

L'impact psychosocial du conflit ivoirien sur les enfants migrants de retour au Burkina Faso



L'enfant décrit à l'aide de pierres et des fleurs les moments heureux ou malheureux de sa vie

Alice Behrendt & Serigne Mor Mbaye

Mai 2008

REMERCIEMENTS

Nous profitons de ces lignes pour remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude. Il s'agit :

- des participants de l'étude dans les villages visités et les communautés participantes,
- des responsables des ONG et associations,
- des personnes ressources qui travaillent sur le thème du rapatriement,
- de notre équipe de recherche : Joseph Millogo, Fatou Traoré, Eveline Morne et Mamani Louis Coulibaly et leur superviseur Sebastien Yougbaré,
- de l'équipe de Plan Burkina Faso,
- de Rokhaya Ndoye, assistante régionale du projet et
- des bailleurs et conseillers techniques de ce projet, notamment de AWARE-HIV/AIDS and Family Health International (FHI), USAID, Plan Bureau Regional en Afrique de l'Ouest et Plan German National Office.

En tant qu'auteurs de ce rapport, nous sommes responsables de toutes les erreurs d'interprétation des réponses.

Dakar, Février 2008

Alice Behrendt & Serigne Mor Mbaye

TABLES DES MATIERES

| | |
|---|----|
| 1. Liste des sigles et abréviations | 4 |
| 2. Executive summary | 5 |
| 3. Contexte de la mission..... | 8 |
| 3.1 Usage de terminologie | 8 |
| 3.2 Objectifs de l'étude..... | 9 |
| 4. Méthodologie | 10 |
| 4.1 Organisation pratique de l'étude..... | 10 |
| 4.2 Outils de collecte de données sur le terrain..... | 12 |
| 4.3 Approbation éthique de l'étude..... | 18 |
| 4.4 Approche méthodologique pour les entretiens individuels | 18 |
| 4.5 Documentation des résultats : Saisie et analyse des données | 20 |
| 4.6 Difficultés rencontrées et limites de l'enquête..... | 21 |
| 5. Revue de la littérature relative au rapatriement des Burkinabés de la Côte d'Ivoire au Burkina Faso | 25 |
| 5.1 Ampleur du phénomène du rapatriement : estimations des chiffres..... | 25 |
| 5.2 Histoire de la cohabitation des Burkinabés et des Ivoiriens en Côte d'Ivoire et conflits socioculturels déclenchés au moment de la crise..... | 26 |
| 5.3 Déroulement du rapatriement: routes principales et installation au Burkina Faso | 26 |
| 5.4 Caractéristiques des migrants retournant au pays..... | 27 |
| 5.5 L'engagement de l'Etat Burkinabé afin de faciliter le rapatriement..... | 28 |
| 5.6 Impact du rapatriement sur le bien-être de l'enfant et nécessité de prise en charge psychosociale des enfants | 29 |
| 6. Résultats de l'étude sur le terrain..... | 30 |
| 6.1 Informations socio -démographiques..... | 30 |
| 6.2 Le retour des Burkinabés pendant les crises politiques en Côte d'Ivoire | 32 |
| 6.3 Situation familiale (échantillon global)..... | 45 |
| 6.4 Résilience et bien-être des enfants | 46 |
| 6.5 Risque suicidaire des enfants..... | 52 |
| 6.6 Exposition des enfants à la violence et à d'autres événements potentiellement traumatiques | 53 |
| 6.7 Evénements traumatiques vécus au cours du rapatriement | 54 |
| 6.8 Evénements traumatiques vécus au cours de la vie | 56 |
| 6.9 Enfants vivant dans une situation de maltraitance à l'heure actuelle | 59 |
| 6.10 Souffrir de la faim | 60 |

| | |
|--|----|
| 6.11 Le pire événement vécu depuis la naissance | 62 |
| 6.12 La pratique de l'excision | 64 |
| 6.13 Facteur de risques de maltraitance | 66 |
| 6.14 Troubles psychiques | 67 |
| 6.15 Résultats des discussions des groupes focalisés avec les enfants..... | 71 |
| 7. Synthèse des résultats..... | 74 |
| 7.1 Etat de santé mentale des enfants ayant vécu le rapatriement..... | 74 |
| 7.2 Le rapatriement : pourquoi s'agit t-il d'un contexte à haut risque : la dynamique des facteurs | 77 |
| 8. Conclusions et Recommandations..... | 82 |
| 8.1 Stratégie 1 : Appui pour l'intégration des rapatriés | 83 |
| 8.2 Stratégie 2 : Diminution des violences domestiques..... | 85 |
| 8.3 Stratégie 3 : Protection des enfants vulnérables et gravement atteints..... | 86 |
| 8.4 La Culture comme ressource de prise en charge psychosociale | 88 |
| 9. Annexe | 91 |

1. Liste des sigles et abréviations

| | |
|---------------------|---|
| ADC | Agents de développement communautaire |
| CONASUR | Comité National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation représenté également au niveau des provinces (COPRASUR), des départements (CODESUR) et des villages (COVISUR) afin de faciliter le retour et la réintégration des compatriotes |
| Diaspo | Dans le sens propre, le mot est le diminutif de diaspora (l'ensemble de la population d'un pays ou d'une communauté vivant sur un espace ou un territoire étranger qui n'est pas leur communauté originelle ou de base). A l'heure actuelle au Burkina Faso, le « diaspo » est singulièrement utilisé pour les migrants burkinabé de seconde génération nés en Côte d'Ivoire, et souvent revenus au pays pour des études. Cette appellation est cependant de nos jours dans l'imaginaire populaire burkinabé une jeune personne qui aime l'ambiance et qui a une façon de s'exprimer en paroles ou en gestes ponctués d'accent ou de manières dits ivoiriens. |
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual, fourth Edition |
| Dolo | Bière locale |
| Evénements de Tabou | Dispute foncière en 1999 entre un autochtone et un planteur d'origine burkinabée qui a dégénéré en affrontement et pendant lequel l'autochtone a trouvé la mort. Par la suite, les populations autochtones ont tué plus d'une centaine de personnes et ont expulsé plus de 12.000 personnes d'origine burkinabée de la Côte d'Ivoire |
| ESPT | Etat de Stress Post-traumatique |
| Opération Bayiri | Le mot "bayiri" peut être traduit comme « fratrie » en langue Mooré. L'opération Bayiri a été organisée par les autorités en 2002 afin de faciliter le retour des compatriotes dans leur pays d'origine. A l'heure actuelle, le terme « bayiri » est utilisé de manière péjorative pour les rapatriés ayant des difficultés d'adaptation. |
| PAM | Programme Alimentaire Mondiale |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

2. Executive summary

Background and objective: The migration of Burkinabes to Côte d'Ivoire started in the colonial era and continued to flourish over the next decades, exceeding two million people by the mid nineties. The beginning of the Ivorian political crisis in 1999 and of the rebellion in 2002 lead to a period of ethnic cleansing in Côte d'Ivoire: people of Burkinabe origin were deprived of their lands, persecuted and assassinated. Up until now, the number of Burkinabes who have been killed during that period in Côte d'Ivoire is as unclear as the number of Burkinabes who regained the territory of Burkina Faso to escape the pogrom. The majority of the returnees to Burkina Faso were women and children, children who had - in most cases - never seen their country of origin before. The objective of the current study was to evaluate the psychosocial impact of the uprooting of these children. We investigated their experiences before and during their journey to Burkina Faso as well as their current living situations and coping mechanisms. The study was part of a regional research project conducted in five selected Plan program countries in West Africa (Togo, Burkina Faso, Cameroon, Sierra Leone and Liberia).

Method: We used a matched case-control study designed to investigate the impact of the transplantation. We interviewed a sample of children of Burkinabe origin repatriated to Burkina Faso in the period from 1999 and 2004, and a control sample of the same size of children who had never migrated. The repatriated children were matched with the control group according to criteria that were likely to influence outcome (age, sex and education). Our investigation included individual interviews, focus group discussions and case studies. In the individual interviews we assessed socio-demographic data and the circumstances of repatriation, distressing life events and their impact, emotional wellbeing, coping and resilience as well as mental health and neuropsychological functions. For the case studies, we used a biographical exercise. The focus group discussions were stimulated with five short stories developed to identify the children's perceptions of their needs for psychosocial support.

The study was implemented over a two month period in the summer of 2007 in seven villages and two towns in the regions of Gaoua and Banfora. The field team, four Burkinabe psychologists, conducted 22 focus group discussions, 205 individual interviews and 12 case studies. The age range of the participating children was from 8 – 18 years, although subjects from 19-20 years were included in the sample if they had been repatriated to Burkina Faso

before the age of 18. All severely affected children identified during the study received at least three months individual psychosocial support after the research project.

Results: Our findings confirm that the transplantation of children and their families from Côte d'Ivoire to Burkina Faso was a traumatic experience affecting the mental and physical health of children. Since their arrival in Burkina Faso, the repatriated families have lived in extreme poverty. They are suffering from hunger and have few opportunities to earn a living due to limited access to land. Only a small number of participants benefited from emergency relief programs and none of the families of the participating children had received psychosocial support or help for their professional reintegration. The transplantation has led to separation of nuclear families and has created tensions and conflicts in the households hosting the repatriated family members, a source of distress adding to the adaptation difficulties of the children. Commonly, heads of families conveyed their wives and children to their community of origin in Burkina Faso before returning themselves to Côte d'Ivoire. Children, placed under the authority of guardians that they had never seen before, were not only confronted with overcoming the trauma of the violence they witnessed and experienced, but also adapting into a new living situation with little protection from domestic violence and from stigmatization based on their status as "Ivorians".

The group of transplanted children experienced significantly more life threatening events than the control group. In fact, all participating children from Côte d'Ivoire had been directly exposed to war related events, including witnessing assassinations, torture and other atrocities and the destruction and looting of their properties. The impact of the sudden repatriation to their – in most cases unknown - country of origin added to the traumatic experiences of the armed conflict. As a consequence, the number of children suffering from post-traumatic stress disorder (PTSD) and of girls suffering from chronic depression was considerably higher among the group of repatriated children than among the control group.

However, the distress of the repatriated children is not only related to past events but also to their current living conditions: the repatriated children are less happy in their homes than children in the control group. A significantly higher proportion of repatriated children are suffering neglect in their new households. Constant lack of food is a common menace for all children in the region, but is experienced more often by the children repatriated from Côte d'Ivoire.

Domestic violence, however, is a common experience of all children, including the children in the control group. In the region of Banfora, for instance, we found that boys in the control group were considerably more likely to be subjected to physical abuse than the other groups.

Girls in the control group had the least exposure to violence in terms of frequency, but they experienced more life-threatening forms of domestic violence than boys.

Children subjected to ongoing maltreatment in our study reported a lower self esteem and less social skills. Boys of the control group who had the highest exposure of ongoing physical abuse also had the highest rates of attention deficit and conduct disorders. Thus, the findings indicate that widespread domestic violence – physical abuse, verbal violence and neglect – represents another severe jeopardy for the mental and physical well being of children in the region. Further prevalent risk contexts for the mental health of children in the study areas are exploitation as cheap labour in gold mines, female genital cutting, malnutrition and forced marriage. Sexual abuse was rarely reported.

All children in the study area, but especially the repatriated children, have to cope with several highly distressing experiences at the same time. They were traumatized by war and expulsion from their home, and are exposed to hunger, neglect, exploitation and domestic violence. Their resilience is likely to be severely affected. Defeated coping mechanisms often lead to suicidal behaviour. This was particularly visible among repatriated girls: one repatriated girl out of ten was assessed to be at high risk of suicide.

Conclusion and recommendations: The transplantation from Côte d'Ivoire has and continues to endanger the physical, affective, cognitive and emotional development of thousands of repatriated children. However, in addition to the negative impact of the transplantation on the concerned children, the study revealed other factors putting the wellbeing of children – repatriated or not - at stake. Domestic violence is the most predominant of these factors. In order to address the psychosocial needs of children in the South West region of Burkina Faso, we recommend the development of an action plan based on three strategies: (1) support for the integration of repatriated families, (2) prevention of domestic violence and (3) protection of and assistance to vulnerable and severely affected children. As part of the first strategy, we consider it necessary to advocate at national, regional and international level to end the silent suffering of thousands of repatriated families in Burkina Faso who are still lacking access to basic resources for survival.

3. Contexte de la mission

Les enfants de l'Afrique de l'Ouest sont confrontés plus que d'autres aux vicissitudes de l'existence. L'épidémie du VIH et la préoccupation internationale pour les orphelins ont contribué à dévoiler le sort des enfants en Afrique de l'Ouest. Bon nombre d'entre eux vivent dans la rue, sont soumis aux traites et/ ou sont utilisés et exploités pour leur travail, sont négligés ou abusés sexuellement, ou sont déplacés lors de guerres civiles.

Au moment où des programmes et des initiatives commencent à émerger pour répondre aux besoins des enfants en situation difficile, il apparaît clairement qu'il n'y a que peu de connaissances au niveau du soutien psychologique dans la région. Plan et le projet AWARE-HIV/AIDS reconnaissent le besoin de faire une étude couvrant toute la région de l'Afrique de l'Ouest pour déterminer les grandes caractéristiques du soutien psychologique pour les enfants en détresse et leur famille. Cela permettra d'adopter un ensemble de principes concernant les activités en matière de soutien psychosocial des enfants. Dans ce but, Plan et AWARE-HIV/AIDS ont fait appel à une équipe de mission pour étudier l'état de santé mentale et les besoins en termes d'appui psychologique des enfants dans cinq pays, afin de proposer une approche adaptée selon les particularités régionales. Le rapport actuel présente les résultats de l'étude effectuée au Burkina Faso, le deuxième pays où cette recherche a été menée. L'accent a été mis ici sur les enfants burkinabés qui ont grandi ou résidé une partie importante de leur vie en Côte d'Ivoire et qui ont été transplantés au Burkina Faso au cours des conflits armés en Côte d'Ivoire entre 1999 et 2004.

3.1 Usage de terminologie

Il nous a été difficile d'adapter une terminologie à 100% adéquate pour le groupe d'enfants qui sont d'origine burkinabé et ont été transplantés au cours de la crise politique dans le pays natal de leurs parents. A l'heure actuelle, le terme « enfants rapatriés » est un concept courant au Burkina Faso. Pourtant, dans le sens propre, ni les enfants, ni leurs familles n'ont été rapatriés par le gouvernement. Les activités du gouvernement, comme l'opération « Bayiri » n'a touché qu'une petite minorité des Burkinabés résidante en Côte d'Ivoire à une période de la crise. La grande majorité de « rapatriés » est revenue par ses propres moyens et les familles n'ont jamais bénéficié d'une assistance gouvernementale. Le titre « réfugié » n'est pas non plus la terminologie appropriée pour notre groupe cible : un réfugié quitte son pays pour chercher une protection à l'extérieur tandis que notre cible revient dans son pays d'origine afin d'échapper à la persécution. A un moment, nous avons réfléchi dans le sens de

retenir le terme le plus neutre : « migrant ». La raison pour laquelle nous avons finalement décidé de ne pas l'utiliser est que la migration est entreprise avec le but primaire d'améliorer les perspectives économiques et sociales. Pour notre groupe cible, c'est le contraire : le retour au Burkina Faso signifiait pour presque toutes les familles une régression de leur statut sur le plan social et économique. Un autre terme discuté a été celui de « revenus ». Néanmoins, beaucoup d'enfants sont nés en Côte d'Ivoire et ne sont jamais venus au Burkina Faso avant le rapatriement. Ils ne sont donc pas « revenus ». Pendant la rédaction de ce rapport, nous avons finalement décidé d'adapter le terme « rapatrié », même si ce terme ne représente pas une solution parfaite. Comme ce terme est largement le plus utilisé au Burkina Faso pour notre cible, nous espérons que ce choix, ainsi que la définition claire des critères de recrutement des enfants rapatriés (voir paragraphe 3.4) aidera à éviter les malentendus sur la cible de cette étude.

3.2 Objectifs de l'étude

L'étude du terrain au Burkina Faso vise à évaluer les besoins psychosociaux des enfants rapatriés de la Côte d'Ivoire. Le but est de fournir un inventaire des méthodes et des approches adaptées à leur vécu et leur situation de vie en vue d'améliorer leur bien-être.

L'étude vise les objectifs spécifiques suivants:

- Décrire la santé mentale (y compris ses aspects émotionnels, cognitifs et comportementaux) des enfants rapatriés en comparaison avec un groupe témoin, dégager les signes (indicateurs) de résilience et les besoins des enfants en terme de soutien psychologique en fonction de leur contexte de vie spécifique ;
- Evaluer l'incidence des événements stressants, leur impact psychologique ainsi que les mécanismes d'adaptation développés par les enfants interviewés dans le cadre de cette recherche ;
- Examiner les différences de réactions des participants selon le sexe et l'âge ;
- Identifier les expériences des enfants rapatriés (filles et garçons) pendant et après le rapatriement et les conséquences sur les plans psychologique et social ;
- Déterminer les besoins des enfants rapatriés pour une meilleure prise en charge psychosociale.

4. Méthodologie

Deux sources d'information ont été exploitées afin de donner un aperçu sur l'état des lieux du rapatriement des Burkinabés de la Côte d'Ivoire entre 1998 et 2002 et de préparer l'étude sur le terrain. Il s'agit d'une part des personnes ayant mené des études sur le rapatriement ou ayant travaillé dans les structures d'accueil/ transit pour les rapatriés et d'autre part, les documents portant sur le rapatriement au niveau national. Dans ce rapport, les résultats de cette étude seront présentés en deux parties : d'abord, le lecteur trouvera un aperçu du rapatriement et du travail des ONG et des institutions ayant développé des stratégies de soutien aux rapatriés (revue de la littérature). Ensuite, les résultats de l'étude sur le terrain seront présentés. Il est à noter que ce rapport focalise principalement sur l'étude de terrain. Les résultats des analyses institutionnelles des structures fournissant un appui psychosocial au Burkina Faso (et dans les autres pays de la sous région) seront exposés dans un autre rapport.

4.1 Organisation pratique de l'étude

4.1.1 Plan de travail

- Revue documentaire: du 1^{er} Janvier au 30 Mai 2007
- Préparation de l'étude y compris le recrutement des chercheurs et leur formation: du 7 au 26 Mai 2007
- Phase test : La phase-test a duré trois jours (28.5. – 30.5) dans les villages sélectionnés en fonction de la prévalence des rapatriés et des langues parlées. Elle a été suivie par une restitution d'un jour (31.5).
- Etude sur le terrain: du 4 juin au 4 Août 2007
- Saisie des données : du 6 Octobre au 30 Novembre 2007
- Analyse des données : du 1^{er} au 9 Décembre
- Rédaction du rapport: du 1^{er} au 15 Décembre 2007
- Diffusion des résultats de l'étude : planifiée pour Janvier 2008 à Ouagadougou

4.1.2 Préparation des collectes de données sur le terrain

L'étude a été précédée par une formation de 16 jours et une phase test de quatre (4) jours. L'atelier de formation s'est déroulé en quatre étapes :

- Contexte de l'étude : l'état des lieux du rapatriement, abord socio-anthropologique des communautés de base ;
- Méthodologie de l'étude de terrain : approche des populations cibles et considérations éthiques ;
- Abord théorique : introduction à la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, principaux troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent selon le DSM -IV et le CIM-X ;
- Outils de recherche, adaptation des outils et traduction des outils dans les langues locales.

Le rapport de formation et de la phase test est disponible au bureau régional de Plan pour le lecteur souhaitant de plus amples informations sur la préparation de l'étude.

4.1.3 Détermination des zones de collecte de données

La recherche n'étant pas mise en œuvre sur l'ensemble du territoire burkinabé, nous avons établis avec les partenaires déterminés, des zones géographiques à l'aide des indicateurs suivants :

- Proportion des rapatriés au niveau communautaire,
- Equilibre entre les communautés urbaines et rurales dans l'échantillon des localités sélectionnées,
- proportion des personnes maîtrisant le Dioula et
- faisant partie d'une zone d'intervention de Plan Burkina ou étant à proximité d'une zone d'intervention de Plan Burkina.

Nous avons cependant retenu que les critères d'inclusion ou d'exclusion des sites étaient susceptibles de modification selon les contraintes suivantes :

- Logistique;
- Accessibilité des sujets;
- Langues parlées dans les zones.

L'équipe de terrain était constituée des quatre chercheurs (deux femmes et deux hommes) ayant une maîtrise (Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées) en psychologie. Ils ont vécu pendant deux mois sur le terrain dans les villages choisis lors de la réunion de concertation avec Plan Burkina Faso et ses partenaires.

Les communautés de collecte des données sont situées dans l'une des zones principales des rapatriés, c'est-à-dire l'une des zones les plus pourvoyeuses de migrants : le Sud-Ouest. Un binôme de chercheurs a travaillé dans la zone de Gaoua, tandis que le deuxième binôme

a collectionné ses données dans la région de Banfora. Les préfectures et villages inclus dans cette recherche figurent dans le tableau suivant.

Tableau 1: nombre d'entretiens valides et de discussions par village et par département

| Département | Village | Nombre d'entretiens | Nombre de discussions de groupe |
|-------------|-----------------|---------------------|---------------------------------|
| Gaoua | Loropeni | 61 | 6 |
| | Bouroum Bouroum | 10 | 3 |
| | Tambili | 6 | 2 |
| | Gaoua ville | 22 | 3 |
| | Sidoumoukar | 2 | 1 |
| | Tikera | 8 | 1 |
| Banfora | Banfora ville | 24 | 2 |
| | Beregadougou | 13 | 2 |
| | Niangoloko | 59 | 2 |
| | Total | 205 | 22 |

4.2 Outils de collecte de données sur le terrain

L'évaluation de la santé mentale et du développement psychologique a été menée avec l'aide d'instruments de recherche qualitative et quantitative. Il s'agit d'exercices participatifs, de questionnaires standardisés et d'entretiens approfondis semi-structurés. Tout(e) discussion, entretien ou causerie a été mené dans une langue parlée par la plupart des rapatriés : le Dioula. En effet, le Dioula est une langue répandue de part et d'autre de la frontière. C'est la langue commerciale et celle des plantations en Côte d'Ivoire où vivent et travaillent une grande partie des migrants burkinabés. Pour assurer la qualité des données, le kit d'évaluation a été traduit d'abord à l'aide de dictaphones et ensuite transcrit pour obtenir un document électronique. Pour cela, les chercheurs psychologues se sont réunis avec deux experts de la radio et de la télévision nationale ayant l'habitude de traduire des textes du français en Dioula et de mettre en œuvre des émissions radiophoniques en Dioula en direction des communautés.

Après avoir trouvé un consensus, l'item a été enregistré sur dictaphone, écouté répétitivement par les chercheurs avant leur départ sur le terrain et transcrit sur fichier électronique.

La collecte de données sur le terrain s'est appuyée sur les outils suivants :

1. Discussions de groupes focalisés (*focus group discussions*)
2. entretiens individuels

3. études de cas
4. observations pendant les différents séjours au village

4.2.1 Les discussions de groupes focalisés (DFG ou focus group discussions)

Avant d'organiser les entretiens individuels avec les enfants, les chercheurs ont toujours à leur arrivée au village rassemblé le plus grand nombre d'enfants possible, avec lesquels ils ont mis en place des discussions de groupes et des jeux.

L'outil que nous avons appliqué pour stimuler les DFG vise à faire ressortir les opinions des enfants sur le soutien qui - selon eux - est le plus approprié dans certaines situations de souffrance. Les chercheurs ont exposé une petite histoire dans laquelle un enfant est en difficulté ; puis ils ont demandé aux participants de nommer les sentiments éprouvés par cet enfant et de proposer les solutions qu'ils auraient souhaités, s'ils étaient à la place de cet enfant. Les histoires traitent des sujets suivants :

- Perte d'un parent proche
- Violence domestique
- Situation de risque liée au rapatriement
- Problème somatique grave
- Inadaptation sociale et/ ou scolaire

L'âge des enfants participants dans les discussions en groupes a varié entre 7 et 18 ans. Tous les enfants du village – quelque soit leur niveau d'éducation, leur religion ou groupe ethnique – ont été invités à participer. Les DGF ne nous ont pas uniquement servi à obtenir des informations sur les désirs des enfants en matière de soutien psychosocial. Le temps des DGF nous a également aidé à établir une relation de confiance avec les enfants dans un cadre ludique et de créer une atmosphère de détente et de partage.

4.2.2 Les entretiens individuels

Dans le tableau suivant, nous présentons une liste résumant tous les outils appliqués dans les entretiens individuels. Ensuite, nous mettons à la disposition du lecteur intéressé des descriptions détaillées et les données psychométriques de chaque outil. Il est à noter que tous les outils ont été utilisés sous forme d'entretien.

Tableau 2 : outils utilisés dans le cadre de cette recherche

| | Indicateurs ciblés | Outils |
|---|--|---|
| 1 | Introduction de la recherche auprès des parents et de l'enfant et obtention des consentements | Fiche sur l'introduction de l'entretien avec signature du chercheur sur le consentement oral des parents |
| 2 | Items socioculturels et informations sur le rapatriement | Entretien semi-structuré : données sociodémographiques et questions sur le rapatriement |
| 3 | Bien-être émotionnel et facteurs de résilience | Questionnaire Bien-être émotionnel de CARE/SCOPE & FHI (Zambia 2003) |
| 4 | Événements potentiellement traumatiques vécus (depuis la naissance, pendant la crise en Côte d'Ivoire et le rapatriement, et pendant le dernier mois), identification de l'événement le plus stressant/ des événements les plus stressants, évaluation des symptômes du stress post traumatique par rapport aux événements vécus | Questionnaire : UCLA PTSD Index (DSM IV) (Rodriguez, Steinberg et al. 1999) complété par la liste explorant différentes formes de violences domestiques et certaines questions liées à l'exposition aux conflits armés de (Catani, Schauer et al. soumis) |
| 5 | Capacité d'organisation perceptive et performance de mémoire de travail et mémoire à long terme de l'enfant | Figure complexe de Rey Osterrieth (voir par exemple Lezak 1995) |
| 6 | Forces et difficultés de l'enfant | Questionnaire Points forts et Points faibles (Goodman 1997) |
| 7 | Estime de soi | Questionnaire sur l'estime de soi (Rosenberg 1989) |
| 8 | Troubles psychiques de l'Axe I du DSM IV-TR | Entretien clinique : M.I.N.I. KID version française 2.0 (Lecrubier, Hergueta et al. 2000) |
| 9 | Notes supplémentaires et exploration du comportement de l'enfant au cours de l'entretien | Fiche d'observation |

4.2.2.1 Entretien semi-structuré sur les données sociodémographiques et sur le rapatriement

Dans cet entretien, nous avons documenté les données personnelles de base pour chaque enfant : âge, village, groupe ethnique, niveau d'éducation, statut familial, religion etc. De plus, nous avons interviewé les enfants sur leur situation familiale et sur leur bien-être à la maison. Les questions sur les expériences de la crise en Côte d'Ivoire et le rapatriement n'ont été posées qu'aux enfants rapatriés puisque les enfants témoins n'ont jamais vécu en Côte d'Ivoire. Nous avons exploré les conditions de vie, de départ de la Côte d'Ivoire et de l'arrivée au Burkina Faso ainsi que les perceptions des enfants sur les changements dans leur vie depuis le rapatriement. Aux enfants témoins, par contre, certaines questions abordant leurs attitudes envers les rapatriés ont été posées.

4.2.2.2 Questionnaire Bien-être émotionnel de CARE/SCOPE & FHI

Le questionnaire explorant certains facteurs de bien-être et de résilience est basé sur 23 questions. En dehors de 8 questions ouvertes, il y a 15 questions structurées où la réponse de l'enfant est reportée dans l'une des trois catégories proposées (souvent – parfois – jamais) qui correspondent à trois niveaux différents. L'enfant peut également choisir l'option alternative du « je ne sais pas ».

4.2.3 Questionnaire : UCLA PTSD Index (DSM IV) pour adolescents complété par une liste explorant différentes formes de violences

Cet outil a été utilisé pour l'exploration de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Les questions du UCLA sont adaptées aux critères de DSM-IV et peuvent fournir des informations provisoires pour le diagnostic de l'ESPT. Les résultats du questionnaire ne permettent pas de conclure sur un diagnostic définitif de l'ESPT. Dans notre contexte, le UCLA nous a surtout servi à relever l'exposition aux différents types d'événements et à mesurer le degré d'intensité des symptômes de stress post-traumatique. Le diagnostic définitif sur le « oui » ou « non » de l'ESPT a été posé avec le M.I.N.I. (voir paragraphe 4.2.3.4). Le questionnaire est divisé en trois (3) parties :

- événements traumatiques vécus
- cognitions et émotions pendant le pire événement vécu (critère A de DSM-IV), et
- symptômes de l'ESPT avec une échelle allant de 0 (« jamais ») à 4 (presque tous les jours).

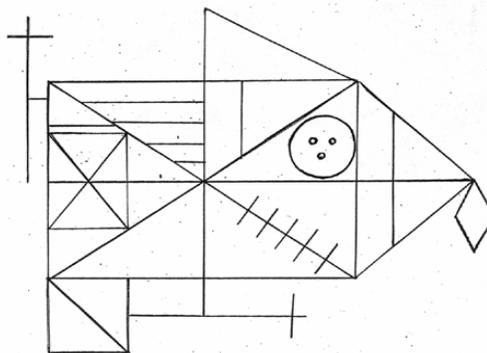
Nous avons ajouté à la première partie la liste de Catani (2002) qui relève différentes formes de violence domestique (sévices corporels, violence verbale, négligence/ privation de nourriture et abus sexuel). Nous avons ajouté un item sur la prostitution (« Tu as déjà couché avec quelqu'un pour gagner quelque chose. »), et six questions sur les expériences traumatiques fréquentes chez les personnes exposées aux conflits armés. Pour tout événement, nous avons différencié le moment d'exposition en trois catégories ; « depuis la naissance », « pendant la crise en Côte d'Ivoire et le rapatriement » et « au cours du dernier mois ». Ceci nous a permis d'évaluer les traumatismes les plus récents et de relever l'incidence des événements traumatiques pendant la crise et la transplantation au Burkina Faso.

Le UCLA et la liste concernant les violences domestiques existaient uniquement en anglais. Dès lors, nous avons traduit les deux outils en français à l'aide de la technique de retraduction. Cela a impliqué les étapes suivantes : le questionnaire a été traduit en français

par un professionnel du domaine d'étude. Un deuxième professionnel a retraduit ensuite le questionnaire dans la langue dans laquelle il avait été initialement élaboré.

4.2.3.1 Performance d'organisation perceptive, d'attention et de mémoire à court et à long terme

La Figure de Rey (Rey 1941, Osterrieth, 1944) est une expérimentation non-verbale de l'organisation perceptive et de la mémoire. Le participant doit dessiner une figure composée de 18 détails (voir graphique 1) qu'on lui donne. Ensuite, il doit la reproduire de mémoire sans en avoir été averti au préalable. Après un intervalle de temps de 20 minutes, il doit encore une fois reproduire de mémoire la même figure. Pour l'évaluation de la performance de la mémoire, nous avons utilisé le système de cotation de 36 points de Lezak (1995). Berry et al. (1991) ont trouvé pour cette expérimentation une fidélité interjuges entre 0.91 et 0.98 (cité d'après Lezak 1995). La constance de la figure de Rey est située autour de 0.60 et 0.76 selon Berry, Allen & Schmidt (1991) (cité d'après Lezak 1995). De nombreux enfants sur le terrain au Burkina Faso ont eu des problèmes considérables à dessiner la figure au moment du premier tour. Ceux qui n'ont pas réussi à atteindre 24 points lors du premier tour n'ont pas été évalués sur leur performance de mémoire car les prérogatives pour le test de la mémoire est une organisation perceptive permettant de dessiner la figure.



Graphique 1 : figure de Rey (en version réduite)

4.2.3.2 Questionnaire points forts et points faibles (de Goodman, R. (1997))

Le questionnaire points forts/ points faibles est un screening de 25 questions explorant les forces et les problèmes des enfants de 4 à 16 ans au niveau émotionnel et comportemental.

Les points forts et faibles d'un enfant sont évalués sur cinq échelles différentes qui sont :

- l'échelle de troubles émotionnels
- l'échelle de troubles comportementaux

- l'échelle d'hyperactivité
- l'échelle de troubles avec les paires
- l'échelle pro-sociale

Pour chacune de ces échelles, cinq questions ont été posées par le chercheur afin d'obtenir le score évaluant cette échelle. Les propriétés psychométriques de ce questionnaire ont été évaluées par plusieurs études et les résultats par rapport à la validité (critériée et de construit) et à la fidélité (cohérence interne, constance et interjuges) ont été satisfaisantes (voir par exemple Goodman 1997; voir par exemple Goodman 1999; Goodman, Ford et al. 2003; Muris, Meester et al. 2003). Le lecteur intéressé peut obtenir de plus amples informations sur le site web du questionnaire: www.sdqinfo.com.

4.2.3.3 Le questionnaire de Rosenberg : estime de soi

L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg est sans doute l'outil le plus appliqué en matière d'estime de soi dans les sciences sociales. Cette échelle a été plusieurs fois appliquée dans les recherches sur les enfants orphelins et vulnérables en Afrique de l'Est (voir par exemple Kiiry 2005). Le questionnaire a été développé en 1960 par le professeur Morris Rosenberg et est composé de 10 items. Les réponses possibles sont subdivisées sur une dimension de « tout à fait en désaccord » (0) à « tout à fait en accord » (3). Le score total varie de 0 à 30 points, avec le score le plus élevé à 40 points. Plus le score est élevé, plus l'estime de soi de l'enfant est élevée. Cinq questions sont codées de façon positive, les autres cinq questions sont codées négativement. Les propriétés psychométriques de la traduction française du questionnaire de Rosenberg montrent une cohérence interne entre 0.70 et 0.90 et une constance de 0.84 (Vallières and Vallerand (1990)).

4.2.3.4 L'entretien clinique : le Mini International Neuropsychiatry Interview (M.I.N.I.) KID version française 2.0

Un diagnostic psychopathologique a été posé à travers le M.I.N.I. kid version française 2.0. Le M.I.N.I. kid est un entretien clinique structuré qui permet de diagnostiquer les troubles psychiques principaux selon le DSM-IV (troubles affectifs, risque suicidaire, trouble de l'anxiété, troubles liés à une substance, troubles psychotiques et certains troubles habituellement diagnostiqués pendant l'enfance et l'adolescence). Nous avons adopté la liste de substances proposées dans le M.I.N.I aux substances accessibles dans la zone de recherche.

4.2.4 Les études de cas

Nous avons conduit les études de cas à l'aide d'un outil nommé « la ligne de vie » ; outil qui a été développé en Afrique de l'Est dans les activités d'assistance psychologique aux réfugiés (Schauer, Neuner et al. 2004). Cet exercice permet d'obtenir une trajectoire de vie de l'enfant de façon ludique à l'aide d'une corde, des fleurs et des pierres (voir page titre) et facilite la reconstruction des événements importants de la vie du participant dans un ordre chronologique. Le lecteur intéressé trouvera de plus amples informations dans la publication « *Narrative Exposure Therapy. A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Terror, or Torture* » par Schauer, Neuner et al. (2004).

4.3 Approbation éthique de l'étude

Pour la réalisation de ce travail, Plan a reçu l'autorisation du Comité éthique du pays.

L'enquête se déroulant auprès de la population, l'aval des chefs de quartier/ de village était indispensable et a toujours été acquis après exposition des objectifs de l'étude. Dans les domiciles, l'accord des parents ou des tuteurs a été demandé et en cas de réponse positive, un consentement écrit a été signé par les parents. L'inclusion de l'enfant dans l'échantillon n'était faite qu'après consentement écrit et éclairé de l'enfant lui-même.

Le présent travail est une recherche opérationnelle dont le but est de produire des données de base sur les effets psychosociaux du contexte et des circonstances du rapatriement sur les enfants, et à partir desquelles des interventions seront initiées pour améliorer la situation. Les cas graves découverts au cours de l'étude ont été pris en charge à travers un dispositif itinérant d'appui psychosocial mis en place pour cette recherche.

4.4 Approche méthodologique pour les entretiens individuels

Nous avons interviewé un échantillon d'à peu près 100 enfants rapatriés lors de la première étape. Lors de la deuxième étape, un échantillon témoin de la même taille n'ayant jamais résidé en Côte d'Ivoire a été sélectionné et interrogé avec les mêmes outils d'évaluation. Les groupes exposés ont été appariés avec les groupes de comparaison selon des critères précis susceptibles d'influencer le résultat (âge, sexe et niveau d'études).

4.4.1 Définitions opérationnelles adoptées pour le recrutement des enfants sur le terrain

Lors de la formation, nous avons défini des critères d'inclusion opérationnels pour le recrutement sur le terrain des enfants rapatriés et les enfants du groupe témoin. Le Tableau 3 récapitule l'ensemble de ces critères. En dehors des entretiens individuels, 23 discussions

de groupes focalisés et 13 études de cas ont été mises en place (voir paragraphe 4.2.1 et 4.2.4).

Tableau 3 : critères d'inclusion pour les enfants rapatriés et les enfants témoins

| Enfant rapatrié | Enfant témoin |
|--|---|
| De dix (10) ans à vingt (20) ans | De dix (10) ans à vingt (20) ans |
| Enfants d'origine burkinabée ayant résidé en Côte d'Ivoire et rapatrié pendant et après les deux crises ivoiriennes (la crise de Tabou en 1998 et la crise politico-militaire en 2002) | Enfant burkinabé n'ayant jamais résidé et/ ou séjourné en Côte d'Ivoire |

4.4.2 Critères d'exclusion

Tout enfant ayant entre 0 et 9 ans a été exclu de cette recherche. Bien entendu, les personnes ayant dépassé 20 ans n'ont pas non plus été retenues pour cette étude. Les personnes entre 18 et 20 ans ont uniquement été incluses si le rapatriement a eu lieu avant l'âge de 18 ans, donc si la personne était considérée comme un enfant au moment du rapatriement.

D'autres critères d'exclusion sont les troubles neurologiques (comme l'épilepsie) ou d'autres troubles affectant potentiellement la capacité du sujet à répondre aux questions comme l'autisme, le retard mental et les troubles psychotiques.

4.4.3 Approche des populations d'enfants

Pour l'identification des participants, nous avons utilisé une approche hautement participative s'adressant directement aux communautés d'enfants. Les chercheurs psychologues ont, en arrivant au village, regroupés le plus grand nombre d'enfants possible en spécifiant aux représentants qu'ils voulaient travailler avec tous les enfants du village et non avec un groupe spécifique. Le regroupement des enfants a été facilité par les ADC de Plan Burkina Faso ou par les organisations communautaires de base. A l'arrivée des enfants, les chercheurs ont organisé des jeux et des discussions de groupes focalisés. A travers ces deux exercices, ils identifiaient les enfants à aborder ultérieurement pour les entretiens individuels. Après les premiers entretiens, nous avons utilisé l'approche « enfant par enfant » qui est une technique basée sur un échantillonnage de référence en chaîne : Il est demandé aux interviewés de nommer d'autres enfants correspondant aux critères opérationnels de la recherche.

Une autre stratégie de recrutement adoptée par les chercheurs était la fréquentation des lieux de socialisation du village (marché, activités sportives et atelier d'apprentissage) afin de

s'entretenir avec les enfants et les jeunes et d'identifier les enfants volontaires pour participer à l'étude.

Avant de commencer un entretien individuel avec un enfant, le chercheur a passé au moins trois heures avec l'enfant afin d'établir une relation de confiance mutuelle. Ils ont également obtenu obligatoirement des consentements écrits de l'enfant et de son tuteur avant de mener l'entretien. Pour favoriser l'expression des enfants et éviter toute réticence ou inhibition due au caractère très sensible et personnel des questions, les participants ont été interviewés par un chercheur du même sexe.

4.5 Documentation des résultats : Saisie et analyse des données

Les données qualitatives (études de cas, discussions de groupes et questions ouvertes, autres outils) ont été explorées d'abord individuellement. Dans une deuxième étape, ces données ont été regroupées selon les sujets abordés en prenant en compte les caractéristiques sociodémographiques. Cette étape nous a permis de faire ressortir et d'analyser les tendances globales, les observations et les caractéristiques des différents groupes.

Les données quantitatives ont été évaluées à l'aide de la version 12.5 du logiciel SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*). L'analyse des données s'est attachée particulièrement à comparer les principales différences des groupes en terme de développement psychologique. Les objectifs fondamentaux de ces entretiens consistent à examiner l'impact des agents stressants, leurs effets à court et à long terme sur le bien-être psychologique des enfants, ainsi que les mécanismes d'adaptation des enfants. Les associations entre variables qualitatives ont été étudiées par le test du khi deux de Pearson. Dans le cas où les effectifs attendus ont été dans plus de 20% des cas en dessous de 5, nous avons eu recours au Test des probabilités exactes de Fisher. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%. Des tableaux de fréquence simples, des tableaux de recoupements, des diagrammes en barres, en secteurs, des histogrammes ou des représentations tabulaires ont été produits à titre descriptif.

Les comparaisons des données métriques ont été calculées à travers le *t*-Test pour échantillons indépendants, ou bien en cas de comparaison de plus de deux échantillons indépendants avec des analyses des variances (ANOVA). Comme tests post-hoc pour l'analyse de variance, nous avons utilisé le test de Bonferroni.

En cas de violation des conditions d'utilisation de l'ANOVA ou de *t*-test (homoscedasticité, hypothèse de normalité), nous avons vérifié les résultats avec un équivalent non

paramétrique (Mann-Whitney-U-Test pour le t -Test pour échantillons indépendants et Kruskal-Wallis-Test pour l'ANOVA).

4.6 Difficultés rencontrées et limites de l'enquête

Les difficultés ont principalement concerné la préparation de la recherche et la collecte de données.

4.6.1 Estimation de l'âge réel des participants

Nous avons constaté au cours de la phase test que l'âge officiel des personnes interviewées n'était parfois pas du tout en accord avec l'apparence physique. Il y avait, par exemple, des jeunes hommes, barbus, musclés et clairement au dessus de 20 ans qui se sont présentés comme étant âgés de 13 ou 14 ans. La réalité à la base de cette difficulté est que la majorité d'enfants n'est pas systématiquement enregistrée à l'état civil au moment de leur naissance. Les documents ne sont souvent obtenus qu'au moment de campagnes d'enregistrement des naissances ou quand le document est demandé par l'école ou une autre institution. Par conséquent, l'âge figurant dans le dossier n'est pas forcément le vrai âge de l'enfant. La tendance est que l'âge officiel est moins élevé que l'âge réel à cause de bénéfices liés à l'âge de moins de 18 ans (accès aux écoles, cantines scolaires, bourses d'études etc.). La différence entre les participants ayant réellement l'âge déclaré et ceux qui sont enregistrés en dessous leur âge réel était si importante que nous avons jugé nécessaire d'ajouter une variable au questionnaire sociodémographique : l'âge estimé par le chercheur. En cas de différence de plus de deux ans entre l'âge officiel et l'âge estimé par le chercheur, nous avons retenu l'âge estimé par le chercheur comme variable de calcul.

4.6.2 Multiplicité des langues locales

La multiplicité des langues nous a empêché de travailler dans certaines communautés du département de Gaoua. Avant de nous rendre sur le terrain, nous avons recueilli des propositions de l'Action Sociale et d'autres partenaires de Plan afin de sélectionner les communautés de collecte de données dans le département de Gaoua où les enfants maîtrisent le Dioula.

Néanmoins, déjà au cours de la phase test, les chercheurs ont dû constater que dans les deux communautés proposées, Tambili et Sidoumoukar, les enfants et certains parents ne maîtrisent guère le Dioula. Ainsi, malgré leur résidence antérieure en Côte d'Ivoire, certains ne parlent que leur langue maternelle, le Birifor ou le Gans. En fait, la migration s'organise souvent en groupe et les membres d'une communauté s'installent ensemble dans un site

d'accueil, conservant leurs coutumes et leur langue. Surtout au sein des plantations, il y a parfois une implantation de communauté ethnique parlant la langue d'origine, fermée à l'usage de Dioula. Par conséquent, nous avons eu de temps en temps des difficultés à identifier les enfants maîtrisant le Dioula dans certaines localités. Avec l'aide des ADC de Plan, nous avons donc revu la sélection des communautés et avons mis l'accent sur les communautés où le Dioula faisait partie des langues principalement parlées.

4.6.3 Non disponibilité des enfants à cause de la période de recherche

La période de recherche n'était pas propice pour deux principales raisons. D'abord parce que les enfants sont impliqués dans les travaux champêtres et/ou dans les examens de fin d'année pendant la saison hivernale. Ensuite, parce que les pluies abondantes ont rendu le déplacement des chercheurs et les activités de regroupement plus difficiles.

4.6.4 Perceptions des objectives de la recherche

Malgré notre effort d'expliquer les objectifs de la recherche et l'approche méthodologique lors de la rencontre avec les ADC de Plan, les communautés de Loropéni dans le département de Gaoua ont cru que les chercheurs venaient uniquement pour travailler avec les enfants rapatriés. A cause de cette perception, il nous a été difficile d'aborder les enfants témoins. De là, les chercheurs ont dû investir des jours supplémentaires pour corriger ce malentendu et pour pouvoir mobiliser les groupes témoins.

4.6.5 Situation alimentaire précaire dans les zones de recherche

Les chercheurs ont souligné la pauvreté ambiante révélée par le fait que les enfants ne mangeaient qu'une fois par jour. Comme ils résidaient dans les communautés pendant plusieurs semaines, ils étaient constamment obligés d'offrir des repas aux participants car ils ne voulaient pas manger devant eux sans partager.

La recherche n'ayant pas prévu une prise en charge alimentaire des participants, ceci a constitué une contrainte pour les chercheurs qui étaient obligés de payer la nourriture supplémentaire avec leurs propres moyens.

4.6.6 La mobilité des jeunes vers les mines d'or

Les jeunes sont confrontés au défi de subvenir à leurs besoins quotidiens. Dans les communautés rurales, ils ont peu de possibilités de gagner leur vie, une fois qu'ils ont terminé l'école. Dans la communauté de Loropéni, les chercheurs ont observé des déplacements fréquents des jeunes vers les sites aurifères. Les garçons écrasent et moulent

les pierres tandis que les filles travaillent dans la restauration des mineurs, dans les bars et dans le lavage d'or. Beaucoup d'entre eux partent de façon répétitive. Ces groupes de jeunes, du fait de leur mobilité, n'ont pu être contactés par les chercheurs qu'avec peine.

4.6.7 Limites de l'étude

En ce qui concerne la méthodologie, certaines limites sont à souligner. L'étude s'est focalisée uniquement sur les communautés dans les départements de Gaoua et de Banfora. Par conséquent, les résultats ne peuvent pas procurer les informations nécessaires sur l'ensemble des enfants rapatriés de la Côte d'Ivoire, ni sur la nature du phénomène en dehors des zones de recherche.

Deuxièmement, l'échantillon n'est pas statistiquement représentatif de la population des enfants rapatriés : il est évident que notre échantillon est trop restreint pour clamer une représentativité.

Un autre point faible est que les résultats de la recherche sont basés uniquement sur la parole des participants. Il est évident qu'il y a souvent une différence entre les actions et la parole. De plus, dû au fait que certaines familles ont exprimé l'espoir que les enfants interviewés auront plus tard un traitement de faveur dans la mise en œuvre des activités, il est évidemment possible que les participants aient passé sous silence certains détails, ou même qu'ils aient eu recours à des affabulations. Il faut également reconnaître que la traduction des réponses en français entraîne toujours une certaine perte d'informations.

Troisièmement, il est à soulever que l'évaluation de l'impact des événements sur l'échelle des symptômes du stress post traumatique est une évaluation mécaniste qui ne tient pas suffisamment compte du fait que la culture et les écologies sociales interviennent pour aider les enfants à guérir de ce syndrome ou bien pour aggraver les symptômes. D'autant plus que le plus grand stress ne vient pas forcément du traumatisme, mais également des valeurs et du système de représentation en cours dans le contexte culturel. Pour une fille, par exemple, qui a été violée, ce n'est pas forcément le viol en soi qui crée le traumatisme. Le traumatisme peut se produire à cause des réactions communautaires qui accusent la fille d'avoir été consentante, qui la stigmatisent comme impure et qui l'isolent de la communauté diminuant ainsi toute chance de mariage. Nous pensons cependant que la richesse des données qualitatives nous a permis de minimiser cette limite des données quantitatives.

Finalement, on peut nous reprocher d'avoir uniquement interrogé les enfants. Il est évident que ce serait un acquis supplémentaire d'écouter des adultes comme, par exemple, les parents/ tuteurs ou les enseignants. Les parents/ tuteurs ont sans doute leurs propres perceptions sur les problèmes émotionnels des enfants et ils sont une ressource précieuse

pour l'évaluation des besoins des enfants et pour le développement des stratégies d'intervention en matière d'appui psychosocial. Néanmoins, nous avons décidé de mettre l'accent sur les enfants dans cette étude et ce choix a été pris pour les raisons suivantes :

- la manière dont les enfants jugent leurs expériences et les intègrent peut également être différente de l'interprétation qu'en ont les adultes qui protègent leurs propres intérêts;
- Il se peut que les adultes ne disent pas la vérité parce qu'ils ont honte de ne pouvoir protéger les enfants ou parce qu'ils abusent eux-mêmes les enfants sous leur tutelle ;
- les enfants ont tendance à garder des secrets lorsque les parents/ tuteurs sont interrogés au même moment parce qu'ils ne veulent pas en rajouter à la détresse de leurs parents, ou bien parce qu'ils ont peur d'être punis ;
- les parents/ tuteurs ne sont pas forcément une source fidèle parce que lorsqu'un parent souffre lui-même, il ne constate pas forcément que son enfant a subi quelque chose de grave ;
- les enseignants s'occupent très souvent de 60 à 120 enfants et ils ne peuvent pas connaître les expériences individuelles qu'un enfant est en train de vivre.

5. Revue de la littérature relative au rapatriement des Burkinabés de la Côte d'Ivoire au Burkina Faso

5.1 Ampleur du phénomène du rapatriement : estimations des chiffres

Entre les événements de Tabou¹ en 1999 et le déclenchement de la rébellion en 2002 en Côte d'Ivoire, la situation des Burkinabés dans le pays s'est rapidement dégradée. Les accusations des autorités ivoiriennes selon lesquelles le gouvernement du Burkina Faso était à l'origine des différentes tentatives de déstabilisation de la Côte d'Ivoire ont attisé une xénophobie envers les burkinabés. Cette xénophobie a par la suite déclenché des attaques violentes visant à chasser les burkinabés du pays. Ainsi donc, les communautés burkinabées étaient non seulement exposées aux dangers du conflit militaire, mais aussi aux humiliations, agressions mortelles et destructions de biens par leurs concitoyens ivoiriens. Par conséquent, entre 1999 et 2004 des milliers d'hommes, de femmes et d'enfants d'origine burkinabée ont été rejetés de la Côte d'Ivoire afin qu'ils retournent au Burkina Faso. Personne ne sait à ce jour, combien ils ont été à franchir les frontières fuyant les pogroms. La plupart des rapatriés sont revenus hors des convois officiels et ont financé le retour avec leurs propres moyens. Les chiffres avancés par le gouvernement burkinabé de 365.979 personnes revenues de Côte d'Ivoire entre septembre 2002 et décembre 2003 sont assurément en deçà de la réalité lorsque l'on sait que les burkinabés représentent la plus forte communauté étrangère en Côte d'Ivoire, plus précisément un taux de 14.56% de la population totale (Zongo 2004; Yaro and Pilon 2005). Les statistiques du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) mené en 1998 avancement le chiffre de 2.238 548 Burkinabés en Côte d'Ivoire dont 63,22% vivent en milieu rural (Zongo 2004). Les fugitifs de la Côte d'Ivoire ont utilisé tous les moyens de transport, tous les itinéraires possibles pour échapper à la mort et ont vite fait pour la plupart de retrouver leurs terroirs d'origine.

¹ Une dispute foncière en septembre 1999 entre un autochtone et un planteur d'origine burkinabé a dégénéré en affrontement pendant lequel l'autochtone a trouvé la mort. Par la suite, les populations autochtones, soutenues par les autorités locales ont tué plus d'une centaine de personnes et ont expulsé plus de 12.000 personnes d'origine burkinabée de la Côte d'Ivoire.

Ils ne figurent ainsi sur aucune statistique, surtout pas celle de « l'opération Bayiri² » qui malgré le volontarisme n'a pu toucher selon les estimations du mois de mars 2002 que 7 172 rapatriés sur un total de 151.114, soit un taux de 4,5 % (Zongo 2004).

Il faut souligner ici deux aspects importants de la crise qui a provoqué le départ de milliers de personnes : sa soudaineté et son caractère violent qui comprenait des harcèlements, des bastonnades, des assassinats, des spoliations en absence de secours et de recours.

Concernant le domaine scolaire, la CONASUR a recensé pour l'année 2003-2004 17.169 enfants de migrants de retour dans les écoles au Burkina Faso, ce qui constitue environ 3 à 5% du nombre total d'élèves au niveau national du pays. Dans certaines zones de forte prévalence de rapatriés, le nombre d'élèves dans les classes ont doublé sans que les capacités des écoles soient augmentées en termes de classes ou d'enseignants. Il est cependant à noter que beaucoup d'enfants rapatriés ne sont pas scolarisés ; les estimations du nombre d'enfants non-scolarisés atteignent presque 57% (Yaro and Pilon 2005).

5.2 Histoire de la cohabitation des Burkinabés et des Ivoiriens en Côte d'Ivoire et conflits socioculturels déclenchés au moment de la crise

La migration date depuis l'époque coloniale où l'actuel Burkina Faso anciennement appelé Haute Volta a été le pourvoyeur essentiel de main-d'œuvre pour l'économie coloniale. Dans les années post-indépendance, la dynamique migratoire s'est accentuée, s'inscrivant dans le contexte d'une forte croissance économique qui a favorisé le regroupement familial. Les migrants burkinabés sont essentiellement dans le secteur agricole (63%), plus précisément dans les plantations de cacao et de café (Zongo 2004). Les études ont noté que de simples ouvriers agricoles, les migrants sont parvenus au rang de grands planteurs, développant des stratégies de survie et d'adaptation plus performantes face à la crise des années 70. L'Etat ivoirien a encouragé la politique migratoire jusqu'à l'octroi de titres fonciers aux étrangers et puis la tendance s'est renversée en termes de contestations des titres, d'expropriation et de harcèlements. Cette nouvelle orientation s'est traduite par une loi qui exclut les non-ivoiriens de la propriété foncière. A cela est venu s'ajouter une campagne xénophobe déclinée sous le vocable de *l'Ivoirité* par une partie de la classe politique.

5.3 Déroulement du rapatriement: routes principales et installation au Burkina Faso

² Le mot "bayiri" peut être traduit comme « fratrie » en langue Mooré. L'opération Bayiri a été organisée par les autorités en 2002 afin de faciliter le retour des compatriotes dans leur pays d'origine. A l'heure actuelle, le terme « bayiri » est utilisé de manière péjorative pour les rapatriés ayant des difficultés d'adaptation.

Les populations pour la plupart sont revenues seules avec leurs propres moyens et dans un climat de panique où l'on cherche avant tout à survivre. Comme on pouvait s'y attendre, les plus fortes concentrations de rapatriés viennent des zones de combat (e.g. les départements de Man, Daloa, Vavoua ou de Duekoué) (Yaro and Pilon 2005). Harcelés par les voisins, les militaires et les rebelles, les fugitifs ont cherché à traverser les frontières ; celles du Burkina Faso au Sud-Ouest par les points de passage possibles (Banfora, Batié, Gaoua et Léo), celles du Mali par l'axe Sikasso – Bobo- Dioulasso et celles du Ghana par l'axe Bolgatanga - Po – Ouagadougou. Les frontières du Ghana et du Mali étaient souvent estimées moins dangereuses, du fait que ces nationalités sont moins stigmatisées. Le choix de ces parcours inhabituels et tortueux pour le retour au terroir a rallongé la durée du voyage mais a eu l'avantage de semer les ennemis : il est parfois difficile de distinguer un burkinabé d'un malien, ou d'un ghanéen. Les convois de l'opération « Bayiri » ont conduit les candidats volontaires à retourner en Côte d'Ivoire jusqu'à la capitale où ils ont été hébergés au stade autour de 72 heures avant d'être envoyés dans leurs communautés d'origine, dotés d'un don alimentaire censé couvrir le besoin d'un mois.

5.4 Caractéristiques des migrants retournant au pays

Beaucoup de rapatriés proviennent des plantations de café et de cacao. Dans ces espaces, ils avaient reproduit l'organisation sociale et culturelle de leur terroir, en maintenant leurs langues face à la langue Dioula dominante. Le travail dans les plantations demandant une forte main d'œuvre, beaucoup d'entre eux ont tenu les enfants éloignés de l'école.

Toutes les études qui ont retracé l'histoire de la migration et les aspects socio-économiques n'ont pas manqué de souligner que les migrants ont peu investi dans leur pays d'origine, se confinant à maintenir un appui économique aux parents restés sur place. Peu de rapatriés ont construit des demeures dans leurs villages ; on peut dès lors imaginer qu'ils ne sont pas venus retrouver des richesses, mais une misère qu'ils ont contribué pendant des décennies à atténuer, à réduire, et que leur dénuement à leur arrivée vient désormais accentuer.

Il est à souligner que les populations de migrants de retour sont composées en majorité de femmes et d'enfants. Pendant l'opération Bayiri, 53.1% des personnes rapatriées étaient des enfants, 30.4% des femmes et seulement 22.4% des hommes. Au niveau de la région Sud-Ouest, plus précisément dans le Poni, un recensement de 10.408 migrants de retour a montré qu'une proportion de 64% étaient des enfants, 20.5% des femmes et 15.5% des hommes. Les études résument également que les femmes et les enfants dominent dans les groupes de rapatriés (Heuler-Neuhaus 2003; CONASUR, UNICEF et al. 2004). L'homme accompagne souvent sa famille au Burkina Faso avec le but de repartir aussitôt que possible

en Côte d'Ivoire. Après y avoir trouvé du travail, la femme suit en laissant les enfants seuls dans la famille élargie au Burkina Faso (Yaro and Pilon 2005).

Le cas des rapatriés d'Abidjan et des grandes villes est différent. Ils sont désignés sous le vocable de *diaspos*, désignation péjorative et stigmatisante qui fixe en fait une manière d'être, de se comporter, de se faire remarquer qui contestent avec ceux de leurs pairs burkinabés qui ne sont jamais partis. Dans la capitale, en fait, les *diaspos* ont réussi à traduire leur existence en termes politiques à travers des organisations associatives au sein des institutions scolaires et universitaires. Il est évident que ces jeunes ont vécu dans les centres urbains de Côte d'Ivoire et ont peu partagé la culture d'origine de leurs parents. Ils vivent un sentiment de rejet de part et d'autre et trouvent un mode de réinsertion, de reconnaissance dans l'expression artistique, notamment musicale. Leur identité est floue jusqu'au plan administratif. Certains d'entre eux ne trouvent pas les moyens de justification de l'obtention de la nationalité burkinabée. Leur malaise est récurrent et risque de prendre des proportions dramatiques s'ils continuent de vivre un déracinement que rien ne vient tempérer. Il est à craindre que ces milliers de jeunes non reconnus de part et d'autre, dans le désarroi puissent demain être de nouvelles sources de tension entre leurs pays.

5.5 L'engagement de l'Etat Burkinabé afin de faciliter le rapatriement

Au début de la crise, le gouvernement a rapidement réagi et a créé une structure nommée le Comité National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR, UNICEF et al.), représentée également au niveau des provinces (COPRASUR), des départements (CODESUR) et des villages (COVISUR) afin de faciliter le retour et la réintégration des compatriotes burkinabés venant de la Côte d'Ivoire. La volonté gouvernementale de faciliter le rapatriement s'est traduite par l'opération Bayiri en 2002 qui a été pilotée par la CONASUR. Après cette intervention très coûteuse, le gouvernement a mis en place en 2003 un programme d'appui à la réinsertion économique des rapatriés. De plus, un plan opérationnel proposant les activités nécessaires à la réinsertion socio-économique des rapatriés a été ajouté. Ce plan se base sur trois volets : les actions humanitaires d'urgence (accueil, transfert, assistance alimentaire, vestimentaire et logement), les actions à court terme (besoins vitaux des rapatriés), actions à long terme (réinsertion socio-économique). Certaines activités ont été réalisées avec l'aide de l'UNICEF, du PAM et des différents ministères. 12.000 personnes ont pu bénéficier des microprojets d'assistance, quelques mesures ont été mises en place pour améliorer les conditions à l'école. L'élan de solidarité gouvernementale s'est vite estompé même pour la minorité qui en a bénéficié ; peu d'organisations se sont en fait impliquées dans un programme d'accompagnement et de

réinsertion. Les rapatriés sont devenus invisibles, sauf dans le cadre de sommaires associations de « diaspos » non représentatives, jeunes confinés dans les milieux scolaires ou universitaires, et dont les revendications ne franchissent pas les limites. Il faut noter que la consigne gouvernementale d'accueil de tous les enfants au sein de l'école a fonctionné créant des situations de surcharge dans des classes déjà pléthoriques (Yaro and Pilon 2005). Les quelques actions menées en faveur des rapatriés ont donc surtout porté sur les premières mesures d'accueil (hébergement, nourriture et parfois la scolarisation), mais le véritable défi, la réinsertion sociale, n'a pas été résolu.

5.6 Impact du rapatriement sur le bien-être de l'enfant et nécessité de prise en charge psychosociale des enfants

On peut noter que les rapatriés n'ont été accueillis qu'au sein de leurs communautés d'origine et ceci n'a pas été exempt de difficultés et d'hostilités. Hostilité à l'égard de ceux qui sont partis et n'ont jamais donné de nouvelles, mais aussi réactualisation de conflits douloureux qui ont été à l'origine des départs : le désir des jeunes de se mettre en valeur et d'échapper au contrôle des aînés. A notre connaissance, aucun état des lieux des exactions subies n'a été fait. Nous n'avons guère trouvé de préoccupation de prise en compte des traumatismes vécus, ni d'accompagnement psychosocial pour la réinsertion, qui partirait du souci que l'on devrait se faire pour les conséquences de la transplantation en termes de traumatisme et de difficultés d'adaptation pour une population essentiellement composée de femmes et d'enfants ayant été exposée à la violence. Notre étude est allée à la rencontre de ces drames où les plus vulnérables, femmes et enfants sont accueillis au sein de familles élargies qu'ils ne connaissent parfois pas du tout, dont ils sont différents par les habitudes alimentaires et vestimentaires ; il arrive qu'ils n'en partagent même plus les valeurs. Inévitable pollution relationnelle entre des personnes qu'en fait seuls les gènes relient. L'étroitesse des espaces de vie et la cohabitation de différentes cultures contribuent à animer des tensions.

6. Résultats de l'étude sur le terrain

6.1 Informations socio -démographiques

Au total, nous avons interrogé 205 enfants dans les communautés des départements de Gaoua et de Banfora. Parmi les participants, il y avait un nombre de 50 filles rapatriées et 53 garçons rapatriés. Pour le groupe témoin, 50 filles et 52 garçons ont été interviewés. L'âge moyen est de 15.5 ans. Il n'y avait aucun participant qui ne connaissait pas son âge. Le niveau d'éducation varie d'un minimum de 0 à 14 ans de scolarité. Le nombre moyen d'années à l'école est 5.5 années. Chez les garçons, la scolarisation est en moyenne de 6.2 ans tandis que la présence à l'école des filles est en moyenne de 4.7 ans. Cette différence est hautement significative ($t(201) = 3.10; p \leq 0.01$) en faveur des garçons. Comme on pouvait s'y attendre, les filles sont également nettement plus susceptibles de n'avoir jamais eu accès à l'éducation : une proportion de 29.3 % des filles n'ont jamais été à l'école contre 17.3% des garçons. On note que 90% des filles et 70% des garçons se trouvent dans la tranche de 0 à 8 ans d'éducation. Les enfants qui dépassent 8 ans de scolarisation sont peu nombreux, mais augmentent considérablement le taux moyen d'années d'études. Parmi les participants ayant fréquenté l'école, la grande majorité (97.5%) a été à l'école française, seulement quatre (4) participants ont fréquenté d'autres types d'école (par exemple école franco-arabe ou coranique). Au moment de la collecte de données, 4.3% des filles et 10.5% des garçons n'étaient plus scolarisés (les enfants qui n'ont jamais été à l'école sont évidemment exclus de ce calcul). Le tableau ci-dessous déploie les variables sociodémographiques pour le groupe des filles rapatriées, pour les filles témoins, pour les garçons rapatriés et pour les garçons témoins.

Tableau 4 : Variables sociodémographiques

| | Échantillon global (n = 205) | Filles rapatriées (n = 50) | Filles témoins (n = 50) | Garçons rapatriés (n = 53) | Garçons témoins (n = 52) |
|---|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Âge | | | | | |
| M | 15.5 | 15.3 | 15.6 | 15.4 | 15.8 |
| Écart type | 2.0 | 1.9 | 1.9 | 2.0 | 2.2 |
| Etendue | 12-20 | 12-19 | 12 – 20 | 13 – 20 | 12-20 |
| Nombre moyen d'années à l'école* | 5.5 (3.59) | 4.8 (3.45) | 4.5 (3.28) | 6.3(3.61) | 6.1 (3.73) |

| | Échantillon global (n = 205) | Filles rapatriées (n = 50) | Filles témoins (n = 50) | Garçons rapatriés (n = 53) | Garçons témoins (n = 52) |
|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Statut matrimonial | | | | | |
| Marié (e) | 5 (2.4%) | 2 (4.0%) | 2 (4.0%) | 0 | 1 (1.9%) |
| Non-marié(e) | 205 (97.6%) | 48 (96.0%) | 48 (96.0%) | 53 (100%) | 51 (98.1%) |
| Religion | | | | | |
| Musulmane | 60 (30.0%) | 17 (35.4%) | 12 (25.5%) | 19 (35.8%) | 12 (23.1%) |
| Chrétienne | 81 (40.5%) | 17 (35.4%) | 27 (57.4%) | 12 (22.6%) | 25 (48.1%) |
| Animiste | 57 (28.5%) | 14 (29.2%) | 8 (17.0%) | 20 (37.3%) | 15 (28.8) |
| Aucune religion | 2 (1.0%) | 0 | 0 | 2 (3.8%) | 0 |

*écart type en parenthèses

Les garçons sont plus nombreux à avoir exercé une activité professionnelle que les filles. La proportion de garçons ayant commencé à travailler est de 15% contre 7% chez les filles. Parmi les garçons actifs, une majorité des participants est en train d'apprendre une activité rémunératrice (mécanique, travail dans l'extraction de l'or, construction etc.), un pourcentage de 29.4% exerce des travaux champêtres et plus d'un quart (17.7%) est impliqué dans le petit commerce et la préparation et vente de linge et d'aliments. Les filles travaillent dans le petit commerce (par exemple la vente de poisson ou « dolo », une bière locale) ou dans la restauration. Seule une fille apprend un métier, la coiffure.

Parmi les filles participantes, quatre (4.0%) ont un ou deux enfant(s). Il n'y avait pas de garçons ayant déclaré avoir un enfant dans l'échantillon interviewé.

6.1.1 Comparaison de l'échantillon rapatriement avec le groupe témoin

En ce qui concerne la comparabilité des échantillons, les enfants rapatriés ne diffèrent pas de façon significative des enfants témoins par rapport à leur niveau d'éducation ($t(202) = 0.41$; $p = 0.68$), leur âge ($t(202) = 1.22$; $p > 0.05$), et leur statut matrimonial ($\chi^2(1) = 0.21$; $p > 0.05$).

Si les filles rapatriées sont comparées avec les filles témoins et les garçons rapatriés avec les garçons témoins, les groupes restent également comparables : il n'y a pas de différence significative entre ces groupes par rapport à leur niveau d'éducation (filles : $t(97) = 0.16$; $p > 0.05$; garçons : $t(103) = 0.23$; $p > 0.05$), leur âge (filles : $t(98) = 0.49$; $p > 0.05$); garçons : $t(102) = 1.07$; $p > 0.05$), leur statut matrimonial (filles : $\chi^2(1) = 0.15$; $p > 0.05$; garçons : $\chi^2(1) = 1.03$; $p > 0.05$).

6.1.2 Les groupes ethniques

La figure ci-dessous montre les pourcentages des groupes ethniques auxquels appartiennent les enfants interviewés. Le groupe prédominant est celui de Lobi, suivi par les

Mossi et les Goin. Les Lobi sont répartis en même proportion dans le groupe rapatrié et le groupe témoin (45.6% vs. 46.5%). Le groupe de Mossi est plus représenté parmi les rapatriés (22.3% vs 7.3) tandis que le nombre de Goin est plus élevé dans le groupe témoin que dans celui des rapatriés (16.8% vs 5.8%).

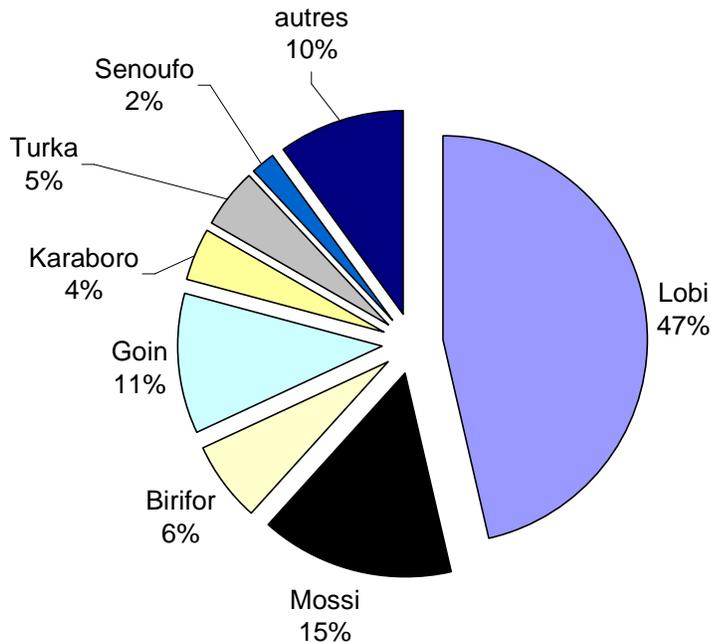


Figure 2 : répartition des groupes ethniques dans l'échantillon interviewé.

6.2 Le retour des Burkinabés pendant les crises politiques en Côte d'Ivoire

6.2.1 La vie des enfants rapatriés en Côte d'Ivoire

Les lieux de résidence des enfants en Côte d'Ivoire sont repartis sur tout le territoire national avec une forte concentration dans la région du Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire (par exemple les villages autour de Tai, Guiglo, Daloa et San Pedro). A peu près une moitié des participants a habité en milieu rural (56.4%) et l'autre moitié en milieu urbain (43.6%). Les enfants rapatriés témoignent que dans la plupart des cas (83.5%), leur père a été le premier à quitter le Burkina Faso afin de s'installer en Côte d'Ivoire. Dans quelques cas, les deux parents sont partis ensemble (6.8%) ou la mère a été la première à partir (2.9%) ou d'autre membre de la famille (6.8%). Le taux de scolarisation des participants était de 62.1%, en d'autres termes, 58% des filles et 66% des garçons rapatriés allaient à l'école en Côte d'Ivoire. Une minorité des enfants (10.7%) avaient déjà commencé à exercer une activité

professionnelle en Côte d'Ivoire ; la proportion est beaucoup plus élevée chez les garçons (18.9%) que chez les filles (2.0%). Les garçons travaillaient en tant que cultivateur (riz et cacao) et dans le petit commerce (cirage de chaussures, vendeur ambulant, vendeur d'amulettes). La seule fille ayant déjà entrepris un métier était également active dans le petit commerce.

Il est à souligner que tous les enfants du groupe « rapatrié » ont grandi en Côte d'Ivoire. La majorité d'entre eux (72.3%) n'était jamais venue au Burkina Faso avant le rapatriement. Cela signifie que la crise en Côte d'Ivoire a eu comme résultat la transplantation de milliers d'enfants dans un milieu inconnu. La proportion d'enfants ayant déjà visité le Burkina Faso est de 37.7%. Ils avaient une ou plusieurs fois passé les vacances au Burkina Faso sans cependant dépasser un séjour de trois mois.

En ce qui concerne l'appréciation de leur lieu de résidence, la large majorité des enfants a répondu avoir beaucoup aimé la vie en Côte d'Ivoire. Chez les filles, on observe une plus forte appréciation que chez les garçons. La Figure 3 fournit le taux d'appréciation de la vie en Côte d'Ivoire selon le sexe. La satisfaction était surtout liée à la suffisance/ abondance alimentaire, financière et matérielle : il y avait assez à manger, les besoins vestimentaires et scolaires étaient satisfaits. La sécurité financière avait permis aux familles de se réunir, de se stabiliser et de s'intégrer dans la communauté des autres burkinabés et des Ivoiriens.

- « Avant que les ivoiriens viennent nous chasser, moi et mes parents habitaient dans la région Mais plus précisément dans le village de Sébé. C'est mon père qui a été le premier à s'installer en Côte d'Ivoire. Là-bas, je me considérais comme une ivoirienne. J'aimais beaucoup y vivre car je gagnais à manger facilement. Mais là-bas, mes parents ne m'ont pas mis à l'école, actuellement, j'admire mes camarades qui vont à l'école. Mes parents me parlaient du Burkina Faso mais je n'étais jamais venue. C'est quand on nous a chassé que j'ai connu le Burkina Faso. » (fille rapatriée, 17 ans, Loropéni)
- « Mon père a été le premier à aller en Côte d'Ivoire pour chercher du travail. Lorsqu'il a eu le travail, il est revenu faire son mariage avec ma mère et ils y sont repartis ensemble. Là-bas, mon père était planteur et ma mère fabriquait de l'attiéké [couscous à base de manioc] et vendait aux autres femmes du quartier. Mon père et ma mère ont eu neuf enfants. Je suis née en 1991 à Dabou en Côte d'Ivoire et je suis le huitième enfant. On vivait très bien à Dabou, mes parents avaient l'argent et je gagnais tout ce dont j'avais besoin. A l'âge de 7 ans, mon père m'a inscrite à l'école primaire de Dabou où j'aimais bien aller et je travaillais bien. J'étais toujours bien propre et bien habillée, j'avais aussi beaucoup d'amies qui m'admiraient. Mais à l'âge de neuf ans, mon père est tombé malade et il est décédé. Ma mère y est restée avec nous. Elle continuait à faire l'attiéké pour vendre et elle payait ma scolarité, nous nous sommes vite adaptés à notre nouvelle vie sans père. Mes grandes sœurs aidaient ma mère à vendre et il y a une qui faisait de la coiffure en Côte d'Ivoire. Tout a recommencé à bien aller chez nous. » (fille rapatriée, 17 ans, 12 ans lors du rapatriement, Banfora ville)
- « Mon père a été le premier à aller s'installer en Côte d'Ivoire, puis, après il est venu marier ma mère et l'amener avec lui là-bas. Mon père travaillait dans les plantations de manioc et de banane et ma mère vendait des condiments au marché. Je suis née en Côte d'Ivoire et je n'étais jamais venue au Burkina avant le rapatriement. On vivait bien là-bas à Aboasso et je ne manquais de rien car mes parents avaient beaucoup d'argent. Quand j'avais 8 ans, mon père m'a inscrite à l'école primaire où j'aimais bien aller avec mes amies ivoiriennes. Les parents de

mes amies ivoiriennes étaient aussi des amies à mes parents.» (fille rapatriée, 13 ans, 9 ans lors du rapatriement, Niangoloko).

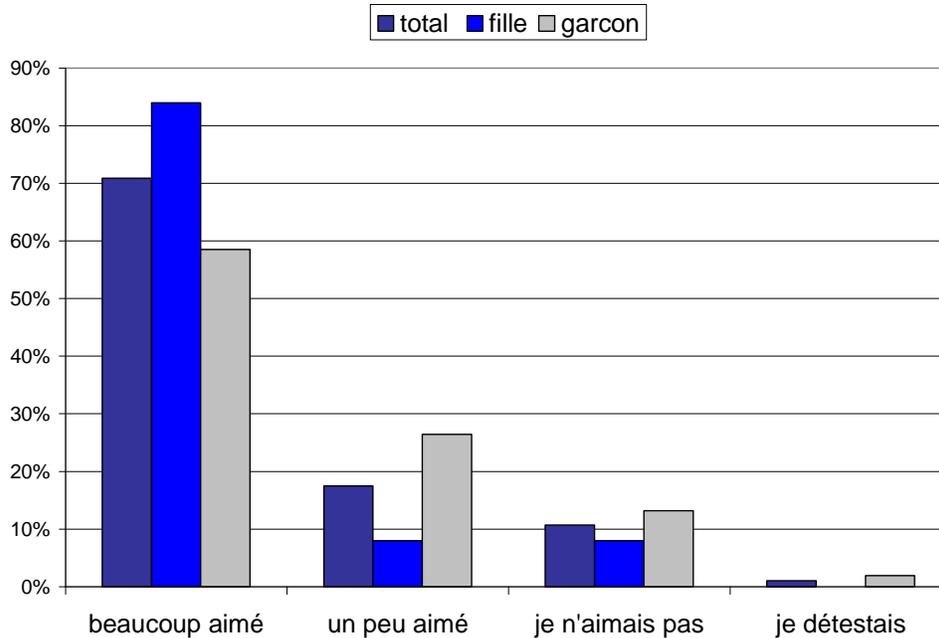


Figure 3 : appréciation de la vie en Côte d'Ivoire par les enfants rapatriés (total : n = 103, filles n = 50, garçons : n = 53)

Plus d'un tiers des enfants (37.9%), fille et garçon mélangés, avait la perception d'être considérés comme ivoirien(ne) tandis que la majorité a déclaré avoir été plutôt considérée comme étranger en Côte d'Ivoire. Une minorité de l'échantillon (3%) uniquement composée de garçons ont répondu qu'ils ne savent pas comment ils étaient considérés en Côte d'Ivoire. Les études de cas illustrent que certains enfants eux-mêmes ont grandi avec la conception d'être Ivoirien. C'est juste au moment du déclenchement de la guerre qu'ils se sont rendus compte d'être différents de leurs voisins. Les résultats illustrent que la xénophobie latente envers les Burkinabés en Côte d'Ivoire avait monté petit à petit depuis la crise de Tabou en 1999 et avait atteint un paroxysme en 2002 lors du déclenchement de la deuxième crise. Ceci s'est exprimé par des paroles de haine contre les « Mossi », agressions armées et assassinats des burkinabés résidant en Côte d'Ivoire. Les témoignages des enfants confirment que les familles sont très souvent restées en Côte d'Ivoire jusqu'au moment où leur vie a été gravement mise en péril. Déjà quelques mois avant le départ, les familles se plaignaient des insultes, des menaces et des attaques par des militaires. Beaucoup de familles se sont enfermées dans leur maison afin d'échapper aux dangers et aux humiliations. Les propriétés des Burkinabés ont été incendiées afin de les expulser du pays.

L'analyse des chiffres concernant les dates du retour au Burkina Faso montre que seulement 11.2% des participants sont revenus pendant la crise de Tabou entre 1999 et 2001. La grande majorité (88.8%) des familles participantes a toutefois quitté la Côte d'Ivoire entre 2002 et 2004 pendant la deuxième crise politique. Les enfants rapatriés résident donc au Burkina Faso depuis trois à huit ans.

- « *Tout allait bien jusqu'au jour où la guerre a éclaté puis tout a changé. Les ivoiriens nous injuriaient, nous humiliaient, nous menaçaient avec une arme de partir de chez eux, que nous les envahissons, ils nous traitaient d'assaillants. Nous ne pouvions plus sortir librement et on s'enfermait tous les jours, puis un jour nous avons entendu dire que les militaires allaient venir et brûler nos maisons. Nous avons alors préparé nos bagages et nous avons eu la chance de trouver un car pour le Burkina Faso.* » (fille rapatriée, 13 ans, 9 ans lors du rapatriement, Niangoloko).
- « *Ma famille et moi nous étions en Côte d'Ivoire à Yessou- Kuamekrou et mon père avait un magasin rempli de marchandises diverses. Pendant la guerre en 2003, les ivoiriens ont mis feu au magasin de mon père, tout a brûlé ; mon père a beaucoup pleuré et toute la famille a pleuré. On n'avait plus rien, on avait peur, car les ivoiriens nous traitaient de tous les noms ; ils nous injuriaient, nous humiliaient et nous provoquaient. Deux jours après, des gens sont venus mettre feu aux maisons de nos voisins qui se sont retrouvés sans maison et sans effets. Heureusement pour nous, le feu n'a pas atteint notre maison. Le lendemain, mon père a trouvé un car qui partait au Burkina Faso et c'est comme ça que nous avons pu échapper à la mort, et arriver à Banfora. Ici nous sommes très pauvres mais nous vivons en paix.* » (Fille rapatriée, 14 ans, 10 ans au moment des faits, Banfora ville).

6.2.2 Le départ de la Côte d'Ivoire

Le départ de la Côte d'Ivoire afin de retourner au Burkina a été brusque : moins de 10% des participants ont eu le temps de préparer leur départ et pour presque deux tiers des enfants, le départ a été précipité, complètement imprévisible. Les filles ont été nettement plus susceptibles que les garçons à être surprises par le départ (voir aussi Figure 4). Ceci est sans doute dû au fait que les garçons, en étant plus nombreux à travailler et à aller à l'école, avaient davantage accès à l'information sur la situation politique. Il semble que les familles ont espéré jusqu'au dernier moment que la crise se calme pour qu'ils puissent rester dans les sites qu'ils considéraient comme « chez eux » et où ils avaient investi et construit tous leurs biens. Le moment du départ a donc souvent été une véritable fuite devant des dangers croissants : toute la famille étant sur place, frères, sœurs, parents, ont rassemblé quelques bagages et ont couru à pieds dans la brousse. Les enfants ont quitté leur domicile, et sauf pour deux cas d'exception, ils sont partis seuls ou avec un voisin, avec au moins un membre adulte de la famille, souvent les deux parents biologiques (44.6%), la mère (21.8%), le père (12.9%) ou d'autres parents (18.8%).

- « *Les ivoiriens sont venus nous chasser un matin très tôt. Ce jour-là, je ne m'étais pas réveillée tôt et mes parents dans la panique m'ont oublié dans la maison. C'est en cours de route que mon père s'est rappelé et il est revenu me chercher. Mon père pensait que j'avais été tuée. Quand il a ouvert la porte et m'a appelée j'ai répondu, il était rassuré que j'étais vivante, il m'a pris dans les bras mais lorsque je suis sortie et que j'ai vu les cadavres des voisins mossi,*

mon corps tremblait, je n'arrivais plus à marcher. Mon père m'a mise au dos et nous sommes partis sans bagages. Moi et ma famille avons marché beaucoup dans la brousse car on ne pouvait pas emprunter les grandes voies sinon les militaires allaient nous tuer. Lorsque nous sommes arrivés sur la grande voie, nous avons pris un bus et nous sommes allés au Ghana. Nous avons fait quatre jours là-bas. Ensuite, nous avons pris un car pour venir au Burkina Faso. Nous avons fait 2 jours en brousse et 2 jours au Ghana et le 5^{ème} jour nous sommes arrivés à Loropéni. » (fille rapatriée, 17 ans, 13 ans lors du rapatriement, Loropéni)

• « En 2002, le "goangoan" [la guerre] a commencé en Côte d'Ivoire c'était à la rentrée des classes et je n'ai pas pu aller à l'école cette année-là, car on ne pouvait pas sortir les militaires étaient partout et menaçaient les gens. Deux ou trois mois après, la population elle-même avait changé ; nos voisins ivoiriens nous provoquaient, nous injuriaient et nous disaient de partir ; ils disaient que nous sommes venus ramasser tout leur argent pour amener chez nous. Nous pleurons chaque jour et nous nous enfermions, ils nous menaçaient de nous tuer et de brûler nos maisons si nous ne partons pas. Il n'y avait pas de cars qui partaient au Burkina Faso; un jour ma mère a appris qu'il y'avait des cars qui venaient chercher les gens à plus de 40 kilomètres de Dabou. Nous avons fui dans la nuit pour arriver à l'endroit où il y avait les cars. Nous sommes rentrés dans un car trop plein où nous étions tous debout et ce n'est que le lendemain que le car a démarré de la Côte d'Ivoire pour le Burkina et nous avons payé très cher, 80.000 FCFA par personne [~190 USD] ; on nous a pris tout notre argent. Les militaires nous ont arrêtés plusieurs fois sur la route et ils nous ont dépouillés de tous nos biens et tabassé ceux qui n'avaient rien à leur donner, c'était des militaires qui nous faisaient cela. Nous avons souffert jusqu'au Burkina.

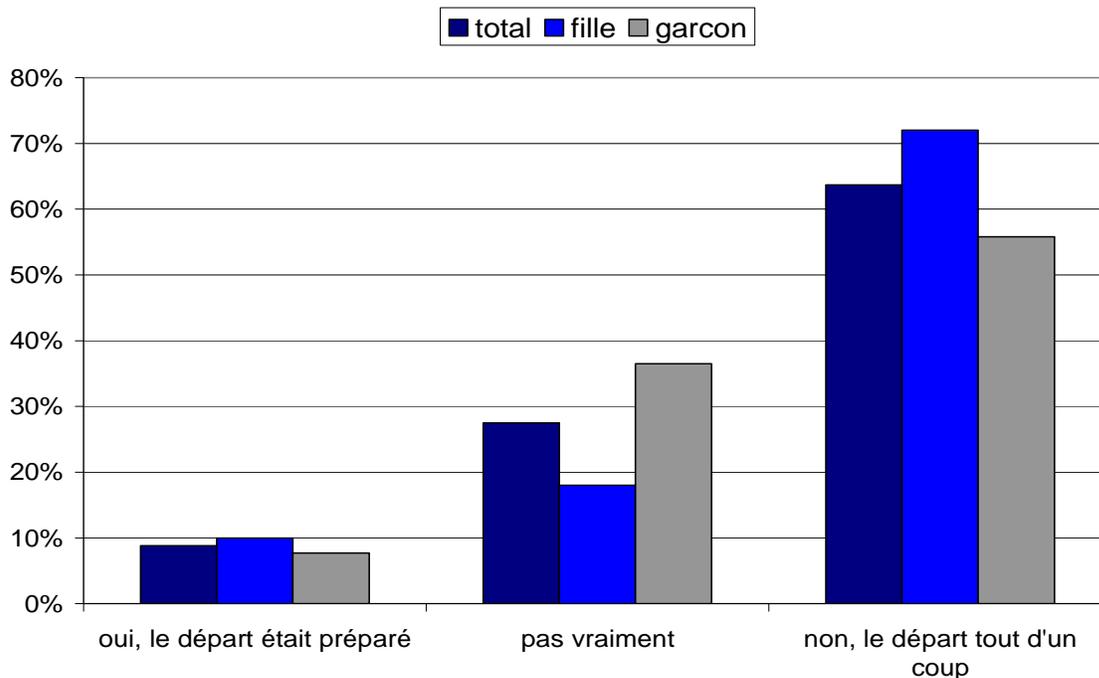


Figure 4 : le participant avait-il le temps de préparer son départ pour le Burkina Faso ?
(total : n = 103, filles n = 50, garçons : n = 53)

Aucun des participants n'a voyagé au sein de convois organisés comme celui de l'opération Bayiri. En dehors d'une minorité de participants (6.9%) qui sont arrivés au Burkina avec le train partant d'Abidjan, toutes les familles ont voyagé en bus et en voiture. Les voyages ont

mené chez deux tiers des participants directement au Burkina Faso, un tiers des participants est passé par le Ghana et un participant a d'abord traversé la frontière du Mali avant d'arriver au Burkina Faso. Les voyages des rapatriés au Burkina Faso ont pris entre un jour et trois mois, avec une durée moyenne de sept jours. Les familles ont souvent marché plusieurs jours dans la brousse avant de trouver une voiture ou un bus à destination du Ghana ou du Burkina Faso. Après avoir franchi l'obstacle de trouver un moyen de transport, les participants se sont vu confrontés au racket des militaires qui ont pillé les passagers des voitures en menaçant de tuer ceux qui contestaient. Beaucoup d'enfants ont dû assister à des assassinats et à la torture d'autrui pendant le déplacement au Burkina Faso. A ces expériences traumatiques s'ajoute la difficulté de trouver à manger, de changer d'habits et de trouver des abris. Les fuyants ont souffert de faim et de soif et même s'ils avaient des vivres, ils ne pouvaient pas les préparer par peur que la fumée du bois dévoile leur présence aux persécuteurs. Des accouchements en brousse sans aucune précaution ont été inévitables. Comme on pouvait s'y attendre, pour plus de 70% des enfants, le voyage a constitué une véritable épreuve (voir Figure 5). Moins de 10% des enfants ont vécu le voyage sans difficultés particulières. Ce chiffre est certainement influencé par l'usage de somnifères. Bon nombre d'enfants étaient très jeunes lors de la fugue. Afin de les tenir tranquilles pour qu'ils n'attirent pas les rebelles ou d'autres dangers, les femmes ont souvent donné des somnifères aux enfants. Les enfants, endormis pendant la fugue, n'ont que peu de souvenirs du voyage au Burkina Faso. On note au niveau des chiffres que les événements du voyage ont représenté une expérience plus ardue pour les filles que pour les garçons.

- *Au cours du voyage, les militaires nous ont trop fatigués. Ils ont fait des rackets et ont dépouillé tous ceux qui étaient dans le car de tout leur argent et téléphones portables et menaçaient de tuer tous ceux qui refuseraient d'obéir. Le voyage a été très dur jusqu'à ce que nous arrivions au Burkina Faso. (fille rapatriée, 13 ans, 9 ans lors du retour de la famille au Burkina Faso, Niangoloko).*
- *« J'avais 10 ans lorsque j'ai quitté la Côte d'Ivoire en 2003 suite à la guerre de 'Gbagbo'. Moi et mes parents, nous avons beaucoup marché dans la brousse avant de trouver un bus. Nous sommes partis sans bagage. Le voyage était vraiment très dur. On avait faim et soif. Nous avons fait sept jours en cours de route. Ce n'est que le septième jour que nous sommes arrivés à Loropéni. Nous étions très fatigués. J'ai vu mon père verser les larmes, j'étais très triste de le voir dans cet état. A vrai dire, on avait tout perdu. Arrivés au village, nous avons été accueillis par mon oncle paternel. Sa femme nous a apporté à manger. » (fille rapatriée, 14 ans, 10 ans lors du rapatriement, Loropéni)*
- *« Quand la crise a commencé, mon père a fui, nous a laissé et c'est un parent qui m'a ramené ici au Burkina Faso. Ma mère, mon père et mes frères étaient au champ. Moi j'étais à la maison quand les rebelles ont commencé à tirer en l'air. J'étais seul à la maison. J'ai tenté de fuir mais je ne pouvais pas, à cause de mon handicap. Je me suis assis sur une pierre. Un certain Ouedraogo est venu me prendre, puis il m'a déposé derrière un arbre et il m'a dit de continuer de prier dieu- il était fatigué, il a cherché à fuir lui aussi. Ensuite, les rebelles sont venus demander après mes parents. C'est en ce moment que le même monsieur est arrivé et*

leur à dit que mes parents ont été attrapés par les rebelles et que lui, il est mon oncle. C'est à ce moment qu'ils nous ont libérés. Il m'a amené par la suite à Abidjan, et c'est de là-bas que nous sommes venus au Burkina Faso ». (garçon rapatrié, 13 ans lors du rapatriement, 18 ans, Niangoloko)

• « A l'âge de 10 ans, on a quitté la Côte d'Ivoire. Je suis venu avec mon père, mais sans ma mère qui nous a rejoints plus tard. Ma famille et moi avons quitté Gnato à pied à la recherche d'une voiture pour fuir et venir au Burkina Faso. Pour le retour, nous avons passé trois mois dans la brousse et avons parcouru plus de 200 km à pied durant ces 3 mois. Nous avons rencontré des rebelles dans la brousse. Ils ont dit que si quelqu'un bouge, ils tirent sur cette personne. Ils ont demandé de l'argent, on leur a dit qu'on n'avait rien. Heureusement, parmi les rebelles il y avait un Mossi, il dit à ses amis rebelles de nous laisser partir. J'ai vraiment eu peur et j'y pense beaucoup ». (Garçon rapatrié, 15 ans, 10 ans au moment des faits, Niangoloko)

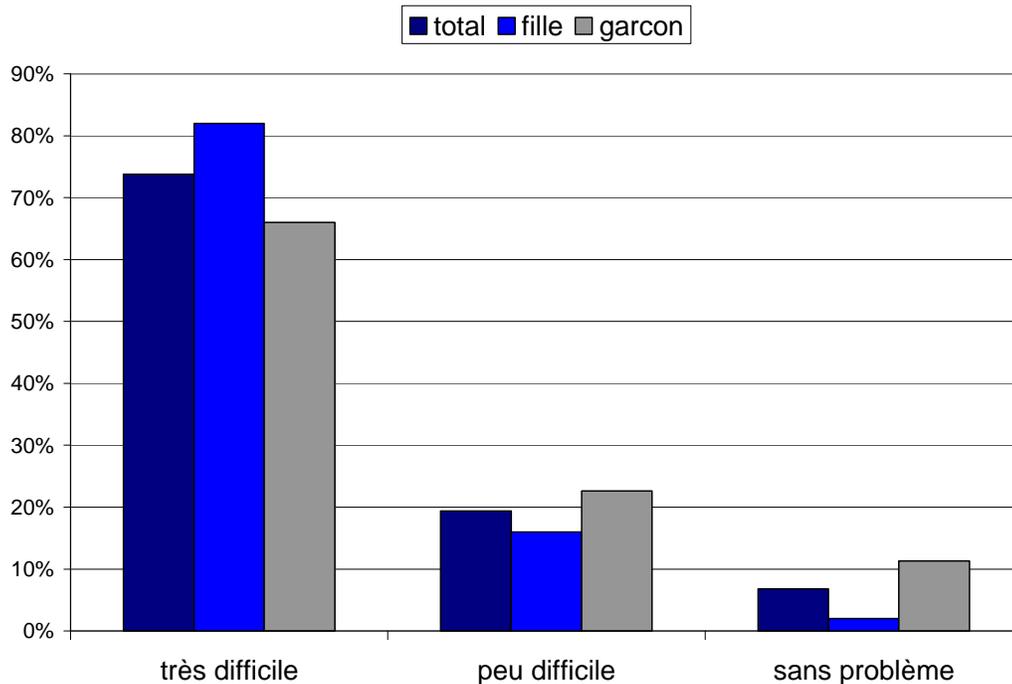


Figure 5: vécu des enfants du voyage (total : n = 103, filles n = 50, garçons : n = 53)

6.2.3 L'accueil au Burkina Faso

Après les épreuves de la fuite, la plupart des familles est arrivée au Burkina dans un état d'épuisement, bouleversées et affamées, portant des habits déchirés comme le décrivent les enfants témoins dans les citations suivantes :

- *L'arrivée des rapatriés, c'était vraiment la misère. Ils étaient affamés et désespérés. Ils n'avaient nulle part où aller parce qu'ils avaient tout perdu.* » (garçon témoin, 16 ans Bouroum Bouroum).
- « Les gens qui arrivaient de la Côte d'Ivoire n'avaient nulle part où aller. Ils étaient là, ils avaient faim et soif et ils n'avaient même pas d'habit propre. Ils avaient tout perdu et ils ne voulaient pas parler. Il y avait même des hommes adultes qui pleuraient. J'avais vraiment pitié d'eux. » (Garçon témoin, 14 ans, Gaoua ville)
- « Ceux qui avaient des parents ici à Niangoloko ont eu moins de problèmes que ceux qui sont venus sans trouver de parents ici. Mais ils étaient tous affamés. Ils portaient des habits

très sales. Certains pleuraient, ils étaient très tristes et découragés. » (fille témoin, 15 ans, Niangoloko)

Un nombre important d'enfants rapatriés (44%) ne connaissait aucune personne dans les sites d'accueil. Beaucoup de familles arrivantes (34% de l'échantillon rapatrié) se sont installées dans des sites de regroupement des rapatriés, « pour ceux qui viennent de la Côte d'Ivoire ». L'aide à l'arrivée venait pour la majorité des participants des parents de la famille (62%) parfois des amis (6%) ou d'inconnus (8%). 15% des familles se sont installées sans aucune aide extérieure. Les autorités de l'état et les ONG ou les travailleurs sociaux (8%) n'ont apporté que rarement un appui à l'accueil des rapatriés. Presque 40% des enfants rapatriés n'ont pas de documents burkinabés et ne disposent d'aucune preuve officielle de leur nationalité.

Le soutien fourni aux rapatriés était surtout de nature alimentaire : 66.7% des enfants ont reçu des vivres dans les familles d'accueil. Certains ont également profité d'un espace et d'une couverture pour dormir (16.7%). Une minorité d'enfants (3.3%) a reçu de nouveaux habits. Aucun enfant n'a reçu un appui psychologique.

La majorité des participants (68%) a déclaré que leur niveau de vie s'était considérablement détérioré depuis leur arrivée au Burkina Faso. Les participants rapatriés disent avoir moins d'habits (81.2%), moins de vivres (92.1%) et moins d'amis (55.4%). Faute de possibilité de réintégration socioprofessionnelle, les parents de retour au Burkina Faso n'arrivent pas à subvenir aux besoins de leurs familles d'autant plus que beaucoup d'enfants avaient perdu des parents au cours de la crise ou bien pendant les premières années après le rapatriement. Les résultats indiquent que l'adaptation dans le pays d'accueil a été une épreuve qui a fini par séparer bon nombre de familles. Les difficultés socio-économiques ont entamé des conflits familiaux, des divorces. Par conséquent, un bon nombre d'enfants a été confié à de nouveaux tuteurs. Dès que la crise en Côte d'Ivoire s'est calmée, certains parents sont repartis en Côte d'Ivoire en confiant les enfants aux nouveaux tuteurs. Dans d'autres familles, seulement les hommes sont repartis en laissant les femmes et les enfants au Burkina Faso dans une précarité alimentaire et sociale. D'ailleurs, il semble que les pères ont fréquemment accompagné leurs familles au Burkina Faso sans pourtant avoir l'intention de rester plus de quelques jours ou semaines avant de repartir en Côte d'Ivoire.

- *« A notre arrivée, nous avons été accueillis par la famille de mon père jusqu'à ce que mon père se fasse une maison. J'ai été inscrite dans une école publique à Niangoloko ainsi que deux de mes frères, les trois autres ont été ainsi déscolarisés. Un an après notre arrivée au Burkina mon père est tombé malade et il est mort. Ma mère ménagère est vite devenue lavandière de maison en maison et s'occupe de nous avec ce qu'elle gagne ; nous vivons aujourd'hui dans des conditions de vie précaires et ma mère est toujours absente de la*

maison. » (fille rapatriée, 13 ans, 9 ans lors du retour de la famille au Burkina Faso, Niangoloko).

- « A notre arrivée à Banfora en 2003, nous ne savions pas où aller ; grâce à un monsieur que je ne connaissais pas, nous avons trouvé une maison que ma mère a louée et où nous vivons actuellement. Ma mère a commencé à faire du commerce, elle vendait des pagnes au marché puis par la suite elle a pu s'acheter un réfrigérateur avec lequel elle a commencé à vendre l'eau fraîche et de la glace conditionnée dans des sachets et ma grande sœur avait ouvert un salon de coiffure qu'elle a fermé par la suite par ce que ça ne marchait pas. » (fille rapatriée, 17 ans, 13 ans lors du rapatriement)
- « Lorsque nous sommes arrivés à Loropéni, là d'où viennent mes parents, nous avons été accueilli par ma tante maternelle et d'autres personnes que je ne connaissais pas bien. Ma tante nous a apporté à manger. Lorsque je suis arrivée à Loropéni, j'étais contente d'avoir échappé à la mort. Mais ce qui me fatiguait beaucoup, c'est le problème de nourriture. Mon père est venu sans argent. C'était très difficile pour la famille de vivre. Ainsi, mon père et ma mère commençaient à faire la bagarre. Finalement ils se sont séparés et ma mère est partie me laisser. Leur séparation m'a fait beaucoup de mal, je ne voulais pas que ma mère parte et me laisse seule. Après la séparation, mon père est reparti en Côte d'Ivoire avec mes deux petites sœurs. Je suis restée avec la marâtre de mon père. Cette femme est méchante, elle ne veut pas que j'aille rendre visite à ma mère qui se trouve à 7 km de Loropéni. En plus, lorsque mon père m'envoie de l'argent, elle ne me donne rien pour que je puisse acheter le savon pour me laver et laver mes habits. Aussi l'argent que je gagnais lors de mon petit commerce est gardé chez elle, elle dépense sans que je ne le sache. » (fille rapatriée, 14 ans, 10 ans lors du rapatriement, Loropéni)
- J'ai été séparé de mon père et ma mère lorsque la crise a commencé. Je suis arrivé au Burkina avec un parent que je ne connaissais pas. J'ai retrouvé mon père à Niangoloko. Ma mère, je ne l'ai jamais revue. Personne ne sait où elle est. Mon père et moi avons vécu pendant un an chez ma tante à Niangoloko. Ensuite, on est partis à Sidéradougou, le village de mon père. La vie était très difficile là-bas, j'étais très seul. Mon père a donc décidé de me ramener de nouveau chez ma tante. C'est comme ça que je suis revenu à Niangoloko. (garçon rapatrié, 18 ans, 13 ans lors de la migration forcée au Burkina Faso)

Quelques semaines après l'installation des rapatriés, la stigmatisation et même la marginalisation, de ces derniers ont commencé. De nombreuses familles rapatriées témoignent qu'elles ont été accusées par les autochtones de méchanceté, ce qui est pour certains d'eux, la véritable raison pour laquelle les populations de rapatriés ont été chassées de la Côte d'Ivoire. Les efforts d'intégration économique des rapatriés ont été souvent rigoureusement repoussés par les populations autochtones. Les hommes et femmes rapatriés essayant de cultiver la terre qui leur a été octroyée ou de ramasser les noix de karité ont été menacés d'expulsion en cas de récidive.

6.2.4 Les enfants rapatriés veulent-ils repartir en Côte d'Ivoire ?

Le pourcentage d'enfants rapatriés ayant exprimé le souhait de repartir en Côte d'Ivoire est de 40.8%. Les principales raisons pour les filles sont des conditions de vie plus agréables et le désir de revoir des parents et des amis. Comme présente la Figure 6, les garçons, par contre, mettent plutôt des arguments socioprofessionnels au premier plan (travail et études). Une partie importante des enfants rapatriés (58.2%), par contre, n'envisagent pas du tout le retour en Côte d'Ivoire. Ils préfèrent rester au Burkina Faso malgré les conditions de vie

difficile. Les événements vécus avant et pendant le rapatriement ont laissé des traumatismes profonds chez ces enfants. Les souvenirs douloureux des derniers mois en Côte d'Ivoire font qu'ils cherchent à éviter tout ce qui peut réveiller ces souvenirs comme le décrit la citation suivante d'une fille de 16 ans.

- « Nous avons dû fuir Kassoumkoro où nous étions pour rentrer en brousse. Dans la fuite, mon père a été tué et j'ai été saisie par les militaires qui m'ont menacée de me massacrer si je ne me taisais pas et si je ne faisais pas ce qu'ils me disaient de faire Ils m'ont demandé de faire la cuisine pour eux. Comme je n'obéissais pas, ils m'ont attachée les bras et les pieds et ils m'ont même blessée avec leur couteau (en voici les traces cicatrisées). Ils m'ont détachée et ils ont quitté ce lieu après un coup de fil que l'un d'eux a reçu. J'étais couverte de sang mais j'ai une grande chance de ne pas être morte et de n'avoir pas été violée. Ensuite, j'ai couru et marché seule près de 80 km avant de retrouver ma petite sœur à Thouis car nous étions séparées dans la fuite. Ensemble, nous avons encore parcouru près de 40 km à pied avant de trouver un train à San Pédro et de rencontrer un oncle paternel qui a payé notre transport pour que nous venions au Burkina Faso. Aujourd'hui, je rends grâce à Dieu et je ne veux plus entendre parler de la Côte d'Ivoire, cela me donne des frissons et ça me révolte ». (Fille rapatriée, 16 ans, 12 ans au moment des faits, Beregadougou)

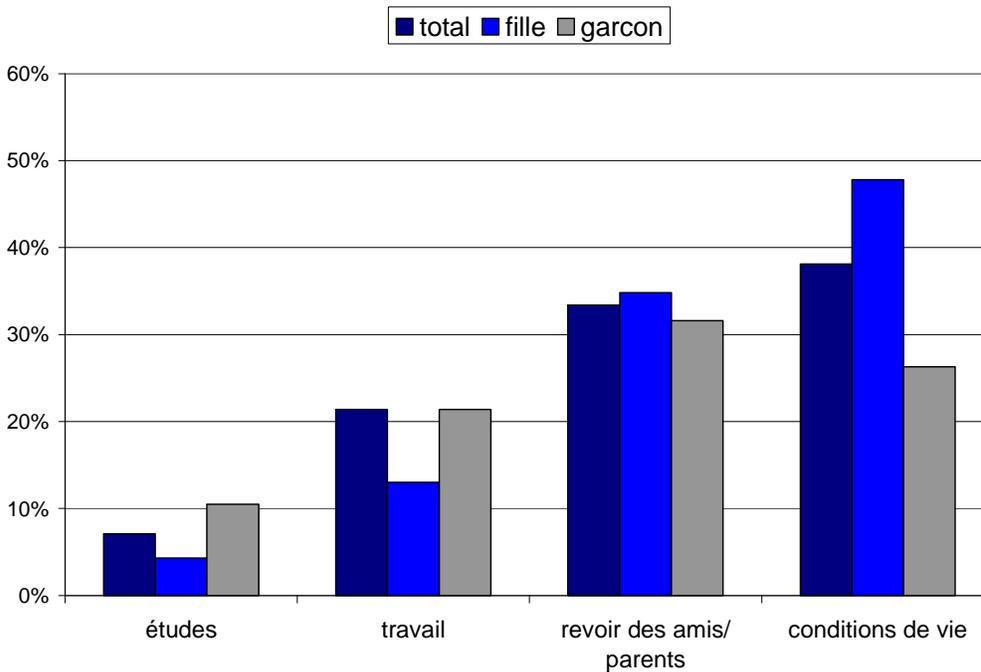


Figure 6: Pourquoi certains enfants veulent-ils repartir en Côte d'Ivoire ?
(total : n = 103, filles n = 50, garçons : n = 53)

6.2.5 Les perceptions des enfants témoins vis-à-vis des enfants rapatriés

Les entretiens avec les enfants témoins ont pu donner de vastes pistes sur les perceptions des jeunes envers les populations arrivées de la Côte d'Ivoire. Tout d'abord, les jeunes ont observé qu'il y avait une différence entre les personnes arrivantes de la Côte d'Ivoire, avant et depuis le commencement des conflits : avant les conflits, les gens de la Côte d'Ivoire arrivaient bien habillés et aisés et, depuis la crise, les arrivants sont affamés et pauvres.

- « Ceux qui sont venus avant la crise étaient bien portant. Ils avaient beaucoup d'argent, un beau teint et ils s'habillaient bien. Par contre, depuis la crise, ils sont arrivés tout sales et malades. » (garçon témoin, 17 ans Niangoloko)
- « Ceux qui sont venus avant la crise sont gentils et propres. Ils ont beaucoup d'argent. Par contre, ceux qui sont venus au moment de la crise, sont sales, pauvres et tristes. » (fille témoin, 14 ans, Loropéni)

A coté de ce changement de perception depuis le conflit en Côte d'Ivoire, nous avons pu catégoriser les idées sur les rapatriés dans cinq grandes catégories : des perceptions associées

- à la pauvreté/ à l'état de dénuement des rapatriés (1) ;
- à la misère affective des rapatriés (2),
- à la maladie physique et mentale de certains rapatriés (3),
- au mieux- être des rapatriés (4) et
- au fait que les rapatriés sont « différents de nous » (5).

6.2.5.1 Pauvreté/ état de dénuement

La large majorité des enfants témoins a soulevé la pauvreté aigue et l'état de dénuement des familles rapatriées : ils ont constaté leur manque de nourriture et d'habits propres, ainsi que les difficultés pour certains d'entre eux à trouver un logement. Ils mentionnent également les problèmes de chômage, d'accès à la terre et ils ont observé que les enfants ne sont parfois pas à l'école. Plus de la moitié des enfants témoins résumant leur perception des rapatriés à travers les mots suivants : des personnes « qui font pitié ».

- « Beaucoup d'entre eux [les rapatriés] n'avaient pas de maison. Ils se sont cherchés des terrains pour habiter ensemble. Mais ils n'ont pas les moyens, certains même sont morts parce qu'ils n'avaient rien à manger et les parents étaient morts. » (fille témoin, 14 ans, Loropéni)
- « Ce sont des gens qu'on a chassé. Ils sont pauvres, il faut leur donner quelque chose comme des vêtements, des plats, des chaussures et des maisons. Ils font trop pitié » (fille témoin, 17 ans, Niangoloko)
- « Ils avaient maigris, ils sont arrivés ici affamés. On les voit souvent affamés. Ils étaient sales, leurs habits sont sales et déchirés. » (garçon témoin, 14 ans, Banfora ville)
- « Ils ne sont pas contents, ils n'ont pas à manger. Ils ont des difficultés pour se loger, se scolariser. On ne leur donne pas accès à la terre. Même pour dormir, c'est difficile pour eux, ils sont très pauvres. Ils n'ont pas de couchettes. » (garçon témoin, 13 ans, Tikéra)
- « Ils font pitié, ils souffrent de faim et ils sont maigres. Ils ne travaillent pas. Ils sont un peu gênés. certains n'ont rien du tout et sont devenus mendiants. Ils font vraiment pitié. Leurs enfants ne sont pas à l'école » (fille témoin, 15 ans, Loropéni)

6.2.5.2 Détresse affective

Nombreux sont les enfants témoins qui parlent de la souffrance affective des rapatriés : perte de biens en Côte d'Ivoire, traumatisme de la guerre, disparition et décès soudain voire même brutal d'un membre de la famille. Ils ont observé des enfants rapatriés qui sont devenus orphelins et des familles qui se sont séparées. Les enfants décrivent non seulement la

détresse en affirmant que les rapatriés « pensent trop » ou « pleurent beaucoup » mais aussi en évoquant une certaine désorientation et perturbation des rapatriés, qui, malgré le fait qu'ils aient tout perdu en Côte d'Ivoire, veulent coûte que coûte retourner dans un pays qui leur a fait autant de mal.

- « ...d'autres souffrent de problèmes de nourriture, de logement, d'autres maigrissent parce qu'ils pensent trop, d'autres sont arrivés ici sans habits. J'ai pitié d'eux. Ils souffrent tellement et ils ne peuvent pas oublier la Côte d'Ivoire. Je pense que la guerre leur fait toujours beaucoup de soucis. » (garçon témoin, 14 ans Niangoloko)
- « Ce sont des gens qui ne pensent pas. Ils ont été maltraités en CDI et ils repartent là-bas encore! Ils ne savent pas ce qu'ils veulent, ils sont perturbés par la guerre. » (garçon témoin 15 ans, Niangoloko)
- Il y a beaucoup qui souffrent. Il y a beaucoup que j'ai rencontrés, qui ne connaissent pas leur père, leur village...Ils souffrent de faim et pleurent beaucoup. Ils pensent beaucoup et sont soucieux. » (garçon témoin, 16 ans, Banfora ville)
- « Ils sont malheureux pour la plupart. Ils sont tristes, beaucoup ont perdu leurs parents. Ils ont beaucoup de soucis. » (fille témoin, 18 ans, Gaoua ville)
- « Je les voyais tristes, souffrants; ils n'étaient pas en bonne santé et ils sont désespérés. Ils ont beaucoup perdu et n'ont plus rien. » (fille témoin, 17 ans, Niangoloko)
- Ils sont maigres, ils ont des problèmes de nourriture. Mais leur problème est plutôt dans la tête : si on tire les fusils, ils ont peur, ils sont effrayés. (garçon témoin, 18 ans Niangoloko)

6.2.5.3 Maladies mentales et physiques

En dehors de la souffrance, certains enfants témoins ont observé le mauvais état de santé en général des rapatriés. Ils ont constaté que les rapatriés sont souvent malades ou blessés. De plus, ils relèvent des maladies mentales chez certains rapatriés. Ils ont vu ou entendu parler de rapatriés qui se sont suicidés ou qui étaient possédés ou sont devenus fous à cause des difficultés vécues. Selon eux, ce sont des personnes « anormales » ou « folles ».

- Certains [rapatriés] sont devenus fous parce qu'ils ont vu des morts. Certains jeunes se sont pendus, même les vieux. Ils regrettent beaucoup leur séjour en Côte d'Ivoire. Ils ont perdu leur force. » (fille témoin, 17 ans, Loropéni)
- Ils font pitié ; il y a trop d'orphelins de père et de mère parmi eux. Certains sont devenus fous ou possédés. Ils font des choses bizarres et se ne lavent plus et parlent à eux-mêmes en marchant dans la rue. (garçon témoin, 18 ans, Banfora ville).
- « Ils n'ont pas à manger .Ils se promènent pour demander des vivres. D'autres sont devenus fous. Ils font pitié. Ils devraient être hospitalisés. » (garçon témoin, 18 ans, Loropéni).
- Ils sont malades; d'autres n'ont pas leur maman et beaucoup sont morts; la guerre a fait mal à leur tête, il y a en même qui sont devenus débiles. (fille témoin, 17 ans, Bérégadougou)
- « Ils sont souffrant et maladifs. D'autres ont même des blessures. Il faut les soigner à l'hôpital. Ils sont vraiment très malades. » (fille témoin, 14 ans, Loropéni).
- « Il y a parmi eux des gens anormaux, fous; des malades mentaux. » (garçon témoin, 18 ans Niangoloko)

6.2.5.4 Bien-être des rapatriés

Une minorité de quatre enfants témoins ont laissé entendre des conceptions positives des rapatriés : Ils sont riches, bien éduqués et portent de jolis habits. Ces enfants ont

certainement été en contact avec des familles de rapatriés plus fortunées que la moyenne ou des familles qui sont venus avant la crise.

- « Ils sont plus grands que moi. Ils ont de l'argent et ils se comportent bien. » (fille témoin, 16 ans, Banfora ville)
- « Ils sont en forme ; ils portent de grands habits. Les filles portent de jolis pagnes. Ils sont propres et ils ont de l'argent. (garçon témoin, 17 ans, Sidoumoukar)
- « Il y a d'autres qui sont pauvres, d'autres riches. Ils aiment la comédie, ils aiment joué les scènes de théâtre et danser. » (fille 18 ans, Gaoua ville)
- « Ils respectent les gens. Ils sont très gentils et ils obéissent à la famille. Ils sont beaux et ils portent des jolies chaussures ; les filles sont bien tressées. Ils aiment beaucoup s'amuser. » (garçon témoin, 14 ans Bouroum Bouroum).

6.2.5.5 Les rapatriés sont « différents de nous »

Bon nombre de commentaires sur les rapatriés contiennent la perception que «l'ivoirien » est différent au plan nutritionnel, linguistique et vestimentaire : il parle le Dioula et le français avec un accent différent, il porte des habits plus « farfelus » et il préfère manger d'autre type de nourriture. Son goût pour la danse, le théâtre et la fête a été également souligné. De plus, il paraîtrait s'adapter difficilement au climat, avoir une attitude moins consciencieuse vis-à-vis du travail et se montrer moins endurant que le Burkinabé. Egalement, certains enfants témoins affirment que les rapatriés ont un « problème d'attitude », qu'ils sont impolis et arrogants. D'autres, par ailleurs, ont déclaré se sentir supérieurs aux rapatriés. Une petite proportion des participants les considère comme des étrangers, des « non-burkinabés ».

- « Ils sont tristes, maigres et puis ce sont des rapatriés, ils ne sont pas burkinabés. » (fille témoin, 13 ans, Niangoloko).
- « Ils font pitié parce qu'ils n'ont pas à manger ici et puis ils ont des problèmes pour avoir la terre car on les considère comme les étrangers ici. » (garçon témoin, 14 ans Loropéni)
- « Ils ne sont pas comme les burkinabés, leur travail est différent de notre travail. Ils ne savent pas cultiver avec la daba [houe], ils se fatiguent vite. » (garçon témoin, 18 ans, Niangoloko)
- « Eux, ils parlent un faux français. Nous, on ne les comprend pas. Nous nous sommes un peu mieux qu'eux. » (fille témoin, 16 ans, Banfora ville)
- « Le rapatrié qui était chez nous, il était mou, il n'aimait pas sortir sous le soleil qu'il considère trop fort ici. » (fille témoin, 15 ans, Tikéra)
- Ils sont bizarres, surtout leur style de chapeau... Ils ne supportent pas notre soleil, en février, leur bouche sèche. » (fille témoin, 18 ans Loropéni)
- « Ils portent des habits colorés, ils se croient plus yèrè [malin] que les autres. » (fille témoin, 13 ans, Niangoloko)
- « Ils sont différents par leur manière de vivre et au niveau de la nourriture, ils sont habitués aux bananes. D'autres n'ont pas pu supporter la vie au Burkina, ils sont retournés en Côte d'Ivoire. » (fille témoin, 18 ans, Gaoua ville)
- « Ils sont impolis, ils n'aiment pas travailler et ils ne veulent pas cultiver. Les filles n'aiment pas faire le tô [pâte à base de maïs]. » (fille témoin, 15 ans, Loropéni)

Malgré certaines perceptions péjoratives, près d'un enfant témoin sur deux a des amis rapatriés et 30.7% des familles ont accueilli des enfants rapatriés au cours de la crise. De plus, la majorité des participants témoins avance l'opinion que les enfants rapatriés devraient

restés au Burkina et non repartir en Côte d'Ivoire, surtout pour qu'ils soient à l'abri des conflits et de l'hostilité des Ivoiriens. Les enfants témoins ayant défendu la position que les rapatriés doivent retourner en Côte d'Ivoire avaient souvent également le bien-être de ceux-ci en arrière-pensée : pour que l'enfant puisse retrouver sa famille, récupérer ses biens et sa terre et gagner de l'argent comme avant de venir au Burkina. D'autres participants suggèrent cependant que les rapatriés devraient retourner en Côte d'Ivoire à cause du manque de vivres et de travail dans les zones d'accueil. Ils perçoivent l'arrivée des rapatriés comme une menace, une concurrence pour la terre précieuse et pour les peu d'opportunités professionnelles existantes.

6.3 Situation familiale (échantillon global)

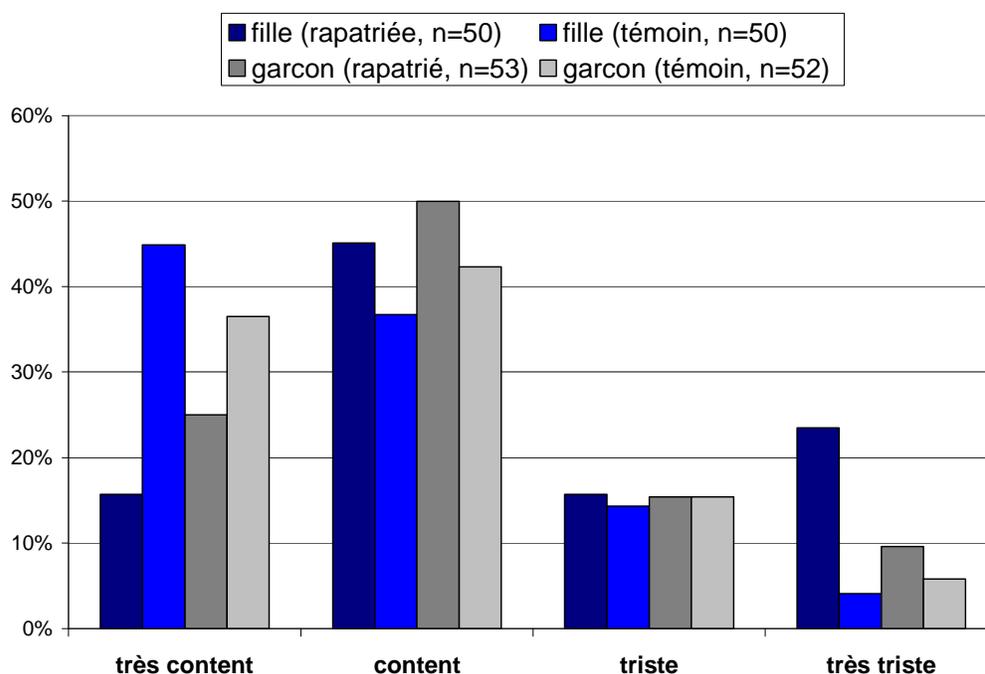
La majorité des enfants de l'échantillon global vit présentement avec l'un ou les deux parents biologiques (71.1%%). Plus précisément, 43.6% des participants vivent avec leurs deux parents biologiques, 20.1% vivent avec leur mère seulement et 7.4% vivent chez leur père sans la mère. Un autre quart de l'échantillon (25.9%) est accueilli dans la famille élargie, par exemple chez leurs sœurs, leurs frères, leurs tantes et oncles ou leurs grands-parents. Deux enfants habitent seul et quatre enfants vivent en couple. La situation de foyer se présente dans les mêmes proportions chez les enfants rapatriés et les enfants témoins ainsi que pour les filles et les garçons.

Il est cependant à noter que ces données donnent uniquement une information sur le lieu où habite l'enfant présentement. Les études de cas indiquent que les enfants – surtout les enfants rapatriés – ont changé fréquemment de domicile depuis leur arrivée au Burkina Faso.

Les enfants sont confiés à une personne apparentée pour des raisons diverses : les décès, les divorces, la migration des parents, le besoin de main d'œuvre dans une famille, la socialisation ou simplement la pauvreté : si les parents n'ont pas les moyens de subvenir aux besoins de l'enfant, il est placé souvent chez une personne plus riche. Souvent – quand la mère se remarie- le nouveau mari de la mère n'accepte pas les enfants du premier mariage et ils doivent rester avec le père ou, en cas de décès du père, avec les parents du père. Au total, 28.7% des enfants interviewés vivent en situation de placement, c'est-à-dire chez un tuteur autre que l'un des parents biologiques. Les enfants rapatriés ne sont pas plus souvent placés que les enfants témoins ($\chi^2(1) = 0.39; p > 0.05$). Il n'y a également pas de différence significative entre la situation de placement des filles et des garçons ($\chi^2(1) = 0.05; p > 0.05$). Les réponses des enfants à la question « êtes-vous content de vivre où vous habitez ? » ont indiqué que presque trois quart des enfants interviewés sont contents (43.6%) ou très

contents (30.4%) avec leur lieu d'habitation. Les autres 25% déclarent néanmoins être tristes (15.2%) ou très tristes (10.8%) dans leur milieu d'accueil.

L'un des facteurs ayant une influence sur le bien-être à la maison semble être le placement : les enfants vivants avec leurs parents biologiques sont significativement plus contents avec leur situation de logement que les enfants placés ($\chi^2(3) = 8.15; p \leq 0.05$). Les échantillons rapatriés et témoins montrent également une différence significative en faveur des témoins ($\chi^2(3) = 2.50; p = 0.048$). Comme nettement visible sur la figure ci-dessous, ce sont les filles rapatriées qui sont les plus mécontentes avec leur situation de logement. Enfin, on constate qu'il n'y a pas de différences distinctives par rapport au niveau du sentiment de satisfaction à la maison entre les filles et les garçons ($\chi^2(3) = 2.21; p = 0.53$).



Graphique 7 : degré de satisfaction des groupes d'enfants dans leur domicile

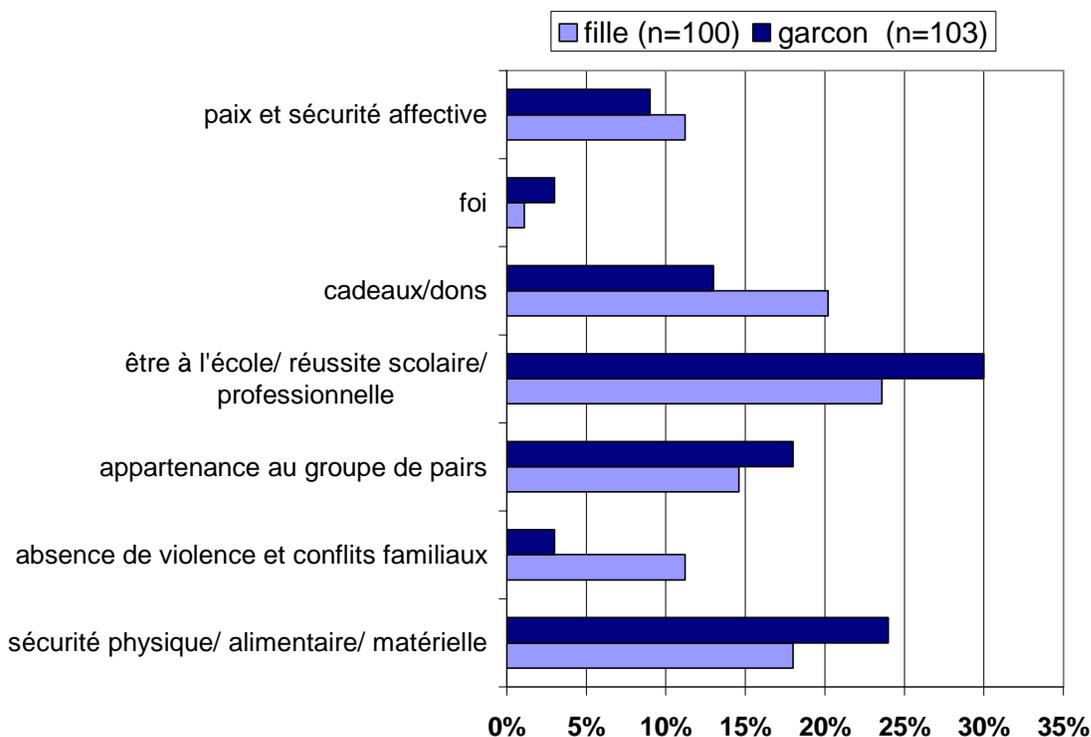
6.4 Résilience et bien-être des enfants

Malgré le fait que pour bon nombre de participants la situation à la maison soit tendue, la majorité des enfants peut nommer une personne de la famille qui les aime et les protège (88.7%). La personne protectrice est très souvent le père ou la mère ou une autre personne apparentée (grands-parents, tante, oncle). Les frères et sœurs jouent également un rôle important dans la protection : 20% des participants ont nommé l'un de leur frère et sœur comme personne protectrice. Les résultats indiquent que les filles et les garçons n'ont pas de préférences différentes dans leur choix de la personne protectrice : à peu près 50% des

filles et des garçons désigne un protecteur masculin et 50% des deux sexes ont choisi une femme pour leur protection.

6.4.1 Qu'est ce qui te rend heureux/se ?

L'analyse des réponses à la question « Qu'est-ce qui te rend heureux/se ? » nous a permis de regrouper les réponses en sept catégories présentées dans la figure ci-dessous. Le fait d'être à l'école, la réussite scolaire ou une bonne réinsertion socioprofessionnelle est le plus souvent désigné comme source de bonheur, surtout chez les garçons. Une autre source importante de sentiment de bonheur pour les deux sexes sont les loisirs et les jeux avec les pairs. L'analyse des réponses dégage des tendances différentes pour les filles et les garçons : les filles tirent plus souvent leur bonheur des cadeaux/dons, de l'absence de violence et de conflits à la maison et des situations qui sont source d'affection et de sécurité en famille. Chez les garçons, une sécurité matérielle, physique et alimentaire est plus souvent évoquée comme source de bonheur que chez les filles. Il semble que les situations d'affection et de sécurité en famille soient plus importantes pour les filles car un climat protecteur et chaleureux diminue le risque de maltraitance et de pauvreté affective. Les garçons semblent être moins dépendants de la situation familiale. Ils tirent davantage de bonheur de la réussite sociale et d'une sécurité alimentaire et matérielle.



Graphique 9 : Qu'est ce qui te rend heureux/se?"

6.4.2 Qu'est-ce qui t'inquiète ?

Aux enfants qui ont exprimé être parfois ou souvent inquiets, nous avons demandé l'objet de leur inquiétude. La plus grande partie des enfants est inquiétée par sa situation de vie précaire, c'est-à-dire l'insuffisance financière et matérielle (25.9%). D'autres facteurs d'inquiétude souvent retrouvés sont liés

- à l'absence ou décès d'un/des parent(s)
- à l'incertitude par rapport à l'avenir (chômage, manque de place d'apprentissage, l'inquiétude sur la future situation familiale),
- des difficultés scolaires et professionnelles (pas d'argent pour payer les frais de formation ou acheter les fournitures scolaires, échec dans les examens, difficultés avec le maître).

Une proportion de 8% d'enfants n'arrive pas à mettre des mots sur leurs inquiétudes. En regardant les pourcentages dans le Tableau 5, on remarque que les filles (17%) se sentent davantage inquiètes par les difficultés scolaires que les garçons (10%). Elles sont également plus soucieuses de leur avenir (23%) que leurs camarades masculins (10%). Les garçons (32%) se soucient plus souvent de l'insuffisance alimentaire et financière que les filles (18%). Les autres catégories d'inquiétude sont réparties de la même façon chez les garçons et les filles. La comparaison des rapatriés et des témoins (voir tableau ci-dessous) montre des distinctions nettes relatives aux inquiétudes : les enfants rapatriés se font plus souvent de souci sur le décès et/ ou l'absence d'un parent. De plus, proportionnellement, les enfants rapatriés sont plus souvent tourmentés/ harcelés par des peurs et souvenirs douloureux des traumatismes vécus. Ces chiffres sont un indicateur pour l'instabilité familiale dans certaines familles de rapatriées depuis la crise en Côte d'Ivoire et les difficultés d'adaptation après le traumatisme vécu. Les inquiétudes des enfants témoins sont plus concentrées sur les problèmes scolaires/ d'apprentissage et la violence qui se déroule à la maison.

Tableau 5 : Les facteurs inquiétant les enfants

| Chose qui inquiète | Echantillon global (n=205) | Enfants rapatriés (n=103) | Enfants témoins (n=102) |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Absence/ décès d'un/ des parent(s) | 24 (16.8%) | 16 (21.9%) | 8 (11.4%) |
| Insuffisance alimentaire et financière | 37 (25.9%) | 18 (24.7%) | 19 (27.1%) |
| Avenir: incertitude | 23 (16.1%) | 12 (16.4%) | 11 (15.7%) |
| Ecole/ apprentissage: | 19 (13.3%) | 7 (9.6%) | 12 (17.1%) |
| Violence domestique/maltraitance en famille | 13 (9.1%) | 4 (5.5%) | 9 (12.9%) |
| Peurs et souvenirs douloureux liés aux traumatismes vécus | 14 (9.8%) | 9 (12.3%) | 5 (7.1%) |
| Maladies | 6 (4.2%) | 3 (4.1%) | 3 (4.3%) |
| Problèmes relationnels avec les pairs | 7 (4.9%) | 4 (5.5%) | 3 (4.3%) |

6.4.3 Autres facteurs de bien-être émotionnel des enfants

Les facteurs analysés par rapport au bien-être sont listés dans le Tableau 6. Le pourcentage des enfants qui disent être parfois ou souvent malheureux est de 85.6% dans cette étude. Ce chiffre est comparable au pourcentage recueilli avec le même questionnaire au Togo dans les communautés à forte prévalence de la traite où 92.1% des participants du même âge avaient répondu être parfois ou souvent malheureux. Le chiffre d'enfants qui disent ne jamais être heureux (3.9%) est également à peu près le même qu'au Togo (3.3%). Ce chiffre, si petit soit-il, est un résultat inquiétant étant donné que le développement de ces enfants risque d'être gravement perturbé.

Il n'y a pas de différence significative entre filles et garçons au niveau des échelles mesurant la fréquence du sentiment d'être malheureux, d'être inquiet, d'être fâché, de vouloir faire une fugue, d'avoir bon espoir ainsi que les troubles de sommeil. Au niveau du sentiment d'être heureux et d'avoir peur de situations nouvelles, d'avoir du mal à se faire des amis, cependant, les différences entre filles et garçons sont significatives ; parfois même hautement significative (voir Tableau 6) : les filles sont moins heureuses et ont plus peur des situations nouvelles. Par contre, elles ont plus de compétences à se faire des amis que les garçons. On note que 12.4% des filles et 7.7% des garçons pensent souvent à fuguer de leur domicile. Pour quatre filles et neuf garçons, ces pensées ne se limitent pas à l'imaginaire : ils ont déjà fugué une ou plusieurs fois de leur foyer. Lorsqu'on évalue l'impact du rapatriement sur les facteurs de bien-être, on constate que les filles rapatriées sont significativement plus souvent fâchées ($t(96) = 2.15 ; p \leq 0.05$) et elles ont davantage de difficultés à se faire des amis ($t(94) = 2.00 ; p \leq 0.05$) que les filles témoins. Ces différences reflètent les difficultés d'adaptation et les frustrations des filles rapatriées dans leurs zones d'accueil au Burkina Faso. Chez les garçons rapatriés et témoins, il n'y a aucune différence significative au niveau des facteurs de bien-être analysés.

Tableau 6 : facteurs analysés du bien-être émotionnel des enfants

| | Echantillon global (n = 205) | Filles (n = 100) | Garçons (n = 105) | Différences entre les sexes |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------|------------------------------|
| Etre malheureux | | | | |
| | | | | Non |
| <i>Souvent</i> | 77 (38.1%) | 33 (33.7%) | 44 (42.3%) | $t(199) = 0.13 ; p > 0.05$ |
| <i>Parfois</i> | 96 (47.5%) | 54 (55.1%) | 42 (40.4%) | |
| <i>Jamais</i> | 28 (13.9%) | 10 (10.2%) | 18 (17.3%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 1 (0.5%) | 1 (1.0%) | | |
| Etre inquiet | | | | |
| | | | | Non |
| <i>Souvent</i> | 64 (31.5%) | 28 (28.6%) | 36 (34.3%) | $t(201) = 1.29 ; p > 0.05$. |
| <i>Parfois</i> | 95 (46.8%) | 45 (45.9%) | 50 (47.6%) | |
| <i>Jamais</i> | 44 (21.7%) | 25 (25.5%) | 19 (18.1%) | |

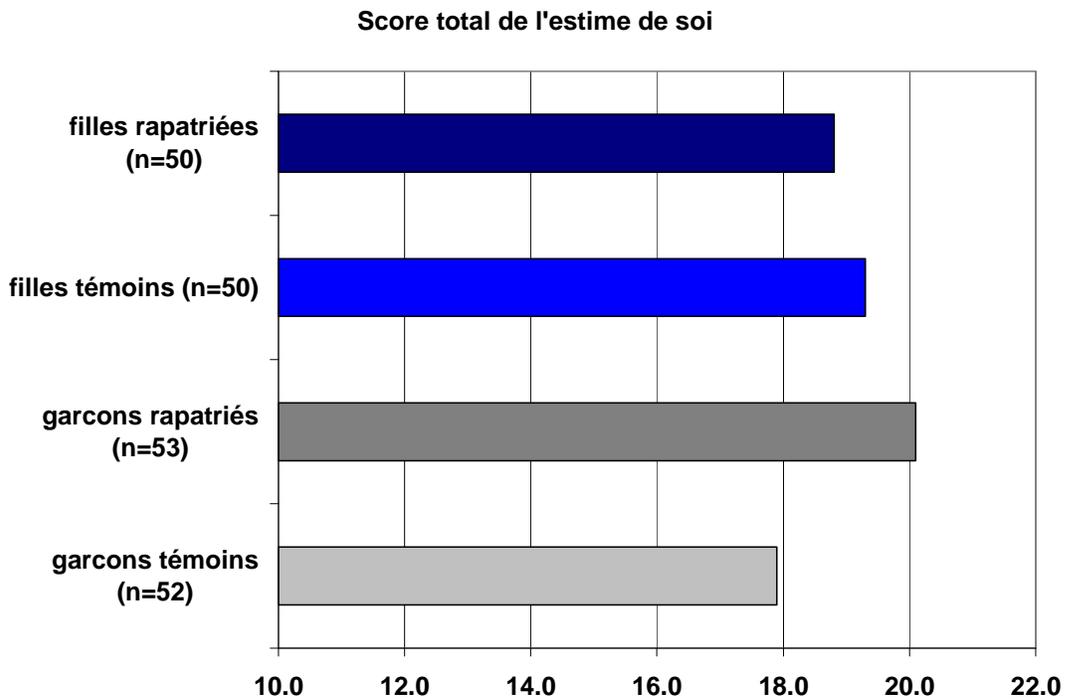
| | Echantillon global (n = 205) | Filles (n = 100) | Garçons (n = 105) | Différences entre les sexes |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Etre heureux | | | | |
| | | | | Oui |
| <i>Souvent</i> | 74 (36.5%) | 27 (27.6%) | 47 (44.8%) | $(t(200) = 1.99 ; p \leq 0.01)$ |
| <i>Parfois</i> | 120 (59.1%) | 67 (68.4%) | 53 (50.5%) | |
| <i>Jamais</i> | 8 (3.9%) | 3 (3.1%) | 52 (4.8%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 1 (0.5%) | 1 (1.0%) | 0 (0.0%) | |
| Etre fâché | | | | |
| | | | | Non |
| <i>Souvent</i> | 46 (23.0%) | 22 (22.0%) | 24 (23.5%) | $(t(198) = 1.62 ; p > 0.05)$ |
| <i>Parfois</i> | 129 (64.5%) | 71 (72.4%) | 58 (56.3%) | |
| <i>Jamais</i> | 25 (12.4%) | 5 (5.1%) | 20 (19.6%) | |
| <i>Données manquantes</i> | | | | |
| Peur /situations nouvelles | | | | |
| | | | | Oui |
| <i>Souvent</i> | 85 (41.9%) | 51 (52.0%) | 34 (32.4%) | $(t(201) = 3.52 ; p \leq 0.01)$ |
| <i>Parfois</i> | 86 (42.4%) | 39 (39.8%) | 47 (44.8%) | |
| <i>Jamais</i> | 32 (15.8%) | 8 (8.2%) | 24 (22.9%) | |
| <i>Données manquantes</i> | | | | |
| Troubles du sommeil | | | | |
| | | | | Non |
| <i>Souvent</i> | 46 (22.7%) | 15 (15.3%) | 31 (29.5%) | $(t(199) = 0.07 ; p > 0.05)$ |
| <i>Parfois</i> | 102 (50.2%) | 63 (64.3%) | 39 (37.1%) | |
| <i>Jamais</i> | 53 (26.1%) | 18 (18.4%) | 35 (33.3%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 2 (1.0%) | 2 (2.0%) | | |
| du mal à se faire des amis | | | | |
| | | | | Oui |
| <i>Souvent</i> | 11 (5.4%) | 4 (4.1%) | 7 (6.7%) | $(t(199) = 2.13 ; p \leq 0.01)$ |
| <i>Parfois</i> | 42 (20.7%) | 14 (14.3%) | 28 (26.7%) | |
| <i>Jamais</i> | 148 (72.9%) | 78 (79.8%) | 70 (66.7%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 2 (1.0%) | 2 (2.0%) | | |
| Avoir bon espoir | | | | |
| | | | | Non |
| <i>Souvent</i> | 83 (40.9%) | 40 (40.8%) | 43 (41.0%) | $(t(194) = 0.644 ; p = 0.52)$ |
| <i>Parfois</i> | 88 (43.3%) | 41 (41.8%) | 47 (44.8%) | |
| <i>Jamais</i> | 27 (12.3%) | 10 (10.2%) | 15 (14.3%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 7 (3.4%) | 7 (7.1%) | 0 (0%) | |
| Vouloir faire une fugue | | | | |
| | | | | Non |
| <i>Souvent</i> | 20 (10.0%) | 12 (12.4%) | 8 (7.7%) | $(t(198) = 0.20 ; p = 0.84)$ |
| <i>Parfois</i> | 32 (15.9%) | 10 (10.3%) | 22 (21.2%) | |
| <i>Jamais</i> | 148 (73.6%) | 75 (77.3%) | 73 (70.2%) | |
| <i>Données manquantes</i> | | | | |

6.4.4 Estime de soi et aptitudes pro-sociales

L'estime de soi a été évaluée sur la base du questionnaire de Rosenberg. Pour cela, nous avons étudié le score total du questionnaire. Curieusement, l'estime de soi des garçons témoins est la moins élevée parmi les quatre groupes d'enfants (voir Figure 9). Les garçons et les filles sont à peu près au même niveau par rapport à leur estime de soi. Le score des garçons et des filles est quasiment au même niveau (19.06 points en moyenne pour les filles vs. 19.01 moyennement pour les garçons). Compte tenu du fait que dans d'autres études, les filles avaient habituellement une estime de soi notablement moins élevée que les garçons (Bagley, Bolitho et al. 1997; Chabrol, Carlin et al. 2004; Behrendt & Mbaye 2007), ce résultat est quelque part étonnant. On note cependant que le score moyen des garçons

témoins est considérablement plus bas que celui des garçons rapatriés : les rapatriés ont en moyenne deux points de plus que les témoins, une différence qui est hautement significative ($t(103) = 3.20 ; p \leq 0.01$). Chez les filles, par contre, les différences sont moins visibles ; on note une distinction en défaveur des rapatriées qui ont en moyenne 0.5 point de moins que les filles témoins.

Un autre facteur analysé concernant la résilience des enfants était l'aptitude sociale des enfants, mesurée à l'aide de l'échelle pro-sociale du questionnaire *Points forts Points faibles* de Goodman. On note que les garçons ont des aptitudes sociales moins élevées que les filles ($t(203) = 3.46 ; p \leq 0.01$). Les différences, par contre, entre les rapatriés et les enfants témoins ne sont pas significatives.



Graphique 9 : score total de l'estime de soi pour les différents groupes d'enfants

6.4.5 Facteurs influençant l'estime de soi et les aptitudes sociales

La non-différence de l'estime de soi entre filles et garçons s'explique à travers l'analyse des facteurs influençant cette dernière. Un facteur jouant un rôle important est la maltraitance : les participants maltraités actuellement ont un score nettement plus bas que les enfants non maltraités ($t(199) = 2.70 ; p \leq 0.01$). Ceci explique quelque part l'estime de soi peu élevée des garçons témoins : comme indiqué dans la Figure 14, dans le paragraphe 5.8, ils sont significativement plus souvent exposés aux châtimements corporels que les trois autres

groupes. L'exposition à la violence verbale ($t(199) = 2.18 ; p \leq 0.05$) et à la négligence ($t(199) = 2.54 ; p \leq 0.01$) ont également une influence négative sur l'estime de soi. L'âge ne semble pas jouer un rôle sur l'estime de soi. Il n'y a pas de corrélation entre l'âge des participants et le score total de l'estime de soi.

La maltraitance manifeste aussi un impact négatif sur les aptitudes pro-sociales. Les enfants actuellement soumis aux sévices corporels ont moins de compétences pro-sociales que les enfants non-maltraités ($t(203) = 2.87 ; p \leq 0.01$).

Les mêmes tendances se présentent au niveau de la violence verbale où les enfants actuellement maltraités articulent moins d'aptitudes sociales que les enfants non-exposés à cette forme de violence ($t(203) = 2.64 ; p \leq 0.01$).

6.5 Risque suicidaire des enfants

Les pensées suicidaires ne sont pas rares chez les enfants dans la région de l'étude : 37.1% des participants ont déjà pensé à un moment de leur vie qu'il vaudrait mieux qu'il soit mort. De même, les enfants participants aux discussions de groupe évoquent le suicide comme l'une des solutions pour un enfant souffrant de problèmes somatiques graves : « Si tu fais des crises comme ça, tout le monde te rejette. Il vaut mieux mourir, mettre fin à sa vie que vivre comme ça. » (groupe de garçons à Tambili). Un autre groupe a proposé qu'un enfant victime de violence grave « peut se tuer » pour échapper à la souffrance (groupe de filles à Niangoloko). Ceci démontre que le suicide n'est pas un phénomène étranger dans les communautés où l'étude a été menée. Nonobstant, les pensées suicidaires ne constituent pas forcément un risque suicidaire. Pour évaluer l'existence du risque suicidaire, nous avons analysé la probabilité que l'enfant passe à l'acte : ces pensées suicidaires sont-elles d'ordre actuel et concret ? Nous avons déterminé que l'enfant présente un risque suicidaire actuel lorsqu'il

- a exprimé un désir ce mois-ci de se tuer ou de se faire du mal,
- a déjà élaboré un plan sur la façon de mettre fin à sa vie ou
- a fait dans les quatre dernières semaines une tentative de suicide.

L'effectif des enfants représentant un risque suicidaire est de 5.4% (11 enfants de l'échantillon globale). Le risque suicidaire est le plus fréquent chez les filles rapatriées : cinq filles de leur groupe ont été évaluées avec un risque suicidaire élevé.

Les enfants révélant un risque suicidaire ont en commun qu'ils ont perdu l'espoir que la vie offrira quelque chose de positif. Ils vivent toujours dans une situation conflictuelle et souvent violente en famille et ils pensent plus souvent à prendre la fuite de leur domicile que les enfants sans risque suicidaire ($t(200) = 3.43 ; p \leq 0.01$). On note toutefois que les enfants

placés n'ont pas un risque suicidaire plus élevé que les enfants vivant avec leurs parents biologiques ($\chi^2(1) = 0.12$; $p > 0.05$). Ce qui est le plus alarmant dans ces résultats, c'est que bon nombre d'enfants ont déjà élaboré un plan concret de la façon dont ils veulent se tuer ou se sont même déjà procurés le produit avec lequel ils veulent se tuer. Les enfants suicidaires parlent surtout des engrais (pesticides) ou d'autres produits chimiques comme la mort-aux-souris ou des comprimés pour réaliser leurs plans. D'autres parlent de vouloir se tuer avec des objets tranchants ou des pendaisons.

- « *La femme de mon père m'insulte beaucoup. Parfois, je ne peux plus supporter la situation à la maison. Elle me maltraite et mon père ne dit rien. J'ai pensé me tuer avec un couteau, je n'ai nulle part où aller.* » (garçon rapatrié, 14 ans, Tambili)
- « *Ma mère m'insulte; elle aime me lapider avec des objets. J'ai pensé à m'empoisonner au mois de février et même quelque fois ce mois-ci. Je voulais prendre le produit qu'on utilise pour tuer les souris.* » (fille témoin, 18 ans, Loropéni)
- « *Dans ma famille, ça ne va pas. Mon frère a essayé de se pendre et je pense que je vais faire la même chose. Mais je pense aussi me tuer par la prise de poison, comme le produit pour tuer les souris ou les insecticides.* » (fille témoin, 18 ans, Loropéni)

Trois enfants ont déjà fait des tentatives de suicide récemment, mais ont été amenés à l'hôpital et sauvés.

- « *Un jour quand j'ai eu trop mal, j'ai bu les souricides pour me tuer. On m'a amenée à l'hôpital et j'étais malade pour une semaine.* » (fille rapatriée, 17 ans, Niangoloko)
- « *J'ai essayé de me tuer il y a trois mois. J'ai bu de l'essence, mais ma tante m'a trouvé et amené à l'hôpital. Je voulais vraiment mourir. Ma scolarité n'a pas été payée et on m'a chassé de la classe. C'était atroce.* » (fille rapatriée, 15 ans, Bouroum Bouroum)

Le déclencheur de risque suicidaire est souvent un rejet de l'enfant de la part de la famille ou d'une personne proche ou bien un événement gravement traumatique qui a bouleversé toute la vie de l'enfant.

- « *J'avait pensé me tuer avec les engrais utilisés dans l'agriculture car ma maman me dit tout le temps que si je mourrais, ce serait mieux. Ma mère n'a pas voulu que j'aille à l'école car elle voulait une aide à la maison. Mes deux autres sœurs sont chez leurs maris, personne ne veut de moi. Ma mère même m'a dit qu'elle regrette de m'avoir mise au monde et si on achetait les enfants, qu'elle allait me vendre* » (fille témoin, 14 ans, Loropéni)

6.6 Exposition des enfants à la violence et à d'autres événements potentiellement traumatiques

D'une manière générale, tous les enfants – rapatriés ou non - ont été exposés de façon répétée à des événements traumatiques au cours de leur vie (par exemple à la maltraitance ou à des assassinats). En moyenne, les participants ont vécu ou témoigné de 12.87 types d'événements traumatiques différents. Le nombre de types d'événements vécus est déployé dans la Figure 4 pour les différents groupes d'enfants (fille rapatriée, fille témoin, garçon rapatrié et garçon témoin). Une analyse de variance ANOVA a permis de montrer que des

différences significatives existent entre ces quatre groupes ($F(3, 200) = 47.60, p \leq 0.01$). Comme également visible dans la Figure 11, le test de comparaison multiple Bonferonni fait ressortir que les garçons rapatriés sont exposés à davantage d'événements traumatiques que les trois autres groupes ($p \leq 0.01$ pour les trois groupes). Les filles rapatriées sont moins concernées par les événements traumatisants que les garçons rapatriés, cependant, elles ont vécu davantage d'événements que les garçons et les filles témoins ($p \leq 0.01$ pour les deux groupes témoins). Les garçons témoins sont moins à risque de vivre des événements traumatiques que les deux groupes rapatriés, mais ils sont toujours significativement plus exposés que les filles témoins ($p \leq 0.01$). La comparaison des groupes rapatriés et témoins confirme que le rapatriement augmente considérablement le risque d'exposition aux événements traumatiques ($t(202) = 9.65; p \leq 0.01$). Une autre différence visible et hautement significative entre filles et garçons est qu'en général, les garçons doivent affronter davantage d'événements traumatiques que les filles ($t(202) = 4.80; p \leq 0.01$).

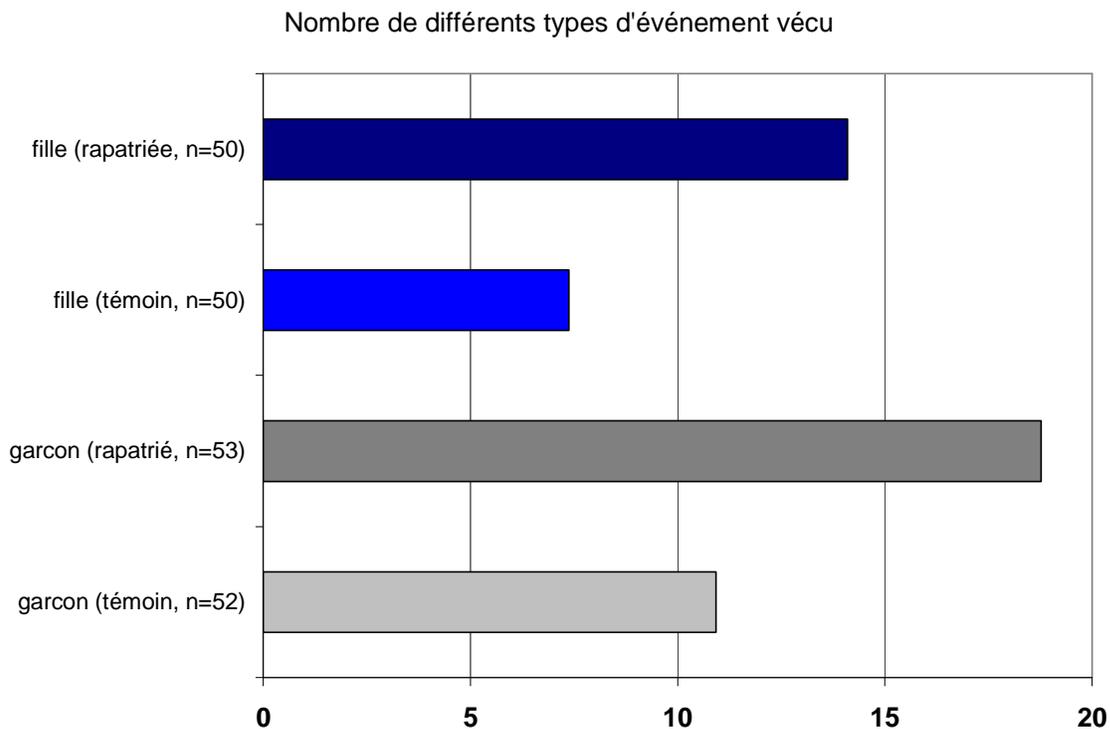


Figure 11: nombre de types d'événements traumatiques vécus par les différents groupes d'enfants

6.7 Événements traumatiques vécus au cours du rapatriement

La plus forte exposition aux expériences hautement traumatiques de l'échantillon des rapatriés est surtout due au conflit armé : tous les enfants rapatriés (100.0%) ont été directement exposés aux événements de la guerre tandis qu'aucun enfant témoin a dû affronter de telles choses. L'outil d'évaluation prévoit que tous les participants ayant vécu la guerre répondent à six/sept questions supplémentaires afin de connaître leurs expériences au cours du conflit armé (voir Tableau 7). Ces questions associées aux conflits armés n'ont évidemment pas été posées aux participants n'ayant pas vécu la guerre. Le tableau ci-dessous déploie les effectifs des événements associés à la guerre parmi les enfants rapatriés. On note que plus de la moitié des enfants ont été harcelés par des personnes armées (58.3%), ont été proches de maisons mises à feu (59.2%) et ont été témoin d'assassinats (59.2%). De plus, presque un enfant sur deux (44.6%) a été entouré de cadavres, a dû monter sur des cadavres ou était couché(e) sous des cadavres. Les témoignages des enfants révèlent des traumatismes profonds de leur rencontre avec la mort. Certains enfants ont dû être témoin de l'assassinat d'un ou plusieurs parents et ont dû se débrouiller seul dans la brousse, entourés par les rebelles et les lieux de massacres.

- *« Au moment de la guerre en Côte d'Ivoire, nous, mon père, sa troisième femme, mon grand frère, ma petite sœur et moi, avons dû fuir nos maisons pour échapper à la mort. Malheureusement, cela n'était pas la solution. Car dans la fuite vers la brousse les militaires nous ont surpris. Ils ont égorgé mon père et sa troisième femme et ils ont brûlé mon grand frère vif. [Beaucoup de pleurs ont suivi cette révélation.] Ma petite sœur et moi, nous nous sommes cachées dans les feuillages jusqu'à ce que les militaires partent avant de courir au hasard sans destination précise et entre des cadavres. C'est dans cette fuite que les militaires m'ont saisie, attachée puis m'ont blessée avec leur couteau. C'était horrible, très horrible ». (Fille rapatriée, 16 ans, 12 ans lors du rapatriement, Bérégadougou)*
- *« Une nuit, les militaires sont descendus dans notre quartier. On entendait des coups de fusil. C'était la panique partout. Lorsqu'ils sont arrivés dans notre cour, ils ont dit à mon père de donner de l'argent. Mon père a dit qu'il n'avait rien. Ils ont brûlé notre maison, nos greniers, tout a brûlé. Notre voisin ayant tout perdu aussi s'est tué. La même nuit, moi et ma famille avons quitté Taï à pied à la recherche d'une voiture pour fuir et venir au Burkina Faso. Pour le retour, nous avons parcouru environ 70 km à pied. En cours de route, nous avons vu des cadavres de gens qu'on ne connaissait pas, des maisons brûlées. Heureusement pour nous, nous n'avons plus croisé de militaires en brousse. J'avais eu très peur, je ne savais pas que j'allais arriver vivante au Burkina Faso. » (Fille rapatriée 17 ans, 12 ans au moment des faits, Loropéni)*
- *« J'avais 10 ans quand la guerre a commencé en Côte d'Ivoire en 2003. Ma famille et moi étions à Aboasso, ainsi que le petit frère de mon père. Des militaires et des civils rentraient dans les maisons des gens pour les maltraiter et même les tuer. On s'enfermait tout le temps dans les maisons comme s'il n'y avait personne. Un jour, le petit frère de mon père a décidé d'aller en ville, espérant avoir les nouvelles d'un car qui va au Burkina Faso pour que nous puissions quitter la Côte d'Ivoire. Malheureusement, il est tombé sur les militaires dans la rue; qui l'ont frappé, tabassé et ils l'ont mis dans un sac; il baignait dans son sang et il était mort quand mon père a retrouvé son corps deux jours après. Nous avons tous pleuré et mon père a pris le risque de l'enterrer au cimetière. Aujourd'hui, la Côte d'Ivoire est synonyme de l'enfer pour moi, je n'aime plus la Côte d'Ivoire, je me sens mieux au Burkina Faso ». (Fille rapatriée de 14 ans, 10 ans au moment des faits, Niangoloko)*

Les garçons ont été nettement plus souvent exposés aux harcèlements des rebelles, des bandits et des militaires que les filles ($\chi^2(1) = 6.00$; $p \leq 0.05$). Pour tous les autres événements, les différences entre les sexes ne sont pas significatives.

Tableau 7: Exposition aux événements associés aux conflits armés

| Événements traumatiques | Echantillon rapatrié (n=103) | Filles rapatriées (n=50) | Garçons rapatriés (n=53) |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Enfant a été harcelé(e) par des personnes armées | 60 (58.3%) | 23 (46.0%) | 37 (69.8%) |
| Enfant a été proche des maisons qui ont brûlé | 61 (59.2%) | 31 (62.0%) | 30 (56.6%) |
| Enfant a été séparé(e) de force de la famille | 4 (3.9%) | 1 (2.0%) | 3 (5.7%) |
| Enfant a été entouré(e) de cadavres, a été couché(e) sous des cadavres, ou a dû monter sur des cadavres | 45 (44.6%) | 21 (42%) | 24 (47.1%) |
| Enfant a vu une personne de son entourage se faire enlever ou recruter de force | 32 (31.1%) | 15 (30%) | 17 (32.1%) |
| Enfant a vu une personne se suicider, se faire tuer ou assassiner | 61 (59.2%) | 27 (54%) | 34 (64.2%) |

6.8 Événements traumatiques vécus au cours de la vie

Ce paragraphe porte sur l'exposition de tous les enfants participants – rapatriés et témoins – aux événements stressants (non spécifiques à la guerre) depuis leur naissance. Parmi les événements stressants évalués se trouvent toute sorte d'accidents dangereux, les agressions/ attaques par les hommes et les animaux sauvages et la menace de mort, la mort soudaine d'un être cher et différents types de violence domestique (sérvices corporels, violence verbale, négligence et abus sexuel). Nous avons non seulement demandé si l'enfant a vécu lui-même l'événement, mais également s'il a déjà été le témoin d'un tel événement.

Les comparaisons des groupes à risque avec les groupes témoins pour ces différents événements confirment encore une fois que les enfants rapatriés sont plus exposés que les enfants témoins aux vicissitudes de la vie. Chez les filles, on constate que le groupe rapatrié court significativement plus de risques que les témoins

- d'être menacée, d'être tuée ($\chi^2(1) = 25.42$; $p \leq 0.05$)
- d'avoir vu comment un membre de la famille a été menacé de se faire tuer ($\chi^2(1) = 16.32$; $p \leq 0.01$)
- d'avoir vu le corps d'une personne morte (en dehors des enterrements) ($\chi^2(1) = 25.42$; $p \leq 0.01$)

- d'avoir été le témoin de scènes où une autre personne a été abusée sexuellement ($\chi^2(1) = 8.65 ; p \leq 0.01$)

L'exposition plus élevée des filles rapatriées à ces types de violences est surtout liée à la guerre. Lorsque les familles ont pris la fuite, elles étaient souvent dispersées par des attaques et les enfants se sont retrouvés sans aucune protection, entourés par les batailles du conflit armé. Néanmoins, les filles rapatriées sont également plus exposées aux événements non associés à la guerre comme certains types de violence domestique (voir aussi figure ci-dessous). Leur proportion de négligence est nettement plus élevée ($\chi^2(1) = 27.43 ; p \leq 0.01$), notamment l'insuffisance alimentaire ($\chi^2(1) = 28.17 ; p \leq 0.01$) et le fait d'être forcée de porter des habits sales et déchirés ($\chi^2(1) = 25.01 ; p \leq 0.01$). De plus, dans leur échantillon se trouvent significativement plus souvent des filles victimes de violence verbale ($\chi^2(1) = 7.90 ; p \leq 0.01$). Il n'y a aucun item d'événements traumatiques que les filles témoins vivent de façon significative plus souvent que les filles rapatriées. L'analyse du vécu de l'échantillon des garçons montre également que les garçons ayant été rapatriés courent significativement plus le risque de vivre certaines situations dangereuses ou effrayantes, comme par exemple :

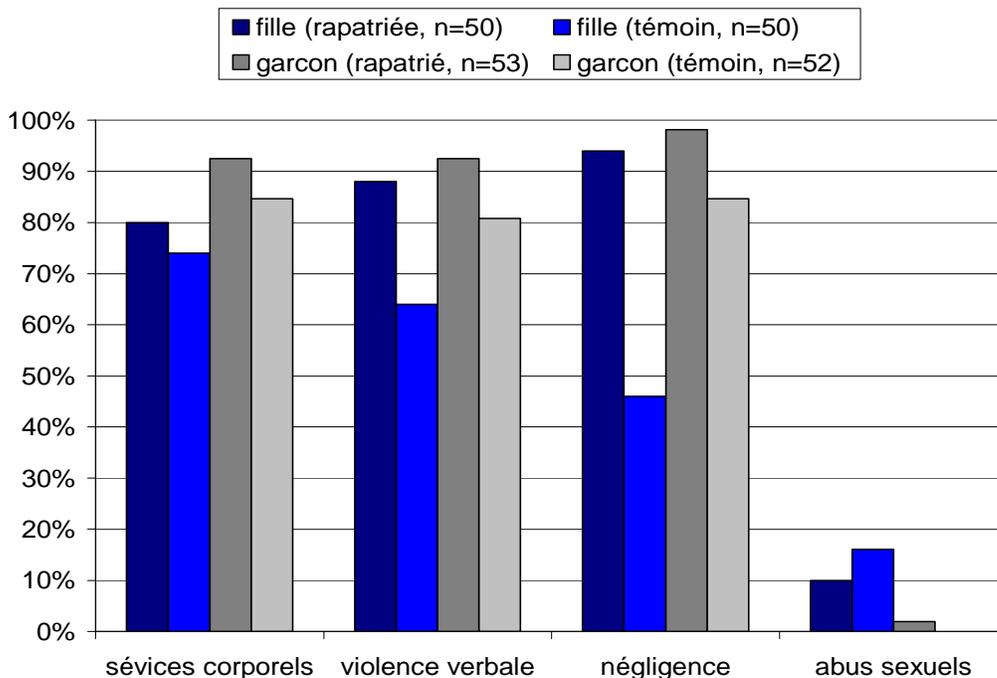
- d'être témoin que quelqu'un, dans sa ville/ son village soit tabassé, tiré dessus ou tué ($\chi^2(1) = 4.94 ; p \leq 0.05$) ;
- voir le corps d'une personne ou être témoin d'assassinat (en dehors des enterrements) ($\chi^2(1) = 28.05 ; p \leq 0.01$) ;
- être menacé avec un objet ou une arme ($\chi^2(1) = 7.04 ; p \leq 0.01$) ;
- être menacé de se faire tuer ($\chi^2(1) = 6.48 ; p \leq 0.05$)
- être forcé de porter des vêtements sales et déchirés ($\chi^2(1) = 8.03 ; p \leq 0.01$) ;
- souffrir de la faim ($\chi^2(1) = 10.54 ; p \leq 0.01$) ;
- souffrir de la soif ($\chi^2(1) = 7.52 ; p \leq 0.01$) ;
- de voir un membre de la famille être blessé avec une arme ($\chi^2(1) = 8.02 ; p \leq 0.01$) ;
- de voir un membre de la famille être menacé de mort ($\chi^2(1) = 12.06 ; p \leq 0.01$)

Comme les filles rapatriées, les garçons rapatriés ont aussi subi significativement plus souvent la négligence que les garçons témoins ($\chi^2(1) = 6.10 ; p \leq 0.01$). Cette analyse permet de constater à quel point le rapatriement est un contexte à haut risque.

Le graphique 6 illustre le taux de violence domestique dans l'échantillon. On note non seulement certains écarts entre les groupes de rapatriés et les groupes de témoins, mais également entre les deux sexes. Comme cela est visible dans la Figure 12, les garçons sont généralement plus exposés depuis leur naissance aux châtiments corporels ($\chi^2(1) = 4.84 ; p \leq 0.05$) et à la négligence ($\chi^2(1) = 15.27 ; p \leq 0.01$). De plus, ils sont plus susceptibles de

- se faire tirer dessus (4) : ($\chi^2(1) = 6.67; p \leq 0.01$) ;
- d'être harcelés par des personnes armées ($\chi^2(1) = 6.85; p \leq 0.01$) ;
- d'entendre parler d'une mort violente d'une personne chère ($\chi^2(1) = 16.95; p \leq 0.01$);
- d'être tiré par les cheveux ou avoir les bras tordus : ($\chi^2(1) = 7.45; p \leq 0.01$) ;
- d'être menacés verbalement ($\chi^2(1) = 12.15; p \leq 0.01$) ;
- d'être frappés avec un objet ($\chi^2(1) = 5.23; p \leq 0.01$) ;
- d'avoir des choses jetées sur eux ($\chi^2(1) = 35.24 ; p \leq 0.01$) ;
- d'être menacés avec une arme ($\chi^2(1) = 16.61 ; p \leq 0.01$) ;
- d'être blessés avec une arme ($\chi^2(1) = 15.58; p \leq 0.01$) ;
- d'être injuriés, criés ou hurlés dessus ($\chi^2(1) = 4.54; p \leq 0.05$) ;
- d'être humilié devant les autres ($\chi^2(1) = 4.84; p \leq 0.05$);
- d'être forcés de porter des vêtements sales et déchirés ($\chi^2(1) = 22.07; p \leq 0.01$) ;
- de souffrir de la faim ($\chi^2(1) = 7.01; p \leq 0.01$) ;
- de voir un membre de la famille être tabassé ($\chi^2(1) = 33.74; p \leq 0.01$) ;
- de voir un membre de la famille être frappé avec un objet ($\chi^2(1) = 14.74 ; p \leq 0.01$)

La seule forme de violence que les filles subissent de façon significative plus souvent que les garçons est l'abus sexuel ($\chi^2(1) = 11.56 ; p \leq 0.01$).



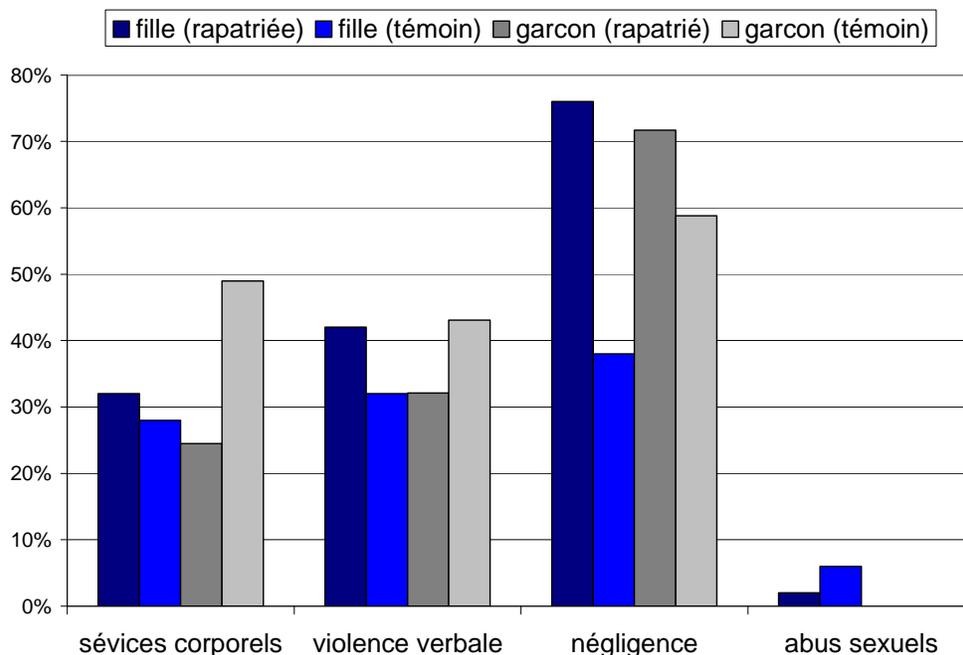
Graphique 12: Exposition des enfants aux différentes formes de violences domestiques au cours de leur vie

La multitude d'exemples illustrant l'exposition plus forte des garçons face à la violence, indique qu'ils sont moins protégés dans les familles et dans leur vie socioprofessionnelle que les filles. L'âge ne constitue pas un facteur explicatif pour cela, car l'échantillon des filles et celui de garçons ne diffèrent pas significativement ($t(203) = -0.67 ; p > 0.05$). Comme le niveau d'éducation des garçons est plus élevé que chez les filles, on pourrait tirer la conclusion que l'école est un facteur de risque pour la violence. Notre hypothèse est toutefois que les sociétés participantes ont des prérogatives de protection plus efficaces pour les filles que pour les garçons.

6.9 Enfants vivant dans une situation de maltraitance à l'heure actuelle

Lorsqu'un enfant nous a répondu avoir déjà vécu une forme de maltraitance, nous lui avons posé par la suite la question si cette maltraitance s'est reproduite pendant le dernier mois, à savoir si l'enfant se trouve dans une situation de maltraitance actuelle. Les effectifs des enfants actuellement maltraités sont montrés dans le Graphique 13. Le type de violence le plus répandu est la négligence, notamment l'insuffisance alimentaire et le manque d'habits convenables. On constate que le taux des enfants rapatriés est particulièrement élevé, néanmoins seules les différences entre les deux groupes de filles au niveau de la négligence sont significatives ($\chi^2(1) = 14.73 ; p \leq 0.01$). La violence verbale et les sévices corporels sont d'autres pratiques assez fréquentes. Curieusement, les garçons témoins sont de loin le plus souvent victimes de châtiments corporels à l'heure actuelle ($\chi^2(1) = 6.72 ; p \leq 0.01$) : ils sont significativement plus souvent physiquement abusés que les garçons rapatriés et les deux groupes de filles. En ce qui concerne les différences entre les sexes, on note, comme on pouvait s'y attendre, que les filles ont été plus souvent sexuellement abusées pendant le dernier mois que les garçons ($\chi^2(1) = 4.24 ; p \leq 0.05$). On note dans les citations des enfants rapatriés que la violence domestique est souvent étroitement liée au nouveau tuteur dans le pays d'origine.

- « *Ma tante m'insulte à tout moment. Elle dit que je ne fais pas ce qui est bien. Tout le temps, elle me fait comprendre qu'elle regrette beaucoup de m'avoir hébergée. Elle m'a dit que si mon père venait de la Côte d'Ivoire, elle va lui dire de m'emmener.* » (fille rapatriée, 15 ans, Loropéni)
- « *Le pire de ma vie, c'est tout ce que ma que ma mère adoptive me fait... ...depuis le départ de ma mère en Côte d'Ivoire, ma mère adoptive me frappe, m'insulte, me donne des travaux pénibles à faire. Il n'y a pas de nourriture pour nous.* » (garçon rapatrié, 14 ans, Niobini)



Graphique 13: exposition aux différentes formes de maltraitance pendant le dernier mois

Nous avons constaté que le caractère de violence domestique n'était pas le même dans les deux régions de recherche: d'abord dans la zone de Gaoua où plus de 85% des enfants interviewés appartient au groupe ethnique de Lobi, la proportion d'enfants victimes de violence domestique est moins élevée qu'à Banfora, en particulier au niveau des sévices corporels et de la violence verbale. Ensuite, le pourcentage des filles soumises à la violence est plus élevé que celui des garçons à Gaoua. Dans la zone de Banfora, on note que les filles témoins constituent le groupe le plus protégé contre la maltraitance, tandis que les garçons témoins sont les moins avantagés : ils sont davantage exposés aux sévices corporels et à la violence verbale (excluant l'abus sexuel) et sont au même niveau en ce qui concerne la négligence que les groupes des enfants rapatriés. Les études de cas et les discussions dans les communautés de Banfora nous ont indiqué que les familles de Banfora attribuent beaucoup d'importance au statut de leurs filles. Leur valeur en terme de dot apporte un revenu considérable à la famille : un prétendant doit payer en moyenne 600.000 FCFA (~ 1200 USD) pour obtenir l'accord des parents de donner leur fille en mariage. On peut donc comprendre que la protection des familles représente également une protection des intérêts financiers de la famille.

6.10 Souffrir de la faim

Une variable incluse dans l'évaluation de la négligence est si l'enfant a souffert de la faim au cours de sa vie et pendant le dernier mois. L'analyse de cette variable souligne la précarité

alimentaire dans les zones de recherche : presque sept (7) enfants sur dix (68.8%) ont souffert de la faim au cours de leur vie et presque quatre (4) sur dix (38.2%) ont souffert de la faim au cours du dernier mois. Comme déployée dans la Figure 16, la prévalence de la faim actuelle est nettement plus élevée chez les participants rapatriés. La différence est hautement significative ($\chi^2(1) = 20.25; p \leq 0.01$). Surtout les filles rapatriées vivent dans des contextes de précarité alimentaire aiguë. Ceci correspond/ concorde avec le vécu des chercheurs qui ont constaté qu'une grande partie des enfants ne mangeait qu'une fois par jour à la cantine scolaire. Ceux n'allant pas à l'école sont confrontés à de graves difficultés pour trouver de quoi manger. La faim ne peut pas être simplement classifiée comme résultat de négligence de la part des parents et tuteurs des enfants : la privation de nourriture est souvent hors de leur volonté faute de moyens pour subvenir aux besoins des enfants. En fait, la période de recherche, la saison pluvieuse, est le temps de soudure où les vivres ne sont plus disponibles et les populations attendent les récoltes. Les témoignages des enfants rapatriés montrent cependant que la séparation des familles, le retour des parents en Côte d'Ivoire et les placements des enfants chez des tuteurs contribuent au taux élevé des participants rapatriés en situation de précarité alimentaire. En fait, la faim n'est qu'un indicateur pour la pauvreté aiguë des rapatriés par rapport à l'échantillon de témoins. Les différences sont les mêmes au niveau de la disponibilité actuelle d'habits convenables où la comparaison montre également une différence nette en faveur des enfants témoins ($\chi^2(1) = 5.79; p \leq 0.05$).

- « Depuis que ma mère a divorcé pour aller à Toussiana (une ville de la région de Banfora), mon père et moi souffrons de faim. Parfois, nous partons prendre des crédits avec les boutiquiers pour avoir à manger. Il y a des jours où nous dormons sans manger. Cela me dérange beaucoup et me fait penser à ma maman qui était là et tout était bien. Tout cela m'a amené à aller faire la couture pour avoir un peu d'argent et soutenir mon père. Mon père est cultivateur et parfois c'est très difficile pour lui. Vraiment, la faim nous fatigue beaucoup ». (garçon témoin, 14 ans, Bérégadougou)
- « Depuis que mon père est reparti en Côte d'Ivoire, je souffre de faim presque tous les jours. La marâtre ne me donne pas assez à manger et si elle trouve que je ne travaille pas assez bien, elle ne me laisse pas manger avec les autres enfants. Parfois, j'ai tellement faim que j'ai envie de retourner en Côte d'Ivoire, même tout seul pour retrouver mon père. » (fille rapatriée, 14 ans, Loropéni)
- « Depuis notre arrivée ici, nous n'avons pas de champs pour cultiver. Nous n'avons pas d'argent non plus pour acheter assez de vivres. Cela fait que nous vivons en permanence dans la famine ; nous souffrons de faim. Nous mangeons à peine une fois par jour ou tous les 2 jours. » (fille rapatriée, 15 ans, Niangoloko)
- Avec mes amis, je suis victime de moquerie et de non considération, car ils se moquent de moi, parce que je suis pauvre, et me disent que je ne suis rien, nous n'avons même pas à manger » (garçon témoin, 14 ans, Bérégadougou)

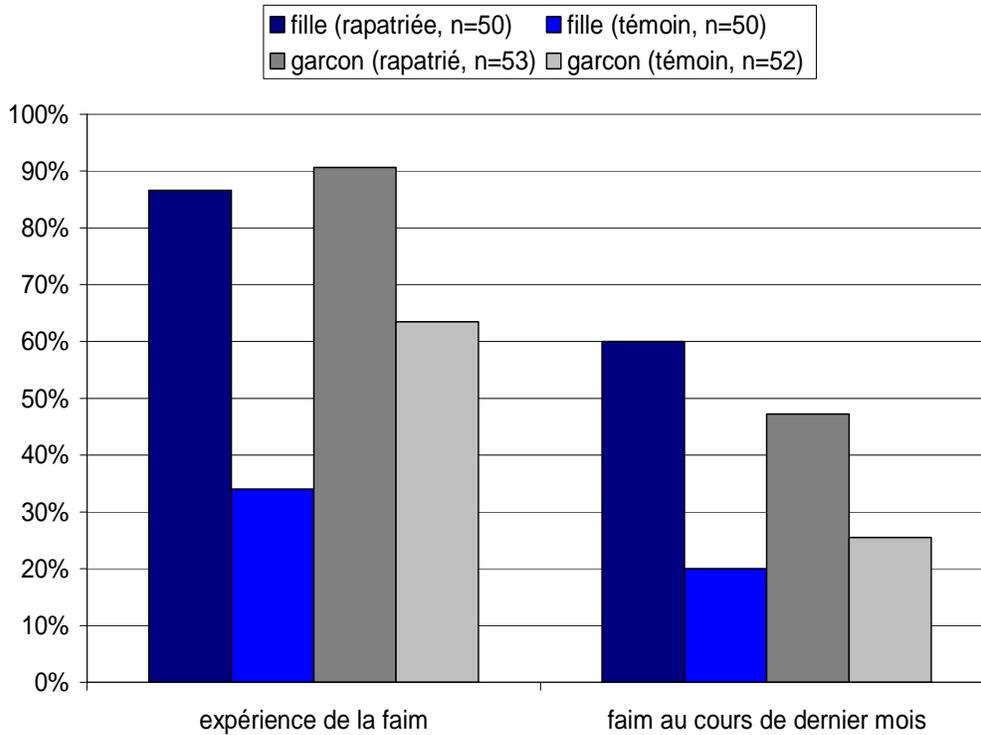


Figure 16: Pourcentage des enfants qui ont déjà souffert de la faim

6.11 Le pire événement vécu depuis la naissance

Au cours de l'entretien, il a été demandé à chaque participant quel était le pire événement qu'il avait dû vivre. Les descriptions de ces événements donnent l'impression de rendez-vous manqués avec la mort ou de confrontation avec la mort de quelqu'un d'autre, souvent un être cher. Les différentes réponses relatives aux pires événements vécus sont regroupées en dix catégories dans le tableau suivant (8). La catégorie « situation/conséquences du conflit armé » résume les réponses comme les brûlures des maisons, les circonstances de l'expulsion, la fugue des rebelles et la vie en cachette en brousse, ainsi que la disparition et la mort des membres de la famille pendant la guerre. La catégorie d'événements les plus relatés comme pire événement au niveau de l'échantillon global, est la maltraitance et les humiliations (23.9%), suivie par les pillages, assassinats et tortures témoignées (17.8%) et le décès d'un proche (13.7%). Chez les filles, 3% classifie un viol ou un avortement comme le pire événement de leur vie. Chez les garçons, une minorité décrit des expériences avec des pouvoirs surnaturels comme pire événements, comme par exemple, la rencontre de fantômes de personnes mortes ou être poursuivi par des animaux, comme des chats, incarnant des sorciers.

- « Je revenais de ma promenade. Un chat blanc m'a poursuivi. J'ai pris dans ma paume du sable et j'ai couru jusqu'à la maison. A l'entrée de la porte, j'ai versé le sable et j'ai passé la nuit. Le lendemain, j'ai expliqué cela à ma mère qui est allée consulter une voyante. La voyante lui a dit que c'est la vieille femme qui est dans notre cour qui me poursuivait. Elle s'est transformée en chat blanc. Cette vieille femme voulait me donner à ses collègues vieilles qui font la même pratique. » (garçon témoin, 19 ans, Niangoloko)

Il est pourtant important de soulever les différences entre les groupes rapatriés et les témoins. Les filles et garçons rapatriés ont surtout nommé les expériences vécues pendant la guerre comme pires événements.

- « En Côte d'Ivoire, quand les gens sont venus nous chasser, ils sont arrivés la nuit. Il y a un de mes petits frères qu'on a pu jeter dans l'eau. Le père s'est débrouillé pour nous, nous sauver. Le petit frère est resté dans l'eau. » (garçon rapatrié, 14 ans, 6 ans au moment des faits, Gaoua ville)
- « Pendant la crise, j'ai vu des choses horribles. Les gens de Gbagbo peuvent venir attraper les gens, puis les égorger et boire leur sang. Il y a des moments ils les attachent et tirent sur eux. S'ils ne sont pas morts après les coups de fusils, ils prennent des cailloux pour casser la tête. Tout cela, j'ai vu en Côte d'Ivoire. A chaque fois que j'y pense, j'ai peur. Ça peut même rendre fou. Des fois, je n'arrive pas à dormir si j'y pense beaucoup. » (garçon rapatrié, 15 ans, 11 ans au moment des faits, Banfora ville)
- « C'était la pagaille, la débandade. On a quitté nos maisons pour être en brousse. On avait pas la paix avec les soldats, on n'avait pas la paix aussi avec la pluie qui tombait, nous trouvant dehors sans nourriture. Les enfants sont malades. On a des morts qu'on trouvait sur nos routes. Les coups de fusils partout, aucun endroit sûr pendant longtemps, trop de déplacements. » (garçon rapatrié, 18 ans, 14 ans au moment des faits, Loropéni)

Les enfants témoins, par contre, sont nettement plus susceptibles à classer la maltraitance, la négligence et les humiliations comme pire événement.

- « Mon papa ne veut pas que j'aille chez mon grand-père maternel. Un jour, je suis allée en cachette voir mon grand père. Quand mon père a su il était très fâché. Il m'a menacé avec une arme et m'a dit qu'il va me tuer si je lui désobéis encore. » (fille témoin, 12 ans, Loropéni)
- « C'était une annale que j'avais ramassé dans la cour de l'école et dont je n'avais pas trouvé le propriétaire quand j'ai demandé en classe. Le lendemain, lorsque j'étais en train de m'exercer avec l'annale et avec mes camarades, le propriétaire est arrivé avec ses amis. Ils m'ont crié dessus « au voleur » et toute l'école s'est ruée sur moi. Je tremblais et j'ai beaucoup pleuré ce jour ; et cela me fait mal. Je n'ai pas pu me justifier. » (fille témoin, 14 ans, Niangoloko)

Ce type d'expérience (maltraitance, négligence et humiliations) n'a été désigné comme pire événement vécu que par une faible proportion d'enfants rapatriés et cela, malgré le fait que les rapatriés sont aussi souvent, voire même davantage, exposés aux violences domestiques. Ceci indique que les événements de la guerre sont vécus comme étant plus terrifiants que les violences domestiques et provoquent, par conséquent, des traumatismes plus profonds.

Tableau 8 : catégories des pires événements vécu par les enfants

| Catégorie d'événement | échantillon global (n=205) | Filles rapatriées (n=50) | Filles témoins (n=50) | Garçons rapatriés (n=53) | Garçons témoins (n=52) |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Décès d'un parent/ ami proche | 27 (13.7%) | 1 (2.0%) | 8 (16.3%) | 10 (19.2%) | 8 (17.4%) |
| Situation/ conséquences du conflit armé | 29 (14.7%) | 19 (38.0%) | 0 (0%) | 10 (19.2%) | 0 (0%) |
| Pillages/tortures/assassinat | 35 (17.8%) | 14 (28.0%) | 0 (0%) | 21 (40.4%) | 0 (0%) |
| Maladies/ blessures | 11 (5.8%) | 0 (0%) | 4 (8.2%) | 0 (0%) | 7 (15.2%) |
| Famine/ pauvreté | 22 (11.2%) | 9 (18.0%) | 4 (8.2%) | 1 (1.9%) | 8 (17.4%) |
| Excision/ viol/ avortement | 6 (3.0%) | 2 (4.0%) | 4 (8.2%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Maltraitance/ négligence/ humiliations | 47 (23.9%) | 2 (4.0%) | 24 (49.0) | 5 (9.6%) | 16 (34.8%) |
| Insécurité/ attaques/ accidents | 13 (6.6%) | 3 (6.0%) | 5 (10.2%) | 3 (5.8%) | 2 (4.3%) |
| Blessures/attaques par animal sauvage | 3 (1.5%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (1.9%) | 2 (4.3%) |
| Rencontre avec pouvoirs surnaturels | 4 (2.0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (1.9%) | 3 (6.5%) |

6.12 La pratique de l'excision

Un autre événement traumatique que plusieurs filles ont classifié comme le pire événement de leur vie est leur excision. Les filles perçoivent l'excision comme une obligation de la société. Selon elles, une femme non excisée est marginalisée car elle n'est pas une « vraie femme » et elle porte malheur. On note que la pratique est fortement associée aux croyances aux pouvoirs surnaturels dans les zones de recherches. Avant de passer à la pratique, les parents demandent les conseils d'un sorcier ou d'un voyant pour savoir si leur enfant peut être excisée sans danger. Les filles sont normalement excisées au cours des vacances d'été, pendant la saison pluvieuse. L'âge lors de la pratique a baissé considérablement au cours des dernières années. Selon la tradition, les filles sont excisées entre 7 et 20 ans. A l'époque actuelle, les parents préfèrent soumettre leurs filles à l'excision à un âge très bas, afin d'éviter une confrontation avec les activistes de la promotion de l'abandon de la pratique. L'excision en groupe devient de plus en plus rare et la pratique est organisée sous le sceau de la clandestinité. Elle est pratiquée par les exciseuses traditionnelles sans médicalisation quelconque sauf que les exciseuses prennent une nouvelle lame pour chaque fille. La plaie est traitée traditionnellement avec le karité et la cendre.

- « J'ai perdu mon père à l'âge de cinq ans. En 2003, ma mère est décédée. L'année qui a suivi, je suis allée rester chez ma tante maternelle à Tiogagara (village situé à 10 km de

Loropéni). A quelques jours de mon arrivée, il y avait une séance d'excision. Ma tante m'informa. Comme toutes les filles de mon âge devaient être excisées, moi aussi j'ai voulu être excisée. Aussi, une fille non excisée est moquée par ses camarades. Avant que la séance ne commence, nous avons écrasé du mil. Pendant la nuit, nous étions toutes heureuses, car on nous avait dit que l'excision ne faisait pas mal. Mais quand, très tôt le matin, la séance a commencé, les cris nous envahissaient. Arrivée à mon tour, ma tante donna à l'exciseuse deux nouvelles lames. Il y avait trois femmes qui étaient dans la douche avec l'exciseuse. La première m'a attrapée les bras, la deuxième les pieds et la troisième m'a fermé les yeux. Ainsi l'exciseuse commença. J'ai crié de toutes mes forces car j'avais très mal. Lorsqu'elle a fini de me "couper" elle a mis de la cendre et du savon noir (savon local) sur la plaie. En ce moment, la douleur était devenue plus intense et je n'avais plus de force pour crier encore. Les jours qui suivaient, j'avais des difficultés pour pisser, le sang coulait chaque fois que j'allais aux toilettes. La plaie a duré trois semaines et chaque jour on réchauffait la plaie avec de l'eau chaude cela me faisait encore mal. (Fille rapatriée, 14 ans, 11 ans au moment des faits, Loropéni)

- « Dans mon village (Djaradougou dans le département de Mangodara) presque toutes les filles sont excisées. L'excision est une obligation chez nous. Par exemple, lorsqu'une fille grandit, se marie jusqu'à être enceinte sans être excisée, on doit obligatoirement l'exciser avant qu'elle n'accouche son bébé, sinon cela pourrait lui porter malheur. Aujourd'hui, avec la lutte contre l'excision, les gens excisent leurs enfants dès leur naissance : lorsque le bébé naît à partir du troisième ou quatrième jour déjà, on l'excise avant un an, c'est plus discret. J'ai été excisée à l'âge de 10 ans. Avant qu'on ne m'excise, mes parents sont d'abord allés consulter chez le sorcier pour savoir si l'excision va bien se passer ; ensuite mes tantes sont venues me conseiller d'être très forte, de ne pas verser des larmes, d'être une femme. En général, on excise les filles en groupe de 10 filles, mais j'ai été excisée seule. Aucun parent n'excise sa fille sans au préalable consulter un sorcier car il peut y avoir un malheur au cours de l'excision. Par exemple, l'excisée peut perdre beaucoup de sang ou bien l'excision peut ne pas réussir, et il faut exciser une deuxième fois après une cicatrisation de la première. Seul le sorcier peut dire si l'excision se passera bien ou pas. La douleur de l'excision est si atroce que ça te fait perdre connaissance. Avant même qu'on ne m'excise, j'étais déjà morte car je sentais cette douleur alors qu'elle n'était pas encore là. Lorsqu'on m'a excisée, mes parents ont payé la somme de 2220 FCFA [8 USD) à l'exciseuse. Ensuite, j'ai été soumise à des consignes à savoir que je ne devais pas manger un repas gluant, je ne buvais que de la soupe ; je ne devais pas monter sur une pierre (colline) ni sur un arbre et je ne devais pas sautiller. Pour les soins, ma mère faisait bouillir les écorces de certains arbres pour nettoyer ma plaie ensuite, elle appliquait sur la plaie du coton imbibé dans du beurre de karité fondu. Le quatrième jour de mon excision on m'avait fait ramasser de la cendre chaude que j'ai déversée sur une grande route. Aujourd'hui [six ans après], je revis mon excision comme si c'était présent tellement cela m'a fait très mal ». (Fille témoin, 16 ans, non scolarisée, Banfora ville)

La longue période de guérison rapporté par les filles (plusieurs mois) indique des types de coupures plus invasives.

- « Après le décès des 2 parents, ma tante paternelle nous a dit de venir rester au Burkina Faso, comme en Côte d'Ivoire il y avait la guerre. Arrivés au village, moi et mon grand frère sont restés chez elle. Un jour, elle m'a dit qu'une femme allait venir exciser les filles de 7 à 20 ans. Le lendemain très tôt le matin, j'ai été excisée. Je ne partais plus à l'école car je ne pouvais pas marcher pendant plusieurs mois. » (fille rapatriée, 13 ans, Loropéni)

Certaines filles ont participé à des séances de sensibilisation contre l'excision à l'école ce qui a créé une peur des conséquences tardives chez elles (stérilité, problèmes d'accouchement etc.).

- « A présent, je viens d'avoir des cours sur l'excision. J'ai actuellement très peur d'être stérile quand je pense que ma plaie a été soignée avec de la cendre, du savon noir brûlant et de l'eau chaude. L'excision m'a fait beaucoup peur et j'y pense souvent. Les pleurs des petites filles me rappellent toujours l'excision. » (Fille excisée, 14 ans, 11 ans au moment des faits, Loropéni)

6.13 Facteur de risques de maltraitance

Vu le degré élevé de la violence domestique dans l'échantillon interviewé, nous avons conduit une analyse des facteurs de risque pour connaître le profil de l'enfant maltraité. Comme variable pour déterminer le risque de maltraitance, nous avons choisi les sévices corporels.

Cette analyse nous a fourni les résultats suivants :

- l'âge joue un rôle sur la violence : les enfants plus jeunes sont plus souvent maltraités que les enfants plus âgés ($t(203) = 2.52; p \leq 0.01$) ;
- les garçons sont au cours de leur vie plus souvent maltraités que les filles ($\chi^2(1) = 4.84; p \leq 0.05$) (il n'y a pas de différence significative entre l'âge des filles et garçons participants) ;
- Les enfants résidant en ville ont été nettement plus souvent maltraités pendant le dernier mois que les enfants vivant au village ($\chi^2(1) = 13.03 ; p \leq 0.01$) ;
- Les enfants musulmans et chrétiens sont actuellement de façon significative plus souvent maltraités que les enfants pratiquant une religion traditionnelle [$\chi^2(1) = 4.73; p \leq 0.01$] pour la comparaison musulman vs. religion traditionnelle et ($\chi^2(1) = 2.67 ; p \leq 0.01$) pour la comparaison chrétien vs. religion traditionnelle]. Les différences sont particulièrement fortes au niveau des garçons.
- les enfants actuellement maltraités ont vécu un nombre significativement plus élevé de type d'événements traumatiques que les enfants non maltraités ($t(203) = 6.16; p \leq 0.01$). Ceci s'explique par le fait que la famille est dans la plupart des cas aussi exposée aux expériences traumatiques (comme la guerre ou le décès soudain d'un membre de la famille) que l'enfant victime. Dès lors, le résultat ci-dessus indique que les familles ayant vécu beaucoup de situations dangereuses ont une prévalence de violence domestique plus élevée.
- Les enfants maltraités et non maltraités ont le même niveau d'éducation ; le niveau d'éducation ne semble pas être un indicateur de la maltraitance ($t(202) = -0.47; p > 0.05$) ;
- Le statut matrimonial des parents (marié, divorcé, veuf, polygame) n'a pas non plus d'influence sur le degré de maltraitance dans la famille ($\chi^2(4) = 1.44; p > 0.05$) ;

- Les niveaux de maltraitance chez les enfants non placés et placés sont les mêmes ($\chi^2(1) = .06; p > 0.05$).

Sur la base de ces résultats, les facteurs de risque de maltraitance suivants sont suggérés :

- Bas âge
- Sexe masculin
- résidant en ville
- appartenance à la religion chrétienne ou musulmane.

6.14 Troubles psychiques

Ce chapitre décrit les psychopathologies graves dont certains enfants souffrent. Les critères de diagnostic de ces troubles psychiques n'exigent pas uniquement la présence de symptômes pathologique. Pour que le diagnostic soit posé, il est également exigé que l'individu soit considérablement atteint dans son fonctionnement social, professionnel et relationnel, par exemple qu'il n'arrive plus à réussir à l'école à cause du trouble psychique, ou qu'il n'a aucun ami à cause de son comportement perturbé.

En général, nous constatons une présence importante des troubles psychiques dans l'échantillon interviewé : 65.4% des enfants présentent au moins un type de troubles psychiques. Les différents symptômes de ces troubles peuvent gêner, voire même gravement perturber les enfants dans leur vie quotidienne. Si la gravité des troubles est élevée, c'est-à-dire si l'enfant développe des comportements jugés comme « bizarres » ou socialement inadéquats, il est souvent victime de stigmatisation, de moqueries et parfois de punitions.

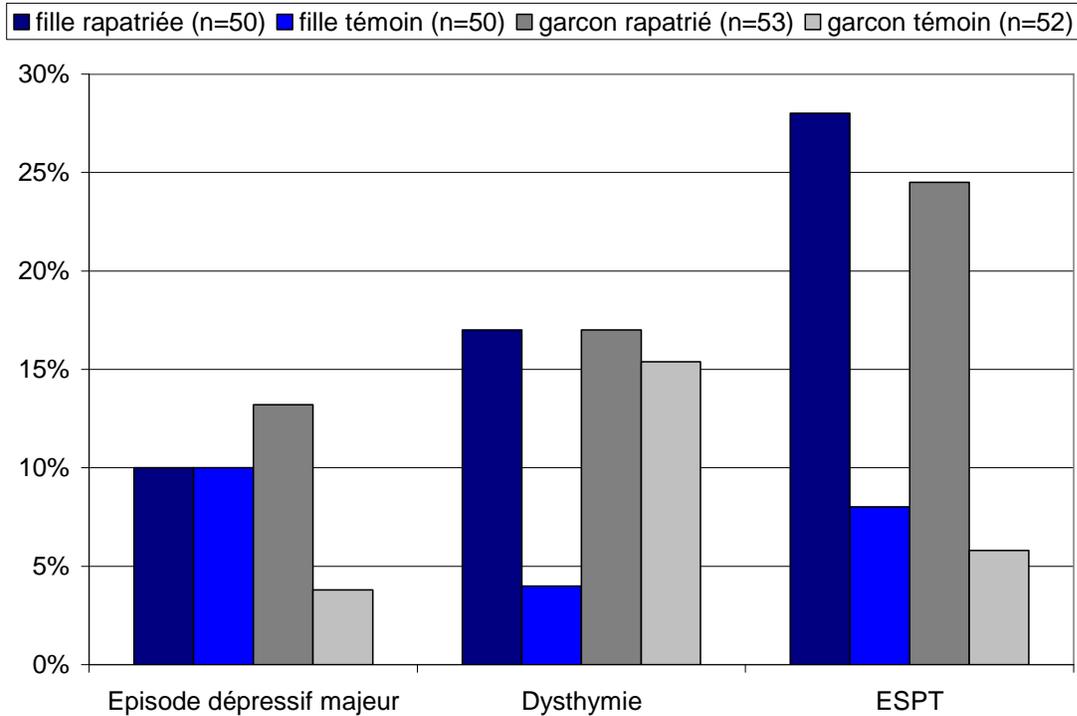
- « *Quand les mauvaises pensées de la Côte d'Ivoire me viennent dans la tête et que je pars chez mon ami pour causer, je ne peux rien dire, je suis assis seulement jusqu'à ce que je parte à la maison. Je ne me sens pas en sécurité car la guerre peut recommencer. La guerre est toujours dans ma tête, je ne vois plus de sens dans la vie. Les autres se moquent de moi. Parfois, je pars toute la journée en brousse pour échapper aux insultes des autres* ». (garçon rapatrié souffrant d'un Etat de stress post-traumatique, 18 ans, Niangoloko)
- « *Je vais à l'église et à l'école. Mais cela ne m'empêche pas de penser que la vie n'a pas de sens. Après la séparation de mes parents, la crise en Côte d'Ivoire, la mort de ma mère suivie de celle de mon père cinq mois après, la mort de mon grand-père deux ans après, et les conditions dans lesquelles je vis actuellement...c'est trop difficile. J'ai envie de pleurer quand je pense à mon avenir. Je n'arrive plus à manger, je n'ai pas de l'appétit, j'ai perdu beaucoup de poids. Je n'arrive pas à dormir, je me réveille dans la nuit, le matin, je n'arrive pas à me lever. Je suis fatiguée, tout le temps, mes notes ont baissé, j'ai raté mon examen du brevet [d'étude du premier cycle (BEPC)]. Je me sens nulle. Je me sens coupable de la mort de mes parents et*

j'ai aussi envie de mourir. » (fille rapatriée souffrant d'un épisode dépressif majeur, 17 ans, Niangoloko)

• *« J'ai souvent très peur que mes camarades de classe se moquent de moi lorsque je dois aller au tableau. J'ai tellement peur que je me cache souvent derrière mes camarades pour ne pas être interrogée par mon maître. C'est dur pour moi car je n'arrive pas à participer aux cours et mon rendement scolaire baisse de plus en plus. Mes moyennes ne sont pas bien et j'ai dû redoubler ma classe. Si tu n'arrives pas à parler devant les autres, tu ne peux pas réussir. J'ai tellement peur que ça me bloque complètement. A la maison, on me bat, même avec un bâton, ils disent que je ne suis pas comme les autres, Je me sens inutile, je pense que je suis un bon-à-rien. » (fille témoin souffrant d'une phobie sociale, 15 ans, Tambili)*

6.14.1 Troubles affectifs et troubles anxieux

Dans la présentation des résultats des troubles affectifs et de l'anxiété, nous nous limitons à l'épisode dépressif majeur, la dysthymie (un trouble dépressif moins aigu, mais de façon chronique depuis plus de deux ans) et l'état de stress post-traumatique (ESPT). Le graphique 17 montre les différents effectifs de ces troubles. Il n'y a pas de différences notables entre les deux sexes sur le plan statistique. On note, par contre, que les filles rapatriées et les garçons rapatriés sont plus atteints par ces troubles que les deux groupes témoins. Les différences sont significatives chez les filles au niveau de la dysthymie et de l'ESPT (dysthymie : $\chi^2(1) = 4.44$; $p \leq 0.05$) ; ESPT ($\chi^2(1) = 6.78$; $p \leq 0.05$) et chez les garçons au niveau de l'ESPT ($\chi^2(1) = 7.15$; $p \leq 0.01$). Ces chiffres traduisent de façon concrète la souffrance vécue pendant la guerre et depuis l'arrivée dans les sites d'accueil de rapatriés : les traumatismes et les problèmes d'adaptation ont provoqué des troubles dépressifs et post-traumatiques graves et chroniques qui ne se présentent pas sous la même envergure dans le groupe témoin. La prévalence importante de l'ESPT est certainement liée au vécu et aux conséquences de la guerre des enfants rapatriés (perte des parents et des biens etc.).



Graphique 17: proportion des troubles affectifs et anxieux dans les différents groupes

6.14.2 Troubles liés à une substance

La consommation de l'alcool et d'autres substances comme par exemple les drogues disponibles dans le milieu (marijuana, essence, colle) ou des médicaments amphétamines a été systématiquement explorée avec les enfants interviewés. Nous n'avons pas classifié une consommation quotidienne modérée de l'alcool comme abus ou dépendance, car le rafraîchissement avec des bières locales (dolo) est très courant dans les milieux de recherche, et les types de bières habituellement consommées n'ont pas un fort pourcentage d'alcool. Le diagnostic d'une dépendance d'une substance a été seulement posé si le sujet (pour une période s'étalant sur les 12 derniers mois)

- a développé une tolérance envers la substance en question,
- a des symptômes de sevrage en cas d'arrêt de consommation de la substance en question,
- exprime un manque de contrôle sur la consommation,
- passe beaucoup de temps à se procurer ou à consommer la substance et
- a abandonné ou réduit les activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants à cause de l'utilisation de la substance.

L'abus d'une substance est un phénomène moins grave et assez fréquent chez les adolescents. Il s'agit d'un mode d'utilisation inadéquat de l'alcool ou d'une drogue conduisant

à une atteinte du fonctionnement ou à une souffrance importante par la présence d'au moins un des symptômes suivants (pendant les 12 derniers mois) :

- utilisation répétée d'une substance ce qui ne permet pas aux sujets de remplir des obligations majeures
- utilisation répétée d'une substance dans des situations dangereuses (par exemple conduite de voiture/ moto)
- problèmes judiciaires répétés à cause de l'utilisation d'une substance ;
- utilisation de la substance malgré des problèmes récurrents d'ordre sociaux ou personnels (APA 1994).

Nous avons différencié entre les troubles liés à l'alcool et les troubles liés à une autre substance que l'alcool. D'une manière générale, les prévalences de ce genre de troubles sont beaucoup moins élevées que les troubles affectifs et de l'anxiété (<10%). On note, par exemple, qu'aucun cas d'abus de substance autre que l'alcool n'a été rapporté dans tout l'échantillon. Les filles ne sont que de façon minimale concernées par ces troubles (aucun cas de ces troubles chez les filles rapatriées et un cas respectivement de dépendance d'alcool, d'abus d'alcool et de dépendance de substance chez les filles témoins). Les taux les plus élevés sont ceux de la dépendance et de l'abus d'alcool parmi les garçons rapatriés qui se situent à 9%. Les garçons témoins consomment moins, mais les différences ne sont pas significatives. La boisson excessivement consommée est la bière locale qui est à portée de main à des prix modestes dans tous les villages. Seuls deux garçons ont rapporté avoir accès aux boissons à fort taux d'alcool (les liqueurs). La dépendance de substances autre que l'alcool est généralement rare, on ne constate qu'une petite proportion chez les garçons rapatriés (2%). Les substances consommées sont des amphétamines, des pilules barbituriques/ anabolisant ou des « médicaments » vendus sur les marchés locaux. Un garçon a nommé par exemple le « Blé Blé », une pilule stimulante. Aucun enfant n'a rapporté la consommation des drogues douces comme la marijuana ou le chanvre indien.

6.14.3 Troubles habituellement diagnostiqués pendant l'enfance et l'adolescence

Pour cette catégorie de troubles, nous nous sommes concentrés sur les troubles de conduite et les troubles de déficit de l'attention/ hyperactivité. Un diagnostic des troubles de conduite est posé si l'enfant a montré, au cours de l'année passée, des comportements antisociaux de façon répétitive et persistante comme

- les agressions envers des personnes ou des animaux
- la destruction de biens matériels
- la fraude et/ ou le vol

- les violations graves des règles établies.

Au niveau international, comme aussi dans notre échantillon, les garçons sont considérablement plus concernés par ce phénomène que les filles ($\chi^2(1) = 13.65$; $p \leq 0.01$) (Moffitt, Caspi et al. 2001): 16 garçons dans l'échantillon montrent des troubles de conduites bafouant les droits fondamentaux d'autrui ou les règles sociales de la communauté tandis que seulement une fille est concernée par ce phénomène. On constate des différences distinctes entre les garçons rapatriés et les garçons témoins : le taux des troubles de conduites est significativement plus élevé chez les garçons témoins que chez les garçons rapatriés ($\chi^2(1) = 5.29$; $p \leq 0.05$). Comme les garçons témoins sont considérablement plus souvent victimes de certaines formes de violences domestiques que les autres groupes, nous avons examiné la corrélation entre la maltraitance et les troubles de conduites. Comme attendu, ce sont les sujets maltraités qui présentent significativement plus souvent des troubles de conduites que les sujets non maltraités [$\chi^2(1) = 4.1$; $p \leq 0.01$] pour l'abus physique et ($\chi^2(1) = 5.20$; $p \leq 0.01$) pour la violence verbale]. Ces résultats dégagent deux pistes d'interprétation: soit les enfants sont maltraités en guise de punition pour leur comportement antisocial, c'est-à-dire les troubles de conduites des enfants provoquent des réactions répressives chez leurs tuteurs, ou soit les enfants battus développent plus souvent des conduites antisociales comme réaction envers la maltraitance subie. La deuxième interprétation nous semble plus probable : les enfants expriment leur détresse par rapport à la maltraitance à travers des conduites antisociales avec une attitude du genre : « si on me fait mal, je peux aussi faire mal aux autres ».

Le diagnostic du trouble de déficit de l'attention/ hyperactivité présuppose un ensemble de symptômes d'inattention et/ ou d'hyperactivité inadaptée, qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant et qui l'empêche de réussir dans sa vie professionnelle (à l'école ou en apprentissage). Dans l'échantillon des enfants, ce trouble est présent chez les garçons (21%) mais nulle part chez les filles ($\chi^2(1) = 23.65$; $p \leq 0.01$).

6.15 Résultats des discussions des groupes focalisés avec les enfants

Les discussions avaient pour but de connaître le soutien que les enfants souhaitaient recevoir en cas de confrontation avec différents types d'événements traumatiques (voir aussi le paragraphe 3.2.1 dans la section méthodologie). En tout, 22 discussions de groupes ont été mises en place avec les enfants dans les différents villages. Les enfants de tout âge ont participé et les chercheurs ont essayé de motiver tous les participants à contribuer de la même façon.

Les discussions ont révélé une facilité d'identification des enfants à leurs pairs en difficulté. Dans l'ensemble des groupes focalisés, les enfants se sont identifiés aux personnages avec beaucoup d'empathie. Ils ont traduit les sentiments de ces derniers en termes de douleur, de désarroi, de perte d'identité et de solitude. Dans les différentes situations vécues, les solutions préconisées par les enfants du « focus group » pour faire face à la situation sont réparties dans deux types de solutions : le « soulagement temporaire » de la souffrance et les efforts pour résoudre le problème.

Les solutions du type « soulagement temporaire » sont

- la consolation à travers des dons répondant au besoin primaire (nourriture, habits);
- la recherche de la solidarité des pairs;
- la prière et les pratiques traditionnelles;
- le conformisme à travers l'obéissance aux adultes, la soumission et le respect des règles du groupe;

Les solutions du type « efforts pour résoudre le problème » sont

- la fugue hors du contexte de maltraitance et de souffrance (par exemple en brousse);
- le refuge auprès des parents et des structures gouvernementales afin d'obtenir des conseils;
- l'autonomie par le travail et la prise en charge de ses propres besoins;
- la révolte par opposition à l'autorité de tutelle et par la violence;
- le retour au pays natal pour les rapatriés (Côte d'Ivoire).

Les réponses du premier type de solutions sont beaucoup plus fréquentes. On note que la majorité des enfants stipulent que la solution ne consiste pas à attaquer le problème à la racine, mais à soulager les souffrances qui en résultent. Quelque part, ces convictions indiquent que les enfants ont souvent vécu des échecs en essayant de trouver des solutions concrètes et ont conclu qu'une consolation, même si elle est fugitive, comporte moins de risques. Dans n'importe quelle situation de souffrance, les enfants proposent des encouragements sous forme de cadeaux, en particulier de la nourriture et des habits, comme manière d'atténuer la souffrance. Dans ces régions de précarité alimentaire, le fait de recevoir à manger représente déjà une consolation précieuse. Le don d'habit signifie également pour les enfants une attention particulière assurant l'admiration des pairs, ce qui aide à mieux endurer les vicissitudes de la vie. La foi semble également représenter un refuge de souffrance, surtout si d'autres personnes prononcent des prières en faveur de la personne, ce qui traduit un soutien affectif. Les stratégies d'adaptation sont donc plus

centrées sur l'apaisement de la souffrance que sur la disparition des facteurs à la base de problème. Les efforts de résolution de problèmes sont plus rares. La seule stratégie est de chercher de l'aide ou de la protection auprès des adultes et des structures gouvernementales. Les enfants semblent avoir peu de confiance dans la capacité des adultes à apporter des solutions dans leurs intérêts. Les stratégies solitaires du genre « je ne peux compter sur personne », sont les plus souvent citées, certaines expriment le dépit: fuguer de l'environnement abusif ou recourir soi-même à la violence, mettant ainsi en danger la vie de l'enfant lui-même ou celle d'autres personnes.

7. Synthèse des résultats

D'après les résultats de la présente étude, nous avons analysé l'état de santé mentale des enfants rapatriés de la Côte d'Ivoire en les comparant avec un groupe témoin dans deux régions du Burkina Faso. La synthèse, les conclusions et recommandations de cette étude devront permettre à ceux qui souhaiteraient intervenir dans le domaine de l'appui psychosocial des enfants au Burkina Faso de mieux cerner la situation, et de s'inspirer des informations présentées pour élaborer des stratégies d'intervention adaptées au contexte actuel.

Nos zones de recherche, Gaoua et de Banfora hébergent une forte proportion d'enfants rapatriés, malgré le fait que de nombreuses familles soient déjà retournées en Côte d'Ivoire. La forte mobilité des populations de rapatriés augmente le défi de fournir les activités d'appui aux rapatriés et de mettre en œuvre une stratégie de protection des enfants. Nous résumerons d'abord les résultats de l'impact psychosocial du rapatriement et d'autres événements stressants que les enfants vivent fréquemment (paragraphe 7.1). Ensuite, les facteurs à prendre en compte pour planifier les interventions seront discutés dans la section 7.2.

7.1 Etat de santé mentale des enfants ayant vécu le rapatriement

7.1.1 Expositions aux événements traumatiques et à la violence

Tous les enfants rapatriés interviewés ont vécu ou ont été témoin des scènes du conflit armé. Ils se sont retrouvés considérablement plus souvent face à la mort que leurs pairs du groupe témoin. De plus, les résultats de cette étude indiquent que les enfants rapatriés sont plus exposés à certaines formes de violence domestique que les enfants témoins. Au sein des résidus de familles élargies, ils ne bénéficient pas forcément de la protection d'oncles et de tantes qu'ils ont peu connus et qui ont du mal à leur dispenser la même qualité d'affection que leur progéniture. Leurs propres parents sont soit absents ou ils ont eux-mêmes des difficultés à surmonter le traumatisme et à s'adapter à leur nouvelle vie. Ils manquent de temps pour assister leurs enfants dans leurs besoins affectifs et matériels. Par conséquent, les enfants se sentent abandonnés et sont l'objet de négligence, et chez les filles, de violence verbale. Enfants errants, ils sont décrits selon les mots de leurs pairs comme : pauvres, affamés, mendiants, perdus, tristes et, parfois, fous. On ne peut mieux caractériser

la vie de ces enfants subitement projetés d'un cadre assurément plus sécurisant que le pays d'accueil.

En faisant sortir le taux élevé de la négligence des enfants rapatriés, il est toutefois aussi important de signaler que le groupe témoin est aussi fortement exposé à certains types de violence domestique même s'ils sont moins concernés par la négligence. Les garçons témoins de la zone de Banfora, par exemple, représentent le groupe le plus soumis aux sévices corporels. Ils sont autant exposés à la violence verbale que les filles rapatriées et ils y sont plus exposés que les garçons rapatriés. On peut noter d'une manière générale que la violence verbale et les châtiments corporels sont fortement représentés dans tous les groupes ce qui doit être pris en compte dans les programmes de protection de l'enfant.

7.1.2 Bien-être et résilience

Les difficultés d'adaptation et de mal-être des enfants rapatriés sont relevées à travers certains indicateurs. Les enfants rapatriés sont plus tristes dans leur foyer actuel que le groupe témoin. Surtout les filles rapatriées expriment des sentiments de colère, de frustration et elles se sentent exclues des groupes de pairs. Il y a moins de différences notables entre les deux groupes de garçons. Une explication probable pour la non différence entre les deux groupes des garçons est le fort taux de maltraitance dans le groupe des garçons témoins. Les résultats indiquent que la maltraitance, comme le rapatriement, a un impact négatif sur le bien-être de l'enfant: Elle risque d'affecter l'estime de soi de l'enfant et l'empêche de s'engager et d'apprendre activement au sein de son environnement.

Les enfants montrent différentes capacités d'ajustement face aux difficultés. Nous avons rencontré des enfants qui ont traversé des expériences atroces pendant le rapatriement ou dans leur famille, mais qui ont pu surmonter le traumatisme. Leur exemple montre que les événements traumatiques n'ont pas forcément un effet destructeur sur les enfants : certains sont plus facilement affectés tandis que d'autres sont dotés d'une forte résilience. Ceci dépend d'une combinaison de facteurs individuels et familial : l'enfant développe des aptitudes sociales et de confiance en lui-même s'il se sent en sécurité dans sa famille et est accepté dans la communauté et inversement : un individu doté d'aptitudes sociales est plus facilement accepté par la communauté. L'ensemble de ces facteurs construit la résilience d'un enfant. La maltraitance aussi bien que le rapatriement représentent des contextes de vie mettant en danger ces facteurs qui construisent la résilience de l'enfant, et ont même le potentiel de la briser totalement. Le collapse de la résilience devient visible chez les enfants exprimant un risque élevé de suicide : si l'enfant se sent rejeté par son entourage et si ses aptitudes personnelles sont épuisées, le risque augmente qu'il se fasse du mal ou qu'il arrive

même à mettre un terme à sa vie. Nous avons observé que les enfants rapatriés, surtout les filles, montrent un risque tendancielle plus élevé que leurs pairs témoins. Néanmoins, les différences entre les groupes ne sont pas significatives. Les contextes de vie des enfants du groupe témoin recèlent également de nombreux facteurs de risques comme l'excision, les violences domestiques et l'exploitation des enfants dans les mines d'or qui peuvent nuire à la résilience de l'enfant.

7.1.3 Troubles psychiques

Les enfants qui ont vécu le rapatriement sont plus souvent affectés que les enfants témoins par l'Etat de stress post-traumatique chronique, un trouble psychique grave. Au niveau des symptômes de ce trouble, nous avons pu retracer des liens clairs entre les événements traumatiques de la guerre agissant comme déclencheurs. Néanmoins, les pathologies développées à la suite d'un traumatisme ne se limitent pas aux symptômes post-traumatiques : ce trouble existe rarement seul et montre une forte comorbidité avec les troubles dépressifs et d'autres troubles anxieux comme les phobies et l'anxiété généralisée. Chez les filles rapatriées, par exemple, nous avons constaté un fort taux de dysthymie, une forme de dépression chronique. Ceci confirme les résultats d'autres études qui ont également souligné la comorbidité élevée chez l'ESPT (Kessler, Sonnega et al. 1995; Perkonig, Kessler et al. 2000; Behrendt and Mbaye 2007).

Les comparaisons des groupes rapatriés avec les groupes témoins au niveau des troubles psychiques enseignent une fois de plus que le rapatriement n'est pas le seul contexte mettant la santé mentale des enfants en danger : chez les garçons témoins, le groupe le plus soumis aux sévices corporels et à la violence verbale, nous avons observé un taux plus fort des troubles des conduites que chez les garçons rapatriés.

7.1.4 Les différences entre filles et garçons

Nous avons constaté qu'il est important pour la comparaison des deux sexes de différencier entre les deux régions de recherche, Gaoua et Banfora. Dans la zone de Gaoua, où plus de 86% des enfants interviewés appartient au groupe de Lobi, les pourcentages de violences domestiques sont moins élevés qu'à Banfora, mais en défaveur des filles. Dans la région de Banfora, où une multitude de groupes ethniques cohabitent, les résultats sont différents. Nous avons constaté que les filles témoins représentent le groupe le plus protégé tandis que les garçons témoins sont les plus exposés à toute forme de violences domestiques, sauf l'abus sexuel. Il paraît que les communautés de Banfora – à l'exception des familles transplantées -disposent davantage de prérogatives de protection pour les filles que pour les

garçons. Ceci peut être dû à la valeur qu'on attribue traditionnellement à la fille dans cette zone. Dans certaines communautés de Banfora, par exemple, la dot est très élevée. L'enjeu de protéger la fille de toute violence est donc considérable pour les parents. On peut conclure que les violences basées sur le genre sont beaucoup moins flagrantes qu'au Togo où nous avons vu des traitements en défaveur des filles sur tous les niveaux. Au Burkina Faso, les comparaisons de filles et de garçons témoins ne montrent pas de telles inégalités. Deux exceptions constituent la pratique de l'excision et l'abus sexuel. Il nous est impossible de faire une estimation précise du taux d'excision de jeunes filles à l'heure actuelle, mais il semble que la pratique se fait toujours à large envergure sous le sceau de la clandestinité. Le taux d'abus sexuel est beaucoup moins élevé qu'au Togo: 13% des filles de l'échantillon burkinabé ont déjà subi un abus sexuel quelconque dans leur vie; et 1% pour les garçons burkinabés. Le taux d'abus sexuels au Togo était de 64% pour les filles et de 25% pour les garçons dans les communautés à forte prévalence de la traite. Les résultats enseignent que le rapatriement – ainsi que le contexte de vie en général dans les deux zones de recherches au Burkina Faso - ne semblent pas représenter de risque particulier pour l'abus sexuel des enfants. Ceci est également confirmé par le fait que les filles témoins ont un taux d'abus sexuel semblable aux filles rapatriées.

Néanmoins, malgré le fait que les chiffres donnent l'impression que la proportion de filles exposées à la violence est approximativement égale à celle des garçons, les filles sont deux fois plus représentées – en pourcentage égal de rapatriés et de témoins - dans le projet de suivi pour les enfants sévèrement affectés. Il semble que même si certaines formes de maltraitements physiques sont plus répandues chez les garçons, les filles sont plus souvent victimes de types de maltraitance particulièrement graves. Par ailleurs, il y a, dans ce projet de suivi, quatre fois plus de filles de la zone de Gaoua que de filles de la zone de Banfora tandis que les garçons des deux zones sont représentés en proportion égale dans le projet de suivi. Ces chiffres indiquent que la présence de la maltraitance sévère des filles est plus élevée dans la zone de Gaoua que dans la zone de Banfora. Nous suggérons de prendre en compte ces différences entre les zones dans les projets de protection de l'enfant.

7.2 Le rapatriement : pourquoi s'agit t-il d'un contexte à haut risque : la dynamique des facteurs

7.2.1 Séparation des familles nucléaires et précarité économique des familles rapatriées

Les études qui ont retracé l'histoire de la migration des Burkinabés ont souligné que les migrants ont peu investi dans leur pays d'origine. Le caractère des investissements réalisés

est très sommaire. On peut dès lors imaginer que les rapatriés ne sont pas revenus retrouver des richesses, mais une misère qu'ils n'ont contribué à réduire pendant plusieurs décennies de solidarité. Leur état de dénuement à l'arrivée vient s'ajouter à la précarité ambiante de leur terroir d'origine. Une réaction de survie notée consistait chez beaucoup de chefs de famille à débarquer femmes et enfants dans les cours familiales et à reprendre le chemin du retour. Parfois ce sont les deux parents qui rebroussement chemin laissant derrière eux une nombreuse progéniture répartie sur plusieurs cellules de la famille élargie. Repartir était donc leur choix, pour retrouver l'usufruit d'années de travail ou pour chercher à reconstruire une vie dans un contexte où l'on cherche à mettre les compteurs de l'histoire à zéro. D'autres parents ne sont jamais arrivés au Burkina Faso: soit portés disparus, assassinés ou décédés lors de la crise, leurs enfants sont devenus orphelins. Par conséquent, beaucoup de jeunes vivent, avec un ou sans parent biologique dans la famille élargie, dans une grande précarité économique. La précarité est aggravée par l'absence d'activités de leurs parents, rapatriés d'origine paysanne en peine de terres à cultiver. Les résultats de cette recherche montrent clairement que la faim constitue un problème majeur pour les enfants venant de la Côte d'Ivoire : la proportion des enfants rapatriés souffrant de la faim au moment de la collecte de données est le double de celle des enfants témoins. Nous avons noté que les filles rapatriées sont particulièrement exposées à l'insuffisance alimentaire. D'autres problèmes qui émergent pour les enfants de la précarité économique sont le manque d'habits et de moyens pour payer les frais et les fournitures scolaires, les logements restreints, et l'accès aux soins médicaux.

7.2.2 Difficultés d'adaptation et conflits dans les foyers d'accueil

Toutes les analyses signalent que les rapatriés pour la plupart vivaient depuis plusieurs décennies en Côte d'Ivoire. Les liens avec le pays d'origine ont été peu entretenus. De façon ambulatoire, les adultes tout en restant solidaires des souches familiales, revenaient de temps à autre participer aux rites familiaux : baptêmes et funérailles. Les jeunes, par contre, ont été bien souvent éloignés du pays d'origine de leurs parents. Tous les participants rapatriés de Côte d'Ivoire sont en train de découvrir pour la première fois le pays d'origine de leurs parents. Ceci les conduit souvent à des difficultés d'adaptation, voire des conflits avec les valeurs et coutumes du pays d'accueil. Les tensions sont nourries par le fait que souvent un parent biologique de l'enfant est soit mort ou déjà reparti en Côte d'Ivoire sans avoir pu agir comme un médiateur entre l'enfant et son nouveau foyer au Burkina Faso. Les enfants sont donc exposés à une sécheresse affective dans les liens due au fait qu'eux et leurs nouveaux tuteurs n'ont en fait jamais vécu ensemble et ne l'ont jamais envisagé non plus.

Nous pouvons parler d'une situation accidentelle qui a fondé de nouveaux rôles, de nouveaux statuts, de nouvelles prérogatives auxquels les individus, oncles, tantes et enfants, ne sont guère préparés. Les conflits sont dès lors inévitables. Les enfants sont à la phase de l'adolescence avec tout ce que cela comporte comme angoisse et sentiment d'opposition et de dépit. De ce conflit armé et des conséquences, ils vivent un sentiment d'injustice et se sentent déstabilisé dans leurs zones d'accueil.

7.2.3 Traumatisme de guerre, transplantation et crise d'identité

La violence de la crise politique en Côte d'Ivoire telle que décrite par les témoins a été inouïe : rackets, bastonnades, tortures et assassinats. Les burkinabés ont vécu l'enfer dans les centres urbains et au sein des plantations en Côte d'Ivoire avant de retrouver leur pays d'origine. Ils ont peu bénéficié de protection de la part des autorités gouvernementales et de celles de la rébellion. Il faut préciser que jusqu'à ce jour aucune comptabilité n'a été faite sur le nombre de morts, de disparus et sur les fortunes et projets de vie perdus. Les enfants et jeunes transplantés soudainement au Burkina Faso sont comme quelque peu suspendus, en attente de ceux qui sont repartis et qui ne sont pas encore revenus. Ils ont l'espoir de retrouver leur vie d'avant sans pourtant vouloir retourner en Côte d'Ivoire. En attendant, leur traumatisme est aggravé par la stigmatisation, la violence domestique, et surtout la négligence.

Nous avons noté dans beaucoup de familles revenues de la Côte d'Ivoire, des sentiments de désespoir qui ont conduit parfois des membres de familles au suicide. Certes, ce désespoir est nourri par la pauvreté, la débandade et la désorganisation des familles, mais au delà, les enfants sont confrontés au défi de surmonter les événements vécus du conflit armé : témoignage de massacres, très souvent des personnes proches, des menaces de mort, des incendies de maisons. Le déplacement forcé fait d'arrachement, de rupture et de violence vers des lieux inconnus dans une totale improvisation, a créé des traumatismes profonds, d'autant plus que l'accueil n'était pas à la mesure du drame. Au traumatisme de la guerre s'ajoute l'expérience déstabilisante de la transplantation, une transplantation qui amène au changement de statut. Les familles sont écartelées entre la nostalgie d'un eldorado perdu et une nouvelle vie pleine d'embûches où il faut tout reconstruire, surtout les liens sociaux : il faut se faire accepter dans sa différence. Les enfants doivent réaliser l'impossibilité de recours pour les biens perdus. Les violences vécues en combinaison avec la transplantation sont source d'inadaptation et de crise d'identité. Ce double défi d'avoir vécu la guerre et d'être transplanté affaiblit la capacité d'adaptation à la nouvelle situation de vie. Ils doivent faire face aux nouvelles valeurs, aux nouveaux modes de comportements qui entrent en

conflit avec ceux du milieu. Beaucoup d'enfants ne font pas preuve d'une telle capacité d'adaptation et deviennent par la suite l'objet de discrimination, de rejet, dans le pays d'accueil. Les mécanismes d'adaptation des enfants sont davantage secoués du fait que les cellules familiales sont sujettes à l'instabilité à cause de la précarité et de la dispersion de leurs membres. Les parents ou tuteurs ont peu de temps pour s'occuper des besoins affectifs des jeunes. Ils sont impliqués dans les tensions et conflits avec la communauté d'accueil du fait de la compétition pour l'occupation des terres.

7.2.4 Manque de prise en charge des enfants ayant vécu la transplantation de la Côte d'Ivoire

Le gouvernement a fait des efforts pour mettre à la disposition des rapatriés une aide humanitaire dans des sites d'accueil sommairement construits pour éviter les établissements définitifs. La création d'espaces uniquement réservés aux rapatriés a été découragée. Quelques projets d'appui dans le domaine d'activités agropastorales et génératrices de revenus ainsi que l'alphabétisation des femmes ont vu le jour. Les Affaires sociales essaient avec des moyens limités de faciliter l'accès à l'école des enfants rapatriés. Il est toutefois à noter qu'en dehors de l'aide humanitaire d'urgence, les rapatriés n'ont pas bénéficié d'un accompagnement rendant possible une réintégration socioprofessionnelle. De plus, ni les enfants, ni les parents n'ont bénéficié de prise en charge psychologique ; il n'ont donc eu aucune occasion de parler de leurs souffrances ; ils vivent les expériences traumatisantes dans un silence assourdissant ne montrant que leurs visages tristes et leurs habits déguenillés qui n'échappent pas à leurs pairs. Souffrance, errance, tristesse, mal-vie ; c'est ainsi que les enfants témoins résument l'état des pairs rapatriés. Un autre problème grave qui n'a pas été pris en compte est l'état de ces nombreux enfants qui sont nés et ont grandi en Côte d'Ivoire, qui ne bénéficient d'aucune nationalité. De plus, la confusion dans l'utilisation de la terminologie de « rapatrié » s'ajoute aux facteurs rendant une prise en charge efficace difficile. Dans le cadre de cette étude, les participants ont été recrutés selon des critères clairement définis. Ceci nous a permis de travailler avec notre cible, les populations d'enfants d'origine burkinabé et re-transplanté au Burkina Faso pendant les deux crises politiques. Pourtant, généralement, ce genre de différenciation n'est pas fait: tous les groupes arrivés de la Côte d'Ivoire sont mis sous le label « rapatrié » sans différenciation entre les réfugiés des différents pays, les rapatriés dans le propre sens de ce terme, et les migrants. Il est toutefois clair qu'une prise en charge de ces différents groupes n'est possible que si les des termes appliqués sont clarifiés.

8. Conclusions et Recommandations

En tant que chercheurs, notre rôle était d'observer, de décrire et d'analyser de manière neutre les résultats obtenus. Dans le chapitre présent, nous nous permettons de sortir de cette neutralité et de faire des propositions concrètes sur la façon de planifier et de mettre en œuvre des projets qui permettraient d'atténuer les difficultés des enfants. L'étude a confirmé que le rapatriement constitue un contexte de risque au Burkina Faso pour le développement de l'enfant à cause

- des structures familiales débandées ;
- du traumatisme de guerre entraînant souvent un état de stress post-traumatique grave ;
- de la pauvreté aigue de la cible et son manque de vivres et d'habits ;
- du manque d'accès à la terre des rapatriés;
- de la perte des biens et
- de la crise d'identité et des difficultés d'adaptation des enfants liés à la transplantation soudaine dans un milieu peu connu.

Ainsi, la souffrance et l'inadaptation est bien présente chez cette catégorie d'enfants rapatriés qui, bien que silencieuse et moins reconnue que les « diaspos » du milieu urbain, n'en représentent pas moins une équation dramatique pour aujourd'hui et pour demain en ce qui concerne la stabilité et la paix entre le Burkina et la Côte d'Ivoire. Ces enfants ont des droits inaliénables qu'ils peuvent à l'avenir revendiquer auprès des deux entités nationales. Dès lors, le rapatriement met en danger non seulement le développement sain de milliers d'enfants, mais également, la stabilité de ces deux pays.

En dehors de l'impact de la transplantation, l'étude a également révélé d'autres facteurs mettant en danger le développement des enfants dans les zones de recherche : le manque de vivres, le taux élevé des violences domestiques et la mobilité vers les mines aurifères présentent également des risques pour la santé mentale des enfants. Tout en recherchant qu'une réponse spécifique soit apportée aux besoins psychosociaux des enfants rapatriés nous avons suggéré dans les recommandations suivantes que les programmes soient étendues à leurs pairs ayant toujours résidé dans le pays. Ces derniers vivent aussi dans des situations d'extrême pauvreté où ne sont guère absents la maltraitance et les abus de toutes sortes.

Afin de répondre aux besoins psychosociaux des enfants dans les régions de recherche, nous proposons dans les paragraphes suivants un ensemble de recommandations encadrées dans trois stratégies globales: (1) appui pour l'intégration des rapatriés, (2) prévention des violences domestiques et (3) protection des enfants vulnérables et gravement atteints. Ainsi, la première stratégie concerne les besoins spécifiques des enfants rapatriés de Côte d'Ivoire. Les deux autres stratégies qui suivent visent à assurer une meilleure protection à tous les enfants.

8.1 Stratégie 1 : Appui pour l'intégration des rapatriés

8.1.1 Plaidoyer auprès du gouvernement et de la communauté internationale pour prendre en charge l'insuffisance alimentaire des rapatriés

La population des rapatriés dans les deux régions de recherche, composée en large majorité de femmes et d'enfants, n'arrive ni à accéder aux vivres ni à la terre cultivable. Plus de 50% des enfants rapatriés interviewés ont souffert de la faim pendant les dernières semaines. Les chercheurs ont également constaté que beaucoup d'enfants ne mangent qu'une fois par jour- et parfois même pas du tout- un repas insuffisant du point de vue de la qualité et de la quantité. Ce problème d'insuffisance alimentaire dans la zone met en danger le développement physique de milliers d'enfants. Nous proposons de développer une stratégie de plaidoyer d'urgence afin d'attirer l'attention du gouvernement burkinabé et de la communauté internationale sur la souffrance silencieuse de ces populations de rapatriés. Un problème fondamental est le manque de possibilité d'accéder à la terre: les terrains sont rares, d'autant plus que les rapatriés n'ont pas de moyens. Pourtant, la majorité des rapatriés est formée dans le domaine de l'agriculture. Afin de donner aux familles la possibilité de reprendre leur profession, il est indispensable que les familles rapatriées aient accès aux terres cultivables. De simples projets de micro-financement ne seront cependant pas suffisants pour résoudre ce problème. Nous recommandons une analyse profonde de la situation des terrains disponibles et des possibilités de créer une base de survie pour les populations de rapatriés.

8.1.2 Garantir les droits des enfants rapatriés par l'accès à l'état civil et à une nationalité

Bon nombre d'enfants rapatriés n'ont ni de certificat de naissance, ni de papiers de nationalité. Malgré le fait que l'Action Sociale de différentes zones a déjà recensé de façon répétitive le nombre de rapatriés dans les zones de recherches, le problème de statut n'a pas été résolu. Nous recommandons de renforcer la capacité de l'Action Sociale afin que les

agents puissent chiffrer les enfants et les jeunes sans papiers et assister les familles dans le processus d'obtention de certificat de leur nationalité.

8.1.3 Mettre en place des programmes de réinsertion socioprofessionnelle, centrés sur la formation et de micro crédits pour les jeunes et les familles rapatriés

Malgré certains efforts entrepris pour faciliter l'accès des enfants rapatriés à l'école, la rencontre des enfants rapatriés sur le terrain nous a montré que les frais de scolarité et les fournitures scolaires empêchent certains enfants rapatriés d'aller à l'école. D'autres jeunes, ayant déjà dépassé l'âge scolaire, sont toujours à l'école faute d'alternative. Comme leurs familles ne possèdent pas de terres à cultiver et ne peuvent pas financer l'apprentissage de leurs enfants, il leur est très difficile de trouver une porte d'entrée dans la vie professionnelle. Nous recommandons donc pour les jeunes rapatriés la mise en place d'un programme d'appui à l'auto-prise en charge économique, basé sur l'apprentissage, la conception de projets et le micro- financement des activités.

8.1.4 Promouvoir l'intégration des enfants rapatriés dans leurs communautés

Cette stratégie a pour but d'atténuer la souffrance créée par la stigmatisation et l'exclusion des enfants et jeunes rapatriés. Nous recommandons des activités de groupes pour les différentes tranches d'âge, impliquant tous les enfants – nés au Burkina Faso ou ailleurs - afin d'atteindre le plus grand nombre d'enfants possible. Cette stratégie repose sur la prise de conscience que les différences enrichissent les relations humaines et que les préférences alimentaires par exemple ne doivent pas obligatoirement être les mêmes pour être amis. Les cadres suivants sont des exemples pour des espaces qui permettent de lutter contre les stigmatisations :

- les réseaux et clubs d'enfants/clubs de jeunes pour générer des opportunités permettant à l'enfant rapatrié de jouer et de participer à la vie collective;
- les jeux en grands et petits groupes et les événements sportifs ;
- le théâtre et le dessin ;
- les programmes radiophoniques;
- les groupements religieux.

Dans une prochaine étape, les intervenants dans le domaine de la protection (ONGs et Action Sociale), soutenus par des volontaires du village, doivent être formés sur la manière d'encourager des activités anti-discriminatoires au sein de ces espaces et sur la façon de se mettre à la disposition des enfants pour devenir pour eux des personnes ressources

auxquelles les enfants pourront s'adresser en cas de problème. Il est important que ces activités s'adressent à tous les enfants et pas seulement aux rapatriés pour que les divergences puissent être abordées. Comme activité contre la stigmatisation, nous proposons

- Jeux sociaux pour enlever les stigmatisations liées au rapatriement aussi bien qu'à certains types de maladie (comme l'épilepsie, le VIH).
- les jeux d'expression et d'écoute sur les expériences des uns et des autres,
- le groupe de parole,
- la recherche de solutions en groupe pour des problèmes communs (violence domestique, perte d'un parent, difficultés scolaires etc.)
- les exercices pour renforcer l'estime de soi, jeux de rôle sur les situations difficiles afin de permettre aux autres enfants de comprendre la situation d'autrui,
- réflexion en groupes avec les enfants pour expliquer pourquoi il est indiqué d'aider un autre enfant en difficulté
- Elaboration de stratégies sur la manière dont un pair peut venir en aide à un enfant en difficulté, afin de renforcer les stratégies d'aides mutuelles au sein des groupes de pairs.

Il est important dans ces activités d'encourager différents modes d'expression comme le chant, la danse ou l'organisation de rites. La communauté doit être impliquée avec ses remèdes traditionnels afin de stabiliser les situations des enfants en difficulté. Le cadre de ces activités permettra aux intervenants d'identifier les enfants gravement atteints qui ont besoin d'une intervention plus intensive (voir section 7.3)

8.2 Stratégie 2 : Diminution des violences domestiques

8.2.1 Mise en place des activités de prévention des violences domestiques

Cette stratégie vise à diminuer la violence domestique infligée aux enfants à travers de vastes programmes de prévention. Elle s'adresse aux populations en général, sans cible particulière sur les rapatriés. La crise actuelle qui touche les valeurs et les institutions traditionnelles requiert que les adultes soient accompagnés dans leurs tâches éducatives quotidiennes. Cela peut se faire en mettant à leur disposition des informations d'ordre général sur les besoins psychosociaux et cognitifs de l'enfant. Les enfants qui sont stimulés et soutenus pendant la petite enfance ont une base solide pour une croissance saine et un développement cognitif et émotionnel avantageux. Il s'agit ainsi d'élaborer des programmes de psychoéducation pour les parents : les difficultés des enfants sont forcément interalliées

avec les difficultés que vivent leurs tuteurs. Si les parents sont soutenus dans leur capacité de fournir un appui aux enfants, très peu de ces derniers auront besoin d'une assistance individuelle. Les résultats de cette étude montrent clairement que les enfants sont plus résilients, s'ils vivent dans des conditions de sécurité affective dans leurs familles. Le bien-être des enfants peut être amélioré à travers des relations bienveillantes avec leurs tuteurs. Des liens familiaux stables permettent aux enfants de s'adapter mieux aux événements stressants. La liste proposant ci-dessous des contenus de formation ne prétend pas être exhaustive ; elle donne un certain nombre de pistes pour l'élaboration de manuels de formation pour les facilitateurs communautaires travaillant avec les adultes :

- Psychoéducation participative sur l'importance de protéger un enfant contre la violence : explication de l'impact des différentes formes de violence sur le développement de l'enfant. Ce volet ne doit pas se limiter aux châtiments corporels et à la violence verbale. La négligence et l'abus sexuel sont aussi nuisibles et doivent également être abordés.
- Psychoéducation sur les traumatismes causés par les maladies graves/la mort d'une personne chère et par les témoignages d'assassinat ou des conflits violents. Les parents ont besoin de savoir comment réagir au deuil de l'enfant, comment ils peuvent rassurer un enfant déstabilisé et comment ils peuvent encourager l'enfant à recommencer à participer à la vie quotidienne.
- Formation sur les symptômes de maladies neurologiques (par exemple l'épilepsie), cérébrales et du retard mental. Nous avons vu que le handicap mental et les maladies comme l'épilepsie passent souvent inaperçus ou sont affiliées aux pouvoirs surnaturels.
- Education des parents afin qu'ils comprennent les modes d'expression de l'enfant. Afin d'éviter la détérioration de l'état de santé mental d'un enfant, il est important que les parents sachent reconnaître, identifier certains comportements et attitudes (par exemple les intentions suicidaires) qui donnent l'alerte et qui signalent que l'enfant est en détresse.

Appui des parents pour la gestion des placements : il s'agit de faire comprendre aux parents que le placement, sans une organisation de dispositifs de protection pour leur enfant, comporte des risques. Les parents ont le droit de savoir à quel point un attachement affectif à une personne protectrice est important pour l'enfant et que l'enfant a besoin de garder le contact avec ses parents biologiques.

8.3 Stratégie 3 : Protection des enfants vulnérables et gravement atteints

8.3.1 Continuation de recherche sur les contextes de risque et leur impact

Le témoignage des enfants a porté l'attention sur des contextes à haut risque autre que le rapatriement, et particulièrement sur la forte mobilité des jeunes vers les sites aurifères. Nous recommandons de mener une étude sur le travail des enfants dans les mines d'or dans la zone de Gaoua afin de mieux comprendre l'ampleur et les caractéristiques du phénomène ainsi que son impact sur les jeunes et leurs familles.

8.3.2 Renforcer les compétences des services sociaux de base pour la prise en charge psychosociale des enfants

Au cours de la mise en œuvre de la recherche, nous avons vu l'engagement et la bonne volonté de l'Action Sociale d'aider les enfants en difficulté., Force est de reconnaître que les bonnes intentions et des formations chargées de modèles théoriques occidentales sur le développement de l'enfant ne sont pas suffisantes pour fournir un appui psychosocial efficace aux enfants en situation de crise. Les activités mises en œuvre par une équipe mal formée et sans approche systématique risquent de faire plus de mal que de bien. A l'heure actuelle, bon nombre de travailleurs sociaux reconnaissent le besoin d'appui psychosocial, mais ils ne sont guère outillés pour l'atténuer, ou y répondre. Notre recommandation est de mettre en place un curriculum portant sur la prise en charge psychologique des enfants victimes de traumatisme dans la formation des travailleurs sociaux à l'institut de Gaoua. Ces modules de prise en charge doivent être moins théoriques, plus opérationnels et systématiques pour que les agents sachent comment

- reconnaître les indicateurs de détresse et de traumatisme et des psychopathologies graves chez l'enfant,
- identifier les besoins psychosociaux d'un enfant ;
- évaluer le risque suicidaire,
- faire une prévention de suicide,
- préparer et faciliter les médiations familiales
- mettre en place une assistance psychologique (counseling)
- référer un enfant dans son intérêt supérieur (à qui et comment).

8.3.3 Mise en place d'une unité mobile pour la prise en charge des enfants gravement atteints

Certains enfants ont besoin d'être assistés de façon individuelle par des professionnels ou para-professionnels formés dans ce but. Cette stratégie d'intervention concerne une minorité

des enfants ; toutefois, comme notre étude l'a clairement fait ressortir, cette minorité est assez large (11% des enfants interviewés). Nous proposons la mise en place d'une unité mobile qui sera disponible de façon permanente pour soutenir les enfants gravement atteints. Cette unité doit être composée de membres féminins et masculins parlant différentes langues locales. Ces membres doivent être soit des psychologues cliniciens, soit des travailleurs sociaux spécialisés en matière d'appui psychosocial.

Les objectifs spécifiques de la prise en charge des enfants gravement atteints sont :

- D'atténuer la souffrance émotionnelle des enfants identifiés et de réduire le risque suicidaire ;
- D'entreprendre les actions appropriées pour réduire les dangers et les violences auxquels ces enfants sont exposés;
- De permettre aux enfants de développer des perspectives nouvelles;
- D'identifier le soutien au niveau de la communauté pour assurer la protection de l'enfant à long terme et impliquer les tuteurs pour qu'ils prennent la responsabilité du bien-être émotionnel et physique des enfants ;
- De faciliter le soutien social et médical en collaboration avec les ONG travaillant dans la région, les représentants d'État et, si nécessaire, avec d'autres personnes influentes travaillant dans le domaine de la protection de l'enfant.
- Placer les enfants dans un environnement sécurisé si cela représente l'unique solution nécessaire à leur survie.

Le premier axe d'intervention est la prise en charge psychologique à travers les activités suivantes :

- Identification des besoins psychologiques, sociaux et médicaux de l'enfant
- Intervention de crise afin de prévenir le suicide
- Counseling
- Médiation familiale
- Exercices thérapeutiques et jeux de rôle pour atténuer les traumatismes ;
- Mise en place de prises en charge traditionnelles en collaboration avec la famille.

8.4 La Culture comme ressource de prise en charge psychosociale

Comme la liste d'activités ci-dessus le montre, nous recommandons de travailler avec une approche faisant usage des ressources traditionnelles ainsi que des techniques de la psychothérapie développées en Occident. Une aversion absolue contre les tendances globales de la discipline de la santé mentale, dans le sens de protéger les cultures locales, nous semble tout aussi paternaliste que la dévaluation des approches indigènes dans la

guérison de traumatismes et l'atténuation de souffrance. Une combinaison des deux approches est la plus prometteuse. Il est important d'encadrer l'aide apportée à l'individu dans la vie communautaire traditionnelle afin d'éviter la stigmatisation. Pour cela, nous recommandons de réhabiliter et de mobiliser toutes les ressources traditionnelles de protection. Les experts doivent travailler à l'élaboration d'outils d'évaluation de la santé mentale des enfants et mettre au point des méthodes appropriées et efficaces de prise en charge psychosociale. Ils ne peuvent ignorer les pratiques et rites traditionnels disponibles au sein des communautés. Nous avons constaté dans notre expérience de plus de deux décennies que les ressources du milieu, lorsqu'on les encourage et les facilite, ont une efficacité qui dépasse les thérapies psychanalytiques et autres. Les professionnels de l'enfance dans la sous région, doivent dépasser la gêne qu'ils éprouvent à l'égard des rituels de guérison de leur culture d'origine.

Nous terminons nos recommandations par une liste résumant certains principes de base pour les interventions psychosociales au niveau communautaire :

Avant l'intervention, il est recommandé:

- De faire une évaluation des problèmes et une analyse de la situation ;
- de définir les critères d'identification des enfants qui sont censés profiter de l'intervention ;
- de mettre en place un réseau de collaboration avec d'autres structures (ONG, Affaires Sociales) ;
- de former l'équipe sur la façon d'identifier les besoins des enfants en terme d'appui psychosocial ;
- de développer une approche genre qui permette de prendre en compte les besoins particuliers des filles et des garçons.
- de s'assurer de l'acceptabilité culturelle de l'intervention.

L'intervention proprement dite doit

- établir un équilibre entre une intervention clinique et une intervention communautaire ;
- utiliser des techniques thérapeutiques modernes pour diminuer le risque suicidaire et atténuer les symptômes post-traumatiques, de l'anxiété et de dépression ;
- renforcer les relations familiales et amicales et identifier des personnes protectrices dans l'entourage de l'enfant ;
- promouvoir les traitements traditionnels et rétablissement/ encouragement des institutions traditionnelles de protection ; encourager les réponses traditionnelles des

communautés pour gérer la souffrance communautaire et individuelle, par exemple, des cérémonies de médiation familiale, rite de purification, sacrifice etc. ;

- mettre à la disposition des soins de santé de base.

Pour les jeunes mères :

- soutenir la dyade mère – enfant, particulièrement si la mère est mentalement gravement atteinte ou si l'enfant est né à la suite d'un viol ;

Pour le monitoring, il est important

- d'assurer constamment la supervision et de renouveler la formation pour les intervenants sur le terrain ;
- de faire régulièrement des suivis et des évaluations pour juger de l'efficacité du projet ;
- de fournir un soutien moral à l'équipe de terrain et d'aider à surmonter le traumatisme secondaire.

9. Annexe

Bibliographie

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, Hogrefe.

Bagley, C., F. Bolitho, et al. (1997). "Norms and Construct Validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Canadian High School Populations: Implications for Counselling." Canadian Journal of Counselling **4**: 82-92.

Behrendt, A. and S. M. Mbaye (2007). L'impact psychosocial de la traite sur les enfants dans la région des plateaux et la région Centrale au Togo. Dakar, Sénégal, Plan West Africa Regional Office; AWARE-HIV/AIDS, Family Health International & USAID

Catani, C. (non publié). "Checklist of family violence."

Catani, C., M. Schauer, et al. (soumis). "Beyond individual trauma: domestic violence against children in Afghanistan and Sri Lanka."

Chabrol, H., E. Carlin, et al. (2004). "Étude de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg dans un échantillon de lycéens." Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence **52**: 533-536.

CONASUR, UNICEF, et al. (2004). Données statistiques sur les rapatriés de Côte d'Ivoire. Ouagoudougou, Burkina Faso.

Goodman, R. (1997). "The Strength and Difficulties Questionnaire: a research note." Journal of Child Psychology and Psychiatry **38**: 581-586.

Goodman, R. (1999). "The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden." Journal of Child Psychology and Psychiatry **40**: 791-799.

Goodman, R., T. Ford, et al. (2003). "Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample." International Review of Psychiatry **15**: 166-173.

Heuler-Neuhaus, W. (2003). Emigration du travail des Burkinabé en Côte d'Ivoire et impact de la crise politique Ivoirienne sur la dynamique de migration et les transferts. Ouagadougou, Burkina Faso.

Kiirya, S. (2005). Sometimes I wish I would also die: AIDS-related parental death and its effect on orphaned children's self-esteem and sociability at school. Kampala, Uganda, Department of Educational Psychology, Makerere University.

Lecrubier, Y., T. Hergueta, et al. (2000). "MINI-International Neuropsychiatric Interview (MINI): enfants et adolescents version française 2.0."

Lezak, M. D. (1995). Neuropsychological Assessment. Oxford, Oxford University Press.

Muris, P., C. Meester, et al. (2003). "The strengths and difficulties questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents." European Child and Adolescent Psychiatry **12**: 1-8.

Rodriguez, N., A. Steinberg, et al. (1999). "UCLA PTSD Index for DSM IV (revision 1) adolescent version."

Rosenberg, M. (1989). " Society and the Adolescent Self-Image: Revised edition." Wesleyan University Press.

Schauer, M., F. Neuner, et al. (2004). Narrative Exposure Therapy. A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Terror, or Torture. Cambridge, Massachusetts, Hogrefe.

UNICEF Zambia (2003). Findings of the Orphans and Vulnerable Children - Psychosocial survey, USAID/ Zambia, SCOPE-OVC/ Zambia & Family Health international.

Vallières, E. and R. Vallerand ((1990)). "Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg." International Journal of Psychology **25**: 305-316.

Yaro, Y. and M. Pilon (2005). Education et conflit en Afrique de l'Ouest. Conséquences du conflit ivoirien sur l'éducation dans les pays limitrophes: un état des lieux au Burkina Faso et au Mali. Ouagadougou, Burkina Faso, Réseau FAmille et Scolarisation en Afrique (FASAF) Réseau et Centre Africain de Recherche (ROCARE) & Diakonia Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest et Central.

Zongo, M. (2004). La Diaspora Burkinabé en Côte d'Ivoire. Trajectoire historique, recomposition des dynamiques migratoires et rapport avec les pays d'origine. Ouagadougou, Université de Ouagadougou.