

REVUE HYBRIDES (RALSH)
e-ISSN 2959-8079 / ISSN-L 2959-8060
Licence CC-BY
Vol. 1, Num. 2, décembre 2023 (tome 1)

**LES OBSTACLES À LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DES MINEURS
VICTIMES D'ABUS ET DE VIOLENCES À L'ONG DDE-CI**

*Obstacles of psychosocial care for minors victims of abuse and violences at the NGO
DDE-CI*

KOFFI MOUROUFIÉ PAUL BINI

LaReSS, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

Email: binikmp@gmail.com

iD ORCID : <https://orcid.org/0009-0000-2659-612X>

OUOHI OLIDRÉ TAPE

Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

Email: olidretape2021@gmail.com

iD ORCID : <https://orcid.org/0000-0001-5484-942X>

RÉSUMÉ

La protection des droits de l'enfant constitue une préoccupation sociale dans la mesure où elle suscite l'intérêt des Organisations Non Gouvernementales (ONGs). La présente contribution s'inscrit dans le cadre de la prise en charge psychosociale, au sein de l'ONG DDE-CI, des enfants ayant été victimes d'abus et de violences en vue de leur réinsertion sociale. Elle aborde la problématique de la protection du mineur lorsque la prévention n'a pas pu empêcher la victimisation. L'objectif de cette étude est d'identifier et d'analyser les obstacles à la prise en charge psychosociale des mineurs victimes de violences et d'abus. La méthodologie de recherche est basée sur l'étude documentaire, l'observation directe, l'entretien et la phénoménologie. Ainsi, les analyses qualitative et quantitative nous ont permis de mettre en évidence la faible dénonciation par l'entourage de la victimisation de l'enfant. Les résultats mettent en lumière un travail bâclé en vue d'atteindre des objectifs quantitatifs fixés par les bailleurs de fonds ; ce qui n'est pas sans incidence sur la qualité des ressources allouées à la prise en charge et les thérapies sollicitées. En conclusion, à travers les obstacles identifiés, cette étude constitue un moyen de protection des enfants car apporte un éclairage en vue d'améliorer la prise en charge psychosociale de l'enfant victime.

MOTS-CLÉ: Dispositif thérapeutique ; Santé mentale ; Enfant victime ; Réinsertion sociale ; Dénonciation des violences et abus

ABSTRACT

The protection of children's rights is a social concern insofar as it arouses the interest of Non-Governmental Organizations (NGOs). This contribution is part of the psychosocial care, within the NGO DDE-CI, of children who have been victims of abuse and violence with a view to their social reintegration. It addresses the problem of protecting minors when prevention has not been able to prevent victimization. The objective of this study is to analyze the obstacles to the psychosocial care of minors victims of violence and abuse. The research methodology is based on documentary study, direct observation, interviews and phenomenology. Thus, the qualitative and quantitative analyzes allowed us to highlight the low denunciation by the entourage of the victimization of the child. The results highlight sloppy work in order to achieve quantitative objectives set by donors, which has an impact on the quality of resources allocated to care and the therapies requested. In conclusion, through the obstacles identified, this study constitutes a means of protecting children because it sheds light on improving the psychosocial care of the child victim.

KEYWORDS : Therapeutic device ; Mental Health ; Child victim ; Reintegration ; Denunciation of violence and abuse.

1. Introduction et Objectifs

En raison de la personnalité fragile et modelable de l'enfant, car étant en formation contrairement à celle de l'adulte, diverses institutions nationales et internationales œuvrent dans l'optique de protéger l'enfant. Ce dernier constitue le socle de la pérennisation d'une société en plein essor. Dans ce sens, le 20 Novembre 1989, l'Assemblée des Nations Unies a adopté la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) signée dans la foulée par divers Etats-membres dont la Côte d'Ivoire. Elle s'inscrit dans la visée de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, et bien d'autres textes de loi préalables, abondant dans le même sens de la protection de l'enfant. L'enfant s'entend, au terme de l'article 1er de la CIDE, comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) met en avant quatre principes fondamentaux concernant l'enfant : la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit de vivre, survivre et se développer ainsi que le respect des opinions de l'enfant. Dans cette dynamique, l'éventail de règles mises en place fait intervenir une myriade d'acteurs au nombre desquels nous pouvons citer les institutions internationales, les Etats, les communautés, les Organisations Non-Gouvernementales (ONG), etc. Celles-ci ont vocation de venir en aide aux enfants en vue d'assurer leur bien-être par un déploiement de mesures dont les finalités concourent à la prise en charge des enfants victimes.

Si les sociétés africaines reconnaissent à l'enfant le droit d'être nourri, d'être logé, de s'habiller, d'être protégé et surtout d'être instruit, à la différence des sociétés occidentales, elles ne lui reconnaissent pas la conception de la socialisation et de la formation de la personnalité (Ezembé, 1995). C'est dire ainsi que contrairement aux sociétés occidentales, les cultures africaines reconnaissent difficilement une personnalité à l'enfant, selon l'auteur. Par conséquent, les différentes étapes du

développement de l'enfant semblent balayées d'un revers de main lors de l'éducation de l'enfant. L'adolescence, phase assez complexe du développement de l'enfant, n'est pas reconnue ; ce qui explique que l'enfant passe immédiatement du statut d'enfant à celui d'adulte. Dans nos sociétés africaines, le recours à la punition corporelle semble indispensable à l'éducation de l'enfant, une pratique plus ou moins légitime comme pouvait le souligner Amadou Hampaté Bâ, dans son ouvrage "Amkouleul l'enfant peut". Ces conceptions socioculturelles ont plus ou moins justifié la violence faite à l'enfant dans nos sociétés africaines.

Cependant, avec l'Arrêté N° 0075/MEN/DELIC du 28 septembre 2009 portant interdiction des punitions physiques et humiliantes à l'endroit des enfants en milieu scolaire, les enfants ne devraient plus être sujets à des violences dans le cadre de leur éducation. Cette mesure semble susciter des réactions à voix basse au sein de la communauté ivoirienne en ce sens que les punitions sont d'ordre socioculturel. La violence, de quelle que nature que ce soit, pourrait provenir de l'éducation même de l'enfant liée aux facteurs socioculturels.

Au-delà des violences, l'enfant est exposé aux abus de tout genre— issus de son milieu social— parmi lesquels le viol et autres abus sexuels. Si les définitions diffèrent d'une institution à une autre, le dénominateur commun est que le viol est la pénétration de quelle que nature que ce soit sans le consentement de la victime (Code pénal français, 1994 ; Lagadec, 2008). A côté du viol se trouvent d'autres abus sexuel tels que les attouchements sexuels, le harcèlement sexuel, l'attentat à la pudeur, etc.

Notons que selon l'article n° 19 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), la violence faite à l'encontre de l'enfant regroupe « toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligences, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle».

Le rapport de la Cour des comptes de l'UNICEF met en évidence qu'entre 2016 et 2021, le nombre de passages aux urgences pour troubles psychiques chez les enfants a connu une augmentation de 65%, contre 4% pour l'ensemble des passages, tous motifs confondus. En ce sens, Il est possible d'estimer à environ 1,6 million le nombre d'enfants et adolescents souffrant d'un trouble psychique dû aux violences et abus. Sur ce nombre, le rapport évoque que seulement 750 000 à 850 000 enfants victimes bénéficient d'une prise en charge.

Les Organisations Non-Gouvernementales (ONGs) engagées dans la protection de l'enfant œuvrent non seulement pour le respect des droits de l'enfant mais aussi pour la prise en charge de ce dernier lorsqu'il est victime. Cependant, ces organisations sont dans bien de cas confrontées à des obstacles susceptibles de freiner l'aboutissement de la prise en charge des mineurs victimes. Ces obstacles concernent la perception des violences et abus par la société et la manière dont la prise en charge est faite. Ainsi, en quoi les stéréotypes sociaux constituent un obstacle à la protection des mineurs ? Dans quelle mesure les thérapies appliquées et les moyens de l'ONG constituent des obstacles à la prise en charge psychosociale des mineurs victimes de violences et d'abus.

Les difficultés liées à la prise en charge des femmes victimes d'abus, par exemple, a fait l'objet de recherche par Opadou et al. (2019) dans le Centre de Protection et d'Assistance aux Victimes de Violences sexuelles (PAVVIOS), un service public en Côte d'Ivoire, offrant un mécanisme d'aide global aux victimes de violences sexuelles. Cette étude, contrairement à la nôtre, a porté sur les femmes victimes de violences sexuelles pour mettre en évidence les déterminants des obstacles à la prise en charge. Elle a fait ressortir une insuffisance d'institutions et de ressources humaines qualifiées et des stéréotypes socioculturels.

Le rapport du Ministère de la Femme, la Famille et de l'Enfant (MFFE, 2020) a quant à lui, mis en exergue que la violence faite aux enfants est perpétrée par quatre types d'auteurs que sont : (i) les parents, les tuteurs et les membres adultes de la famille ; (ii) les partenaires intimes ; (iii) les pairs ; et (iv) d'autres adultes de la communauté. Selon ce rapport, les attitudes et acceptation de l'idée de battre sa femme chez les 13-17 ans sont assez répandues avec chez les femmes 68,7% et chez les hommes 81,4%. Aussi, 43,7% de femmes et 52,8% d'hommes approuvent une ou plusieurs croyances liées au genre, aux pratiques sexuelles et à la violence entre partenaires intimes.

Contrairement à celles ci-dessus évoquées qui sont les quelques rares qui abordent la prise en charge des victimes en Côte d'Ivoire. L'objectif de la présente étude est d'identifier et analyser les obstacles à la prise en charge psychosociale des mineurs victimes de violences et d'abus. Pour y parvenir, nous évoquerons, dans les lignes suivantes, la méthodologie utilisée pour mener cette étude. Puis, nous présenterons les résultants avant de les discuter pour aboutir aux conclusions.

2. Méthodologie

La méthodologie qui a servi à cette étude part de la justification du choix du site d'étude, de la population et du type d'échantillonnage, d'une part aux méthodes et techniques de recueil et d'analyse des données, d'autre part.

2.1. Site d'étude

La présente étude s'est déroulée dans un centre d'hébergement des enfants victimes d'abus et de violences nommé "Centre Sauvetage". Ce Centre, situé au sein du complexe socio-éducatif ERB Alois, sis dans la commune de Yopougon (Abidjan) au quartier toits rouges, appartient à l'ONG DDE-CI. À l'initiative du Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE), une organisation laïque française de droit installée en Côte d'Ivoire depuis 1987, dans le cadre de sa politique d'autonomisation de ses actions et programmes en Afrique, l'ONG Dignité et Droits pour les Enfants en Côte d'Ivoire (DDE-CI), fut créée le 27 décembre 2011. Il s'agit d'une organisation non gouvernementale à but non lucratif, œuvrant pour la promotion et la protection des droits et du bien-être des enfants en Côte d'Ivoire. De fait, elle demeure membre du réseau BICE et partenaire opérationnel en Côte d'Ivoire, tout en inscrivant ses interventions dans le sens de la Convention des Nations Unies

relative aux Droits de l'Enfant (CDE) et de la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (CADBE). À travers son centre Sauvetage, elle reçoit des mineurs placés sous Ordonnance de Garde Provisoire (OGP). Le centre en assure la prise en charge juridique et judiciaire, médicale, socio-éducative, psycho-affective et la réinsertion du mineur. Le choix de ce site se justifie par notre présence dans ce milieu en tant que stagiaire criminologue, qui nous a permis d'observer et de nous frotter à la réalité de la prise en charge psychosociale des mineurs victimes d'abus et de violences.

2.2. Population et échantillon

En sciences humaines, le chercheur seul ne peut rien. Ce sont les acteurs qui lui livrent sa matière première. En tant qu'organisateur de sens, le chercheur n'est souvent en réalité que l'interprète, le traducteur des significations dont les premiers auteurs sont les acteurs du terrain. (Van Der Maren, 1996, p.7).

À travers ces propos, l'auteur nous renseigne sur l'indispensabilité de la population dans les études de terrain. Dans cette étude, notre population est constituée du personnel intervenant dans le centre de prise en charge des enfants victimes d'abus et de violences, ainsi que les dits enfants de sexe masculin et féminin dont l'âge varie, selon la législation en vigueur, de 0 à 18 ans. Conscients que nous ne sommes à mesure de toucher la totalité des pensionnaires du centre et le personnel y intervenant, nous avons constitué un échantillon représentatif de la population d'étude. Le fait que le centre accueille des enfants pour une durée temporaire, a limité notre échantillon aux enfants disponibles pendant notre période d'étude de Février 2022 à Juin 2023.

Ainsi, nous avons eu recours à une méthode d'échantillonnage non-probabiliste à choix raisonné. Elle a consisté à faire "l'écoute active" des enfants recueillis parmi lesquels nous avons retenus ceux qui ont été victimes d'abus, de violence, d'exploitation et de négligence au nombre de 30 enfants. C'est autour de ce chiffre que nous avons atteint le critère de saturation théorique développé par Glaser et Strauss cité par Savoie-Zajc (2007). Selon ce critère, à partir d'un certain nombre d'enquêtés, le chercheur constate qu'aucune nouvelle donnée recueillie n'apporte d'informations nouvelles. Du côté du personnel, nous avons retenu les responsables de différents volets de la prise en charge à savoir 6 personnes. Au total notre échantillon comporte 36 personnes auprès desquelles les données ont été recueillies.

2.3. Méthodes et techniques de recueil des données

Pour le recueil des données, nous avons eu recours à la méthode de recherche phénoménologique. En effet, « l'objet d'étude de la phénoménologie est de dégager l'essence d'un phénomène tel que certains individus l'ont vécu » (Savoie-Zajc, 2007, p.

106). Nous avons recouru à cette méthode en ce sens qu'elle « accorde de l'importance à l'interprétation que le sujet donne des événements qu'il vit. » (N'Da, 2015, p. 109) et de « la richesse des résultats qu'elle peut livrer lorsqu'elle est pratiquée de façon rigoureuse et fine et avec la sensibilité qu'appelle le vécu humain » (Meyor, 2005, p. 39).

Quant aux techniques de recueil des données, nous nous sommes appuyés sur l'étude documentaire, l'observation directe participante et l'entretien structuré et non structuré. D'abord, l'étude documentaire nous a été utile dans la mesure où elle a contribué à l'assise théorique de notre étude— à travers les fiches de lecture élaborées après la lecture d'articles, d'ouvrages, rapports et autres documents abordant de manière générale ou spécifique le sujet— et à l'analyse des données de terrain. Ensuite, l'observation directe participante s'est faite par notre présence de manière répétée dans les centres pour nous favoriser une observation directe de la prise en charge des enfants victimes et y participer en tant qu'acteur de la prise en charge psychosociale de ces mineurs. Enfin, l'entretien semi-directif a été établi pour mener les échanges avec le personnel de prise en charge pour rendre compte des réalités. L'entretien non directif que nous pouvons assimiler à "l'écoute active", nous a permis de recueillir des données qualitatives par le biais du récit des enfants écoutés. Carl Rogers (1902 – 1985) est considéré comme le père du terme « Active listening » ou « Ecoute active » en français. Il s'agit d'un entretien qui invite l'écouter à saisir chaque détail du message, verbal ou non, de la personne avec qui il communique (l'écouter).

2.4. Traitement et analyse des données

Après la collecte des données, nous avons procédé au traitement manuel des données ainsi qu'à leur analyse. Nous avons fait recours à l'analyse des contenus au regard du type de données qualitatives en vue d'appréhender la substance de nos résultats. Quivy et Van Campenhoudt (2006, p. 230), nous soulignent la singularité de cette technique en ces mots :

La place de l'analyse de contenu est de plus en plus grande dans la recherche sociale, notamment parce qu'elle offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité, comme par exemple les rapports d'entretiens semi-directifs. (...) Cette technique permet, lorsqu'elle porte sur un matériau riche et pénétrant, de satisfaire harmonieusement aux exigences de la rigueur méthodologique et de la profondeur inventive qui ne sont pas toujours conciliables.

À l'issue du recueil des données par l'entretien, il était question au travers de l'analyse des données, de procéder à la catégorisation puis à l'interprétation des données. Nous entendons par catégorisation, la segmentation des opinions en rubriques significatives dans le but de rassembler les éléments de même nature ou du même ordre. Au terme du traitement des données, nous avons fait appel à l'interprétation de ces données collectées dans le sens d'un plan d'analyse élaboré en fonction de l'objectif de cette recherche.

3. Résultats et Discussion

Dans cette partie, nous ferons une description de la prise en charge psychosociale des enfants victimes avant de présenter les obstacles liés à celle-ci.

3.1. Contexte de prise en charge

Les catégories d'enfants victimes de violences et d'abus ciblées par le Centre pour une prise en charge sont : les enfants victimes d'exploitation économique, abandonnés, victimes de violences sexuelles et physiques, travaillant en tant que domestiques, victimes de traite, en situation de rue et les enfants dits sorciers (EDS). Ce sont les enfants de 6 ans à 18 ans qui y sont acceptés. Cependant, tout citoyen ne peut directement référer un enfant à ce centre, mais passer par tout Officier de Police Judiciaire (OPJ). Ainsi, sont habilités à orienter les enfants victimes au Centre Sauvetage, les Brigades de Gendarmerie, les Commissariats de Police, les centres sociaux et les ONGs partenaires. Cela n'empêche pas tout citoyen de dénoncer auprès des OPJ des cas de violence et d'abus des droits d'enfants qu'il constate. Il est de ce fait du ressort de l'OPJ de mener les investigations nécessaires pour confirmer ou infirmer les déclarations reçues aux fins de protéger l'enfant. Lorsqu'il s'agit d'un cas de violence ou d'abus, il réfère l'enfant victime au centre accompagné de documents utiles pour sa prise en charge psychosociale.

3.2. Circuit de la prise en charge

La prise en charge psychosociale des enfants victimes de violences et d'abus au sein de l'organisation se fait à travers six (6) volets interdépendants. Il s'agit de différentes actions et activités menées dès l'accès du mineur au Centre.

En effet, dès qu'il a accès au Centre, le volet *Accueil et Hébergement* constitue la première phase de la prise en charge. Elle consiste en la réception de l'enfant par un encadreur qui vérifie les différents documents (exposé de cas, soit transmis,...) relatifs à la situation du mineur. La vérification a pour objectif de déterminer si le mineur est bien la cible du centre, pour procéder à son enregistrement et son admission. Une fois cela fait, l'enfant reçoit un kit d'hébergement contenant une éponge, une serviette, une brosse à dents, un drap, une couverture et est conduit dans le dortoir, selon son sexe, où il pourra prendre son bain.

Après ce volet, quatre (04) autres suivants peuvent s'enclencher simultanément : l'appui médical, l'accompagnement psychoaffectif, les activités socio-éducatives et l'assistance juridique et judiciaire. *L'appui médical* concerne tous les enfants du Centre. Particulièrement pour le nouvel admis, il y a lieu de faire des consultations systématiques au plus tard 24 heures après son admission. Les examens médicaux faits ont pour but de détecter des pathologies dont pourrait souffrir l'enfant pour les

soigner et éviter d'éventuelles contamination d'autres pensionnaires. À cela s'ajoute les consultations en cas de maladies vu qu'il est déjà sous la responsabilité du Centre.

L'accompagnement psychoaffectif est assuré par un psychologue et des assistants sociaux dont la finalité est d'aider l'enfant victime à retrouver son équilibre psychologique en vue d'aboutir à sa réinsertion dans sa famille et/ou dans sa communauté. Pour ce faire, les activités menées sont : l'écoute active, le soutien émotionnel, le counseling, la guidance parentale et la médiation familiale. Faire silence en nous et faire tout de même fi des préjugés, rester concentré et questionner l'enfant sur les aspects essentiels, reformuler et synthétiser au besoin, en vue de l'appréhension de son vécu, l'écoute active nous a ainsi permis de mieux orienter la prise en charge. Dans sa pratique, le soutien émotionnel de l'enfant est indispensable pour faire valoir l'intérêt supérieur de l'enfant que prône l'organisation. Lorsque les circonstances le permettent, le counseling se veut utile pour donner des conseils et orientations à la victime en vue de surmonter son traumatisme.

Les activités socio-éducatives visent l'épanouissement de l'enfant au sein du Centre pour favoriser une intégration sociale de tous les enfants y présents. Au nombre de ces activités, menées par une équipe d'assistants sociaux, nous trouvons l'alphabétisation pour donner les connaissances de base ou maintenir le niveau de connaissances des enfants, les activités de création (dessins et autres) pour développer l'esprit de créativité chez l'enfant, le sport au moins deux (2) fois dans la semaine pour garder en bon état physique l'enfant, des causeries à thématique où l'enfant donne sa perception sur un thème relatif à la vie en société, des sorties récréatives pour donner à l'enfant des possibilités de découvertes.

L'assistance juridique et judiciaire consiste à adresser des requêtes au juge des tutelles pour obtenir de lui, des ordonnances aux fins, soit de placement provisoire, soit modificative de placement pour le compte des mineurs pensionnaires dudit Centre. Il s'agit également d'apporter un appui technique pour l'établissement de jugements supplétifs et assister les mineurs devant les tribunaux, commissariats de police et brigades de gendarmerie pour toutes questions les concernant.

La réinsertion sociale, enfin, consiste en la réintégration de l'enfant victime dans son milieu, et ce, après avoir pris des mesures pour empêcher qu'il soit à nouveau victime. En fait, les assistants sociaux établissent un contact avec les parents ou les répondants de l'enfant en vue de faire une médiation familiale— créer une corrélation entre parent et enfant— avec l'appui du psychologue intervenu lors de l'accompagnement psychoaffectif.

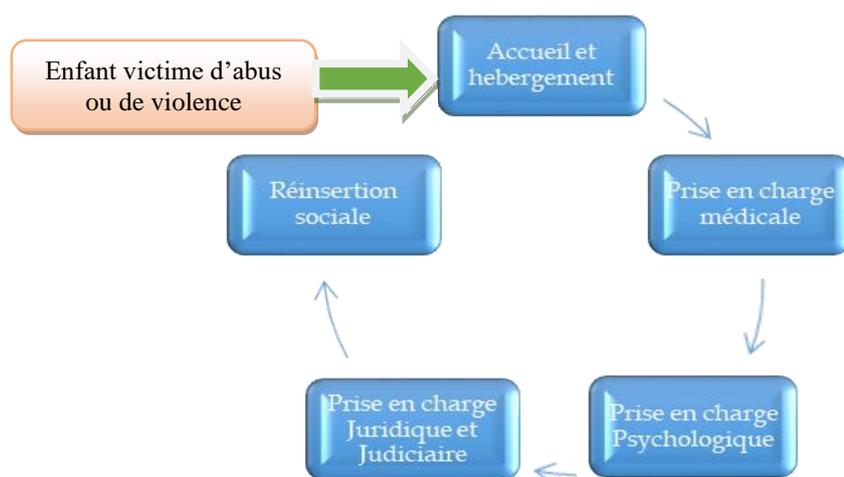
Il est d'usage, lorsque le contact établi, de faire au préalable une guidance parentale qui contribue à la psychothérapie et la bienveillance. Elle est un accompagnement, une aide apportée par des professionnels à des parents qui rencontrent des difficultés avec leurs enfants dans leur rôle éducatif. En d'autres mots, il est question d'échanger sur la situation de l'enfant et de parvenir à trouver des solutions en préservant l'intérêt supérieur de ce dernier, discuter avec parents ou répondants des conditions de réinsertion de leur enfant. Il peut s'agir de sa famille, d'une famille d'accueil, d'un établissement scolaire ou professionnel ou d'une

institution. Il incombe donc aux assistants sociaux de veiller à une réinsertion sociale effective de l'enfant grâce au suivi. Au terme de la prise en charge, le problème ayant conduit l'enfant au centre devrait être résolu.

Ces différentes activités, en substance, constitueraient chez l'enfant victime de violences et d'abus une thérapie cognitive et comportementale (TCC), une thérapie Comportementale Dialectique (TCD), une thérapie InterPersonnelle (TIP), une thérapie familiale, une thérapie par le jeu et une psychothérapie pour parents et pour jeunes enfants. Qu'elle soit individuelle ou de groupe, axée sur l'enfant ou la famille, la thérapie par la prise en charge des enfants victimes de violences et d'abus a pour finalité de : (i) Rétablir et renforcer les actions de prévention, de promotion et de protection des droits des enfants, tout en impliquant les différents acteurs afin de les amener à s'approprier les actions ; (ii) Mettre à contribution les différents acteurs suscités en vue d'une protection rapprochée des enfants.

Figure 2

Circuit de la prise en charge de l'enfant à l'ONG DDE-CI



Source : Création personnelle

3.3. Obstacles à la prise en charge psychosociale

La prise en charge psychosociale des mineurs victimes de violences et d'abus est confrontée aux obstacles relatifs aux stéréotypes sociaux, au manque de thérapies appliquées, à la recherche de chiffres et à la qualité du personnel.

3.3.1. Des stéréotypes sociaux à la non dénonciation des violences par l'entourage

L'écoute active des mineurs victimes nous a permis de cerner les préjugés sociaux ayant favorisé les actes de victimisation. La fillette C.A (12ans), victime de violence physique et d'exploitation économique, a été ramenée du Mali par ses parents, d'où elle était écolière, pour vendre de l'eau dans les rues d'Abobo. Elle

évoque que son père, un Marabout, l'a sortie de l'école pendant que son petit-frère continuait les études. Ayant très faim, elle utilisait parfois l'argent de la vente pour s'acheter de quoi manger, ce qui lui valait bien de fois d'être battue par son père. C'est suite à une menace du père que la fille a quitté la maison pour dormir hors de la maison familiale pendant des jours avant d'être envoyée à un commissariat comme enfant égarée puis référée au Centre Sauvetage. Lors de la guidance parentale, le père nous a fait savoir qu'il ne voulait plus de sa fille car celle-ci veut être scolarisée au lieu de faire du commerce. Il ajoute qu'il s'agit de son rôle en tant que jeune fille. Dans nos sociétés africaines contemporaines, le stéréotype de la jeune fille qui n'a pas droit aux études au même titre que l'homme, car destinée au mariage, persiste. La jeune fille est de ce fait amenée à s'exercer à la maîtrise du commerce ou d'autres activités génératrices de revenus (AGR) dans la mesure où elle est destinée à se marier pour soutenir un homme ; donc à jouer le second rôle en famille.

Une autre fille, E.N.A âgée de 13 ans a été référée au Centre comme enfant victime de maltraitance. C'est lors de l'écoute active que nous avons découvert que la jeune a été déscolarisée faute de meilleurs résultats scolaires. Elle a dit : « ma maman dit que comme je ne suis pas intelligente, de venir à Abidjan faire travail de servante pour gagner de l'argent pour lui envoyer. » C'est ainsi qu'elle est devenue domestique dans une famille où elle est constamment battue par la maîtresse de maison. Il faut noter que l'un des stéréotypes sociaux qui mène à la déscolarisation de la jeune fille est qu'elle serait moins intelligente comparée au jeune garçon. Cette stigmatisation crée chez cette dernière une acceptation de ce préjugé pour ne faire que servir selon les bons vœux des plus âgées ou de ses répondants. Ces préjugés enlèvent parfois à l'enfant la possibilité de bénéficier de « l'école de la deuxième chance », qui est aussi un moyen de favoriser l'intégration sociale de la jeune fille.

Dame X travaille en tant que femme de maison dans une famille où elle vit avec sa fille de 10 ans qui est en classe de CM1. Lorsqu'elle envoyait sa fille acheter des produits alimentaires à la boutique de proximité, le vendeur avait pour habitude d'introduire ses doigts dans le sexe de la fille. Un jour, ce dernier a voulu aller plus loin en utilisant son sexe mais, il n'y est pas arrivé. Cela a mis la fille en colère au point de se montrer lacer à son arrivée à la maison. Après avoir relaté les différents faits, la mère a envoyé sa fille à l'hôpital pour des examens médicaux. Comme conclusion, le médecin a affirmé que la fille n'a pas été violée mais que l'hymen a été détruit. La jeune fille évoque que le boutiquier l'a pénétrée à l'aide de ses doigts. Que ce soit l'acte qui aurait provoqué ou non la rupture de l'hymen, dès lors qu'il y a pénétration l'on ne peut nier le viol au regard de l'article 403 du Code Pénal ivoirien. Le stéréotype selon lequel le viol serait uniquement la pénétration du vagin avec le sexe masculin semble répandu.

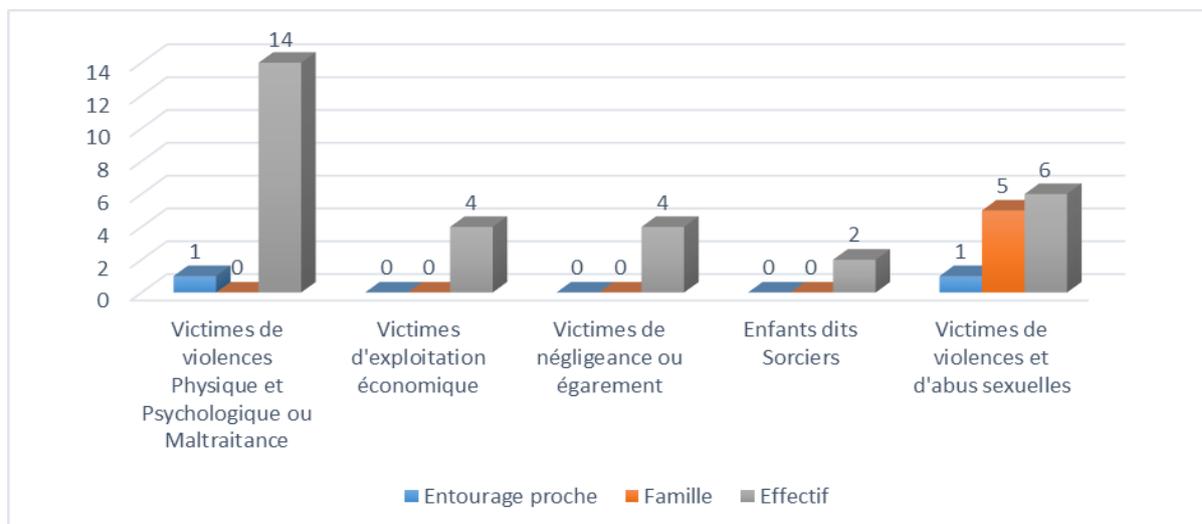
L'enfant A.C.M. âgé de 12 ans a été victime d'égarement. Lors de son écoute, il nous a dit : « le policier m'a dit que si je ne lui dis pas d'où je viens, il va aller me déposer dans la rue ». Ces paroles peuvent paraître comme un moyen d'amener un enfant à révéler où se trouve sa famille, mais elles peuvent aussi créer de la peur dans l'esprit de l'enfant. Il s'agit là d'une violence psychologique faite à l'enfant. Quel

enfant serait heureux de se retrouver dans la rue s'il vit dans une famille où il est bien traité ? Cet enfant nous a aussi confié que certaines personnes l'accusent de trop se promener est cause de son égarement. L'égaré de l'enfant révèle, dans bien de cas, la négligence des parents donc, une conséquence de la victimisation de l'enfant. Dans sa prise en charge, toute expression susceptible de lui faire porter le chapeau du coupable doit être évitée en ce sens que l'enfant est un individu à la personnalité fragile.

L'enfant K.C âgé de 14 ans a fugué du domicile familial parce qu'il était battu par sa mère biologique. Il vivait, en plus de sa mère, avec sa grand-mère et une tante. En effet, il était constamment battu par sa mère pour n'importe quel motif. Nous avons été témoins des séquelles physiques qu'il avait sur le dos. Après avoir été pris en charge par le Centre, nous avons été parmi l'équipe chargée de la guidance parentale et la médiation familiale. Lors de la prise de contact avec la mère, cette dernière s'est montrée très violente dans les propos : « comme il n'aime pas qu'on le corrige, il n'a qu'à rester là-bas, je ne veux plus de lui... ». Battre un enfant au point de lui infliger des cicatrices serait-il synonyme de correction ? La culture africaine a depuis longtemps été portée vers la correction des fautes de l'enfant par les sanctions corporelles (Ezembé, 1995). Cette conception perdure malgré la suppression de ce type de sanctions par les instances étatiques dans le cadre de l'éducation scolaire de l'enfant. Certains parents s'adonnent à cœur joie à cette pratique sous prétexte qu'il s'agit d'un moyen pour éduquer l'enfant. Ezembé ajoute que la violence exercée par les parents africains sur leurs enfants découle en partie d'une méconnaissance des conséquences de la violence sur l'appauvrissement de la personnalité de l'enfant. Ces conséquences peuvent se traduire en termes de psycho traumatisme qui est décrit selon le DSM-IV comme des troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé son intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s).

Ce stéréotype lié à l'éducation de l'enfant africain contribue à sa victimisation. Il va sans dire que si les parents ne se détachent pas de ces pratiques, ils ne sauraient s'impliquer davantage dans la prise en charge psychosociale de l'enfant, et dénoncer de tels agissements portant atteinte à l'intégrité physique et psychique de l'enfant en vue de favoriser la réinsertion sociale de l'enfant.

La figure ci-après présente le cas des trente (30) enfants constituant notre échantillon d'étude selon la dénonciation par la famille, l'entourage proche en dehors de la famille, des cas d'abus et de violences dont sont victimes les enfants. Ces données ont été constituées sur la base du lien entre la victime et la personne ayant dénoncé le cas d'abus ou de violences aux autorités compétentes.

Figure 3*Dénonciation par l'entourage des violences et abus faits aux enfants*

Source : Création personnelle

D'abord les cas de violences et d'abus les plus dénoncés par la famille et l'entourage proche de la victime sont de nature sexuelle. Il s'agit en général du viol, et bien d'autres violences du genre. La majeure partie de ces cas est dénoncée par la famille lorsque l'acte n'est pas perpétré par un membre de cette famille ou que l'infracteur et sa famille ne sollicitent pas d'arrangement à l'amiable. Cependant, lorsque c'est l'entourage proche qui dénonce l'acte de violence, l'infracteur serait issu de la famille de la victime ou que cette famille ne trouve pas d'intérêts à dénoncer cette violence ou cet abus. Pour que la famille ou l'entourage proche ait connaissance du fait au point de le dénoncer, la victime doit dévoiler les faits. C'est bien souvent là le problème car la victime ne parvient pas toujours à briser le silence sans que des syndromes de détresse ou de stress post traumatique apparaissent plusieurs jours après sa victimisation. Ainsi, Jonas & Crocq (1996) soulignaient que ces passages à l'acte sont souvent responsables de blessures invisibles liées au trauma psychique, lui-même générateur de conséquences cliniques graves. Les conséquences de ces violences peuvent être immédiates ou encore retardées ; ce qui provoquerait l'évolution chronique ou aiguë d'un traumatisme (Mbassa, 2001).

Ensuite, les violences physiques et psychologiques ne sont pas dénoncées par la famille et très rarement par l'entourage proche bien qu'ayant parfois connaissance de cette maltraitance. La non dénonciation des violences dont sont victimes les mineurs provoque des conséquences en termes de fugue, sévices corporels, traumatisme, etc. Il s'agit de l'une des plus grandes causes des fugues des enfants que nous avons « écoutés » durant cette étude. Il faut aussi ajouter que lorsque certains enfants fuguent, ils feignent être victimes d'égarement pour ne pas que l'on les renvoie auprès de leurs parents.

Enfin, les enfants victimes de négligence, d'exploitation économique et dits sorciers, ne sont pas des formes de violences et d'abus dénoncées par la famille ou l'entourage. Cela s'explique par le fait que bien souvent, la famille elle-même ne viendrait pas dénoncer aux autorités compétentes leurs manquements. Cela arrive le plus souvent lorsqu'il s'agit de négligence ayant conduit à l'égarement de l'enfant. Quant aux enfants victimes d'exploitation économique et enfants dits sorciers, ils ne sont pas dénoncés par l'entourage de l'enfant car cet entourage manifeste une volonté de ne pas se mêler des affaires familiales d'autrui.

En dénonçant les actes portant atteinte aux mineurs, l'on œuvre à la protection de l'enfant et à faire valoir l'intérêt supérieur du mineur. En revanche, en n'agissant pas, l'on consent à la violence faite à l'enfant. C'est pourquoi le Code Pénal français punit la non dénonciation des atteintes aux droits des enfants dont une personne aurait connaissance. Selon l'article 434-3 du Code Pénal français :

le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. (2018, p. 233)

Ainsi, ce délit instauré par cette loi a pour finalité d'amener toute personne ayant connaissance de mauvais traitements sur des mineurs à les dénoncer dans l'optique de protéger l'enfant dont la personnalité est fragile et en cours de formation.

3.3.2. Absence de thérapies psychologiques de prise en charge

L'importance d'une réelle thérapie de prise en charge pour les mineurs victimes d'abus et de violences ne peut être sous-estimée. La thérapie psychologique joue un rôle crucial dans le processus de guérison et de rétablissement de ces mineurs, en leur offrant une chance de reconstruire leur vie sur des bases solides. Celle-ci, impliquant généralement une prise en charge multidimensionnelle vu la vulnérabilité du mineur, fait défaut tout en se basant sur notre expérience vécue au sein dudit Centre en tant qu'acteur de ladite prise en charge.

L'absence de certaines activités thérapeutiques au Centre Sauvetage, censé servir de havre de sécurité pour les mineurs en détresse et offrant un refuge contre la violence et les traumatismes qu'ils ont pu subir, représente une problématique alarmante. Celle-ci limite considérablement les opportunités de guérison et de rétablissement pour les mineurs victimes d'abus et de violences. La légèreté des activités thérapeutiques reflète une carence majeure dans la prise en charge de ces mineurs.

Dans ce contexte, les activités se limitent principalement au simple jeu de ballon pour les jeunes garçons et parfois à des interactions négatives avec des adultes susceptibles de prolonger les effets dévastateurs du traumatisme sur les enfants. Les jeux de ballon, bien que pouvant être bénéfiques pour la détente et la sociabilité, ne suffisent pas à adresser les besoins émotionnels et psychologiques complexes des mineurs qui ont vécu des abus et des violences. Ces activités ne permettent pas aux enfants ni de traiter activement leurs traumatismes, ni d'apprendre des stratégies efficaces pour gérer leurs émotions.

De plus, les filles étant reléguées à des tâches domestiques telles que la cuisine, sont non seulement privées de l'accès aux activités thérapeutiques, mais sont également exposées à un environnement où les injures et les humiliations semblent parfois monnaie courante. Cette dynamique crée un cercle vicieux où les mineurs ne se sentent ni valorisés ni en sécurité, entravant ainsi leurs capacités à se rétablir émotionnellement et à développer une estime de soi positive.

Cette absence d'intervention thérapeutique adéquate peut entraîner des conséquences à long terme préjudiciables. Les traumatismes non traités peuvent entraîner des problèmes de santé mentale persistants, des difficultés relationnelles, une faible estime de soi et même une propension accrue à reproduire des schémas de violence et d'abus tant à l'âge d'adolescence qu'à l'âge adulte. En plus, ils peuvent éprouver des difficultés à établir des relations saines, à se concentrer à l'école et à réussir leur transition vers l'âge adulte.

Il est crucial que le Centre inclut l'art-thérapie et expression créative dans sa prise en charge. L'art-thérapie offre aux enfants un moyen non verbal d'exprimer leurs émotions et leurs expériences traumatisantes à travers l'art comme le nom l'indique. En encourageant la peinture, le dessin, la sculpture ou la danse, l'on permet aux jeunes de libérer leurs sentiments refoulés et les aide à réduire les symptômes de traumatismes chez les personnes victimes. Par ailleurs, nous avons le jeu thérapeutique. Le jeu est une façon naturelle pour ces mineurs surtout victimes d'exprimer leurs pensées et leurs émotions. Le jeu thérapeutique structuré peut aider les enfants à travailler sur leurs expériences traumatiques de manière ludique et sécurisée. Les groupes de soutien offrent également aux mineurs l'occasion de partager leurs expériences avec d'autres personnes qui ont vécu des situations similaires. Ces groupes favorisent le sentiment d'appartenance et de compréhension mutuelle, aidant ainsi à réduire l'isolement et apprendre des stratégies de coping (Lazarus et Folkman, 1984).

Nous pouvons également mettre en exergue la Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC) pouvant aider les enfants à développer des compétences pour faire face à leurs pensées négatives et à leurs peurs résultantes du traumatisme. Elle peut être adaptée pour aider les enfants à gérer l'anxiété, le stress post-traumatique et d'autres problèmes de santé mentale. A titre d'exemple : Enseigner aux enfants des techniques de respiration et de relaxation pour réduire l'anxiété, et les aider à restructurer leurs pensées négatives en pensées plus positives.

Aussi, impliquer les membres de la famille dans le processus thérapeutique peut aider à renforcer le soutien social et à favoriser la guérison collective. Des sessions de thérapie familiale peuvent aider à restaurer les liens et à promouvoir un environnement sécuritaire.

3.3.3. Quête d'une réinsertion sociale quantitative

La réinsertion sociale des mineurs victimes d'abus et de violences issus du Centre Sauvetage, bien que souvent perçue comme une lueur d'espoir, peut se révéler être un mirage dans de nombreux cas. Ces jeunes, déjà fragilisés par les traumatismes qu'ils ont subis, se trouvent confrontés au défi d'être le plus rapidement sortis du Centre. En effet, dès l'accès de l'enfant au Centre, bien qu'immédiatement pris en charge, sa sortie est aussitôt pensée car il s'agit d'un Centre de transition. C'est le cas de l'enfant D.E. victime de violences physiques et d'exploitation économique qui n'a séjourné que deux (02) semaines au centre avant sa dite réinsertion. À côté de cela, il faut souligner que l'on privilégie la quantité élevée d'enfants accueillis au Centre pour répondre parfois aux exigences des bailleurs ; ce qui n'est pas sans incidence sur la qualité de la prise en charge.

En fait, les séquelles psychologiques laissées par les abus et la violence persistent bien souvent après la période de séjour au Centre. Même si certains aspects de leur santé mentale ont été pris en compte et traités, la profondeur de leurs cicatrices émotionnelles peut rendre difficile, voire impossible, une réintégration harmonieuse dans leur environnement d'origine. Les cauchemars, les *flashbacks* et les troubles de l'humeur peuvent rendre la réinsertion sociale complexe, car ces jeunes peuvent se sentir isolés et incompris par leurs pairs et la société en général.

De plus, le manque de soutien continu et de suivi adéquat après leur sortie du Centre aggrave leurs problèmes de réinsertion sociale. Souvent, ces jeunes se retrouvent livrés à eux-mêmes, sans accès aux ressources nécessaires pour poursuivre leur éducation, trouver un emploi ou obtenir un soutien thérapeutique continu. Sans un filet de sécurité adéquat, ils risquent de retomber dans des schémas néfastes, tels que la ré-victimisation, la délinquance, la toxicomanie, la réexploitation, etc.

Un autre facteur important est la stigmatisation sociale que ces mineurs peuvent subir en raison de leur passé. Les préjugés et les jugements de la société envers les victimes d'abus et de violence peuvent entraver leurs efforts pour se réintégrer. Ils peuvent être marginalisés, exclus et ostracisés, ce qui rend la création de liens sociaux sains et la construction de relations interpersonnelles positives extrêmement difficiles. C'est la raison pour laquelle il est indispensable de prendre du temps pour non seulement guérir la victime de ses blessures mais aussi la préparer à une réintégration sociale. La préparation de l'enfant victime à faire face aux possibles stigmatisations n'est pas pensée dans le processus de prise en charge. Il faut donc reconnaître que la réinsertion sociale ne se limite pas uniquement à l'individu lui-même. Les systèmes sociaux et les communautés doivent également jouer un rôle actif dans ce processus.

3.3.4. Déficit de ressources face à la prise en charge des enfants victimes

La prise en charge psychosociale est fonction de ressources humaines et matérielles. En d'autres mots, la réussite de la prise en charge psychosociale des enfants victimes de violences et d'abus est subordonnée à la disponibilité de ressources adéquates. Les ressources humaines supposent l'existence de personnel qualifié. Cependant, l'ensemble du personnel ne peut être supposé qualifié au regard des réalités observées lors de notre présence dans le centre en plus du récit des enfants. L'enfant A.C., lors d'une écoute active nous a mentionné que certains membres du personnel l'ont accusé de trop aimer la promenade qui a provoqué son égarement. Aussi, l'enfant O.F.H, âgé de 16 ans, nous a révélé qu'il a été traumatisé par un stagiaire sur son mal en lui disant : « *si tu ne prends pas tes médicaments tu vas mourir [...]* », provoquant chez l'enfant des pleurs. Un autre enfant a eu une altercation avec un membre du personnel suite à des propos stigmatisants ; ce qui a provoqué quelques jours plus tard sa fugue du Centre de prise en charge. Nous avons été témoins, à plusieurs reprises, des propos violents de certains membres du personnel investis de la mission de prise en charge des enfants victimes. Si toutes formes de maltraitements du mineur peuvent avoir des effets néfastes permanents sur son développement et sa santé mentale, un soutien psychosocial s'avère utile (OMS, 2006). C'est pourquoi la prise en charge doit se faire en présence de personnes non délinquantes et de confiance capables de mener à bien cette tâche. Il est aussi important que la prise en charge se fasse dans un cadre environnemental propre et sain.

Le cadre environnemental où est pris en charge l'enfant c'est-à-dire le Centre doit être adéquat et posséder du matériel nécessaire. En effet, les dortoirs pour les enfants sont au nombre de quatre (04) pour une capacité d'accueil de 30 pensionnaires. Cela n'est pas sans conséquence sur le nombre de lits mis à la disposition des enfants. En plus, les manuels scolaires pour les enfants sont en nombre insuffisant pour un apprentissage. Les bureaux mis à la disposition du personnel sont aussi insuffisants. Notre participation en tant qu'assistants-psychologues nous a permis de faire notre expérience de cet obstacle sur la prise en charge psychosociale précisément sur la psychothérapie. N'ayant pas de bureau spécialement dédié aux écoutes des enfants victimes, il est des fois où l'intrusion d'une tierce personne lors de l'écoute met mal à l'aise l'enfant qui révèle « son secret » lors de l'écoute active. De ce fait, la confiance entre l'enfant et le psychologue est susceptible de s'interrompre et bien souvent de voir se rompre le fil conducteur du récit de l'enfant.

4. Conclusion

L'objectif de la présente étude était d'identifier et analyser les obstacles à la prise en charge psychosociale des mineurs victimes de violences et d'abus. Il en

ressort que la prise en charge psychosociale des enfants reçus à l'ONG DDE-CI fait face à des obstacles. Le dispositif de la prise en charge est théoriquement favorable pour une réinsertion sociale réussie de l'enfant victime d'abus et de violences. Cependant, les obstacles à ladite prise en charge sont non seulement relatifs aux buts poursuivis par l'organisation, mais aussi aux stéréotypes sociaux traditionnels qui perdurent encore dans cette société dite moderne. Comme toute organisation à but non lucratif, celle-ci est confrontée à un déficit de ressources de toutes sortes. Les résultats obtenus induisent les conclusions selon lesquelles les stéréotypes traditionnels sociaux en lien avec l'éducation de l'enfant sont à la base des violences physiques et psychologiques ou la maltraitance de l'enfant tandis que les structures de prise en charge peinent à appliquer des thérapies adéquates pour la prise en charge psychosociale des victimes.

L'ONG doit songer à l'amélioration du contenu des sensibilisations pour amener les parents à prendre conscience des conséquences — à court et à long terme — des violences exercées sur l'enfant, une initiative que l'Etat devrait davantage soutenir. Ainsi faut-il qu'il sache à quel moment le feu est orange et qu'il va bientôt virer au rouge où il serait probablement trop tard d'agir. Une autre sensibilisation semble indispensable, celle de dénoncer les faits de violence dont ils ont connaissance. Si l'enfant représente l'avenir, sa protection est "l'affaire de tous", c'est pourquoi les acteurs œuvrant à la protection des droits de l'enfant doivent redoubler d'efforts pour amener la société à se solidariser de la protection de l'enfant. Par ailleurs, les autorités judiciaires pourraient exploiter les voies de contrainte pécuniaire à l'égard des auteurs de violences et d'abus sur les mineurs pour renforcer les ressources des structures de prise en charge. Il serait intéressant dans les études à venir de s'intéresser au lien susceptible d'exister entre maltraitance de l'enfant et les facteurs socio-économiques, environnementaux et ethniques de sa famille.

5. Références bibliographiques

- Code pénal français, (1994). Consulté le 15 Mai 2023, sur <https://codes.droit.org/PDF/Code%20p%C3%A9nal.pdf>
- Code pénal ivoirien (2019). Loi n°2019-574 portant code pénal ivoirien. https://www.famille.gouv.ci/public/documents/doc_drcc/loi_2019-574_portant_code_p%C3%A9nal.pdf
- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789.
- Ezembé, F. (1995). Droits de l'enfant et approche de la maltraitance dans les cultures africaines. *Migrants formation*, 103, Les pys en banlieue. 60-70. <https://doi.org/10.3406/diver.1995.7038>
- Hampaté, B. A (1991). *Amkouleul l'enfant peul*, Actes sud.
- Jonas, C., & Crocq, L. (1996). Les conséquences cliniques du traumatisme psychique. *Nervure*, 9(6), 23-28.

- La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) du 20 Novembre 1989. Consulté le 14 Novembre 2022. <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/>
- Lagadec, J. (2008). *Nouveau guide pratique d'A-Z*. Solar.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Mbassa, M. D. (2001). La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglie d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. *Child Abuse & Neglect*, 25(1), 109-121.
- Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité. *Recherches qualitatives*, 25(1), 25-41. <https://doi.org/10.7202/1085542ar>
- MFFE (Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant) (2020). *Violence faite aux enfants et aux jeunes en Côte d'Ivoire : Résultats de l'enquête nationale*.
- N'DA, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. L'harmattan.
- OMS (2006). Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362_fre.pdf
- OMS (2022). Violence à l'encontre des enfants, publié le 29 Novembre 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children#:~:text=C'est%20ainsi%20que%20la,%C3%A0%20risque%20pour%20la%20sant%C3%A9>
- Opadou, K., Crizoa, H. & Magnatié, D. S. (2019). Déterminants des obstacles à la prise en charge des femmes victimes de viol à Abidjan. *Sciences et actions sociales*, 1(11), 123-138. <http://www.sas-revue.org/n-conception/62-n-11/varia-n-11/160-determinants-des-obstacles-a-la-prise-en-charge-des-femmes-victimes-de-viol-a-abidjan>
- Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillon scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives, Hors-série 5*, 99-111.
- United Nations Study on Violence against Children: Response to questionnaire received from the Government of the Principality of Monaco <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CRC/StudyViolenceChildren/Responses/Monaco.pdf>
- Van der Maren, J.-M. (2e édition) (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. PUM et de Boeck.