va tomber ; donc je suis allé travailler avec eux. J'ai travaillé avec eux, j'ai duré avec eux. Il a vu que j'ai pris forme, j'ai pris du poids, d'après lui-même. Donc il a

commencé à parler affaire (me draguer). Je dis non je ne veux pas, puisque je connais déjà sa femme, on est toujours ensemble donc je ne veux pas. Mais lui m'a forcé mais il n'a pas réussi. C'est ça qui a fait que je suis quitté là-bas. Parce que je ne peux pas supporter. Quand il me voit net il est toujours bandé. Quand je vois ça, ça me dérange (gêne). »

« Oui, on nous fatigue beaucoup (drape), les hommes là, souvent les patrons. Il ya aussi les braqueurs, ils vont venir te braquer, soit même te violer. »

En revanche, d'autres filles s'estiment heureuses de pratiquer ce métier et n'ont pas l'intention de changer. Elles préfèrent se contenter du peu qu'elles gagnent, car cela leur permet d'avoir une relative autonomie financière. Ce qui les met à l'abri de certains métiers à risque tels que ceux de serveuse ou danseuse dans les bistrotts et les boîtes de nuit, la prostitution, etc.

« En tout cas moi je me sens bien. Je me sens bien parce que vraiment quand le mois finit, on me donne mon petit argent, mon petit argent, ça suffit ! Je sais combien je vais dépenser, je sais combien garder. »

« Et tout cas, moi je suis à l'aise. »

« (Rire), bon, c'est pas mal, c'est mieux que d'aller chercher garçon au dehors. C'est mieux que tu vas courir partout, derrière les garçons pour dire que non, je vais sortir avec les garçons pour avoir l'argent. C'est mieux que tu vas aller travailler dans les maquis, aller danser dans les boîtes de nuit, c'est mieux. Je trouve ça mieux, oui. »

2.2. Expérience de santé

Les maladies et les symptômes

Généralement, les jeunes filles domestiques se plaignent de fatigue, de maux de tête, de fièvre et de douleurs aux pieds. La maladie la plus évoquée est le paludisme, mais le symptôme « maux de pieds » mentionné semble se rapporter à des douleurs rhumatismales.

« C'est la fatigue. C'est la fatigue simple. Par exemple quand tu es malades, tu ne te sens pas bien parce que tu ne dors pas bien... c'est la fatigue. »

« C'est la fatigue, je ne peux pas marcher. Mais j'ai fait examen de sang. Ma patronne m'a fait examen de sang, Cocody, y a longtemps. Donc quand on a regardé y a rien. Bon j'ai fait examen de sang, on dit bilan. On dit y a rien. Mais y a les médicaments on m'a prescrit, j'ai payé donc c'est passé. »

« Moi ma maladie c'est palu ou bien fatigue. »

« La fatigue, c'est la fatigue même qui envoie le palu. Tu te sens fatiguée, malade »

« Bon y a des jours, tes pieds te fait mal. »

« Souvent j'ai mal de tête là c'est ma maladie même »

La fréquence des cas de maladie

Les avis sont partagés en ce qui concerne la fréquence des maladies. Certaines jeunes filles soutiennent ne pas tomber souvent malades. Les tâches qu'elles effectuent sont parfois perçues comme les maintenant en activité et leur évitant les risques liés à la sédentarité.

« Bon quand je travaille beaucoup je ne tombe pas beaucoup malade. Je suis en bonne santé. C'est comme si je suis là faire sport quoi (Éclat de rire) ».

En revanche, d'autres estiment tomber souvent malades et insistent sur les coûts liés aux épisodes de maladie.

« Je tombe beaucoup malade ; le mois passé j'étais malade, j'avais palu. Mon papa m'a envoyé à l'hôpital pour dépenser 45000 (Frs CFA). C'est quand je suis guérie, je suis revenue dans ce mois pour travailler un peu. »

La quête de soins en cas de maladie

L'automédication demeure le recours majeur des jeunes filles bonnes en cas de maladie. Elle consiste d'une part, en une visite en pharmacie avec des noms de médicaments déjà connus des filles ou à l'achat de médicaments sur conseils d'un agent de pharmacie après explication des symptômes ressentis. D'autre part, elle consiste en l'utilisation de plantes médicinales connues depuis le milieu d'origine.

« Quand je tombe malade, je ne tombe pas gravement malade. Peut-être ma tête me fait mal. Je paye médicament et puis c'est parti. »

« Je m'en vais à la pharmacie et puis j'explique comment je me porte et on me donne médicament. Je paye et c'est fini. »

« C'était palu, mon corps chauffait et puis ma bouche était amère. Je suis allée à la pharmacie et puis c'est ce que j'ai dit là hein. Ils m'ont donné médicament, j'ai payé. J'ai pris les médicaments et puis je suis guérie. »

« Quand je suis malade, je paye médicament à la pharmacie soit cac1000, soit paracétamol. »

« Soit je m'en vais payer comprimés, soit, bon, je prends médicament indigénat, les trucs comme ça. »

« Pour les premiers soins, quand je suis malade, je me sens fatiguée, je prends les médicaments indigénat. »

Toutefois, certaines filles ont recours à un centre de santé ou à un tradipraticien. La combinaison des deux recours n'est pas exclue. L'orientation vers un centre de santé semble conditionnée par la gravité de la maladie.

« Quand je tombe malade, si on va à l'hôpital, je paye les comprimés et puis on fait médicament traditionnel. C'est ça qui me soigne. »

« Je paie les médicaments traditionnels. »

« Bon, souvent, je m'en vais à l'hôpital, souvent aussi je laisse ça passe seul. »

« Là j'étais partie à l'hôpital parce que je me sentais faible, j'ai toujours vertige, j'ai mal à la tête, je tremble sur moi, je n'arrive pas à manger, je vomis tout ça là. Donc je suis partie à l'hôpital. On m'a dit c'est palu. On m'a donné les ordonnances, j'ai payé les médicaments pour me soigner. »

« Moi c'est quand ça ne va plus que je vais à l'hôpital. »

L'aide reçue en cas de maladie

La tendance dans ce domaine est la prise d'initiative personnelle de la jeune fille. Bien que vivant au domicile de l'employeur, les filles n'attendent pas d'être soutenues financièrement par celui-ci en cas de maladie. Elles-mêmes opèrent les choix de lieux de soins et achètent leurs médicaments.

« Je lui ai dit (à l'employeur), je suis malade mais ça va ! Que je suis parti à l'hôpital, j'ai payé les médicaments, et que ça va. »

« Personne ne me soutient, c'est moi même avec mon argent je me soigne. »

« C'est moi-même je paie mes médicaments. »

« C'est moi-même je paye comprimé pour boire. »

Cependant, certaines filles bénéficient soit de l'appui de l'employeur soit celui des parents servant de tuteurs à Abidjan. L'aide reçue concerne l'achat de médicaments, le paiement des frais d'hospitalisation, etc. L'employeur s'occupe généralement des soins, puis les parents résidant à Abidjan interviennent en seconde position lorsque la maladie s'aggrave. Certaines filles n'hésitent pas à appeler directement le père ou la mère, lorsque l'un de ceux-ci réside à Abidjan. Quand les parents se trouvent au village, les jeunes filles évitent de les informer en cas de maladie. Elles ne souhaitent pas les ébranler. Ils ne sont tenus informés que lorsque le cas est jugé grave.

« La vérité hein comme c'est maintenant je suis arrivée ici (chez l'employeur actuel), ça fait trois mois que je suis ici. Sinon partout où je suis passée là, quand je tombe malade c'est ma patronne ou bien mon patron qui me soigne, sincèrement. Je ne suis pas encore levée comme ça moi-même prendre mon argent pour aller à l'hôpital. »

« Souvent mes patrons, ils font (ils paient) toujours mes premiers soins. »

« Maintenant si elle (la patronne) a comprimé aussi, elle me donne. »

« C'était une seule fois j'étais tombée gravement malade. J'ai fait une crise d'hypertension, mes patrons ont fait les premiers soins et puis après mes parents sont venus à mon aide. »

« ... Mon papa m'a envoyé à l'hôpital pour dépenser 45000. »

« Quand je suis malade j'appelle ma maman, je lui dis et elle paye médicament pour m'envoyer. Elle envoie des médicaments traditionnels, médicaments baoulé pour purger (purges) ou à boire. »

Le repos maladie

Les jeunes filles bonnes bien que ressentant des symptômes de maladie, ne demandent pas un congé maladie. Elles estiment généralement que le mal dont elles souffrent n'est pas suffisamment grave pour entraîner une interruption de travail. Lorsque le cas est jugé grave la jeune fille demande à l'employeur de lui octroyer quelques jours de repos (généralement une semaine). Certains employeurs, selon les propos des jeunes filles, prennent quelques fois l'initiative d'accorder des jours de repos à la domestique pour ses soins.

« Oui je continue de travailler, comme ce n'est pas trop grave, je travaille. »

« Souvent quand c'est la fatigue, je prends les médicaments ça passe, là je continue à travailler. Quand c'est sérieux j'arrête. »

2.3. Expérience sexuelle

Premier rapport sexuel

Les jeunes filles bonnes ont eu leur premier rapport sexuel de façon précoce (entre 13 ans et 16 ans). Elles ont eu ce rapport généralement dans leur milieu d'origine, au village. C'est-à-dire avant la migration vers la ville et en dehors du métier de domestique.

J'avais 14 ans. Il ne m'a pas obligé. C'est moi-même j'ai accepté. On s'est connus il y a longtemps, c'était au village. Bon, il a parlé de ça jusqu'à fatigué ! Un jour comme ça je dis je vais essayer ; et puis j'ai essayé.

Apprentissage relatif au cycle menstruel

Les premières menstrues, selon les propos des filles enquêtées, sont survenues entre 12 et 15 ans. La préparation à cet événement s'est généralement effectuée dans le groupe d'amies de la fillette ou par simple observation de faits s'y rapportant dans son entourage. Aucun conseil de la part des parents proches (mère, sœur, etc) n'a été reçu par les filles de l'échantillon avant l'avènement de ces menstrues. Tout se passe comme si en milieu rural, cet aspect de la vie de l'adolescente était négligé par la cellule familiale. De leur côté, les filles préfèrent gérer la situation dans le secret et le silence. Ce n'est qu'après l'apparition des menstrues et des tentatives personnelles pour maîtriser cet événement, qu'elles informent un membre de la famille, souvent la mère. C'est en ce moment seulement que des conseils sont prodigués par celle-ci. Ils visent à montrer à la jeune fille qu'elle vient ainsi de marquer son passage à l'âge adulte « *Tu es devenue femme maintenant* ». Son attention est attirée sur le risque de grossesse et la prudence qui doit être de mise en la matière.

« Comment j'ai fait. Bon, ce que j'ai fait c'est qu'il y avait une fille qui travaillait avec moi dans salon de coiffure là. Maintenant la fille, elle quand elle voit ses règles, elle ne sait pas se protéger. Toujours ça mouille ses trucs et puis on parle. Mais faut prendre telle chose pour te protéger, prend tel truc pour te protéger. Donc premier jour j'ai vu, j'étais assise là et puis c'est venu un coup. Je me suis levée, je suis partie derrière le magasin. J'ai regardé, j'ai vu

que c'est ça. En même temps je suis partie directement à la maison. Je n'ai pas dit à ma maman, ni ma grande sœur. Je suis partie directement à la maison. Je me suis lavée, me suis changée, tout. Quand je suis venue, j'ai dit à ma maman. Elle s'est moquée de moi d'abord. Et puis elle m'a dit : Va à la maison ! Je dis mais j'ai déjà fait. Elle dit mais qui t'a montré ça ? Et puis j'ai expliqué. que voici ce que j'ai vu sur la fille là, c'est pour ça j'ai su comment on fait ça.»

« C'est une camarade, elle était plus âgée que moi et elle faisait déjà ses règles, c'est elle qui m'a détaillé, elle m'a décrit comment ça se passait. Quand j'ai eu mes règles elle n'était pas à la maison. Moi même je me suis protégée.»

« Elle m'a dit que je suis femme maintenant que si je vais avec garçon je peux tomber enceinte.»

« Ma maman m'a dit que, quand tu as ça, c'est que tu es devenue femme.»

« Elle a dit : tu es devenue femme, tu dois faire très attention (prudence avec les garçons).»

Usage de contraceptifs

Les jeunes filles bonnes enquêtées ne connaissent que la « pilule » parmi toutes les méthodes de protection contre les grossesses non désirées. Cependant, elles font très peu usage de ce type de méthode contraceptif (la pilule). Elles disent avoir reçu l'information sur la pilule par le biais de leurs cousines, sœurs, etc. Certaines filles ont été encouragées par leur patronne. En revanche, c'est le préservatif qui est le moyen le plus utilisé. Même celles qui ont tenté l'expérience des pilules ont dû l'abandonner par la suite, effrayées par les rumeurs très répandues sur les effets possibles de ces comprimés.

« J'ai arrêté puisque les gens parlaient, ils disent que ça fait grossir. D'autres disent que ça rend stérile. C'est cause de tout ça, je n'ai pas eu le courage et j'ai arrêté de prendre »

« C'était ma première patronne, qui m'a expliqué, qui m'a mis sur la voie, donc c'est elle qui m'a encouragé et je suis parti prendre la pilule. Elle m'a dit que la pilule est bonne, quand on prend on évite de tomber enceinte.»

« C'est le préservatif que j'utilise pour ne pas tomber enceinte.»

Connaissance du VIH/sida et des MST

Quant à leur connaissance du VIH/sida, elle concerne l'incurabilité de la maladie et ses voies de transmission. Les filles disent avoir obtenu ces informations grâce aux émissions télévisées. C'est en ville et sur leur lieu de travail, qu'elles ont reçu l'information sur le VIH/sida. En ce qui concerne les MST, cette appellation n'est pas connue des filles bonnes, mais plutôt quelques noms spécifiques de MST, surtout la gonococcie. C'est dans leur milieu d'origine qu'elles ont reçu l'information sur cette maladie.

« Moi si je suis dans la cuisine, si couteau me coupe, je prends eau de Javel pour mettre dessus. Parce que je regarde les films sur le SIDA. Donc je vois comment ça se passe. Quand y a un couteau qui me coupe, je prends eau de Javel pour faire en même temps.»

« Je regarde télévision, c'est dedans je vois quand on pose les questions. Parce qu'avant, à 11h, on montrait un film sur le SIDA à la télé. »

« A la télévision, souvent les gens donnent leurs témoignages sur le SIDA, surtout ceux qui ont SIDA. »

Utilisation de préservatifs et pratique du test de dépistage du VIH

Certaines jeunes filles affirment avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel (milieu rural). Quelques unes disent avoir elles-mêmes pris l'initiative du port, surtout parce qu'elles voulaient éviter d'être enceintes. De façon générale, c'est le partenaire qui a décidé du port du préservatif. Cependant, la pratique la plus courante chez les filles de l'échantillon lors du premier rapport a été le non usage de préservatif. Certaines filles n'avaient même pas connaissance de l'existence d'un tel outil et n'y ont même pas pensé.

« La première fois, on a utilisé capote. C'est moi qui ai demandé parce que je ne voulais pas tomber enceinte. »

Mon premier homme là on se protégeait. La première fois on s'est protégés. Mais il faut dire que c'est deux fois seulement, c'est deux fois seulement on ne s'est pas protégés. A part ça les autres là, on se protège toujours.

« On ne s'est pas protégés. Moi je ne connaissais pas ce qu'on appelle capote. »

« La première fois je n'étais pas informée, mais maintenant j'utilise chaque fois. »

L'idée du test de dépistage est généralement acceptée par les jeunes filles domestiques. Certaines filles interrogées ont fait le test de dépistage suite à des campagnes de sensibilisation sur le VIH/Sida à la télévision (en ville) ou sur indication d'un parent influent. Mais, d'autres trouvent difficile de le faire. Les motifs évoqués par ces dernières sont le rejet des séropositifs par les communautés

« Avant mariage on doit faire test de dépistage. C'est important pour faire test là, pour voir. »

« Test de VIH. Hum ! Ca là c'est bizarre. Je ne pense pas à ça pour le moment. Je n'ai pas encore eu la force de faire. »

« C'est bien de connaître son statut pour protéger toi-même et les autres. »

« C'est bon, c'est pour me situer, pour voir mon statut. »

« J'ai une tante qui s'est levée, elle est dit qu'elle s'en va faire. Elle est partie avec ses enfants, elle a expliqué qu'on dit qu'il y n'a pas de problème. Donc moi aussi j'ai décidé d'aller faire, moi seule. C'est un jour je suis partie faire ; quand je suis revenue j'ai dit à ma tante ah je suis allé faire pour moi on dit que je n'ai rien. »

« Avant quand les gens ont le SIDA ils sont rejetés par leurs familles dans leur entourage, c'est ça qui me fait un peu peur, bon maintenant là je suis prête maintenant à aller faire. »

III. Discussion

En ce qui concerne la structure typique du phénomène de travail domestique dans ses liens avec la santé et la sexualité de la jeune fille, elle comporte cinq constituants. On note une *négation* de ce métier par les filles et une sorte de frustration de se sentir concernée par une telle activité. Les jeunes filles expriment un sentiment de *vulnérabilité* relative aux risques de viols et autres agressions. Elles s'estiment *responsables de leur santé*, mais sont incapables d'assumer cette responsabilité toutes seules en cas de maladie jugée grave. Leur famille, notamment la mère ne leur a pas communiqué le savoir nécessaire pour une bonne gestion des menstrues ; elles ressentent donc une sorte de *délaissement ou abandon à elles-mêmes pour les questions liées à la sexualité*. Elles perçoivent *le milieu urbain comme les exposant mieux aux messages sur le VIH/sida* comparativement au milieu rural. Chacun des cinq constituants du phénomène peut être décrit comme ci-après.

D'abord, le premier constituant : la jeune fille bonne renie à ce « métier » sa qualité de métier. Il y a une sorte de regret, de dépit exprimé. Ce métier semble pratiqué faute de mieux. Ici, sont mises en cause le faible niveau d'instruction de ces filles et leur manque de qualification, qui les confinent à exercer une activité ne les valorisant pas suffisamment. Mais aussi, la pauvreté qui gagne le milieu rural et qui pousse des adolescentes à migrer vers les villes et parfois des mégapoles comme Abidjan, à la recherche de mieux être. Toutes ces conditions créent un environnement d'incertitudes, entraînant du coup un contentement chez certaines jeunes filles bonnes. Celles qui préfèrent se contenter de cette activité, loin d'en louer les bénéfices (car les gains sont infimes : « *mon petit argent* », manifestent le sentiment qu'il est illusoire de vouloir trouver mieux ailleurs parce que n'ayant pas les qualifications requises. Ce contentement est alimenté par des comparaisons avec des métiers jugés trop dangereux (prostitution, danseuse, serveuse de bistrot ou boîtes de nuit, etc.), face auxquels le métier de domestique est de loin préférable. Bretin (2000), décrit bien cette situation de précarité du métier ressentie par les jeunes filles bonnes. Elle indique que les femmes immigrées n'ont d'autre choix que de s'insérer dans des activités temporaires et « précaires », exemple le nettoyage. Elle souligne que ces travaux empirent la fragilité du statut des migrantes. Ces secteurs d'activités sont jugés invisibles et masquent la contribution des jeunes filles migrantes sur le marché du travail. Cela, parce qu'ils échappent à l'enregistrement statistique et fiscal (Fréchette, Aduayi-Diop, 2005). Toute chose qui concorde avec l'opinion des jeunes filles migrantes enquêtées. D'Souza (2010, op. cit.) souligne que le vœu formulé par les domestiques, à savoir réaliser des économies pour opérer une mobilité sociale (autrement dit considérer cette activité comme temporaire ou transitoire) fonctionne comme un piège duquel elles ne peuvent sortir.

Ensuite, le second constituant : la jeune fille se sent vulnérable car exposée à des risques de viols et d'agressions. Le métier de bonne est perçu comme dangereux et complexe, bien que s'exerçant dans un domicile donc au sein d'une cellule familiale. Et ceci est une des causes de la mobilité horizontale constatée chez plusieurs filles. En effet, suite à des tentatives de viol ou dans l'incapacité de supporter les humeurs désagréables de certains employeurs, ces filles ont été amenées à changer de patron. L'accès au domicile de l'employeur est donc ici vécu comme un grand moment d'incertitude, et il n'est pas exclu que ces jeunes filles soient constamment dans la crainte d'une menace éventuelle. Des cas de viols sont également rapportés dans l'étude déjà citée de Fréchette et Aduayi-Diop (2005). Les auteurs rapportent le cas de filles togolaises déplacées loin de leur milieu d'origine (rural) puis remises au domicile d'employeurs dans la capitale Lomé où elles peuvent travailler comme domestiques plusieurs heures par jour et parfois comme porteuses de marchandises pour les marchés. Leurs

conditions de vie sont dites des plus pénibles et celles qui s'échappent auraient souvent subi des abus sexuels. Des cas similaires sont rapportés au Maroc. Un article mentionne que de petites filles ayant entre 6 et 15 ans y sont placées comme domestiques dans de riches familles. Les auteurs précisent que ces filles sont «exploitées, battues, violées derrière les murs des villas » et que celles qui supportent mal cette situation dégradante se laissent gagner par des dérives diverses telle que la prostitution, l'alcool, etc. [www.association-tiwizi-suisse.ch]. Jacquemin (2002), tout en insistant sur le caractère très hétérogène des conditions de vie des jeunes filles bonnes en Abidjan (Côte d'Ivoire), mentionne des cas d'exploitation associée à de la violence multiforme. La Fondation Terre des Hommes (2010) dans un document décrivant une stratégie de prévention des risques auxquels sont exposées les filles migrantes, mentionne que les problèmes de protection de ces filles ne se limitent pas seulement au domicile de l'employeur, mais concernent tous les lieux parcourus ou fréquentés par celles-ci (le trajet du village jusqu'à la ville de migration ; les gares de départ, de transit et d'arrivée ; en ville sur tous les trajets entre les domiciles et les différents lieux fréquentés).

Le troisième constituant du phénomène, se rapporte à la santé de la jeune fille bonne. On note que la fille domestique se sent responsable de sa santé, mais elle n'est pas pour autant abandonnée en cas de maladie. Les prises d'initiative personnelle qui s'opèrent en cas de maladie, sont le fait d'une perception de soi-même comme adulte et responsable de sa santé. Les soins de santé, sont donc inclus dans cet ensemble d'éléments que la jeune fille bonne qualifie d'indispensables (la pommade, les vêtements, etc. : « ...*acheter mes petits trucs. Les pommades, les habits tout ça* ») ou de besoins de première nécessité. Mais, la faiblesse du revenu l'amène à préférer l'automédication, plutôt que de se rendre au centre de santé. Finalement, bien que se sentant responsable de sa santé, la jeune fille bonne réalise qu'elle a besoin d'assistance soit du patron soit de sa famille ou ces deux acteurs à la fois, pour faire face à ses frais de santé en cas de maladie grave. Et certaines ne cachent pas leur souhait d'être prises en charge totalement par l'employeur en cas de maladie que celle-ci soit grave comme bénigne, d'où leur grande satisfaction quant c'est le cas. Ce constituant pose la question de la réglementation de cette profession, largement débattue dans la littérature sur le sujet.

Le quatrième constituant concerne l'accès à l'information sur les menstrues et les précautions à prendre pour une bonne gestion de cette étape de la vie des jeunes filles. Ici, la jeune fille domestique a le sentiment d'avoir été abandonnée par sa mère. L'évènement a été parfois vécu avec surprise, sinon maîtrisé grâce aux conseils du groupe d'amis. Par ailleurs, cette phase est vécue comme une étape de maturité sexuelle, puisque les conseils donnés par la mère après la survenue des premières menstrues se résument en cela. La jeune fille retient qu'elle est désormais adulte «*tu es devenue femme* », capable de procréer, soit l'idée de rapports sexuels. Ce qui laisse la porte ouverte à la tentation d'accepter les avances d'éventuels dragueurs et à des rapports sexuels précoces. Cela, d'autant plus que les conseils prodigués par les mères manquent de précision ; ils insistent certes sur l'évitement de rapports sexuels et la fidélité, mais n'évoquent pas le port de préservatif. Il n'est donc pas étonnant de constater que le premier rapport sexuel des jeunes filles se soit déroulé sans usage de préservatif. Ce résultat de la présente étude est confirmé par les recherches de Fréchette et Aduayi-Diop (2005, op. cit). Ces auteurs notent que dans plusieurs sociétés rurales africaines, la puberté marque l'entrée de la jeune fille dans la vie adulte. Car on peut dès lors la donner en mariage. Ils citent Ordioni (2004), qui mentionne une étude de l'UNICEF menée dans six pays d'Afrique de l'Ouest, selon laquelle 44% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant l'âge de 15 ans.

Enfin, le cinquième constituant révèle que la ville est pour les jeunes filles bonnes un lieu leur donnant un facile accès à l'information sur le VIH/sida, mais elles se sentent ignorantes au sujet des MST. Le milieu rural, en plus de les exposer à des rapports sexuels précoces (le premier rapport sexuel a généralement eu lieu au village avant la migration en ville), n'offre donc pas suffisamment d'opportunités pour une bonne exposition des filles aux messages sur le VIH/sida. Quant aux MST, leur méconnaissance par les jeunes filles met en exergue des insuffisances au niveau des stratégies de sensibilisation sur ces questions. L'attention semble si grandement portée sur le VIH/sida que les messages n'insistent pas sur les autres MST.

Conclusion

Les résultats de cette recherche invitent à une réflexion en trois axes. Le premier concerne les traits caractéristiques de l'expérience des jeunes filles bonnes, en matière de conditions de vie, de santé et de sexualité. Le second se rapporte aux aspects de l'entrée dans la vie adulte chez ces jeunes filles. Le troisième axe s'intéresse à l'intérêt du métier de jeune fille domestique et la nécessité d'organiser ce secteur.

En ce qui concerne les constituants de l'expérience de santé et de sexualité des jeunes filles bonnes, ayant vécu une migration du milieu rural en direction de la grande ville d'Abidjan, on note qu'ils concourent pour la plupart à ranger ce métier dans la catégorie des secteurs d'activités précaires.

Quant à l'entrée dans la vie adulte, deux dimensions se dégagent. En effet, ce métier place les jeunes adolescentes dans une situation de responsabilisation « prématurée » qu'elles se doivent d'assumer : charges vestimentaires et soins de santé personnels, appui financiers à des parents demeurés au village, parfois prise en charge d'enfants issus de grossesses précoces, etc. L'autre aspect concerne les coutumes dans le milieu rural d'origine, avec l'accent mis sur la puberté comme phase de passage de l'enfant à la vie adulte. Ce qui expose les jeunes filles à des rapports sexuels précoces, à des grossesses non désirées voire au VIH/sida et autres maladies sexuellement transmissibles.

Enfin, l'intérêt du métier de domestique pour les jeunes filles réside sans aucun doute dans sa capacité à les doter d'une relative autonomie financière. Cependant, une meilleure organisation de ce secteur d'activités s'impose pour leur garantir un mieux être.

A l'issue de l'étude, les suggestions ci-après peuvent être faites :

- Sensibiliser les mères et les pères à préparer et accompagner les filles pubères par des messages sur la prévention du VIH sida et les grossesses précoces, avec un accent mis sur les zones rurales ;
- Sensibiliser les mères et les pères à préparer et accompagner les filles pubères par des messages sur la prévention du VIH sida et les grossesses précoces, avec un accent mis sur les zones rurales ;
- Renforcer la sensibilisation sur les MST et le VIH/sida en milieu de jeunes filles domestiques ;
- Renforcer la sensibilisation sur l'utilisation du préservatif chez les jeunes en milieu rural ;
- Réglementer la pratique du métier de domestique et procéder à une large diffusion des normes en la matière.

Références bibliographiques

- Bretin H., 2000 - Femmes immigrées : quand le travail dégrade un statut fragile, BTS, n°13, 2000.
- BTS, 2000 - Dossier spécial « Femmes, santé et travail », Newsletter N° 13
- D'Souza A., 2010 - Le travail domestique sur la voie du travail décent. Rétrospective de l'action de l'OIT.
- Fouda Y., 2010 - Etude sur les Travailleurs Domestiques au Cameroun. Organisation Internationale pour les Migrations.
- Fréchette L., Aduayi-Diop R., 2005 - La main d'œuvre féminine chez les jeunes d'Afrique : regard sur trois situations aliénantes. CÉRIS, Série Recherche no. 35
- Gravel H. (2000) – Etude phénoménologique de l'expérience d'être incestée. Revue québécoise de psychologie, vol. 21, n° 2.
- Jacquemin M, 2002 - Travail domestique et travail des enfants, le cas d'Abidjan (Côte-d'Ivoire). In: Tiers-Monde. tome 43, n°170. pp. 307-326. doi : 10.3406/tiers.2002.1596. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/tiers_1293-8882_2002_num_43_170_1596
- Ludec N. (non daté) - De la campagne à la ville: les employées domestiques à Mexico www.alhim.revues.org/index499.html.
- Meyor C., 2007 – Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique, *Recherches qualitatives*, Hors Série, numéro 4, pp. 103-118.
- Meyor C., Lamarre A.M., Thiboutot C., 2005 – L'approche phénoménologique en sciences humaines et sociales, questions d'amplitude, *Recherches qualitatives*, Vol 25, 1, pp 1-8.
- Ordioni, Natacha. (2004). Pauvreté et inégalités de droits en Afrique : une perspective genrée, Communication présentée aux XX ièmes journées, ATM-CREDES, droits et développement, Nancy, mai.
- Terre des Hommes-Lausanne, 2010 - Saly, Grande Sœur. Délégation du Burkina Faso. www.association-tiwizi-suisse.ch - Les "petites bonnes" ou enfants domestiques au Maroc. Lu sur Internet le 10 octobre 2011.