

# TRAJECTOIRE DU "MOURIR CHEZ SOI" CHEZ LES MIGRANTES BAOULE DU VILLAGE DE KONANKRO DANS LA TRIBU DILA

**Dr LALLY Kouadio Alexis**

Maître-Assistant

Enseignant-chercheur

Université Peléforo Gon Coulibaly de Korhogo

Département de Sociologie

*lally\_kouadio@yahoo.fr*

**Dr TOURE Irafiala**

Maître de Conférences

Enseignant-Chercheur

Université Alassane Ouattara de Bouaké

Département de Sociologie

*martinet20091@live.fr*

## RÉSUMÉ

Cet article analyse les réalités qui débouchent sur la dégradation de l'état de santé des migrantes baoulé de Konankro, et qui les contraignent à un retour chez soi. C'est le fruit d'une enquête ethnographique multisituée (Konankro et Abidjan) qui nous a permis d'identifier les représentations des acteurs devant cette situation. Nous avons pu constater que l'organisation de la fin de vie n'est pas forcément liée à l'idiosyncrasie des Baoulé. Il faut donc interroger les considérations d'ordre économique et structurelles qui prévalent à l'occasion.

**Mots clés:** Migration / trajectoire du mourir/ espace de soins/ Baoulé/ Konankro

## ABSTRACT

This article analyzes the realities that lead to the deterioration of the health status of the Baoulé migrant women in Konankro, and that force them to return home. It was the result of a multisite ethnographic survey (Konankro and Abidjan) that enabled us to identify the representations of the actors in this situation. We have seen that the organization of the end of life is not necessarily linked to the idiosyncrasies of the Baoulé. It is therefore necessary to question the economic and structural considerations that occasionally prevail.

**Keywords:** Migration / trajectory of death/ care space/ Baoulé/ Konankro

## INTRODUCTION

A. SIMMONS (1987) définit la migration comme le déplacement d'une personne de son lieu d'origine vers un autre lieu. Quand elle est interne, elle prend l'allure d'un exode rural quand elle met en branle des populations rurales qui vont vers des villes ou vers d'autres contrées du pays. La migration qui nous intéresse dans cette étude, c'est celle qui met en branle les femmes. En effet, la migration concerne de plus en plus les femmes à travers le monde.

Selon M. MOROKVASIC (2008), la migration féminine est source d'émancipation et d'autonomisation financière. Pour H. LUTZ (2010), ce désir d'autonomisation permet d'équilibrer les rapports de pouvoir dans la famille. Elle s'inscrit souvent dans la division sexuelle du travail. On les retrouve dans le travail domestique (B. ANDERSON, 2000), dans la prostitution (B. EHRENRIK et AR. HOCHSCHILD 2003), dans l'hôtellerie, la restauration, et le commerce (E. KOFMAN, 2003). La migration féminine qui nous occupe ici, c'est celles des jeunes filles issues du peuple baoulé. Celui-ci est, majoritairement, installé dans le centre de la Côte d'Ivoire. Il est subdivisé en plusieurs sous-groupes et celui qui nous intéresse ici c'est le peuple Baoulé Nanafoué de Tiébissou. Chez ceux-ci, pendant longtemps, seuls les hommes s'orientent vers les zones de forêt pour aller créer des plantations ou vers les villes pour s'adonner à des petits métiers.

De plus en plus, les femmes, longtemps ostracisées s'essaient à la migration en allant travailler comme domestiques en ville ou pour apprendre des métiers comme la couture, la coiffure ou la restauration (K. A. LALLY, 2014). Bien souvent, les vicissitudes de leurs vécus les exposent à des maladies. Dans l'idiosyncrasie des baoulé, pourtant, la maladie et la mort ne sont jamais considérées naturelles et leurs causes sont à chercher dans le spirituel. Cette vision de la maladie et de la mort rompt avec la conception occidentale, plus encline à voir la maladie et la mort comme la conséquence d'une situation rationnelle. On tombe malade parce qu'on a contracté un virus et si ce virus a raison de l'organisme, la mort s'en suit logiquement.

Les considérations spirituelles, surnaturelles, à propos de la maladie et la mort, entourent de tragédie le retour au village. La trajectoire ville-village à l'approche de la mort est devenue une forme de « ritualisation » du mourir, qui peut être entendue comme une pratique sociale. Presque jamais, les malades ne retournent plus à Abidjan, une fois au village. Le retour au village pour des soins est donc un moment vécu avec appréhension par les malades et avec soulagement pour les parents. Une question fondamentale motive notre démarche : la trajectoire du mourir des migrantes malades, les conduisant au village quand la mort semble imminente, obéit-elle à des représentations idiosyncrasiques? Avant de nous atteler à y répondre, nous chercherons des réponses aux questions subsidiaires suivantes : Pourquoi, ces jeunes femmes migrent-elles ? Pourquoi ont-elles peur de l'espace de soin du village ? Quelles sont les conditions de soins dans l'espace urbain pour qu'elles aient à considérer le retour au village ?

En partant de ces questions, notre objectif est de savoir si la trajectoire du mourir répond à des questions culturelles ou, au contraire, c'est parce qu'on ne peut plus rien faire pour elles en ville qu'elles retournent au village. En cherchant à comprendre les raisons de leur migration, nous nous proposons, également, de trouver les raisons de la peur du retour au village en état de maladie. En cela, il s'agit de voir la manière dont les soins sont effectués en ville pour les obliger à ce retour.

## 1. CADRE THÉORIQUE DE RÉFÉRENCE

### 1.1. La migration en perspective

Selon J. ARANGO (2000, p. 45 et s.), la plus grande difficulté de l'étude des migrations est peut-être leur extrême diversité en tant que formes, types, processus, acteurs, motivations, contextes socio-économiques et culturels, etc. Il est étonnant que les théories aient du mal à expliquer une telle complexité. La théorie des réseaux migratoires pourrait bien correspondre à notre étude. En effet, le capital social que constituent les migrants expérimentés et enracinés à destination est un appui qui facilite la migration sous forme

d'informations, d'accueil et même de recherche de travail. (M. FLORES et F. RELLO, 2003, p. 209). Celle de la nouvelle économie des migrations est, également, pertinente en ce sens qu'elle conçoit la migration comme une stratégie familiale de résilience face au péril lié à la pauvreté. C'est le cas des femmes que nous étudions ici.

Cependant, pour encadrer notre démarche et aboutir aux objectifs que nous nous sommes fixés, nous nous inscrivons dans la logique de la théorie de la privation relative qui, selon O. STARK (1993, p. 14), considère qu'un individu dont la situation socioéconomique n'est pas bonne peut être tenté de migrer si autour de lui d'autres individus ou groupes sociaux connaissent une amélioration de leur situation économique. La migration est ainsi vue comme un moyen de développement puisqu'elle permet à ceux qui sont partis de se réaliser et à ceux qui restent de vivre mieux.

## 1.2. La trajectoire du mourir

Tous les hommes font irrémédiablement l'expérience de la mort. C'est un fait biologique inhérent à la condition humaine. A. DESTEMBERG et B. MOULET (2007, p.83), définissent la mort comme la fin, la cessation, l'arrêt de la vie. L.-V. THOMAS (2010, p. 22) ajoutait que la mort est « une donnée socioculturelle par les croyances ou représentations qu'elle suscite et par les attitudes et rites qu'elle provoque ». Dès lors, étudier la mort c'est d'abord étudier la vie. La mort, du moins l'usage social qui en est fait, devient l'un des grands révélateurs des sociétés et des civilisations, donc le moyen de leur questionnement et de leur critique.

Si la variété des gestes vis-à-vis du mort ou du mourant peut paraître infinie, un regard porté sur le monde nous montre néanmoins des constantes dans la façon d'entrevoir les choses dans le cas qui nous concerne. La trajectoire du mourir est évoquée ici, en tant que processus qui conduit à la mort. A. PIAN (2012, p.7) nous prête cette notion de « trajectoire du mourir » à l'aune de ce qu'en disait A. STRAUSS (1992, p. 29) dans ses travaux sur les maladies chroniques. Pour lui, c'est le travail d'organisation du cours de la maladie, tout en s'intéressant aux conséquences de ce travail sur les acteurs impliqués. Ici, en plus de l'évocation de la pathologie et du sens donné à la maladie, on l'assimile à l'ensemble des actions et des pratiques qui mettent en forme sa gestion jusqu'à la mort. M.CASTRA (2003, p. 21 et ss.) l'entend ainsi quand elle affirme que ce concept s'inscrit dans la gestion des derniers moments de la vie.

Chez les baoulé, tout comme dans le groupe Akan, décrit plus généralement par H. D. DIABATE (2013, p. 3), la trajectoire du mourir tient compte du bon équilibre entre trois éléments *wawè* (âme), *ekala* (l'esprit) et *awunna* (le corps) dont dépend la bonne santé d'un individu. La maladie résulte d'une atteinte au *wawè* et à l'*ekala*. Elle n'est que la manifestation visible du mal fait au *wawè* ou à l'*ekala*. La chair ou la masse physique de la personne humaine est le témoin qui présente à travers des symptômes visibles, les mauvais traitements subis par le *wawè* ou par l'*ekala*. C'est pourquoi, la philosophie akan considère que tout être humain gère sa santé comme il entretient son *ekala* ou son *wawè*. Si on veut guérir le corps, il faut restaurer l'esprit. Vu ainsi, la maladie a un côté irrationnel dont les raisons sont parfois à chercher ailleurs qu'à l'hôpital. La mort n'est jamais considérée naturelle chez le baoulé et sa cause, après consultations des *mannes*, est parfois attribuable au vécu du défunt, ou à l'action d'une tierce personne, qu'elle soit de la famille (pour payer une dette de sorcellerie, par jalousie ou par simple méchanceté) ou non. Chez les baoulé, la maladie mort n'est jamais considérée naturelle et leurs cause est à chercher dans le spirituel. C'est dans cette vision de la maladie et de la mort que nous situons les conditionnalités du retour au village en cas de maladie grave.

## 2. MÉTHODOLOGIE

Cette étude est fondamentalement qualitative et nous avons estimé que cela répond aux objectifs que nous nous sommes fixé initialement, à savoir, saisir de manière directe des interactions entre malades et familiers souvent problématiques, à partir des discours émis des concernés ou les membres de leur entourage.

La première technique mobilisée pour la collecte des données c'est l'observation directe. Nos observations ont été faites, par intermittence, dans le village de Konankro mais, également à Abidjan, sur une période

relativement longue (de 2014 à 2019). Celle-ci, nous a permis de limiter le risque d'imposer aux enquêtés cette problématique déjà constituée, et d'observer sans interroger, la réalité à l'étude. Selon S. CHAUVIN et N. JOUNIN, (2010, p.145) l'observation suppose parfois une perte de temps mais est essentielle pour donner accès à ce qui se cache derrière les usages et retracer l'enchaînement des actions, comme dans notre cas.

Comme elle ne suffit pour avoir accès à toutes les informations, nous avons procédé à des entretiens semi-directifs. Ils sont utiles pour saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens. Selon G. IMBERT, 2010, p.25) Ils permettent, en outre, d'avoir des récits qui permettent l'analyse fonctionnelle de la conduite. L'usage des entretiens favorise, dans notre cas, la participation et la disposition des personnes concernées à parler de leurs expériences (C. AGUIRRE, 2010, p. 19 et s.) et à mettre au jour les logiques qui les guident dans la trajectoire soins conduisant au village. Pour ce faire, nous avons construit un échantillon au moyen de la technique des cas typiques puisqu'ici, le chercheur décide des cas qui correspondent au mieux à ses aspirations (S. CASTRO et M-C. BLANCO, 2007, p. 2).

Les participants ont été choisis en fonction de leur pertinence théorique par rapport au phénomène étudié mais aussi en fonction de la collecte des données topologiques (A. LAPERRIERE, 1997, p.35), c'est-à-dire la délimitation du cadre empirique sur deux localités géographiques (Le village et Abidjan). Trente-neuf (39) entretiens ont ainsi été réalisés durant nos différentes immersions à cinq (5) jeunes femmes malades, quinze (15) parents de malades et dix-neuf (19) acteurs indirects (deux (2) médecins, quatre (4) des tradipraticiens et treize (13) villageois. Leurs propos, enregistrés, nous ont permis de faire la lumière sur la gestion de l'état de santé avant et après le départ au village.

A travers les entretiens, les vécus sont mis en lumière à travers les points de vue étics et émics. L'émic, nous dit J.P. Olivier de Sardan, (1998, p. 152), est centré sur le recueil de significations culturelles liées au point de vue des acteurs, alors que l'etic repose sur des observations externes indépendantes des significations portées par les acteurs et relève d'une observation quasi éthologique des comportements humains. ». Concrètement, nous avons eu les points de vue émics des malades, et étics, de la part des personnes qui agissent ou qui influencent de près ou de loin ces malades au cours de leur expérience de la maladie. Il a fallu plusieurs rencontres formelles et informelles au village ou à Abidjan pour collecter nos données.

Les noms accompagnant les verbatim sont fictifs pour garantir l'anonymat exigé par les enquêtés. Ces verbatim ont été obtenu par enregistrement, transcrits intégralement, codé d'emblée, contrôlés et traduits en langue française. Nous disposons, également des précieuses traductions manuscrites produites par l'interprète lors des entretiens et des notes de synthèse écrites immédiatement après chaque entretien. L'intention était de procéder à une description ethnographique à la manière de la description dense de C. GEERTZ (1998, p. 93).

L'analyse de nos données repose sur l'interactionnisme symbolique d'H. BLUMER et G. MUGNY (1992, p. 8) qui nous permet de saisir l'implication directe entre l'aspect symbolique d'une chose et l'action qui se produit au moyen d'un processus d'interprétation. Elle nous aide à saisir l'influence que produit dans les comportements des hommes, la signification qu'ils donnent au monde qui les entoure, étant entendu que notre préoccupation ici, c'est de comprendre le sens que les malades donnent à la réalité à laquelle elles sont soumises. En ce sens, l'analyse du discours revêt une importance capitale puisqu'elle nous permet d'avoir un répertoire interprétatif des éléments évoqués dans le discours (J. POTTER et M. WETHERELL, 1987, p. 160).

### 3. RÉSULTATS ET DISCUSSION

A travers les résultats présentés, nous ambitionnons savoir si la trajectoire du mourir conduisant au village répond à des questions culturelles ou échappe à cette logique pour épouser une autre plus pragmatique. Pour ce faire, nous pensons qu'il est tout de même important, dans un premier temps, d'aborder les situations qui les ont contraintes à la migration.

#### 3.1. Du désir de réalisation et de prestige aux conditions de vie précaires.

La convention n° 189 de l'OIT (2011), en son article 1, définit le travail domestique comme « le travail effectué au sein de ou pour un ou plusieurs ménages ». Les professions et les tâches considérées comme « domestiques » varient selon les pays : cuisine, ménage, soin des enfants, etc.

Dans une étude, K. A.LALLY (2014, p.180 et s.), indiquait que pour les jeunes filles baoulé, le désir de se réaliser est la clé explicative de leur projet migratoire. C'est justement ce qu'Yvonne, une de nos informatrices nous confirme ici : « La seule possibilité, c'est de partir à Abidjan comme les autres. Il faut faire comme les autres qui reviennent avec des cadeaux et des possessions ». Il y a manifestement une action mimétique au cœur des divers projets migratoires (A.-L. COUNILH et H. SIMON-LORIERE, 2011, p. 60).

Au cours de nos travaux de terrains, sur les jeunes filles décédées, une seule a franchi le cap du primaire. Les autres n'ont jamais été à l'école. D'après le dernier *Recensement de la Population et de l'Habitat* (RGPH, 2014), le taux d'analphabétisme est de 63% chez les femmes dans le District de Yamoussoukro. Cela les oblige, comme dans le cas de nos migrantes, à aspirer à des emplois avec beaucoup plus d'exigences physiques (travaux ménagers et autres) et une rémunération faible. C'est le cas de V. Y., interrogée à Abidjan : *Quel autre travail je peux faire à Abidjan ? Je cherche travail de servante. Après je vais apprendre un métier de couturière ou de coiffeuse. Il faut économiser d'abord pour arriver à faire cela.*

En Côte d'Ivoire, aux dires de M. JACQUEMIN (2011, p.35), Il est habituel de se faire aider par des filles issues de la famille pour les travaux domestiques. On en a fait un métier quand il a fallu s'entourer de quelqu'un à qui l'on pouvait déléguer la gestion de la maison à temps plein. Cette main d'œuvre devient de plus en plus rare et justifie la venue des jeunes filles qui viennent remplacer celles qui, ayant décidé de tourner la page du travail de servante, s'emploient ou se forment dans d'autres secteurs d'activité. Cela est cause de désarroi, comme on peut le voir dans l'intervention de cette participante qui employait une servante originaire de Konankro, décédée : *Quand tu en trouves, elle travaille quelque temps et quand elles ont économisé un peu d'argent, elles s'en vont apprendre d'autres métiers ou vont ailleurs. C'est J.K. [décédée] seule qui a fait 2 ans avec moi* ».

Conscientes de la rareté des personnes disposées à travailler comme domestiques, des agences se sont spécialisées dans la recherche et le placement, moyennant espèces sonnantes, de jeunes filles *baoulé*, souvent illettrées, considérées plus disposées, plus respectueuses et plus propres. C'est ce qu'indique, à tout le moins, S.K., Responsable d'Agence à Yopougon de placement de servantes à Yopougon : « *Pour les avoir, des fois je vais au village. Quand les filles viennent, elles restent chez moi, le temps de trouver une patronne... il n'y a pas de formation. Je leur dis de bien se comporter et d'être respectueuses.*

Ce travail est généralement non déclaré. À défaut d'une professionnalisation du secteur, une quelconque amélioration de la qualité de vie des servantes n'obéit qu'au bon vouloir des employeurs, sur la base de l'expérience acquise et surtout par souci de négocier une relative pérennité dans le travail. C'est, du moins, ce qui ressort des propos d'A.M. : « Au début, je touchais 15.000 f. Après un an, on a augmenté mon argent. Ma patronne dit que si je reste une année encore, elle va me donner 30.000 f. Au village je ne pouvais pas avoir ça. » La rémunération dépend du quartier où elles travaillent ainsi que de l'expérience accumulée, selon A. C., un agent démarcheur : « *à Yopougon ici, les filles touchent 30.000 F si elles maîtrisent le travail à domicile. Pour les nouvelles, c'est 20.000 ou 25.000 F. À Cocody, 50.000 60.000 ou même 100.0000 f. Si les filles ne durent pas, souvent c'est pour aller chercher mieux ailleurs* ».

Tableau 1 : Rémunération des servantes par quartier selon nos enquêtes de terrain.

Type de profils	Quartier	Tarif à temps plein	Tarif à mi-temps
Servante non lettrée	Yopougon	30 000	15 000
	Cocody	500 00 à 100 000	30 000
	Abobo	25 000	10 000 à 15 000
Servante lettrée	Yopougon	30 000	15 000
	Cocody	50 000 à 100 000	30 000
	Abobo	20 000 à 25 000	10 000 à 15 000

Source : Enquête personnelle réalisée à Abidjan (2014-2019)

Selon nos données de terrain, le SMIG n'est pas respecté alors que depuis le 20 novembre 2013, le Conseil des Ministres l'a revalorisé en le faisant passer de 36.607 f à 60.000 f. En France, la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 soumet les employeurs particuliers à l'obligation de faire suivre les salariés qu'ils emploient par la médecine du travail et impose un suivi médical pour tous les salariés à temps partiel ou à temps complet (LOI no 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail). Les jeunes migrantes enquêtées, en plus d'être mal payées, ne sont pas généralement pas assurées, si on en croit les propos de N'Da : « Je ne suis pas assurée comme les autres de la maison. Je me soigne moi-même ». Pourtant, en Côte d'Ivoire, le code du travail, dans son *Article 25-d*, oblige les employeurs à déclarer les filles domestiques à la Caisse National de Prévoyance Sociale.

Notre enquête dans le milieu des domestiques nous a permis de voir des cas de maltraitance : les injures, gifles, les abus dans le licenciement, [certaines sont licenciées abusivement même pendant la nuit, les autres sont chassées sans être payées], la privation de conditions d'hygiène et d'alimentation dans certains cas, sont le lot quotidien d'au moins 80% de nos enquêtées. Des attitudes, pourtant clairement, condamnables d'après le Code Pénal Ivoirien, en son article 342, adopté le 10 juillet 2019 en ce qui concerne le travail décent. Les travailleuses domestiques, souvent isolées, illettrées, n'ont qu'un faible pouvoir de négociation salarial malgré de longues heures de travail. Elles ne jouissent pas de la sécurité de l'emploi et ne sont donc pas en mesure de faire respecter leurs droits, faute d'une corporation à même de les défendre. Leur vulnérabilité, aussi liée à une migration, souvent précoce [à Konankro, les départs commencent à partir de 12 ans], est renforcée par une méconnaissance de leurs droits dans l'emploi. En sommes, ces migrantes travaillent dans des conditions précaires et cela va jouer un rôle dans leur gestion de la maladie

### 3.2. La gestion de la maladie et le rapport au soin dans l'espace urbain

Les conditions évoquées plus haut vont constituer le terreau qui va favoriser les maladies aux issues souvent fatales dont nous parlerons plus loin. En effet, les filles qui travaillent comme domestiques, font l'objet d'une négligence de la part des personnes qui les emploient lorsqu'elles tombent malades. Cela contribue à aggraver les maladies contractées, faute de moyens adéquats. C'est le cas d'I.K. :

*Je ne leur disais plus rien puisqu'ils me disaient que c'est parce que je ne voulais pas travailler...je faisais des efforts pour travailler avec la maladie. Je commence à 6h00, je nettoie, je prépare le petit déjeuner, j'apprête les enfants pour l'école, je les accompagne, je reviens préparer, je repars les chercher, je lave les assiettes, et après, je dois préparer pour le soir, et laver les assiettes. Je finis vers 22 h00... ma maladie s'est aggravée.*

Comme dans le cas d'Isa, la difficulté du travail y est pour beaucoup dans la contraction des maladies chez des jeunes filles, souvent jeunes, travaillant avec le cœur malgré la fatigue, et mettant à mal leur condition physique pour des revenus précaires. Ce sont autant de facteurs qui concourent à la dégradation subite ou progressive de leur santé. Aux dires des proches de migrantes décédées, les pathologies ayant entraîné la mort sont de divers ordres. La première raison évoquée c'est l'empoisonnement. A.K., anciennement servante à Abobo, en a fait les frais selon sa tante :

*... elle m'a dit que sa patronne la soupçonnait de coucher avec son mari. Au départ, je n'avais pas considéré cela. Quand elle est tombée malade, tous les examens n'ont rien donné, pourtant elle maigrissait de jour en jour. On nous a dit que c'est du maraboutage et que si c'est vrai, elle n'allait jamais guérir à cause du poison.*

La consultation d'un guérisseur pour poser un diagnostic, à travers des pratiques divinatoires, est un fait habituel à Konankro. Toute mort y est considérée comme le fait d'une action extérieure, par jalousie, par méchanceté, ou par mauvaise conduite du ou de la concernée pour avoir failli aux règles culturelles, à un moment donné. Selon les propos de H. D. DIABATE (2013), chez les baoulé, tout comme dans le groupe Akan, c'est du bon équilibre entre les trois éléments *wawè*, *ekala* et *awunnan* que dépend la bonne santé d'un individu. La mort n'est jamais considérée naturelle chez le baoulé et sa cause, après consultations des mannes, est parfois attribuable au vécu du défunt, ou à l'action d'une tierce personne, qu'elle soit de la famille (pour payer une dette de sorcellerie, par jalousie ou par simple méchanceté) ou non. En ce qui concerne A.K., son amie d'enfance Y.H nous a signifié qu'elle était malade du SIDA :

*Elle sortait avec un jeune que je connaissais. Quand il mourait, il était devenu maigre avec des tâches. On sait que le sida fait ça. Elle n'a pas voulu faire le test du sida. Elle se soignait avec des feuilles et des écorces. Si elle avait fait le test, même si c'était le sida, elle pouvait vivre encore longtemps*

Les avortements constituent un autre problème de santé révélé dans le cas des jeunes filles décédées. Ces avortements sont réalisés dans des conditions sanitaires qui laissent à désirer, à cause du peu de moyens dont elles disposent. Ce fragment ethnographique obtenu d'A.P., une servante du village, est édifiant à ce propos :

*On prend tout ce qu'on trouve. Souvent, on prend du coca cola, des plantes avec lesquelles on se purgent, ou des plantes qu'on met là-bas pour provoquer l'avortement. Quand c'est fait 3 mois, on peut faire des choses...hum. [Cela devait être suffisamment grave pour ne pas l'évoquer]*

Dans la vie de servantes, selon nos enquêtes, les cas de viols ne sont pas rares. Les abus de la part leurs employeurs ou des personnes vivant dans les maisons où elles travaillent ont été relevés. Comme mentionné plus haut, les servantes venues du village de Konankro sont illettrées. Elles sont également jeunes, pour la plupart, à leur arrivée et constituent des proies faciles pour les hommes dans leur environnement de travail ou de vie. Souvent, à cause de leur jeunesse, ceux-ci ne pensent même devoir se protéger. Ajouter à cela, l'inexpérience sexuelle, dans certains cas, nous avons les ingrédients de la contraction des maladies sexuellement transmissibles comme le Sida ou l'hépatite B, ainsi des grossesses non désirées. Amino Béatrice, une autre servante du village, en a fait les frais :

Les jours où sa femme n'était pas là, il [son patron] rentrait dans ma chambre. J'étais jeune quand je suis tombée enceinte...il n'a même pas reconnu la grossesse et je n'avais pas la force de dire que c'était lui... regarde, la fille qui est allée mourir dernièrement au village sa patronne l'accusait d'avoir volé son mari.

### **3.3. L'automédication en cause**

Le fait, selon E. ZONTINI (2001, p.107 et s.), que les femmes migrantes soient concentrées dans le secteur du travail domestique, les fige dans une position d'infériorité mais aussi et surtout de précarité. La précarité, dans le cas qui nous occupe, oblige les jeunes filles à recourir à l'automédication. Cet usage n'est que révélateur des pratiques de soins chez les jeunes filles travaillant dans l'informel et dans des conditions non optimales. Pour S. FAINZANG (2010, p.116), cette pratique consiste à faire, devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical. Le rapport au soin dans l'espace urbain est informel dans la 90% des cas enquêtés à cause du manque de moyens financiers : De telles pratiques font que, « très souvent, quand les malades arrivent, il est difficile de les prendre en charge de façon satisfaisante et les pires craintes se confirment », selon un médecin urgentiste, que nous avons interrogé au CHU de Yopougon, qui a traité J. K.o, une fille du village : « On lui a enlevé une molaire et, au lieu de payer les

médicaments prescrits, elle utilisait du tabac pour soulager ses douleurs. Sur la radio, vous pouvez voir tout l'os maxillaire, rongé et infecté. On ne peut plus rien faire ».

Selon nos enquêtes, l'automédication est à la base du décès d'une autre fille du village, morte de la fièvre typhoïde, souvent confondue avec le paludisme à cause des symptômes similaires. O. KACHI et al. (2011, p.456), indiquent qu'à Abidjan, les personnes qui exercent dans le secteur informel et présentent une situation financière précaire, représentent 70% de ceux achetant des médicaments de la rue ». Pour ces personnes, le faible coût de ses médicaments, ainsi que la possibilité de les acquérir facilement et au détail justifiaient cet achat. Une vendeuse de médicaments du marché d'Adjamé, nous parlait de la qualité de ces médicaments en disant : « *ce sont les mêmes médicaments qui sont vendus en pharmacie. Il y'a des médicaments qu'on trouve ici et qu'on ne trouve plus en pharmacie. Ce n'est pas tout qu'on dit* »

Les conséquences sont connues de tous les consommateurs mais ceux-ci continuent « d'acheter la mort à moindre coût » assurait le médecin du CHU de Yopougon. Au fond, la pauvreté est responsable de ce bricolage de soins mais, comme le signifie B. YORO (2016, p.158), des déterminants socioculturels sont également en cause. En effet, la complexité des rapports avec le corps médical, ainsi que la « bénignité supposée des maladies sont évoquées par les consommateurs de médicaments de rue » comme motifs. A. K., une servante originaire de Konankro, s'en justifie ainsi : « *Ici, on peut discuter les prix des médicaments. En plus, tu n'as pas besoin de faire un long rang à l'hôpital, faire rang à la pharmacie, avant d'être servi..., quand je sens que ce n'est pas une maladie grave, je préfère venir ici* ». L'automédication est aussi présente dans le milieu traditionnel de Konankro. Les décoctions, pour le corps, pour le breuvage, pour le massage, pour la purgation, sont souvent les remèdes opposés aux maladies parce que selon nos entretiens, il n'y a pas d'effets secondaires. Estelle Kouakou, dont le départ au village est imminent, vues les complications observées dans sa maladie, nous disait E.K.: « *Quand ça n'allait pas, j'utilisais des plantes comme au village. Je vais aller au village pour voir si je vais guérir* ». Elle est la seule enquêtée qui est retournée guérie à Abidjan. Une proportion qui en dit long sur la gravité de la situation.

### 3.4. Compréhension et gestion culturelle de la fin de vie

Selon les personnes enquêtées, la venue au village ne s'envisage pas forcément comme un moment devant déboucher sur la mort. Parfois, l'espoir est de mise comme dans le cas d'E. K., un des deux cas que nous avons suivi d'Abidjan au village. Au cours d'une visite, elle nous disait ceci : « je ne pense jamais à ça. Je sais que je vais guérir. Dieu est au contrôle. Mon oncle est un grand guérisseur ». K. A., une autre servante que nous avons brièvement connue à Abidjan, et qui entre temps, est revenue au village, nous a paru plus sceptique mais avait décidé, elle-même de venir au village : « *Quand ça n'allait pas, j'ai voulu qu'on m'emmène au village. Au moins si je meurs au village, c'est chez moi* ». Les jeunes de Konankro assurent que manger 4 fois la tête d'un chat occasionnait une bonne mort puisque celle-ci n'interviendrait pas l'étranger. Mais mourir au village n'est pas forcément la manifestation de la bonne mort, selon, Arsène, un jeune homme du village ayant participé à l'enquête:

*Ce n'est pas venir mourir au village qui est recherché mais être enterré ailleurs est ce que tout le monde n'aime pas. Sinon, on envoie des malades du village vers des centres de santé ou ceux-ci peuvent mourir, mais c'est le fait que le corps soit enterré ailleurs qui pose problème chez nous les baoulé.*

On pourrait interpréter une telle mort comme une double absence : Ne pas résider au village, mourir et enterré ailleurs. Pour C. YASSINE (2006, p. 400), parlant du cas des algériens qui décèdent en France, le lieu de sépulture est une des clefs pour l'interprétation de l'intégration des immigrés à la société française. La désignation de la dernière demeure permet d'étudier la notion d'identité spatiale post mortem. Dans le cas de la mort en situation d'immigration, l'inhumation en France serait un arrachement/rupture de la filiation avec la Terre des Ancêtres. Dans le cas des jeunes filles *baoulé* de Konankro, en fait de « bonne mort », il n'en est rien. On parlera plus tôt de bon enterrement puisque l'enterrement du Baoulé doit se faire chez lui. Mais, l'idée de venir mourir au village n'est pas une option, elle s'impose. En fait, le refus du retour est

perçu comme l'échec du projet migratoire et gage de mort assurée. Les propos de B.A., jeune couturière, anciennement servante, et malade depuis des mois, nous situent sur ses appréhensions quand l'idée d'un retour au village a été envisagée :

*Je ne veux pas qu'on me voit comme ça [avec des larmes aux yeux]. Quand je venais c'était pour m'occuper de ma mère et mes frères. Nous sommes huit enfants...et je suis l'aînée. Retourner dans cet état, malade et amaigrie, sans argent, c'est difficile. Ce n'est pas comme ça que je voulais retourner au village. J'ai peur de ne plus revoir mes enfants.*

La douleur de savoir que la fin approche, quand on n'a rien réalisé au village, quand on n'a pas pu réaliser ses rêves de réussite économique pour aider les parents, renforce le sentiment d'échec et rend le retour encore plus compliqué. Les larmes versées avant les départs (observées dans plusieurs cas) sont un des signes les plus manifestes de la conscience de l'échec du projet migratoire. Parfois, c'est le refus même de la gravité de la maladie, qui fait que les malades ne contemplent pas l'idée d'un retour au village, comme nous l'explique, Philippe, un jeune homme marié à A. M., une fille originaire de Konankro :

*... à l'hôpital, A.M. et moi on a fait des examens de sang. C'est là qu'on a découvert qu'elle est séropositive mais pas moi. Elle n'a pas cru. Elle était toujours à l'Eglise. Elle ne voulait pas de médicaments sauf la prière. Sa maladie s'est aggravée et moi je n'ai pas les moyens de m'occuper d'elle. Je lui ai proposé d'aller au village, elle a refusé. C'est son frère qui l'a convaincue de partir.*

A. M. décèdera quelques semaines après son retour, comme tant d'autres jeunes filles du village. Si le retour au village apparaît comme une fatidique, la récurrence des expériences négatives précédentes ne fait que conforter les craintes d'un retour. « *Après tout, ou la médecine moderne a échoué, que peut bien faire la médecine traditionnelle* » disait un parent de malade. Le retour est parfois perçu comme la porte ouverte à l'estocade définitive de la part des sorciers qui n'attendraient que ce moment pour achever leur besogne. Le sorcier est celui-là même qu'on a fui et qui malgré tout, est en train de faire échouer le projet migratoire. Rejoindre le village serait se livrer. Les malades s'installent alors dans une espérance, souvent basée sur leurs croyances chrétiennes pour espérer échapper aux sorciers. Jeunes et prières sont au menu face au déni de la maladie physique pour croire en une autre, spirituelle : « *C'est par le jeûne et la prière qu'elle se battait contre la maladie.... Tu veux que j'aie me mette moi-même dans leur bouche ? Je sais que ça va aller. Ils ne m'auront pas disaient-elle* » (Idem).

Le retour s'est produit quand elle n'était plus maîtresse de ses moyens et n'avait plus que ses larmes pour pleurer sa supposée « mise à mort », par son transfert au village. Faire le forcing pour que la malade retourne au village est une pratique habituelle car, comme le signifie C. VIDAL (1986, p.9), au-delà des symbolismes enchevêtrés, les rituels funéraires sont d'abord des dépenses. Les mutuelles et autres associations de villages *baoulé* se créent pour répondre à ces contraintes économiques. Pour ces regroupements, un ressortissant mort ne saurait être enterré hors du village sauf en cas de volonté manifestée. Cependant, s'auto-bannir de la communauté symbolique du village à Abidjan (la mutuelle ou l'association), laisse préfigurer un manque d'assistance en cas de maladie. Ce n'est pas toujours par manque de solidarité (cela existe) mais par la gêne que cela suppose pour les malades d'aller demander de l'argent à l'association pour des soins. Un responsable de l'association du village, nous disait : « *il y'a cinq mois, quand A.M. est décédée...elle n'a pas voulu se faire connaître de la mutuelle du village, comment est-ce qu'on peut l'aider si elle est malade. Les autres qui cotisent vont se plaindre. On ne vit pas comme ça quand on est à Abidjan... il faut se rapprocher des autres* ».

Malgré la peur du retour des malades, certains familiaux expliquent que l'enjeu du retour au village, quitte à faire violence au malade, vise à lui donner une certaine dignité dans sa trajectoire de vie descendante. Dans l'absolue, le retour s'il doit avoir lieu doit s'effectuer avant que l'état de santé de la malade ne se dégrade, pour, d'une part lui permettre de profiter de ses derniers moments de vie au village et également pour des questions logistiques (les cars refusent de prendre les personnes gravement malades), sans oublier la chaleur du départ entouré des siens.

### 3.5. Un retour vécu comme un au revoir dans la dignité pour les parents

Les migrantes ont tendance à opérer un retour au lieu de départ quand les choses vont mal. Selon C. QUIMINAL (2002, p. 35), il y'a des retours qui s'opèrent dans la contrainte. Cette vision prend sens ici dans le cas des retours en état de maladie quand tout espoir paraît perdu. Chez les Baoulé de Konankro, comme dans d'autres cultures africaines, la fin de vie, dans la mesure du possible, ne se conçoit pas sans la présence de personnes proches. Si les parents insistent pour le retour des malades, c'est pour vivre, ensemble les derniers moments de vie du malade. C'est un fait qui n'est pas sans rappeler le cas des turcs en France et en Allemagne. N. YASEMIN URAL (2012, p.57), évoque « le vivre ensemble la mort » comme l'expression de l'appartenance à une identité, une mort emprunte de reconnaissance sociale. Nous avons retrouvé cette idée de la mort dans le village de Konankro. Le retour des malades est envisagé comme un moment de rapprochement pour vivre, avec le malade, le passage vers l'au-delà. C'est une façon de faire le deuil de façon apaisé. Le forcing pour le retour n'est donc pas forcément le fait d'un espoir selon un parent de K. A., décédée : « *On savait qu'elle allait mourir et on ne voulait pas qu'elle meurt seule entourée de gens qu'elle ne connaît, maltraitée peut-être par des médecins ou infirmiers sachant qu'elle est condamnée. Le mieux c'était de l'avoir avec nous* ». Les jeunes migrantes, n'ont souvent pas survécu au retour. L'absence de centre de santé de proximité n'est que partiellement en cause car il n'aurait été que d'un piètre secours dans le cas étudiés puisque les malades arrivent souvent en phase terminale de maladie. Néanmoins, il peut-être été utile pour éviter certains décès dont la liste ne fait que s'allonger.

Tableau 2 : Liste des migrantes décédées durant notre temps d'observation.

Nom	Provenance	Date d'arrivée	Date de décès
Isa	Abidjan	2014	2014
Bernadette Kouamé	Abidjan	2016	2016
Affoua	Abidjan	2017	2017
Jeanne Kouadio	Abidjan	2018	2018
Konan Aya	Abidjan	2018	2018
Amoïn Béatrice	Abidjan	2018	2018
Annick	Abidjan	2019	2019

Source : Enquête personnelle (Abidjan, 2014-2019)

## CONCLUSION

Cette contribution, de caractère ethnographique, a voulu explorer les réalités qui débouchent sur la dégradation de leur état de santé et la perception du retour chez soi qui interroge les traits culturels ou les circonstances socioéconomiques à l'heure de la mort. Nous sommes partis de ce que le rêve d'une migration réussie n'est pas l'apanage de nombre d'entre elles puisque, comme nous l'avons vu, les larmes et la douleur dressent le lit de leurs regrets amers, une fois à l'article de la mort. Il a fallu se rendre à l'évidence que les maladies dont elles ont souffert sont dues aux environnements de vie précaires et aux contingences de leurs métiers respectifs (maladies sexuellement transmissibles comme le VIH, les avortements mal réalisés, etc.). La pauvreté et le désir d'économiser le peu d'argent qu'elles gagnent ont constitué des circonstances aggravantes de leurs maladies puisque certaines ont préféré l'automédication, comme recours, pour faire face à des pathologies parfois bénignes. Le constat selon lequel, les filles ne retournent au village que pour aller mourir est un sentiment réel mais justifié par le fait qu'elles arrivent déjà mal en point. La réticence à retourner au village s'explique par l'imaginaire qui entoure les malades qui retournent (sentiment que les sorciers vont en profiter pour les achever), mais aussi à cause du sentiment d'échec du projet migratoire. L'idée d'un mort au village pour répondre aux usages de la culture *baoulé* n'est pas vraiment justifiée selon les données de l'enquête, même s'il y'a le sentiment que c'est mieux. Au final, ce retour, parfois forcé de la

malade, est suscité par les proches afin d'éviter d'endosser les frais funéraires exorbitants. Pour les parents, c'est l'occasion de vivre les derniers instants de vie de leur fille, de l'entourer d'un minimum d'amour avant la séparation définitive. Cette réflexion sur le mourir chez soi chez les migrants baoulé mérite d'être poursuivie dans d'autres groupes ethniques ivoiriens pour en apprécier, également, les contours.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGUIRRE, Carmelo Ibañez (2010). Técnicas de autoinforme en evaluación psicológica. La entrevista clínica. Zarauz : Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- ALAIN, Michel (1989). La Théorie de la Privation Relative Appliquée au Monde du Travail. *Applied psychology*, 251-263.
- ANDERSON, B. (2000). *Faire le sale boulot*, Londres, Zed Press .
- ARANGO, Joaquín (2000). Enfoques conceptuales y teóricos para explicar la migración. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 33-47.
- BLUMER, H. et MUGNY, G. (1992). La posición metodológica del interaccionismo simbólico , *Psicología social*. Modelos de interacción. Selección de textos de María Galtieri, Centro editor de América, Latina, Buenos Aires.
- CASTRA Michel (2003). *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, Puf.
- MARTIN-CRESPO, M.C. et CASTRO, A. B. S.(2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*, 3-5.
- COUNILHA-L. et SIMON-LORIERE, H. (2011). Temporalités, transit et projet migratoire : pratiques urbaines de migrants et de réfugiés à Nouadhibou et Conakry., *e-Migrinter*, 58-74.
- CURTIS, Sarah ; GESLER, Wilbert; M., PRIEBE Stefan et FRANCIS Susan (2009). « New spaces of inpatient care for people with mental illness: a complex “rebirth” of the clinic?. *Health and Place*, 340-348.
- DIABATE, Dagri-Henriette (2013). Tradition, Femme et Santé dans la société Akan de Côte d'Ivoire ». Colloque international d'hommage à Mme Henriette Dagri-Diabaté, organisé par le Ministère de la Culture et de la Francophonie, sur le thème La question du leadership féminin : Histoire et actualité » du 13 au 15 mai 2013 à Abidjan.
- EHRENREICH, B. et HOCHSCHILD, A. R. (eds.) (2003). *Global woman. Nannies, maids and sex workers in the New Economy*, Londres: Granta Books.
- FAINZANG, Sylvie (2010). L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et société*, 115-133.
- FLORES, Margarita y RELLO, Fernando (2003). Capital social virtudes y limitaciones ». Capítulo VI, p 203-228., dans Atria, Raúl; Siles, Marcelo; Arriagada, Irma; Robison, Lindon J. y Whiteford, Scott (2003). Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma. Editado por la CEPAL y Michigan University, Santiago de Chile, enero de 2003, 620 p.
- GEERTZ C., (1998), La description dense: Vers une théorie interprétative de la culture, (A.Mary, trad.). Dans *Enquête*, 73-105.
- IMBERT, G. (2010) L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 23-34.

- JACQUEMIN, Mélanie (2011). « Migrations juvéniles féminines de travail en Côte d'Ivoire ». Dans *Journal des africanistes*, 81-2, 2011, pp.61-86.
- KACHI, O., KOUASSI, D., YAO, G.H., DOUBA, A., SECKI, R., et KADJO, A. (2011). Facteurs déterminant la consommation des médicaments de la rue en milieu urbain . Dans *Santé publique* 2011/ 6, 455-464 ;
- KOFMAN, Eléonore (2004). Genre et migration internationale, *Les cahiers du CEDREF* [En ligne], 12 | 2004, mis en ligne le 20 juin 2010, consulté le 13 août 2020. URL : <http://journals.openedition.org/cedref/543>
- LALLY, Kouadio Alexis (2014). Genre, pouvoir et développement en Côte d'Ivoire : la progressive visibilité des femmes du centre et du nord». *Mujeres en riesgo de exclusión social y violencia de género*, 177-190.
- LAPERRIÈRE, A., MAYER, R, et PIRES, AP. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal: GaëtanMorin.
- LUTZ, H. (2010) Gender in the migratory process .Dans *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36(10), 1647-1663.
- MOROKVASIC, M. (1984). Birds of passage are also women. *International Migration Review*, 547-559.
- MASSEY, Douglas (1990). The Social and Economic Origins of Immigration. *Sage journal*, 60-72.
- MOROKVASIC, M. (2008). Femmes et genre dans l'étude des migrations : un regard retrospectif , *Les cahiers du CEDREF*, 16, 33-56.
- PIAN, A. (2012). De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28 (2), 101-127.
- PIGUET, E. (2013). Les théories des migrations. Synthèse de la prise de décision individuelle. *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 29 – N°3. 141-161.
- POTTER, J. et WETHERELL, M. (1987) *Discourse and social psychology : beyond attitudes and behaviour*, Londres, Sage,
- QUIMINAL, C. (2002). Retours contraints, retours construits. *Hommes et Migrations*, n° 1236, 35-45.
- SIMMONS, A. (1987). Explaining migration: Theory at the crossroads. J. DUCHÊNE, éd. *Explanation dans the Social Sciences: The Search for Causes in Demography*. Louvain-la-Neuve, Belgique, Université catholique de Louvain, Institut de démographie, 73-92.
- STARK, O Stark, Oded (1993). *La migración del trabajo. Editado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España*.
- STRAUSS Anselm (1992) *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan.
- THOMAS, L. V (2010) *Mort et pouvoir (1ère ed. 1978)*, Paris, Payot.
- THOMAS, L.-V (2000) « Les rituels funéraires », *Bulletin de la société de thanatologie*, 60-61 (décembre 1984), repr. dans id., *Les Chairs de la mort. Corps, mort, Afrique*, Paris.
- NUR YASEMIN, Ural, (2012). La mémoire des morts. Les pratiques funéraires des minorités originaires de Turquie en France et en Allemagne. *New Cultural Frontiers*, 2012, 3 (Special Issue 2012), 69-90.
- VIDAL, Claudine (1986). Funérailles et conflit social en Côte-d'Ivoire. *Politique Africaine*, 9-19.

- YASSINE, Chaïb (2006). Le rapatriement de la dépouille mortelle chez les immigrés maghrébins en France. *L'Autre*, 399- 411.
- YORO, Blé (2016) Automédication et déterminants socioculturels des recours aux pharmacies-trottoirs à Abidjan (Côte d'Ivoire), dans Véronique GUIENNE, Charlie, 139-140.
- ZONTINI, E. (2002). Towards a comparative study of female migrants in Southern Europe : Filipino and Moroccan women in Bologna and Barcelona. *Studi Emigrazione*, 107-134.
- WIHTOL DE WENDEN, Catherine (2010) *La question migratoire au XXIe siècle Migrants, réfugiés et relations internationales*, Paris, Presses de Sciences Po.