



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
*_*_**_*_*_*



**FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES
(FLASH)**
*_*_**_*_*_*

**DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION
(DPSE)**

**MEMOIRE DE MAITRISE EN PSYCHOLOGIE
OPTION : PSYCHOLOGIE DE LA VIE SOCIALE ET
PROFESSIONNELLE**

@@@@@

SUJET

**L'influence de l'organisation et de l'encadrement sur le
processus de l'insertion socio professionnelle des
handicapés au Bénin: Cas de Centre de Formation
Professionnelle des Personnes Handicapées (CFPPH)**

Réalisé et Soutenu par :

EGANHOUI Denis

Maître de mémoire

Dr. Bodéhou Gbénoukpo DAH-LOKONON

Maître-Assistant (CAMES) des Universités
(FLASH/UAC)

Soutenu, le 17 Octobre 2014

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Première partie : Cadre théorique et méthodologie	
Chapitre I : Cadre théorique	4
I- Problématique, objectifs et hypothèses	4
II- Clarification conceptuelle	8
III- Etat de la question	20
Chapitre II: méthodologie.....	32
I- Méthodologie de la collecte des informations.....	32
II- Revue de littérature : quelques concepts théoriques d'organisation.....	35
Deuxième partie : Cadre d'étude et présentation des résultats	
chapitre III : cadre d'étude.....	48
I- Présentation du cadre : le centre de formation professionnelle des personnes handicapées d'Akassato	48
II- organisation administrative, attribution et fonctionnement.....	52
III- la prise en charge des handicapes, la formation et l'insertion professionnelle	55
Chapitre IV: Présentation des résultats, commentaires et suggestions	60
I- Présentation des résultats et commentaires.....	60
II- suggestions	76
Conclusion	79

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

*_*_*_*_*_*_*



**FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES
(FLASH)**

*_*_*_*_*_*_*

**DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION
(DPSE)**

@@@@@

QUITUS

Je soussigné **Dr. Bodéhou Gbènoukpo DAH-LOKONON** atteste que l'étudiant **EGANHOUI Denis** a rédigé son mémoire de maîtrise en psychologie portant sur « **L'influence de l'organisation et de l'encadrement sur le processus de l'insertion socioprofessionnelle des handicapés : Cas du Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato (CFPPH-AK)** », sous ma direction effective.

Par le présent quitus, je l'autorise à déposer ce mémoire au Département de Psychologie et des Sciences de L'éducation (DPSE)

Fait à Abomey-Calavi, le 29 Mai 2013

Dr. Bodéhou Gbènoukpo DAH-LOKONON

Maitre-Assistant (CAMES) des Universités

DEDICACE

Je dédie ce mémoire

- A mon père Monsieur **Kpadonou EGANHOUI**

- A ma mère Madame **Djola LALY BEDO EGANHOUI.**

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait jamais pu être réalisé sans le concours efficace, le soutien indéfectible, les exhortations et la sollicitude des uns et des autres. Ainsi, nous témoignons notre profonde et sincère gratitude à toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire. Tous mes sincères remerciements :

- A mon maître de mémoire le Docteur DAH-LOKONON Bodéhou Gbènoukpo qui a accepté m'accompagner le long de ce travail. Malgré ses multiples occupations, il a voulu consacrer son temps précieux pour m'encadrer dans ce travail.
- A tous les enseignants du Département de la Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université d'Abomey-calavi, recevez ma gratitude.
- A Monsieur Prosper G. Baloïtcha, Directeur du Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato qui m'a accueilli dans le centre et a pris toutes les dispositions nécessaires au bon déroulement de mon stage et à la réalisation de ce mémoire.
- A Madame Sébastienne ALAPINI PEDANOU responsable du service de la coordination des études et de la formation pour sa collaboration au travail et son soutien de taille, ainsi que Mesdames Pélagie NONFONDJI et Jeanne CAKPO AMOUSSOU, qui m'ont beaucoup aidé dans la réalisation du document.
- Aux Messieurs Antoine, Albert et Sévérin EGANHOUI pour leur soutien moral et financier. Mesdames et Messieurs membres de la famille EGANHOUI soyez-en remerciés.
- A monsieur Nicholas GNANGUENON, Jean KAKPO et tous mes amis et camarades d'amphithéâtre
- Que soit remercié tout le personnel du CFPPH-Ak pour leur collaboration, en répondant explicitement ou implicitement à mes questions, mais aussi en intervenant dans la réalisation des enquêtes auprès des apprenants.
- Enfin je voudrais remercier tous les apprenants de la 11^{ème} promotion du CFPPH-Ak pour leur collaboration à l'enquête de satisfaction que j'ai menée auprès d'eux. J'espère qu'elle leur a servi de moyen d'expression pour se faire entendre par les responsables du Centre.

Merci infiniment à tous! Que Dieu vous comble de sa grâce. Amen !

SIGLES ET ACRONYMES

AGR	: Activités Génératrices de Revenus
ATD	: Le mouvement « Aide à Toute détresse »
B.A.D	: La Banque Africaine de Développement
CIM-10	: Classification Internationale des Maladies Mentales 10 ^{ème} édition
CIF	: La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé
CIH-2	: La Classification Internationale du Handicap-2
CDPH	: La Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées
C.PS	: Centres de Promotion Sociale
C.PSA	: Centres de Promotion Sociale des Aveugles
CAORF	: Centres d'Appareillage Orthopédique et de Rééducation Fonctionnelle
CFPPH	: Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées
CFPPH-AK	: Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato
CSA	Chef Service Administration
CSAF	Chef section Administration Finance
CSCEF	Chef Service de la Coordination des Etudes et de la Formation
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), 4 ^{ème} édition
DRIPH	: Direction de la Réadaptation et de l'Insertion professionnelle des Handicapées
DDFASSNHPTA	: Direction Départementale de la Famille des Affaires Sociale de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age

FLASH	: Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
FARIPH	: Le Fond d'Appui à la Réadaptation et à l'Intégration des Personnes Handicapées
IEC/ santé	: Instruction, Education et Communication pour la Santé
IMC	: Infirmité Motrice Cérébrale
MST	: Maladie sexuellement transmissible
MFASSNHPTA	: Ministère de la Famille des Affaires Sociale de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age
NMR	: Nombre de mouvements réussis
NMI	: Nombre total de mouvements indispensables à la réalisation d'un article
OFPA	: Observatoire des Fonctions Publiques Africaines
ONU	: Organisation des Nations Unies
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
P.D.R.H	: Programme de Développement des Rescousses Humaines
P.A. D. E. G	: Le Projet d'Appui à la Démocratie et à l'Egalité du Genre
PNRBC	: Programme Nationale de la Réadaptation à Base Communautaire
PNPIPH	: La Politique Nationale de Protection et d'Intégration des Personnes Handicapées
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PNUD	: Programme des Nation Unis pour le Développement
QI	: Quotient Intellectuel
SAF	: Le Service Administratif et Financier
SCEF	: Le Service de la Coordination des Etudes et de la Formation

- SIDA** : Syndrome d'Immuno- Déficience Acquisse
- TAP** : Taux d'autonomie professionnelle
- TDP** : Taux de dépendance professionnelle
- TIC** : Technologie de l'information et de la communication

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : répartition (%) des personnes handicapées selon la profession	28
Tableau N°2 : Répartition du personnel selon les catégories.....	51
Tableau N°3 : Répartition des apprenants de CFPPH-AK 2011 par type de handicap...60	
Tableau N°4 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Macramé	61
Tableau N°5 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Produits cosmétiques	62
Tableau N°6 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Tissage à pied	62
Tableau N°7 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Tissage à main.....	63
Tableau N°8 : Fréquence d'autonomie professionnelle en maraichage.....	63
Tableau N°9 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Cuniculture	64
Tableau N°10 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Aviculture.....	64
Tableau N°11: Résultats questionnaire N°1 relatif à l'enquête de satisfaction et d'opinion des apprenants.....	65
Tableau N°12 : Résultats questionnaire N°2 relatif à l'enquête de satisfaction et d'opinion Du personnel.....	71
Tableau N°13 : Effectif des personnes handicapées inscrites en formation de 1989-2012.....	74
Tableau N°14 : Effectif des handicapés diplômés par le CFPPH-AK de 1989-2013	75

INTRODUCTION

Le Bénin est souvent cité parmi les pays de paix. Il profite de la stabilité démocratique depuis 1990 pour se hisser au rang des nations au climat social morose. La situation socioéconomique du pays demeure fragile : 47.2% de la population vit dans une situation d'extrême pauvreté (PNUD, rapport sur le développement humain 2011). La vulnérabilité représente un goulot d'étranglement à l'émergence des populations. Le nombre de personnes handicapées dans le pays est estimé à plus de 840.000 selon les projections de l'Organisation Mondiale de la Santé, parmi lesquelles près de 84 000 personnes seraient à appareiller.

En général, de par leur mobilité réduite, les personnes handicapées rencontrent de difficultés pour leur intégration socioprofessionnelle et économique. Celles-ci se situent principalement au plan des barrières architecturales pour l'accès aux établissements publics et aux moyens de transport ordinaire. Quant à l'accès aux soins, entreprises et sociétés, la problématique est encore accrue par le fait de devoir réunir plusieurs conditions simultanément pour y apporter une réponse: accessibilité de la place de travail, aptitudes physiques et mentales. Mais, même si ces conditions sont réunies, il subsistera toujours une frange de personnes handicapées qui ne pourra jamais s'insérer ou se réinsérer (à la suite d'un accident ou d'une maladie) dans le circuit économique traditionnel. Ceci pour toutes sortes de raisons. Par exemple à cause d'un handicap très important (tétraplégie, myopathie, etc.) ou bien la personne handicapée vit dans une région géographique où l'activité économique n'est pas propice à son insertion - milieu rural ou urbain.

Au Bénin, vingt-cinq ans après la création des centres de formation professionnelle en faveur des personnes en situation de handicap, le problème n'est pas résorbé, il fait couler encore beaucoup d'encre. Entre les discours et la réalité quotidienne des handicapés, le décalage est important. Et ce, malgré les efforts entrepris par les autorités publiques. La personne en situation de handicap a toujours du mal à se faire reconnaître, et à avoir une place dans la vie active dans nos sociétés, alors que son intégration passe par son insertion socioprofessionnelle. Il faut qu'elle accède à un travail et obtienne un revenu lui

permettant de vivre décemment. Or, l'environnement professionnel est hostile, de manière générale à la personne en situation de handicap et la société ne lui laisse que peu de place. Pour s'insérer et ou se réinsérer professionnellement, elle doit souvent prouver qu'elle peut être aussi performante qu'une personne valide.

Les Centres de formation professionnelle des handicapés accueillent, orientent, forment les personnes reconnues handicapées, et les accompagnent vers une insertion professionnelle dans un milieu ordinaire du travail. Ils offrent également à ses pensionnaires, un service médico psycho social. Ainsi, pour contribuer à la compréhension de ces questions, et dans le cadre de la validation de la Maîtrise en Psychologie à l'Université d'Abomey-calavi, nous avons été amenés à effectuer un stage au Centre de formation professionnelle des personnes handicapées d'Akassato. L'objectif de ce stage était d'analyser le fonctionnement de l'établissement en termes d'accueil, de formation, d'encadrement et la réinsertion professionnelle des handicapés.

Pour mieux comprendre ce sujet, nous avons organisé ce travail en deux parties: Une première partie fait l'objet d'une approche spécifique de la problématique liée au monde du handicap. Il s'agit d'abord de définir et classer les handicaps. Ensuite, d'étudier les politiques sociales en faveur de l'insertion sociale et professionnelle des handicapés en République du Bénin, puis quelques théories d'organisation des centres médico-sociaux, et enfin la méthodologie de recherche. La deuxième partie s'intéresse au Centre de formation professionnelle des personnes handicapées CFPPH-AK. Elle présente l'établissement et son fonctionnement à travers ses missions. Puis elle étudie le degré d'efficacité des missions du Centre à l'aide d'une enquête par questionnaire, adressée aux apprenants, au personnel, et une observation relative à la commodité des matériels à la situation de formation.

Première partie : Cadre théorique et méthodologie

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

I- PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHESES

I-1- Problématique

Pour diverses raisons, dans les pays en voies de développement, une large frange des familles, adultes et enfants, vivent en marge du bien-être général ou en sont totalement exclues. C'est le cas au Bénin où ces familles vivent dans des conditions de vulnérabilité accrue, ne fut-ce qu'en raison de leur faible niveau de revenu et de leur rang social jugé inférieur. Non seulement elles présentent des risques de développer des pathologies somatiques, mais encore elles se heurtent souvent à de graves difficultés Psychologiques et sociales. Elles sont prises au piège de cercle vicieux qui leur ôte toute possibilité de faire face et de surmonter les nombreux désavantages dont elles sont victimes. Les difficultés résultent bien de la situation géographique, de l'interaction de l'homme sur l'environnement, des interactions entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux incorporés dans l'histoire de l'individu, une prédisposition à tel ou tel dysfonctionnement somatique ou psychique. C'est donc des difficultés permanentes et persistantes qui modifient leur schème au cours de la vie : Le « moi élargie », (*Jean-Pierre citeau et al, Introduction à la psychosociologie : concepts et études de cas P144*).

Longtemps méconnues en tant que problématique sociale et psychosociale, les « familles vulnérables » appelées aussi « Quart-monde » rencontrent actuellement davantage d'intérêt, (*Michel MANCIAUX et al L'enfant et sa santé : Aspects Épidémiologiques, Biologiques, Psychologiques et Sociaux P968*). Elles sont l'objet de prises en charge d'actions sociales bien intentionnées, souvent utiles, mais rarement basées sur une connaissance étendue de leurs spécificités, négatives comme positives. Ces assistances sont momentanées, répondent aux aspirations des donateurs compte tenu de leur observation ou de diagnostic phénotypique des maux de ces familles. Au prime abord, on peut conclure l'impact positif de ces aides d'assistance aux familles vulnérables .Mais en réalité, l'emprise de la dépendance semble renforcée. La motivation à la satisfaction aux besoins de développement personnel et de la réalisation de soi demeure faible. L'indépendance n'est pas uniquement fonctionnelle, c'est également avoir la capacité à exprimer des choix de vie existentiels. La vraie liberté pour Kant est l'expression de ses choix dans un monde rempli de contraintes. Accompagner la personne c'est donc ne pas vouloir pour elle mais lui permettre d'exprimer librement ses choix personnels. La véritable autonomie est la capacité à exprimer ses choix. L'individu

handicapé peut être soit citoyen libre tout en ayant une autonomie fonctionnelle limitée. Cette incapacité fonctionnelle pouvant être compensée par un accompagnement et des aides humaines et techniques. Cette manière de voir est la nouvelle vision éthique de l'accompagnement. De ce fait, l'accompagnement de la personne en situation de handicap n'a rien de systématique.

Le travail demeure certainement le moyen d'insertion socioéconomique des personnes en situation de handicap, (*Charles M., Pour une éducation de la liberté, les étapes du développement de la personnalité, PP121-122*), il a également un intérêt thérapeutique. Malgré les efforts entrepris, depuis quelques années, pour faciliter leur insertion professionnelle, les personnes handicapées sont nombreuses à vouloir accéder au monde de l'emploi. Ce ci étant, il reste beaucoup à faire. C'est ainsi que l'emploi des personnes en situation de handicap est encadré par des principes juridiques et sociaux, soulignant le souci d'intégration dont font l'objet les personnes en difficultés en République du Bénin. Outre les dons vivriers, les lois et les conventions ratifiées, des centres de formation professionnelle des personnes handicapées ont été initiées dans le but d'une autonomisation professionnelle et économique de celles-ci. Celui d'Akassato est créé vers les années 1980. Il forme les handicapés et les personnes provenant des familles vulnérables aux métiers traditionnels de fabrication des produits artisanaux agro-alimentaires et d'élevage. Depuis 25 ans, ce centre a formé dix promotions d'apprentis, soit un total de 284 personnes. Certes, un effort et une volonté politique louable du gouvernement. Mais ce nombre dont la liste n'est d'ailleurs pas exhaustive au vue de la statistique de la tranche de la population cible, est loin de combler les attentes quant à leur situation professionnelle. La question de l'insertion de ces personnes reste aujourd'hui un problème.

L'appréciation relevée dans nombre d'analyses est beaucoup plus mitigée, malgré certains effets positifs concernant surtout les chômeurs les plus qualifiés. Il faut préciser, cependant, que l'ambition des politiques d'insertion professionnelle est de freiner la progression du chômage et d'en atténuer les conséquences. Dans cette perspective, les critiques convergent sur deux points : Sur le plan général, la coupure entre la sphère de l'insertion et celle de la dépendance renforce une orientation de traitement social du chômage, au détriment d'un traitement plus économique. Sur le plan de l'accès aux mesures d'insertion professionnelle, la logique générale observée n'inverse pas la tendance sélective du marché du travail particulièrement défavorable aux moins

qualifiés. Florence LEFRESNE relève par exemple que dans le cas des jeunes, les mesures d'insertion qualifiantes en entreprise (les contrats en alternance), les plus performantes en termes d'intégration professionnelle pérenne, accueillent de plus en plus les diplômés ; en revanche, les jeunes les moins formés sont relégués dans les dispositifs plus éloignés du monde de l'entreprise, avec les chances d'accès à l'emploi les plus faibles, (*Florence Lefresne, Les jeunes et l'emploi, La Découverte, coll. « Repères », 2003*). C'est à cet effet, que l'investissement en ressources humaines pour l'insertion socioprofessionnelle s'impose de plus en plus comme l'une des solutions pouvant permettre aux personnes handicapées de réduire leur dépendance et d'accroître leur capacité d'autonomie socio économique. Ainsi la dynamique d'assistance de l'administration publique béninoise conduit-elle à l'autonomie socio professionnelle et économique des handicapés ? La réponse à cette question principale suscite les interrogations spécifiques suivantes : L'encadrement occupe-t-il une place qui leur permet de favoriser l'expression et le développement de cette autonomie? Quels sont les moyens dont il dispose, les obstacles qu'il rencontre ? Intervient-il dans ce processus dynamique de construction de l'autonomie des handicapés ?

Ainsi, déterminer les facteurs indispensables à l'insertion socioprofessionnelle et économique des personnes handicapées, est la grande préoccupation à laquelle nous voulons satisfaire à travers cette étude. Pour cela, il s'avère nécessaire d'étudier le fonctionnement du CFPPH-AK et sa contribution à l'autonomie des personnes handicapées formées.

I.2. Objectifs et Hypothèses

I-2.1. Objectif général

Déterminer les facteurs indispensables à une prise en charge efficiente au CFPPH-Ak pour l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées.

I. 2.2. Objectifs spécifiques

- Disposer de premiers éléments de connaissance et de réflexion sur le fonctionnement du CFPPH-AK,
- Identifier les facteurs contribuant à une prise en charge efficiente de l'insertion sociale et professionnelle des apprenants handicapés de CFPPH-AK,
- Faire des suggestions pour une amélioration de la gestion de la formation et l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées formées au CFPPH-AK.

I.2.3. Hypothèses

- Le CFPPH-AK dispose des atouts nécessaires à l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées,
- Le climat de travail et la demande sociale influence l'encadrement des handicapés,
- Les bénéficiaires du CFPPH-AK seraient satisfaits de la prise en charge interne au CFPPH-AK.

II- CLARIFICATION CONCEPTUELLE

II-1 Handicap : origines, définitions et classifications

II-1-1 Origines et définitions du handicap

Le terme handicap désigne la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non, menant à un stress et à des difficultés morales, intellectuelles, sociales et/ou physiques. Il exprime une déficience vis-à-vis d'un environnement, que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension. Il s'agit donc plus d'une notion sociale que d'une notion médicale. Ces limitations d'activité et de participation restent variables selon les contextes nationaux ou sociétaux. Ainsi, en Suède, la sensibilité électromagnétique est également un handicap.

Selon la nouvelle définition donnée par la loi française du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue « un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Etymologiquement, le mot handicap emprunté en 1827, vient de l'expression anglaise hand in cap, signifiant « main dans le chapeau ». Dans le cadre d'un troc de biens entre deux personnes, il fallait rétablir une égalité de valeur entre ce qui était donné et ce qui était reçu : ainsi, celui qui recevait un objet d'une valeur supérieure devait mettre dans un chapeau une somme d'argent pour rétablir l'équité. L'expression s'est progressivement transformée en mot puis appliquée au domaine sportif (courses de chevaux notamment) au XVIIIe siècle. En hippisme¹, un handicap correspondait à la volonté de donner autant de chances à tous les concurrents en imposant des difficultés supplémentaires aux meilleurs. Historiquement, le handicap se définissait par opposition à la maladie. Le patient était malade tant que son problème pouvait être pris en charge médicalement, il était réputé handicapé une fois devenu incurable.

Historiquement, les mots qui vont précédés pour les difficultés physiques 'Infirmes, Cagot', et pour le handicap mental, 'crétin, idiot, imbécile, débile, fou', les déficiences

¹ Ensemble des activités sportives pratiquées à cheval

mentales importantes sont regroupées sous le même terme générique médical d'oligophrénie, terme qui regroupe la déficience mentale profonde le mongolisme la psychose infantile déficitaire et l'autisme aujourd'hui bien différenciés par les différentes nomenclatures DSM-IV et CIM-10. En 1980, le britannique Philip Wood transforme radicalement la vision du handicap en le définissant comme un désavantage dont est victime un individu pour accomplir un rôle social normal du fait de sa déficience (lésion temporaire ou définitive) ou de son incapacité (réduction partielle ou totale des capacités pour accomplir une activité). Cette définition a par la suite été critiquée pour mettre trop en avant l'aspect fonctionnel du handicap et pas assez son aspect social. Il est vrai que la problématique sociale du handicap a toujours buté sur une ambiguïté : tout le monde peut à un moment vivre une situation de handicap, pourtant les personnes handicapées sont bien une minorité amenée à défendre ses droits en tant que groupe social.

II-1-2- Selon la déclaration de l'Organisation des Nations Unies et l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les Nations Unies adoptent la définition proposée dans la déclaration des droits des personnes en situation de handicap. Selon cette définition le terme handicapé désigne: *toute* personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même, toute ou une partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience congénitale ou non de ses capacités physique ou mentales². Avec la parution de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, CIH-2), l'OMS a introduit une nouvelle typologie du handicap qui prend plus en compte les facteurs environnementaux. Le handicap peut y être défini comme la rencontre d'une déficience avec une situation de la vie quotidienne. Ces deux composantes sont soumises à l'influence de problèmes de santé (maladies, blessures, lésions) et de facteurs contextuels (environnement et facteurs personnels). En 1980, l'OMS qualifie une personne en situation de handicap: *tout sujet dont* l'intégralité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises. Dans la récente Classification Internationale du Handicap CIH-2, l'OMS donne, à la fois une définition médicale et une définition sociale. Dans le modèle médical, dit-elle, le handicap est perçu comme un attribut de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou autre problème de santé. Il nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par

² La résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies du 09 décembre 1975

des professionnels. Les soins médicaux sont gérés pour guérir le malade, ou l'adapter et changer son comportement.

Dans le domaine social, la question du handicap est perçue comme étant surtout un problème créé par la société. IL n'est pas un attribut de la personne. Il est perçu comme un ensemble de complexes de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social. Ainsi, la solution au problème exige que des mesures soient prises dans le domaine des politiques sociales. C'est à l'ensemble de la société qu'il revient d'apporter les changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes atteintes de handicap de participer pleinement à tous les aspects de la vie. La solution est donc un changement de société, ce qui renvoie, au niveau politique, à la question de droits de la personne humaine. Le but poursuivi par la Classification Internationale du Handicap et de la santé, est de proposer un langage uniformisé et normalisé ainsi qu'un cadre pour la description des états de santé et des états connexes de la santé. La CIH s'est éloignée d'une classification des conséquences de la maladie, pour devenir une classification des composantes de la santé.

II-1-3- Situation de handicap

Une situation de handicap est l'ensemble des difficultés rencontrées par un individu pour réagir à une situation de vie en raison de ses déficiences. Pour mesurer ces difficultés, la notion de performance est différenciée de celle de capacité. La performance mesure la réponse d'un individu à une situation de vie dans son environnement réel, alors que la capacité mesure l'aptitude d'un individu à répondre à cette même situation dans un environnement normalisé. Toutes ces mesures sont dynamiques. Elles varient à la fois en fonction de l'évolution des déficiences du patient et de ses apprentissages. Toutes les difficultés rencontrées par une personne ne renvoient pas forcément à la notion de handicap définie ici. Par exemple, la réponse à apporter à une personne victime de discrimination raciale n'est pas d'ordre socio médical mais d'ordre purement juridique. La situation de handicap est un état de réduction ou d'absence, chez une personne, de ses capacités physiques ou mentales. Il résulte d'une maladie, congénitale ou non, d'accident, qui l'empêche d'exécuter les activités domestiques et professionnelles, et qui nécessite soit, une rééducation médicale physique pour retrouver l'usage de ses membres et / ou de ses compétences intellectuelles, soit l'assistance d'une tierce personne. Cette situation pourrait également nécessiter une rééducation intellectuelle en vue d'intégrer ou réintégrer un environnement professionnel.

En somme, par personnes handicapée on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec divers barrière peut faire obstacle à leurs pleines et effectives participations à la société sur la base de l'égalité avec les autres. La perception de qui est (ou n'est pas) handicapée peut beaucoup varier d'un milieu à un autre. Selon HELANDER cité dans « La situation des personnes handicapées au Bénin », « une personne handicapée est celle qui, dans une société est considéré ou officiellement reconnus comme telle, à cause d'une différence d'apparence et/ou de comportement en combinaison, avec une imitation fonctionnelle ou une restriction d'activité »³.

Au Bénin, est officiellement considérée comme personne handicapée « toute personne atteinte d'une déficience congénitale (par exemple : malformation, trisomie 21) ou acquise (par exemple : accident maladies infectieuse) de sorte que son aptitude à intégrer les différents systèmes (éducation, formation, emploi,...etc.) soit compromise ou mal perçue. Il en découle une marginalisation et des conditions de vie difficiles de ces personnes », (T. SINGLETON et al, *Le Handicap au Bénin, 1997, P13*). Il apparaît avec évidence que le concept du handicap est vaste et fluctuante. Malgré les progrès importants enregistrés au plan législatif au Bénin, les personnes handicapées souffrent encore du poids de la tradition, de la violence de la discrimination et de la marginalisation. Leur situation actuelle se caractérise par une couverture sociale insuffisante malgré les dispositions constitutionnelles qui légitiment l'assistance des personnes handicapées.

II-1-4- La classification des handicaps

Le handicap est une réalité multiple selon l'analyse de l'OMS. Les maladies sont à l'origine de la chaîne, ce terme doit être compris dans un sens large, incluant les accidents et les autres traumatismes moraux ou physiques, ainsi que les conséquences des complications de grossesse ou d'accouchement, et les malformations congénitales. Le handicap regroupe trois domaines :

II-1-4-1- Les déficiences

Elles correspondent à la perte (amputation, sclérose...), atténuation ou dysfonctionnement des diverses parties du corps ou du cerveau. Une déficience est une « perte de substance ou altération définitive ou provisoire, d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». Ce terme dans la traduction française est

³ La situation des personnes handicapées au Bénin (Banque mondiale 2004)

plus global que celui de trouble, qui n'inclut pas de perte de substance. Les déficiences sont des problèmes du corps, des écarts par rapport à la situation normale. Les lésions des structures anatomiques et les limitations des fonctions organiques et psychiques sont diagnostiquées. Une déficience peut être objective ou supposée, du fait d'altérations de l'estime de ses propres capacités (la peur de faire). Elle peut être la conséquence (le symptôme) d'une maladie, mais n'est pas la maladie elle-même. Par exemple, une perte de l'audition peut être la conséquence d'une pathologie (otite, encéphalites, oreillons), d'un traumatisme, d'une anomalie génétique ou du vieillissement. Si les déficiences ont toujours une cause organique ou psychique, elles recouvrent un domaine plus vaste que la notion de trouble ou de maladie. Cela signifie qu'un individu souffrant d'une déficience ne doit pas forcément être considéré comme un malade. On distingue différents états de déficiences, (Michel MANCIAUX et al, *L'enfant et sa santé : Aspects Épidémiologiques, Biologiques, Psychologiques et Sociaux*, Doin Editions, 8, Place de l'Odéon, 75006, Paris, 1987 (1326 P) P962) :

***Déficience motrice**⁴: Elle couvre différentes formes de handicap, mais qui, tous, portent atteinte à la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, réduisant l'autonomie de la personne, et nécessite parfois une aide extérieure dans les actes de la vie quotidienne.

*** Déficience sensorielle** : Elle peut être auditive, légère, moyenne, sévère et / ou profonde selon le cas. Ici on parle de handicap invisible. Elle peut également être d'ordre visuel, elle est définie par la mesure de champs visuels et de l'acuité visuelle. On parle d'amblyope ou d'aveugle selon le degré d'atteinte.

*** Déficience intellectuelle** : Elle est présentée comme un développement insuffisant des capacités mentales, entraînant l'impossibilité d'apprentissage normal et d'une réaction appropriée aux circonstances de la vie quotidienne. Elle entraîne également une mauvaise maîtrise de la lecture, l'écriture et une méconnaissance des conventions tacites qui régissent l'échange d'information et les règles de communication. Selon la quantité du Quotient Intellectuel (QI), on parle de retard léger, moyen, grave ou profond.

II-1-4-2. Les incapacités

Ce sont, dans le domaine de la santé, des difficultés, ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain, comme se tenir debout, parler, s'habiller... Elles résultent en général d'une ou plusieurs déficiences. Elles représentent les perturbations au niveau

⁴ Cité par wikipédia, Novembre 2012

de la personne en son entier. Elles permettent enfin, une description des limitations des activités ou comportements essentiels à la vie.

II-1-4-3. Les désavantages

Ce sont d'abord, les conséquences des incapacités. Ils désignent les difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à accomplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer, ou que la société attend d'elle du fait de son handicap. Ensuite ils sont les préjudices qui résultent de la déficience ou de l'incapacité et qui limitent et ou interdisent l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe, et des facteurs socioculturels. Ils décrivent enfin, les conséquences néfastes de l'interférence entre les déficiences et les incapacités d'une part, et les exigences de l'environnement (de travail en particulier) d'autre part. Les désavantages décrivent par ailleurs le préjudice éventuel subi par une personne dont l'insertion sociale est limitée du fait de son handicap. C'est ainsi la place de l'individu dans la société et la façon dont elle peut être limitée qui sont ici, décrites.

En définitive, la classification permet d'obtenir un certain nombre de consensus sur les définitions, que le handicap est une caractéristique, voire une situation, multidimensionnelle. Il comporte trois niveaux d'expérience liés entre eux et issus de problèmes de santé : l'absence ou le dysfonctionnement des organes (membres, viscères, cerveau), ou leur système (métabolisme, douleurs). Il en résulte également des incapacités à effectuer un certain nombre d'activités de la vie quotidienne (telles que communiquer, marcher, se laver ...), des désavantages ou préjudices dans les différents domaines de la vie (indépendance physique, la mobilité...).

Si la classification montre l'étendue de la dépendance du handicap, elle ne permet pas de déterminer le niveau de gravité à partir duquel une personne est handicapée. Mais aucune liste, répertoriant les incapacités et les déficiences d'origine, adaptées à tous les âges n'est adoptée. Dans chacun des trois domaines que regroupe le handicap, l'atteinte peut être minime ou grave, voire même rédhibitoire. La diversité des critères du handicap et la multiplicité de ses conséquences, rendent difficile la connaissance du nombre de la population atteinte de handicap en République du Bénin. Par ailleurs, les déficiences ne sont qu'un des niveaux d'expérience permettant de décrire la situation de handicap. Or, à déficience identique, les incapacités, restrictions d'activité et de participation qui en résultent sont très variables selon les individus et le contexte dans lequel ils évoluent. Il faut donc se garder d'imaginer qu'un regroupement par déficience permet d'envisager les difficultés et les solutions de manière parfaitement homogène.

II-2 LA VULNERABILITE ET LE QUART MONDE

La vulnérabilité est un état de moindre résistance aux nuisances et aux agressions ; elle est sous-tendue par des mécanismes biologiques et psychologiques passés et présents. Elle peut être définitive ou temporaire, plus ou moins généralisée ou portée sur tel ou tel secteur de la santé somatique ou psychique. Elle résulte de l'interaction entre des facteurs génétiques (le terrain des anciens) et des facteurs environnementaux incorporés dans l'histoire de l'individu ; elle se traduit par ce qu'on désignait classiquement comme une prédisposition à tel ou tel dysfonctionnement somatique ou psychologique (*Michel MANCIAUX et al, L'enfant et sa santé : Aspects Épidémiologiques, Biologiques, Psychologiques et Sociaux, Doin Editions, 8, Place de l'Odéon, 75006, Paris, 1987*)

. Ainsi, le terme familles vulnérables souligne les risques divers auxquels les familles sont exposées ; il évoque aussi, du moins à nos yeux, le besoin d'aide et d'attention. En situation d'urgence, trois types de famille sont aussi particulièrement vulnérables : Les familles monoparentales, spécialement celles qui comptent plusieurs enfants en bas âge ; Les familles nombreuses ; Les familles qui s'occupent d'autres enfants en plus des leurs (*Santé mentale des réfugiés P.91*).

Le quart monde est un terme forgé par le mouvement « Aide à toute détresse-quart monde » (« ATD-Quart monde »). Ces vocables renvoient à une philosophie de solidarité et à une dynamique de politique sociale ainsi qu'à l'identité spécifique des familles et au respect de cette identité (aspects positifs). Selon le dictionnaire universel, le terme quart-monde désigne l'ensemble des classes les plus défavorisées de la population, dans un pays donné. Avec C. Colin, on peut retenir quatre critères cardinaux qui cernent de façon optimale le concept de familles du quart monde : familles autochtones ou séjournant depuis au moins dix ans dans le pays, Présence de handicaps multiples (cumul), Persistance de difficultés pendant au moins dix ans, Transmission probable de génération en génération.

II-3 INSERTION ET LA NOTION D'INTEGRATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE, INFLUENCE, PROCESSUS ET ORGANISATION

L'insertion sociale et professionnelle désigne le processus permettant l'intégration d'une personne au sein du système socio-économique par l'appropriation des normes et règles de ce système. L'insertion couvre l'ensemble des rapports de la personne avec son environnement social. Être inséré signifie avoir une place, être assuré de positions sociales différenciées et reconnues (statut, rôles, etc.). Le concept d'insertion est indissociable du concept de socialisation car pour être inséré, l'humain doit intérioriser un ensemble de valeurs, de normes, de règles communes. Il existe la socialisation primaire (au sein du cercle familial) et la socialisation secondaire (au sein de l'espace scolaire, professionnel et au fil des divers échanges avec autrui). Ces processus de socialisation permettent à l'individu de trouver sa place dans la société, d'être inséré socialement. Selon l'IDRIS⁵, l'insertion sociale est l'« action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par des échanges satisfaisants avec son environnement. C'est aussi le résultat de cette action, qui s'évalue par la nature et la densité des échanges entre un individu et son environnement ». Jean-Yves Barreyre⁶ donne l'origine étymologique du mot « insérer » du latin *in-sere*, qui signifie « introduire dans ». Marc Lorient⁷, pour sa part, cite Durkheim pour définir le concept d'insertion « un groupe ou une société sont intégrés quand leurs membres se sentent liés les uns aux autres par des croyances, des valeurs, des objectifs communs, le sentiment de participer à un même ensemble sans cesse renforcé par des interactions régulières ». L'insertion sociale revêt donc plusieurs dimensions, que ce soit au niveau professionnel, du logement, culturel ou encore de la santé.

La notion d'intégration est issue du latin *integrare* "renouveler, rendre entier" (action de faire entrer une partie dans le tout). Pour les sciences sociales, elle peut désigner un état de forte cohérence entre les éléments. Elle concerne soit un système social en tant que tel, soit le rapport individu-système social. Selon T. Parsons, l'intégration constitue une des fonctions du système social, assurant sa coordination. Il a étudié l'intégration à travers les rôles sociaux dans le groupe, s'exprimant sous forme de

⁵IDRIS : Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale.

⁶Le dictionnaire critique d'action sociale, Jean-Yves Barreyre

⁷LORIENT Marc (sous la direction de), *Qu'est-ce que l'insertion*, Edition L'Harmattan, 1999

normes, d'habitudes, de modèles socioculturels de conduite. En France, un autre sociologue, E. Durkheim, parle de l'intégration à partir de groupe constituant une société. Il considère qu'un groupe est intégré dans la mesure où ses membres possèdent une conscience commune, partagent les mêmes croyances et pratiques, sont en interaction les uns avec les autres et se sentent voués à des buts communs. Ainsi, l'intégration a été étudiée par le biais des groupes ou des membres qui les composent. Mais tout individu appartient toujours à un groupe et se situe dans la société globale. Dès lors, parler d'intégration à la société générale est équivoque, car il y a autant de formes d'intégration qu'il y a de formes de sociabilité, de formes de groupements avec leurs rapports différents avec la société globale. Les forces intégrantes, quelles que soient la philosophie ou l'idéologie adoptée, contiennent un ordre de valeurs, de sorte que C. Angelle (dictionnaire d'action sociale) définit l'intégration comme l'affirmation d'un ensemble de fins et de valeurs communes vers lesquelles les membres d'un groupe donné sont orientés et qui sont déterminantes pour la vie de ce groupe. D'un sens plus fort que celui d'insertion, le concept d'intégration révèle ainsi les attentes de la société face à ces personnes ou groupes. Aujourd'hui, le concept de l'intégration a évolué vers celui de l'inclusion qui met d'avantage l'accent sur le respect des droits de la personne handicapée dans divers domaines, avec la même liberté de choix que les autres personnes, sa participation et son accès libre à une gamme variée de service dans le cadre de leur épanouissement global.

Influence

Du latin médiéval *influentia*, du latin classique *influere*, *influer* (couler dans) action, généralement continue, qu'exerce quelque chose sur quelque chose ou sur quelqu'un (L'influence *du climat sur la végétation*. L'influence *de la télévision sur les jeunes*). En psychologie, l'**influence** est le processus par lequel une personne fait adopter un point de vue par une autre. L'influence opère une inflexion : celui qui aurait pensé ou agi autrement s'il n'était pas influencé se dirige dans le sens que souhaite l'influent de façon apparemment spontanée. Cette notion d'influence peut recouvrir aussi bien : des phénomènes de persuasion (A convainc B de la vérité d'une proposition X ou de la valeur Y, ou encore il le persuade d'adopter le comportement Z) ; que des phénomènes d'imitation ou mimesis, au sens où l'on dit, par exemple que B est sous l'influence de A parce qu'il l'admire, qu'il désire l'imiter, gagner sa reconnaissance, partager un peu de son prestige... L'influence est souvent celle d'un groupe. La mode, l'imitation, le conformisme, mais aussi la conversion en sont des manifestations. L'influence s'exerce aussi par des

réseaux : des ensembles stables de relations humaines qui agissent dans le même sens et souvent échangent des informations précieuses, des services...

Processus

Le mot **processus** vient du latin *pro* (au sens de « vers l'avant ») et de *cessus, cedere* (« aller, marcher ») ce qui signifie donc aller vers l'avant, avancer. Ce mot est également à l'origine du mot *procédure* qui désigne plutôt la méthode d'organisation, la stratégie du changement. Selon la norme ISO 9000:2005 la définition est : « ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie » ; En psychologie, un processus est un ensemble, considéré comme doté d'une unité et d'une organisation, d'événements étalés dans le temps. Il peut être aussi, une unité élémentaire du fonctionnement mental qui, d'après un modèle, est susceptible de se composer avec d'autres pour donner lieu à une unité d'ordre plus élevé. La notion de processus est centrale dans les théories de la psychologie, ce terme désigne généralement les mécanismes fondamentaux qui opèrent dans l'esprit ou le psychisme de l'individu. Suivant les approches (cognitive, sociale, psychodynamique...), le terme *processus* renvoie donc à des entités théoriques relativement différentes. En psychologie cognitive, illustration tirée de la Margarita Philosophica, encyclopédie de l'humaniste allemand Gregor Reisch (1503) où, à côté des sens (physiologie) « externes » (vision, audition, olfaction) apparaissent les « sens internes » sous formes d'entités mentales distinctes : sens commun (*sensus communis*), fantaisie (*fantasia*), imagination (*ymaginativa*), vermis (*vermis*), cognition (*cogitativa*), estimation (*estimativa*) et mémoire (*memorativa*). En psychologie et neurosciences cognitives, on parle de processus pour désigner les mécanismes supposés procéder au traitement de l'information dans le cerveau. Les processus mentaux ne se limitent pas au domaine du raisonnement mais sont proposés pour expliquer l'ensemble de la cognition, (pensée, raisonnement, langage, perception, mémoire, émotions, motricité...). On distingue parfois les processus dits *élémentaires* censé fournir les « briques » minimale de l'architecture cognitive (par exemple, la détection de contours par le cortex visuel) et les processus de plus « haut niveau » ou *intégrés* qui sont formés de combinaisons plus ou moins complexes des premiers et qui réalisent une fonction cognitive donnée comme, par exemple, la lecture (cf Chris Theodorakis, *Environmental Processes Encyclopedia of Toxicology* (Second Edition), 2005, Pages 208-210). En psychanalyse, un processus est un mode de fonctionnement de l'appareil psychique ;

En gestion de qualité un processus est un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment les éléments d'entrée en éléments de sortie (norme ISO 9001:2000). Ces éléments sont soit des objets matériels (pouvant être perçus comme des flux par la logistique à des fins d'évaluation) soit des informations (voir processus pour le système d'information dans ce cas), soit les deux. Un processus est caractérisé par 6 paramètres : Le pilote (celui qui rend compte du fonctionnement du processus), les ressources requises (financière, humaine, matérielle...), les éléments d'entrée (données ou produits), la valeur ajoutée, les éléments de sortie (données ou produits), et le système de mesure, de surveillance ou de contrôle associé.

L'organisation quand à elle, vient du substantif latin « organum » et du grec « organon » qui désigne au XII^e siècle un instrument de musique, la voix, un organe du corps. Au XIV^e siècle, outre un sens musical, organiser signifie : « *disposer de manière à rendre apte à la vie* ». L'organisation désigne l'action mais aussi le résultat de l'action de celui qui délimite, structure, agence, répartit, articule. Elle traduit au niveau des moyens l'expression d'une volonté : soit par la manière dont les différents éléments d'un ensemble complexe, d'une société, d'un être vivant sont structurés et articulés ; soit par la structure qui en résulte avec une hiérarchie et/ou un agencement concret des organes ou moyens requis. L'organisation combine et associe les moyens les plus adaptés en vue de : réaliser sa mission et ses finalités. Ainsi un groupement, une association se proposent et font tout pour atteindre des buts déterminés (organisation syndicale, organisation internationale, organisation non gouvernementale, etc.) ; promouvoir un référentiel et un système d'action capable d'ouverture, d'écoute d'un client pour ensuite savoir le satisfaire par le déploiement et l'activation des moyens pertinents et efficaces pour ce faire, dans un délai ou sur une période de temps souhaités. Pour Stephen P. Robbins¹ l'entreprise - vue comme une organisation - se définit comme « l'ensemble de moyens structurés, constituant une unité de coordination, ayant des frontières identifiables, fonctionnant en continu, en vue d'atteindre un ensemble d'objectifs partagés par l'ensemble de ses membres (salariés, dirigeants, actionnaires...). » L'intérêt de l'organisation - tant dans sa conception que dans sa gestion - est de prendre en compte pour essayer de la réduire, la tension naturelle qui existe spontanément entre d'une part les finalités choisies, de l'autre les moyens disponibles et/ou réunis pour y parvenir. L'organisation parvient d'autant mieux à réguler cette tension qu'elle est capable de « faire système », c'est-à-dire d'être et d'agir comme un ensemble d'éléments en interaction, regroupés au sein d'une structure pilotée, ayant un système de communication pour faciliter la circulation de l'information, dans le

but de répondre à des besoins et d'atteindre des objectifs déterminés. L'organisation peut être vue selon une approche structurelle ou managériale :

Approche structurelle : L'organisation a pour objectif de faciliter la circulation des flux et ainsi d'atteindre des objectifs déterminés. La circulation des flux sera améliorée s'il n'y a pas de déformations de ceux-ci et s'il est possible de les accélérer. Pour limiter la déformation, il faut augmenter le niveau d'uniformisation de ce qui encadre le flux (gestion de base de données, procédures, systèmes anti-erreurs...) ou la flexibilité de l'organisation. Pour augmenter la vitesse du flux, il faut mettre en œuvre les synergies existantes au sein de l'organisation.

Approche managériale : Selon la norme internationale ISO 9000 (version 2005), l'organisation se définit comme un "ensemble de responsabilités, pouvoirs et relations entre les personnes". C'est l'un des outils du système de management d'une entreprise, lequel permet (selon ISO 9000) "d'établir une politique et des objectifs et d'atteindre ces objectifs". Optimiser une organisation, c'est d'une part optimiser ses processus, transversaux par rapport à l'organisation, et d'autre part mobiliser le personnel de manière à ce que tous les employés focalisent leur énergie vers l'atteinte des objectifs. Étant donné que les étapes des processus sont les briques de l'organisation, optimiser les processus, c'est bien optimiser l'organisation.

III- ETAT DE LA QUESTION

III.1. Diverses politiques d'insertion socio professionnelle à l'endroit des personnes handicapées

III.1.1. Les mesure de protection des institutions internationales

Dans le but de fournir un cadre adéquat d'intervention en faveur des personnes handicapées, l'organisation des Nation Unies a pris plusieurs résolutions : La déclaration de 1981 comme année internationale des personnes handicapées ; La résolution 37/52 du 3 Décembre 1982 qui a adopté le programme d'action mondiale concernant les personnes handicapées ; La déclaration de la période 1983 -1992 comme décennie mondiale des personnes handicapées ; La déclaration de la période 1983 -1992 comme décennie mondiale des personnes handicapées ; La déclaration de la 1^{ère} décennie africaine des personnes handicapées (1999-2009) ; L'adoption en 2006 de la convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) et La déclaration par l'union africaine de la période 2009-2019 comme 2^{ème} décennie africaine des personnes handicapées. Ces décisions ont essentiellement pour but, l'adoption de mesures efficaces en vue de la prévention des handicaps et de la réalisation des objectifs d'égalité et de pleine participation. Elles énoncent le principe d'autopromotion et de participation, à savoir la résolution multisectorielle des problèmes des personnes handicapées dans le contexte global d'un processus de développement à la base.

La convention relative aux droits des personnes handicapées a été adoptée par la soixante et unième session de l'assemblée générale de l'ONU à New York le 13 Décembre 2006. Elle comporte 50 articles. Le 1^{er} article qui a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance et tous les droits de l'homme et toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque. Les principes généraux de la convention se résument en 08 points dans l'article 03: le respect de la dignité intrinsèque de l'autonomie individuelle y compris la liberté de faire ses propres choix et de l'indépendance des personnes, la discrimination, la participation et l'intégration pleine et effective à la société, le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité, l'égalité des chances, l'accessibilité, Egalité entre les hommes et les femmes, le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité. Egalité et non discrimination, permettre aux femmes handicapées de jouir des mêmes droits que les hommes (épanouissement, promotion et autonomisation des femmes), l'enfant handicapé

a le droit de jouir de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales et sur la base de l'égalité avec les autres enfants, sont entre autre les thèmes des 5, 6 et 7^{ème} article.

Du 08^{ème} au 30^{ème} , la convention insiste successivement sur : la sensibilisation, l'accessibilité, le droit à la vie, la situation de risque et situation d'urgence humanitaire, reconnaissance de la personnalité juridique (dans les conditions d'égalité, de l'accès à la justice), la liberté et sécurité de la personne, le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitement cruel, inhumaine ou dégradant, droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance, la protection et l'intégrité de la personne, le droit de circuler librement et la nationalité, l'autonomie de vie et l'inclusion dans les sociétés, la mobilité personnelle, la liberté d'expression et d'opinion et d'accès à l'information, le respect de la vie privée ; le respect du domicile et de la famille, l'éducation, la santé l'adaptation et la réadaptation, le travail et l'emploi, le niveau de vie adéquat et la protection sociale, la participation à la vie politique et publique, la participation à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports.

III.1.2. La situation des personnes handicapées dans l'Union européenne

La situation des personnes en situation de handicap dans l'Union européenne est une source de préoccupation grandissante : plus de 37 millions de citoyens européens sont touchés par une forme ou une autre de handicap. De plus, un ensemble d'obstacles nuisent à leur intégration et à leur maintien dans le marché du travail. En dépit de progrès certains dans l'élimination de ces obstacles, les personnes en situation de handicap participent deux fois moins que les autres au marché du travail. Pour répondre à un tel défi, l'Union européenne a développé une nouvelle approche fondée sur l'égalité des chances des personnes en situation de handicap et sur l'inclusion de cette préoccupation au cœur des politiques communautaires. C'est ainsi que l'objectif d'améliorer la participation au travail des personnes en situation de handicap a été pleinement intégré dans la nouvelle stratégie européenne de l'emploi décidée par les Chefs d'Etat et de Gouvernement, réunis en Conseil européen extraordinaire sur l'emploi, les 20 et 21 novembre 1997. Il a été reflété encore davantage dans le projet de Lignes directrices 1999 pour les politiques d'emploi des Etats membres récemment adoptés par la Commission. Plusieurs pays européens ont d'ailleurs une constitution écrite contenant une norme antidiscriminatoire ou garantissant l'égalité de traitement aux personnes en situation de handicap. D'autres ont une constitution écrite contenant des normes antidiscriminatoires

plus générales ou garantissant implicitement l'égalité de traitement aux personnes en situation de handicap. Le sexe, la religion, la nationalité... sont parmi les diverses causes de discrimination énumérées par ces différentes règles. Exemple, de cas: (la Belgique dans l'article 11 de la constitution, la France dans la préambule de la constitution de 1958, La Hongrie dans l'article 70 de la loi 20 de 1949, le Luxembourg dans l'article 11 de la constitution, les Pays Bas article 1, la Pologne article 32, La Suisse dans l'article 4 de la constitution fédérale et l'Espagne dans l'article 14 de la constitution). Selon la jurisprudence de ces divers pays, la discrimination en raison d'un handicap est couverte par ces dispositions. En France, la loi sur la non discrimination du 10 juillet 1990 vient renforcer le dispositif de la lutte contre la discrimination. Elle s'appuie sur le principe d'égalité, un des principes de droit public anciennement et fermement établi.

Par ailleurs, dans le cadre de cette même stratégie, les partenaires sociaux sont invités, à leurs différents niveaux de responsabilité et d'action, à conclure des accords en vue d'ouvrir aux personnes en situation de handicap des possibilités de formation, d'expérience professionnelle, de stages ou d'autres mesures semblables.

A la lumière de divers travaux adoptés dans le cadre des Lignes directrices pour l'emploi, il est bien clair qu'il existe une volonté commune de tous les acteurs de la politique de l'emploi dans l'Union européenne de réduire l'exclusion.

III.2. Les politiques de l'insertion sociale et professionnelle à l'endroit des personnes handicapées en République du Bénin

Au Bénin, les préoccupations majeures des affaires sociales étaient l'assistance aux personnes démunies et la protection maternelle et infantile⁸. C'est en 1980, au lendemain de la conférence de Lomé sur le développement des services sociaux, que le Bénin a opté pour le service social de communauté afin de susciter la participation de tous à la prévention et à la résolution des risques sociaux majeurs. En 1989, les centres sociaux deviennent des centres de promotion sociale (C.P.S). L'objectif est de faire de ces structures, de véritables lieux privilégiés d'accueil, d'animation, d'initiation aux activités professionnelles pour des communautés à la base. Aujourd'hui, on dénombre dans l'ensemble du pays quatre vingt cinq (85) centres de promotion sociale qui sont des structures déconcentrées du Ministère de la Familles des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale des Handicapées et des Personnes de Troisième Age au niveau périphérique. Ils jouent un rôle de premier plan dans la mise en œuvre des stratégies et plans d'actions retenues pour atteindre les objectifs généraux fixés par le Ministère.

⁸MFSN, Les Affaires Sociales au Bénin, 2008

Le Programme d'Action du Gouvernement (2001-2005) et le Programme de Développement des Rescoutes Humaines (P.D.R.H) financé par la Banque Africaine de Développement (B.A.D), ont permis la construction, la réhabilitation et l'équipement de huit (08) Centre de Promotion Social (C.P.S), ainsi que la formation et le recyclage des agents. Par ailleurs, le Projet d'Appui à la Démocratie et à l'Égalité du Genre (P.A. D. E. G) construit également 12 infrastructures (bloc administratif et salle polyvalente) dans 12 Centres de Promotions Sociales.

La mise en place progressive des districts R.B.C a permis au Ministère de renforcer des prestations offertes au profit des personnes handicapées dans les zones couvertes. La réalisation de ces projets a permis d'améliorer le cadre de travail pour un meilleur rendement des agents. La prise en charge psychosociale dans les Centre de Promotion Sociale joue un rôle déterminant dans l'équilibre sanitaire des populations. Les actions menées par les Services Sociaux Spécialisés selon leur domaine de compétence et leur groupe cible bénéficiaire, contribue également à cet équilibre. Les Etats généraux du secteur du développement social de la solidarité sociale, tenue en décembre 2010 ont retenue de faire des C.P.S, des complexes avec une multidisciplinarité des compétences (technicien social, juriste, psychologue) qui travailleront en vue d'une prise en charge intégrale des usagers.

Le Fond d'Appui à la Réadaptation et à l'Intégration des Personnes Handicapées (FARIPH), un office du Ministère de la Famille dont la mission est la réadaptation et l'intégration sociale des personnes handicapées en vue de leur participation au développement national, donne des appui aux personnes handicapées en vue de leur faciliter l'accès aux soins à la mobilité, à l'éducation, à la formation professionnelle, l'installation des personnes handicapées formées ou détentrices d'un diplôme de fin de formation professionnelle et de leurs famille, l'Information, l'Education, la Communication pour un Changement de Comportement et la Promotion des Activités Génératrices de Revenus (AGR) des personnes handicapées et de leurs famille en vue de favoriser leur intégration socio-économique dans leurs milieux de vie.

Au plan sanitaire, la principale difficulté rencontrée résulte de l'état de pauvreté qui caractérise les personnes handicapées qui a pour corollaire leurs incapacités à se faire payer les frais de consultation et les soins prescrits. D'autres difficultés concernent l'accès et l'édifice et l'insuffisant appui de l'Etat aux structures spécialisées. Mais les origines des handicaps sont multiples. Outre celles qui sont naturelles, plusieurs handicaps sont

d'origine sanitaire. Les affections handicapantes sont multiples et certaines maladies autre fois sont en voie d'éradication (polio, lèpre) mais d'autres sont en pleine expansion (ulcère de Buruli, hypertension artérielle). A ces maladies, on pourrait ajouter notamment le traumatisme dus aux accidents de la voie publique, les accidents domestiques et du travail les séquelles neurologiques, accouchement dystociques sans oublier les séquelles intramusculaire l'ictère nucléaire

La prévalence du handicap augmente avec l'âge, passant de 0,7% pour la tranche 0-4 ans à 14% pour la tranche 60 ans au plus. Cependant, pyramide des âges relève aux totale, 1/3 des personnes handicapées du Bénin se retrouve dans la tranche 0 à 24 ans¹. Les affections handicapantes les plus enregistrées dans les formations sanitaires en 2009 sont : le paludisme grave ; le diabète ; la tuberculose, l'ulcère de Buruli ; la rougeole ; la poliomyélite (paralysie flasques aiguës) ; Hypertension artérielle. Ce pendant, au Bénin il existe peu de données sur les personnes handicapées et la plupart des investigations de grande envergure ont souvent manifesté peu d'intérêt à la question relative aux personnes handicapées. Les données les plus récentes proviennent du troisième Recensement Générale de la population et de l'Habitation (RGPH3) de 2002.

Sur les 6 769 914 habitants recensés, on compte 172 870 personnes handicapées soit 2,6% de l'effectif total de la population béninoise. La structure par sexe de la population des personnes handicapées est en analogue à celle de la population totale : 49,9% d'hommes et 50,1% de femmes 99,3% des personnes handicapées se trouvent dans les ménages ordinaires et à 0,7% dans les ménages collectifs. Trois principaux handicaps prédominent dans cette population : la malvoyance (amblyopie), la paralysie des membres inférieurs et la cécité avec respectivement 37, 5%, 12,7% et 9,0%. Les malvoyants se retrouvent le plus souvent dans les ménages ordinaires et dans les ménages collectifs. Les autres personnes handicapées sensoriels (sourds, aveugles, muets), les handicapés mentaux et moteurs et les autres personnes handicapées sont plus concentrées dans les ménages collectifs. Les personnes handicapées sont inégalement réparties selon les départements. Elles sont plus concentrées dans le département de l'Atlantique, du Mono, de l'Ouémé et du Littoral avec respectivement 15,8% 12,1% 11,2%et 11,2%. Les personnes handicapées de moins de 10 ans représentent 11,6% de la population totale, celles dont l'âge est compris 10 et 54ans font 54,1% et les personnes de 55ans et plus représentent les 34,3%. Elles sont en majorité analphabètes. Seules 28,4% d'entre elles savent lire, écrire en langues nationales contre

un taux national d'alphabétisation de 53,1% pour les personnes âgées de 15 ans et plus. Les personnes handicapées les plus alphabétisées sont majoritairement de sexe masculin et se retrouvent pour la plupart en milieu urbain. Parmi les personnes handicapées 19,2% ont le niveau primaire, 8,2% ont le niveau secondaire et 0,8% le niveau supérieur. La moitié des personnes handicapées est inactive. Les personnes handicapées actives occupées travaillent majoritairement dans l'agriculture et dans le commerce. La majorité de celles qui pratiquent le plus l'agriculture résident pour la plupart en milieu rural et sont de sexe masculin. Par contre celles travaillant dans le commerce se retrouvent le plus souvent en milieu urbain et sont pour la plupart de sexe féminin. Les ouvriers et manœuvres non agricoles figurent à près de 17% au sein des personnes handicapées.

Sur le plan éducatif, la mise en œuvre des recommandations de la conférence mondiale de Salamanque sur les besoins éducatifs spéciaux (1994) qui reposaient sur le principe de l'intégration a permis aux structures gouvernementales, confessionnelles ou privées de mener plusieurs actions avec l'appui des partenaires au développement en vue de l'intégration des personnes handicapées. Il s'agit de l'élaboration et la mise en œuvre du Programme Nationale de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) qui a permis d'éduquer les enfants handicapés dans les écoles ordinaires, en tenant compte de leurs besoins éducatifs spéciaux. Les catégories de handicap sur lesquelles le programme s'investit le mieux dans le cadre de cette approche sont : le handicap moteur, le handicap mental, l'infirmité motrice d'origine cérébrale, le handicap visuel léger et le handicap auditif. Le complexe scolaire « les hibiscus » de Cotonou, dans les années 90, avait innovés cette approches de l'école intégratrice, sous l'impulsion du programme RBC. L'UNESCO, face aux besoins éducatifs des enfants handicapés, avait financé pendant deux (2) ans (1997 et 1998), le projet « école intégratrice et programme de soutien communautaire ». Il était exécuté en appui au système éducatif et s'était basé sur les structures existantes dont le programme RBC. au total, quatorze (14) écoles publiques réparties dans les circonscriptions scolaires de Comè (5 écoles), Toffo (4 écoles), et Cotonou-sikè (5 écoles) avaient accueilli les trente (30) élèves handicapés bénéficiaires. Ces élèves avaient les handicaps ci-après : handicap mental, handicap visuel, l'infirmité motrice d'origine cérébrale. Depuis novembre 2004, le programme d'appui au secteur de l'éducation au Bénin au niveau de sa sous-composante « éducation intégrée des enfants handicapés » a démarré ses activités d'intégrales scolaires des enfants handicapés dans neuf (09) communes du zou. Le CEG Sègbèya a déjà permis à plusieurs jeunes handicapés visuels suivis par le Centre de Promotion Sociale des Aveugles (CPSA) de

Sègbèya, d'accéder à l'université. Il en est de même des élèves handicapés visuels du CPSA de Parakou.

Malgré les efforts entrepris, la situation des personnes reste préoccupante. Mais, les données disponibles sont vieilles pour l'analyser. Les seules données proviennent du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation qui révèlent une très faible proportion des personnes handicapées de 6 ans et plus qui savent lire, écrire en français ou en langue nationale ou étrangère, soit 28%. Les malvoyants sont les plus alphabétisés dans la population des personnes handicapées. L'analphabétisme est beaucoup plus poussé chez les handicapés mentaux et les muets avec 99,2% et 99,7%. Leur niveau d'instruction est également faible. Dans l'ensemble, presque 72% des personnes handicapées au Bénin n'ont aucun niveau d'instruction. En milieu urbain, ce taux est de 53,5% contre 79,2% en milieu rural. Ces faibles taux résultent entre autres, de la discrimination qui est fait au sein de la famille au niveau des enfants.

Au plan économique la situation des personnes handicapées est plus préoccupante. La discrimination, la marginalisation et « sous estimation des capacités » des personnes handicapées sont totales. Elles s'observent autant dans le secteur privé que dans l'administration publique et dans tous les secteurs socioprofessionnels avec pour conséquence, la faible proportion des personnes handicapées salariées (4,5% dont 2,9% de permanent et 1,6% de temporaire). Dans l'administration publique, les statuts particuliers des agents permanents exclus les personnes handicapées aux tests de recrutement. Les personnes handicapées sont systématiquement exclues de la fonction enseignante. Dans le secteur privé l'absence de mesure d'égalisation des chances des personnes handicapées avec les autres personnes non handicapées ne favorise pas leur intégration dans les entreprises privées. Lors des recrutements, à compétence égale les employeurs préfèrent les personnes valides aux personnes handicapées. Les personnes handicapées actives sont plus de 71,7% des indépendants.

Tableau N°1 : répartition (%) des personnes handicapées selon la profession (Tous types confondus de handicap)

	Total	Masculin	Féminin
Effectif : 29233	100,0	58,2	41,8
Personnes scientifiques et techniques	2,8	2,3	0,5
Directeurs et cadres	0,1	0,1	0,0
Personnel administratif	0,9	0,6	0,3
Personnel commercial vendeurs	23,8	3,3	20,5
Travailleurs spécialisé en service	3,8	2,0	1,8
Agriculteurs, éleveurs, pêcheurs	51,2	36,4	14,8
Ouvriers manœuvre non agricoles	16,8	13,0	3,8
Travailleurs non classés ailleurs	0,6	0,5	0,1

Source : tome 5, analyse des résultats RGPH3.INSAE

Au plan culturel les personnes handicapées sont actives. Plusieurs artistes béninois célèbres sont des personnes handicapées. Ce qui prouve que, bien qu'étant invalides, certaines personnes handicapées parviennent à exprimer leurs talents artistiques. Elles sont donc utiles à la nation. Dans le domaine sportif et des loisirs, les infrastructures adaptées aux personnes handicapées sont inexistantes et très peu de disciplines sportives sont développées.

Le gouvernement, conscient de la situation des personnes handicapées, à entrepris avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et des structures non gouvernementales, plusieurs actions. Il s'agit de : la création des centres de formation professionnelle des personnes handicapées d'Akassato (Abomey-Calavi) et de Péporiyakou (Natitingou) ; la création des centres de promotion sociale des aveugles (CPSA) de Sègbèya (Cotonou) et de Parakou ; la création de l'école béninoise des sourds de Védoko (Cotonou) ; la création des centres de sourds à Sènadé (Cotonou), à Louho, (Porto-Novo), à Bohicon, puis l'expérimentation du programme d'éducation, de formation et d'intégration des sourds ; la création des centres des aveugles et malvoyants de Natitingou ; la création du centre « SILOE » à djanglanmè (Mono) pour les aveugles ; la

création des centres polyhandicapés « Vidjingni » à Dékanmè ; la création de deux (02) Classes Spéciales pour les déficients mentaux à l'école « LES NEEMS » à Cotonou ; la création des structures de prise en charge des déficients mentaux par l'ONG « LA CRYALIDE » ; la création de l'école Ste Catherine de Mênontin pour les enfants handicapés mentaux ; la mise en place de plusieurs centres d'appareillage Orthopédique et de Rééducation Fonctionnelle (CAORF) aussi bien publics, confessionnels que privés ; la conception et la mise en œuvre de divers projets et programmes dans le domaine de la réadaptation, aussi bien par l'Etat que par les organisations de la société civile ; la création du centre St François D'assise pour l'éducation spécialisée des enfants déficients intellectuels ; etc.

III.3. la politique nationale de protection et d'intégration des personnes handicapées⁹

En Décembre 2011, la politique nationale de protection et d'intégration des personnes handicapées¹⁰ a été initiée. Elle respecte les dispositions de la constitution du 11 décembre 1990, le paragraphe 5 de la loi 98-004 portant code du travail en République du Bénin, la convention 159 du BIT concernant la réadaptation professionnelle de l'emploi des personnes handicapées et la convention des Nations Unies relatives aux Droits des Personnes Handicapées du 13 décembre 2006, Conçu dans une vision d'avoir 2011- 2021 les personnes handicapées jouissent de leurs droits en discrimination et participent pleinement au processus de développement du Bénin, elle fonde essentiellement sa philosophie sur les principes suivants : « l'homme et la femme sont égaux en droits. L'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. Il veille sur les personnes handicapées et les personnes âgées. »¹¹, « La personne humaine est sacrée et inviolable. L'Etat a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger »¹², « tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne »¹³, « l'Etat et les collectivités publiques garantissent l'éducation des enfants et créent les condition favorables à cette fin »¹⁴. Entre autres objectifs du PNPIPH il est inscrit :

- améliorer l'environnement social protégeant les personnes handicapées : Il s'agit du renforcement du cadre légal / juridique de protection des personnes handicapées, des capacités des acteurs, de la communication,

⁹PNPIPH 2011-2013

¹⁰PNPIPH 2011-2013

¹¹ Article 26 de la constitution du Bénin, alinéa 2

¹² Article 8 de la constitution du Bénin,

¹³ Article 15 de la constitution du Bénin,

¹⁴ Article 12 de la constitution du Bénin,

- faciliter l'accès des personnes handicapées (enfants et adultes) aux services sociaux de base : La promotion de la scolarisation des enfants handicapés et de l'alphabétisation des adultes handicapés, le renforcement de la prise en charge socio sanitaire des personnes handicapées, la promotion de l'accessibilité des personnes handicapées aux édifices publics.
- promouvoir l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées : La facilitation de l'autonomie financière des personnes handicapées, la promotion et la diversification de la formation et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, le renforcement de l'accès des personnes handicapées à l'information et à la communication.
- promouvoir les mesures inclusives visant à assurer l'égalité de chance aux personnes handicapées dans le domaine de la culture et des sports : la promotion des différentes disciplines sportives au profit des personnes handicapées, le renforcement des capacités des groupes culturels de personnes handicapées.

Ainsi, pour opérationnaliser la PNPIPH, un plan d'action est élaboré. A cet effet des organes de coordination et de suivi ont été créés pour garantir la mise en œuvre efficace de la PNPIPH. Il s'agit d'abord du comité de pilotage : Il est l'organe de coordination et de prise de décision par excellence sur toutes les questions relatives à la mise en œuvre du PNPIPH. Placé sous la présidence du ministère en charge des personnes handicapées, il se réunit une fois par an. En suite le comité technique de suivi est l'organe de suivi de l'exécution du PNPIPH. Il assure le suivi de toutes les actions inscrites au plan d'action de mise en œuvre du PNPIPH en s'appuyant sur les points focaux sectoriels, départementaux et communaux. Placé sous la présidence de la Direction de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées, il élabore des rapports semestriels qu'il publie et transmet au comité de pilotage. Il est doté d'un secrétariat permanent assuré par la Direction en charge de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées. Et enfin les points focaux sectoriels, départementaux et communaux chargés au plan opérationnel, du suivi de la mise en œuvre du PNPIPH.

En somme, la protection et l'assistance à la vulnérabilité est le souci majeur des institutions internationales et nationales. Si les handicapés sont couverts d'une enveloppe législative imperméable à la discrimination, l'assistance, l'égalité, et les droits de l'homme, qu'en est-il quant à leur liberté de choix de vie sociale, l'autonomie professionnelle et

économique ? La vie autonome ne veut pas dire que les personnes handicapées n'ont besoin de personne, qu'elles veulent tout faire par elles-mêmes, ni qu'elles veulent vivre dans la solitude. La vie autonome veut dire que les personnes handicapées veulent le même contrôle et les mêmes choix dans la vie quotidienne que leurs homologues valides pour qui tout cela est naturel. Ceci inclut la possibilité de grandir dans leur famille, d'aller à l'école de leur quartier, d'être employé selon leur formation et leurs capacités, de pouvoir accéder, à égalité de droits, aux mêmes services et organismes de la vie sociale que les personnes valides, aux mêmes activités culturelles et aux mêmes loisirs. Surtout, comme n'importe qui d'autre, les personnes handicapées doivent pouvoir penser et parler pour et par elles-mêmes et être responsables de leur vie. Cette vision de l'autonomie nous renvoie à la philosophie kantienne, à l'autonomie et à la liberté. (cf. Fondements de la métaphysique des mœurs et Critique de la raison pratique). Qu'est que la liberté pour Kant ? C'est la capacité à poser et à respecter par soi-même des règles qu'en droit, l'on pourrait ériger en norme universelle. Il n'y a paradoxalement de liberté que dans la soumission aux contraintes qui sont celles que se pose tout être raisonnable : égards pour la dignité d'autrui et pour la sienne propre. (cf. impératif catégorique, dans ses trois formulations, dans les Fondements de la métaphysique des mœurs). Etre autonome c'est faire des choix. Si on a besoin d'une aide technique ou humaine pour s'habiller, se déplacer, un matériel ou un auxiliaire de vie peuvent nous y aider. Mais pas jusqu'au point où l'assistance assujettit l'individu à la dépendance.

Cependant il faut noter que la notion de dépendance ne couvre pas seulement l'aspect physique de la personne handicapée, elle est aussi affective. Christiane RASSAERT, psychothérapeute, gestalt praticienne, Spécialiste de la thérapie de personnes dépendantes aux produits et des dépendants affectifs étudie les différents modèles psychologiques de dépendances, (*Article théorique psy au vocabulaire professionnel, Par Christiane RASSAERT, psychothérapeute, gestalt praticienne, Spécialiste de la thérapie de personnes dépendantes aux produits et des dépendants affectifs*) notamment les modèles classiques psychanalytiques de Freud, Abraham, Klein, Winnicott, Fenichel et parvient à la conclusion que la dépendance est une notion centrale dans les différents modèles de la personnalité. Elle est constituée des avatars de l'adaptation à distance d'échecs développementaux portant notamment sur l'attachement. Elle sous-tendrait les comportements oraux et additifs dont la dépendance infantile pourrait être le déterminateur commun. Elle est liée à l'angoisse, l'indécision, la passivité et la dépression. Le lien à l'angoisse et la dépression est partagé par tous les courants

théoriques. Pour certains, la dépendance pourrait avoir une expression psychosomatique. La hiérarchie conscient/inconscient renvoie aux différents modèles théoriques. Le modèle psychanalytique fait de la dépendance pathologique infantile le lit des pathologies adultes variées allant de la mélancolie aux addictions en passant par les états limites et les maladies psychosomatiques. Les modèles cognitifs et humanistiques renvoient la dépendance à des stratégies adaptatives liées à la dépression, à la soumission ou à des incapacités à s'affirmer comme humain. La dépendance dans le cas de notre étude se rapporte à l'incapacité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante. Il s'agit du besoin d'une personne de faire appel à un tiers pour effectuer les actes de la vie courante : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, et réaliser les gestes nécessaires à la vie professionnelle etc.

CHAPITRE II : DEMARCHE METHODOLOGIQUE

I- METHODOLOGIE DE LA COLLECTE DES INFORMATIONS

Ce travail de mémoire est réalisé grâce à une documentation fournie sur la problématique de la protection, la réadaptation, la formation et de l'insertion professionnelle des handicapés en République du Bénin, notamment les différents textes de loi, les efforts du gouvernement et des organismes sociaux. Je me suis également appuyé sur l'expérience du personnel du Centre de formation professionnelle des personnes handicapées d'Akassato à travers des entretiens et en participant à différentes réunions de travail du Centre. Enfin par la réalisation d'une observation et d'une enquête auprès des apprenants de l'établissement. Le but est de parvenir à préconiser des pistes d'amélioration de l'organisation et de l'encadrement pour une meilleure formation sociale et professionnelle en vue d'une intégration socioéconomique adéquate des apprenants formés par le centre de formation professionnelle des personnes handicapées d'Akassato.

Il est réalisé à la lumière de diverses démarches. A notre arrivée dans le centre, nous avons effectué une prospection de l'établissement. Ce qui nous a amené à faire connaissance des différents services existants au centre de formation professionnelle des handicapés d'Akassato. Dans un premier temps, nous avons accordé un intérêt particulier au suivi pédagogique de la formation et au suivi Psychologique et social des apprenants où nous avons pris connaissance des pratiques en vigueur et des différentes sources et supports documentaires existants, en rapport avec l'objet d'étude.

I-1- Collection d'informations secondaires

L'objectif visé à ce niveau est la collecte des informations qui existent déjà. Ainsi, le centre de documentation du MFASSNHPTA, de l'OFPA, la bibliothèque de la FLASH ont été visités ; différents documents et rapports ont été consultés, les outils de la technologie de l'information et de la communication nous ont également aidés (TIC). Ce qui d'ailleurs nous a permis d'orienter la recherche dans le cadre de la collecte d'informations primaires c'est-à-dire les informations non disponibles.

I-2-Collection d'informations primaires

L'objectif est de compléter les informations non fournies par la documentation. L'outil de collecte est le questionnaire et l'observation.

I-3- Choix de l'échantillon

Notre échantillon d'étude porte sur le personnel, c'est-à-dire les cadres techniques, les formateurs, et les apprenants en formation. Ainsi, nous avons choisi un échantillon de 19 agents de l'administration, 27 apprenants en formation, soit un taux de sondage de 100 % de la population totale. Cependant, il faut signaler le retrait de 03 apprenants pour raison de santé. Ce qui réduit la population des apprenants à 24. Les études proprement dites ont couvert la période 'octobre 2012 à mars 2013.

I-4- Outils de collecte des données et d'analyse des résultats

Pour collecter les informations nécessaires à notre étude, nous avons utilisé deux techniques. Nous avons opté pour une étude transversale, descriptive à visée analytique et une étude quantitative avec une démarche hypothético-déductive. D'abord nous avons effectué une observation, rendant compte du fonctionnement du Centre de formation professionnelle d'Akassato, et les comportements professionnels des apprenants. La conception du questionnaire de l'enquête quand à elle, est intervenue après avoir identifié l'enjeu du sujet et les directives à suivre.

Après conception du questionnaire, nous avons effectué un test sur un échantillon de 5 personnes (2 agents, 3 apprenants) pour vérifier le degré de compréhension des enquêtés. Nous avons pris la précaution de demander, à la fin, si le questionnaire était: claire, peu claire, très claire. C'est à la base des réponses obtenues que nous avons décidé d'administrer le questionnaire à tous les concernés. Ce qui nous a permis de recueillir les diverses opinions sur l'Accueil et information, orientation, formation et insertion professionnelle des personnes handicapées. Dans l'ensemble l'enquête a duré quatre semaines.

I-5- Préparation de l'observation

Il s'agit d'observer l'aptitude du sujet à la réalisation seul d'un article. Pour cela, notre démarche préparatoire consiste à recenser toutes les étapes concourant au but principal, l'obtention d'un produit commercialisable. Tous les mouvements (gestes) possibles de chaque étape ont été identifiés. Pour une observation objective, ces mouvements sont retenus selon leurs exigences d'une aptitude physique et/ou mentale. Ils sont au nombre de : Tissage à pied 29, Tissage à main 12, Maraîchage 13, Cuniculture 14, Produits cosmétiques 8, Macramé 11, Aviculture 8. Enfin, l'observation proprement dite. Nous avons soumis individuellement les 24 apprenants à des tâches pratiques sur le champ de production des sections de formation. L'observateur note les mouvements

réussis individuellement par le sujet sans l'aide de tierce personne (actes accomplis seul spontanément, totalement et correctement ; actes partiellement accomplis ou non réalisés). C'est une occasion de constater et d'étudier les commodités des matériels disponibles pour la formation avec l'aptitude cognitive et physique des handicapés et leur possibilité d'auto entreprendre. Les résultats issus de cette observation sont présentés plus loin avec les fréquences d'autonomie et de dépendance¹⁵ au travail avec la formule suivante :

- $TAP = \frac{NMR}{NMI} \times 100$
- $TDP = 100 - TAP$

I-6- Outils d'analyse des résultats

Les résultats obtenus après dépouillement manuel sont consignés dans de différents tableaux suivis des analyses qui nous ont permis d'aboutir aux conclusions suivantes dans le prochain chapitre. Le dépouillement quantitatif est réalisé grâce au secrétaire qui a mis en place un logiciel de traitement adapté au questionnaire (Word, Excel). C'est sur la base de ce travail que nous présentons ici les résultats obtenus.

Ce questionnaire m'a permis de donner la parole aux agents et aux apprenants de l'établissement, pour comprendre à travers leurs points de vue, le fonctionnement du Centre de formation Professionnelle de Akassato. Il est conçu suivant les missions qui lui sont dévolues : Accueil et information, orientation, formation et insertion professionnelle des personnes handicapées.

I.7. Difficultés rencontrées

Les principales difficultés rencontrées dans la réalisation dudit document se situées au stade de la collecte des informations. A ce niveau, le choix des ouvrages devant meubler la grille de lecture s'est révélé un peu difficile.

Par ailleurs, face à un sujet aussi complexe et délicat, il fallait trouver des questions précises pour recueillir les opinions des enquêtés sur tel ou tel autre sujet, surtout que la méfiance et l'horreur hantent tous les cœurs lorsqu'il s'agit d'un sujet lié aux personnes handicapées.

¹⁵ Inspirer de la gille AGGIR

D'autres facteurs tels que l'état de santé défectueux des acteurs à observer et enquêter, la rareté de base de données plus ou moins exhaustives se rapportant au sujet, sont autant de contraintes subies.

II- REVUE DE LITTERATURE: QUELQUES CONCEPTS THEORIQUES D'ORGANISATION DES CENTRES SOCIAUX

II. 1- Les différents types d'organisation des centres médico-sociaux

Dans le but de comprendre plus en profondeur l'influence de l'organisation et de l'encadrement, plusieurs modèles explicatifs ont été élaborés. Ces modèles tentent de ressortir plusieurs types d'organisations dont celui de Mintzberg permet de décrire les différents types d'organisations dans les centres médico-sociaux. Cet auteur a utilisé quatre variables (la structure et le mode de coordination, le marché, les buts et le pouvoir) qui lui ont permis de définir sept formes d'organisation parmi lesquelles l'organisation missionnaire, la bureaucratie professionnelle et l'adhocratie correspondent plus spécialement aux institutions sanitaires et médico-sociales.

II. 1. 1-L'organisation missionnaire

Nous détaillerons peu cette forme d'organisation car les institutions médico-sociales qui y correspondaient ont pour la plupart évolué vers l'une des deux formes suivantes d'organisation. Elle permet cependant de mieux comprendre certaines cultures et certains modes de fonctionnement car elle est le fondement historique de nombreux services, essentiellement dans le médico-social (nombreuses associations), mais aussi dans le sanitaire. L'organisation missionnaire est centrée sur l'idéologie et les valeurs de l'organisation. La coordination est basée sur la standardisation des normes : ce sont les normes et les croyances (les valeurs) qui dictent le travail, qui sont contrôlées et établies par l'organisation dans sa totalité. Les acteurs sont libres d'organiser leur travail au plan local, mais ils ont intégré les normes et les valeurs de l'organisation. C'est parce qu'ils adhéraient fortement aux mêmes idéaux qu'ils l'ont rejointe. La culture, dans ce type d'organisation, est forte. Dans les centres médico-sociaux, les buts de l'organisation sont parfois directement en corrélation avec ses valeurs (c'est plus souvent le cas dans les structures gérées par des associations) et les professionnels sont recrutés parce qu'ils y adhèrent aussi. Sans être toujours définis, les buts sont alors implicites. Par contre la standardisation par les normes tend à disparaître au profit de la standardisation par les qualifications. Valteau a étudié plus précisément les associations (la majeure partie des établissements médico-sociaux sont gérés par des associations). Selon lui, elles utilisent principalement la coordination par ajustement mutuel (coordination correspondant aux

organisations de type adhocratique). En cas d'échec, elles se tournent en revanche vers plus de contrôle et de dirigisme, se rapprochant alors des bureaucraties, ou vers un choix de personnel plus formé et plus professionnel, donc vers la bureaucratie professionnelle, (Valleau P.; «*La gestion de l'autonomie avec les autres formes de coordination : l'expérience des associations* », dans : *AGRH, actes du 10ème congrès : « La GRH : autonomie et contrôle* », FNEGE, Lyon, 1999, p 96). En ce qui concerne le pouvoir, dans certaines organisations gérées par les associations, les décisions peuvent être imposées par un conseil d'administration qui est à la fois juge et partie. Par exemple, des membres de ce conseil peuvent avoir un enfant dans l'établissement que gère leur association. Des décisions peuvent donc avoir un caractère plus affectif que de gestion professionnelle. Pour pallier cet inconvénient, les formations mises en place pour les bénévoles ou volontaires permettent de mieux comprendre les interventions des professionnels et de prendre plus de recul par rapport à leur situation personnelle. Ces organisations de type missionnaire des centres médico-sociaux ont donc évolué vers d'autres formes plus adaptées à leur marché. Cabin décrit l'évolution d'une association du stade de l'organisation missionnaire vers la bureaucratie à partir du moment où elle doit se développer en taille, dispose de plus de moyens, doit remplir plus de fonctions. « *Progressivement la compétence l'emporte sur l'adhésion aux valeurs de l'organisation comme critère principal de recrutement.* » (Cabin P.; « *Amnesty International : de l'organisation missionnaire à la bureaucratie* », dans : « *Les organisations* », Editions Sciences Humaines, Auxerre, 1999, p 36.).

II. 1. 2- La bureaucratie professionnelle

Les acteurs sont ici hautement qualifiés. Pour réaliser leur travail, ils se réfèrent à leurs savoirs et à leur savoir-faire, acquis durant la formation initiale. Cette caractéristique correspond bien aux secteurs sanitaire et médico-social où la plupart des acteurs sont effectivement hautement qualifiés.

- **La structure** : Dans la bureaucratie professionnelle, **le travail est fortement divisé**, comme c'est le cas dans de nombreux établissements des centres médico-sociaux. Les différents intervenants travaillent dans des créneaux étroits en mettant en œuvre leurs qualifications élevées et spécifiques. Les différents professionnels de ces secteurs sont d'ailleurs souvent très vigilants à ce que les autres professionnels ne réalisent pas des tâches qui leur incombent et correspondent à leur décret de compétences. Il leur est possible, dans certains cas, de poursuivre sur le plan pénal celui qui exercerait leur

profession sans en posséder les qualifications (exercice illégal de la médecine, de l'ergothérapie, de la kinésithérapie, du métier d'assistante sociale...). Cette division du travail est surtout importante sur le plan horizontal. Au niveau vertical, les opérateurs conçoivent la plupart du temps, et en grande partie eux-mêmes, les tâches qu'ils effectuent. Il est d'ailleurs une réponse cohérente à l'étendue de la déficience humaine et de ses conséquences, même s'il ne donne pas toute satisfaction, essentiellement au niveau de la réadaptation. Ce modèle induit une nécessité de spécialisation des intervenants. L'utilisateur passe plus souvent de l'un à l'autre des professionnels qu'il ne bénéficie d'interventions concertées d'un groupe. Si tel est le cas, la standardisation des qualifications fait la plupart du temps, que chacun réalise les tâches pour lesquelles il a été formé. De façon générale on a donc affaire à une prise en charge plus pluridisciplinaire qu'interdisciplinaire¹⁶. La coordination s'opère donc particulièrement par une standardisation des qualifications, accompagnée éventuellement d'une transmission d'informations. L'ajustement mutuel reste toutefois toujours nécessaire et possible, notamment pour la gestion des imprévus, fréquents dans ces secteurs.

- **Le marché¹⁷** : Quand à la standardisation des qualifications représentant le mode principal de coordination du travail, elle induit une stabilité temporelle, les qualifications étant principalement acquises lors de la formation initiale. Le marché doit donc être **stable** dans une bureaucratie professionnelle. Dans les centres médico-sociaux ce marché est stable si l'on considère qu'il s'agit d'une clientèle dont la caractéristique permanente est de **demandeur des soins, une prise en charge ou un accompagnement correspondant à une déficience et à ses conséquences**. Les clients qui s'adressent à l'organisation de type bureaucratie professionnelle ont des caractéristiques proches et des demandes prévisibles. Ces demandes nécessitant par contre des niveaux élevés de savoirs et de savoir-faire, ce marché est aussi **complexe**. Ainsi, dans les centres médico-sociaux la grande disparité des déficiences et de leurs conséquences entraîne une complexité : chaque personne est différente et malgré les tentatives de modéliser les réponses (par exemple dans les conférences de consensus) il est nécessaire que les savoirs et les savoir faire s'adaptent à cette complexité. En revanche, de nouvelles pathologies peuvent

¹⁶ Le pluridisciplinaire concerne une démarche à laquelle plusieurs disciplines sont associées, sans qu'il n'y ait de coordination et de régulation (acceptées, reconnues et régulières) des différentes interventions, ni que l'utilisateur/client ne soit sollicité pour définir ces interventions. Cela n'exclut pas l'ajustement mutuel éventuel. L'interdisciplinaire nécessite une mise en commun des savoirs et des compétences des intervenants et de l'utilisateur/client, sans qu'il n'y ait de prédominance de l'un sur l'autre. Cela permet une prise en compte globale de la personne, une coordination et une harmonisation des interventions selon une méthodologie commune.

¹⁷ Bien que ce terme ne soit pas tellement employé dans les secteurs sanitaire et médico-social pour désigner l'ensemble des usager/clients, nous le conserverons afin de rester fidèle au modèle de Mintzberg.

apparaître (par exemple le VIH) ou des diagnostics s'affiner (autisme) et supposer la mise en place de nouvelles thérapeutiques ou modes d'accompagnement : une partie du marché est donc instable de ce point de vue. Cela pose le problème de l'adaptation rapide des formations initiales à cette évolution, mais aussi à l'apparition de nouveaux besoins, de nouvelles techniques : la standardisation par les qualifications paraît de plus en plus illusoire, surtout au plan de la formation initiale, les professionnels de ces secteurs devant se former encore plus de manière continue, sur leur lieu de travail et en dehors. Mais peut-être, et surtout, en confrontant leurs pratiques et leurs résultats avec d'autres professionnels et d'autres disciplines. Les anciennes formes d'organisation et la bureaucratie professionnelle ne semblent plus alors convenir pour satisfaire ce marché instable.

- **Les buts** : Dans la bureaucratie professionnelle, chaque catégorie professionnelle (parfois chaque professionnel), poursuit des buts spécifiques qui correspondent plus à des préoccupations professionnelles (voire personnelles) qu'aux missions propres de l'organisation. Chaque professionnel étant libre d'organiser son travail, les buts généraux sont peu définis. Leur formulation est ambiguë et peu opérationnelle. Il est difficile de savoir si ces buts sont atteints ou non. Cette situation correspond à de nombreuses institutions médicosociales où le corporatisme est encore très présent en dépit des tentatives de parvenir à plus d'interdisciplinarité. En effet, le professionnel s'identifie parfois plus comme appartenant à une profession déterminée que comme faisant partie de l'organisation. Dans certaines structures, on observe ainsi une totale différence, voire incohérence, entre les buts des professionnels, les buts des équipes et les buts de l'institution en général, sans que ces buts soient clairement énoncés. Ces buts peuvent même être difficilement conciliables avec les besoins des usagers. Les buts de l'organisation sont parfois peu définis, mais la plupart du temps ils le sont (ou de façon très implicite, ou par les décrets de lois) sans que cela ne modifie ceux des intervenants. Ceux-ci disposent d'une telle latitude pour leurs interventions qu'une éventuelle incohérence est rarement relevée, tant qu'elle reste dans des proportions « tolérables ». Il y a parfois aussi une telle disproportion entre les buts et les moyens que les professionnels s'adaptent difficilement à cette double contrainte, la plupart du temps par des processus d'évitement.

- **Le pouvoir** : C'est dans la bureaucratie professionnelle que le centre opérationnel a le plus de poids sur la prise de décision, même pour les décisions importantes ou à

caractère stratégique. Le pouvoir est donc fortement décentralisé. Les dirigeants de l'organisation n'en sont pas dépourvus, mais ils exercent un pouvoir qui ne s'appuie pas sur une autorité réellement formelle mais qui repose sur les contacts entretenus entre la direction et les acteurs extérieurs à l'organisation, sur la capacité à arbitrer les conflits, les tensions entre les différents groupes de professionnels. Les acteurs extérieurs ont peu d'influence sur l'organisation. Dans les secteurs médico-sociaux le **pouvoir est centralisé**, surtout en ce qui concerne les décisions d'ordre administratif et d'organisation. Le **centre opérationnel** dispose cependant, ici aussi, d'un **contre-pouvoir fort**, du fait de sa qualification et de sa spécialisation. Dans les structures de taille importante, la répartition du pouvoir suit un mode complexe qui n'est pas le reflet exact de la ligne hiérarchique, comme dans toute grande organisation : pouvoir de ceux qui ont le savoir, la technique, des syndicats, des groupes divers de pression...en fonction aussi d'éventuelles alliances locales et politiques. Dans d'autres institutions, le pouvoir est très centralisé et fort, et les dirigeants ont les moyens de faire appliquer leurs décisions (par exemple dans le secteur sanitaire privé et lucratif). Dans certaines institutions le pouvoir peut être décentralisé, mais il s'agit la plupart du temps de petites organisations. Dans les plus grandes, les tentatives de solliciter la participation de tous les acteurs pour la prise de décision restent souvent expérimentales, parfois décevantes, sans effet réellement général ou elles ne parviennent pas à impliquer la majorité. Mais les demandes et les besoins des usagers imposent une évolution vers cette réelle approche globale de la personne, avec ses déficiences et ses conséquences, et surtout en tenant compte de tout son environnement. Les usagers ont parfois développé des atteintes autant physiques que psychiques, ajoutées souvent à des problèmes sociaux importants. Afin de parvenir à une vision plus globale, de nombreuses institutions tentent d'évoluer vers l'adhocratie (ou tout du moins d'en adopter certaines caractéristiques).

II. 1. 3- La configuration adhocratique ou organisation innovatrice :

Les travailleurs de cette organisation travaillent par groupe-projet dont l'objectif collectif est de répondre au mieux aux besoins des usagers ; d'où la racine « ad hoc » du terme.

- **La structure** : Les professionnels sont ici aussi très qualifiés, mais se réfèrent plus à des savoirs et savoir-faire acquis lors de formations complémentaires que lors de leur formation initiale. Ces formations continues sont suivies en fonction de l'évolution du secteur. Il existe aussi une possibilité de développer ses compétences dans le cadre

même du travail, en particulier par l'échange avec d'autres. Cette situation existe dans certaines organisations médico-sociales qui font le choix financier de former de manière permanente et importante leur personnel. Elle reste cependant rare et les dispositifs de formation continue conventionnels restent insuffisants pour permettre à ces secteurs de s'adapter en temps réel aux évolutions de leur marché. La formation en situation de travail et par l'échange est par contre souvent possible grâce à la qualification déjà importante de la majorité des intervenants qui sont aptes à saisir ces occasions lorsqu'elles se présentent. Dans l'adhocratie, la **coordination** du travail se fait principalement par **ajustement mutuel**, il n'y a pas de contrôle contraignant. La communication se fait à l'intérieur de petites unités (l'ajustement mutuel devient impossible dans des structures de trop grande taille), mais elle existe aussi à d'autres niveaux de la structure : **mécanismes de liaison reposant sur des individus désignés pour cette fonction** (cadres intégrateurs, coordonnateurs, postes de liaison...) soit sur des comités réunissant des membres de différentes unités, soit encore sur une structure matricielle. La coordination entre les membres peut se faire alors sur le mode de la standardisation des résultats : on fixe les objectifs à atteindre ; par exemple dans les démarches PIPO (planification des interventions par objectifs) ; PSI (plan de services individualisés) ; PII (plan d'intervention individualisé). Mais au quotidien et en réalité, la coordination se fait aussi beaucoup par ajustement mutuel, tant il est difficile pour les intervenants de suivre des plans, compte tenu des aléas qui se produisent dans toute histoire humaine. Dans l'adhocratie, **la division du travail est faible**, aussi bien au niveau horizontal que vertical. Au plan vertical, la réalisation des projets implique une prise d'initiatives importante des acteurs. Au plan horizontal, leur polyvalence est nécessaire car ils doivent passer d'un projet à l'autre, et donc réaliser des tâches sensiblement différentes. Dans les services médico-sociaux qui cherchent à mettre en place des réseaux et une approche plus globale, l'interdisciplinarité devient nécessaire. Elle ne signifie pas la polyvalence, mais une connaissance de chacun, du travail et du rôle de tous. Elle entraîne aussi un besoin de coordination et d'harmonisation des interventions où l'utilisateur est acteur et participe à la planification des interventions. De plus en plus de services s'orientent vers ce type de pratique.

- **Le marché** : La clientèle de l'adhocratie exige des savoirs et des savoir-faire élevés, le marché est donc **complexe**. Il est aussi **instable** car les caractéristiques des usagers et ses demandes peuvent varier de façon imprévisible. Elle demande que toutes les compétences soient mises en œuvre simultanément et non pas les unes après les autres,

comme cela peut être le cas dans la bureaucratie professionnelle. Le travail en réseau et avec des services extérieurs à l'institution, représente, ici aussi, une réponse à cette complexité du marché.

- **Les buts** : Ils sont **rarement très opérationnels** dans l'adhocratie du fait des tâches complexes effectuées par des acteurs qualifiés et aussi de l'imprévisibilité du marché. Ils le sont néanmoins plus que dans la bureaucratie professionnelle car de puissants mécanismes de liaison assurent une **certaine convergence** entre les buts spécifiques des différentes unités. Dans les établissements et services médico-sociaux qui évoluent vers une pratique plus globale, les **buts sont souvent mieux définis, clairs et identifiés**. Ils sont présentés aux usagers, et dès leur embauche, aux professionnels. Ces usagers, comme ces professionnels peuvent d'ailleurs être régulièrement associés aux réflexions concernant ces buts, leur adéquation aux besoins et aux moyens, leur définition ou leur redéfinition.

- **Le pouvoir** : Pour les prises de décisions peu importantes concernant l'adhocratie, le pouvoir est localisé dans les équipes regroupant les professionnels qualifiés, il existe donc une certaine décentralisation. Les dirigeants de l'organisation assurent un rôle plus actif que dans la configuration bureaucratique car ils assurent la coordination de l'ensemble des actions et leur cohérence. Ce sont eux qui prennent les décisions stratégiques, même s'ils le font en concertation avec les acteurs, ils ont souvent la possibilité d'influencer l'issue : c'est donc la centralisation qui caractérise la prise de décisions importantes. Dans les services médico-sociaux qui présentent cette forme d'organisation on retrouve aussi ce mode de répartition du pouvoir. Les dirigeants ont souvent une compétence reconnue pour la prise de ces décisions car ils connaissent de façon plus précise le contenu des tâches du centre opérationnel, dont ils ont parfois fait partie avant d'être responsable. Les établissements ou services qui essaient de prendre les décisions de manière collective sont encore peu nombreux. Du fait du manque de personnel, à peu près constant dans ces secteurs, il est souvent considéré par l'ensemble des acteurs comme préférable que le centre opérationnel se consacre quasi-exclusivement au service des usagers, même s'il reste souvent possible de le consulter, directement ou par l'intermédiaire de ses représentants.

En somme, il apparaît donc que les organisations médico-sociales présentent des caractéristiques correspondant aux bureaucraties professionnelles, et d'autres aux adhocraties, décrites par Mintzberg. Certaines restent encore empreintes d'un côté «

missionnaire », mais elles évoluent, du fait du changement du marché vers plus de complexité, et s'approchent aussi de ces deux premiers types d'organisation. **Ces deux types d'organisation présentent la caractéristique commune, pour des raisons différentes, d'exiger des prises d'initiatives importantes et fréquentes des acteurs.** Ils doivent, en effet, dans les deux cas, concevoir eux-mêmes une partie importante de leur travail. Par exemple, le rééducateur qui reçoit une prescription de soin a, la plupart du temps, une assez grande latitude dans le choix des techniques et des outils, la planification de la progression de leur application, le mode d'évaluation. Par ailleurs, les professionnels se retrouvent fréquemment seul avec l'utilisateur. De nombreux services tentent de travailler en réseau, afin de permettre une meilleure coordination des interventions (donc un gain d'efficacité pour l'utilisateur). Ce réseau peut représenter une des formes d'adhocratie décrites plus haut. Le niveau de réussite de ces tentatives reste encore très variable tant le travail en réseau nécessite un bouleversement des structures hiérarchiques, des habitudes et des cultures des organisations, des équipes et des professionnels. Ce travail en réseau exige lui aussi une prise d'initiative importante des acteurs, ainsi que des relations fréquentes pour permettre l'ajustement mutuel entre les professionnels et une communication efficace. Chacun doit être capable de présenter son travail aux autres, de définir et argumenter ses choix d'intervention, mais aussi d'accepter des conceptions différentes.

Le modèle de Mintzberg, semble bien correspondre aux différentes formes d'organisations des centres médico-sociaux. Mais la critique, parfois adressée à cet ensemble théorique, est qu'il postule, pour ces organisations, une adaptation à l'environnement quasi permanente et une cohérence entre les structures internes et les objectifs des dirigeants. L'observation de ces secteurs montre en effet une grande difficulté à s'adapter à l'environnement, aux changements de société : besoins des usagers, aspirations du personnel, contraintes économiques ...

D'autres approches permettent de préciser l'éclairage de la théorie de Mintzberg. Il s'agit de l'analyse stratégique dont Crozier et Friedberg sont les principaux auteurs, et des analyses en termes d'identité (développée principalement par Sainsaulieu) et de culture.

II. 2. L'autonomie

Etymologiquement, le terme autonomie est constitué de deux racines : « *auto* » (soi-même) et « *nomos* » (la loi), il signifierait littéralement : *se gouverner selon sa propre loi*. Mais comment se définit cette « propre loi », comment se construit-elle et quelle est

l'influence de l'environnement dans cette construction ? D'autre part, quel est le lien entre l'autonomie personnelle et l'autonomie professionnelle, et comment définir cette dernière ?

II. 2. 1- L'autonomie personnelle :

L'autonomie professionnelle est indissociable de l'autonomie personnelle. Les processus de construction sont semblables, même s'ils interviennent bien entendu à des moments de la vie et dans des environnements différents.

Sur le **plan psychologique**, Piaget (*Piaget J., « Psychologie de l'intelligence », Armand Colin, Paris, et : « Biologie et connaissance », Gallimard, Paris*) décrit le phénomène de développement de l'intelligence par l'adaptation, représentant l'équilibre progressif entre deux types d'échanges: les échanges assimilateurs et les échanges accommodateurs de l'organisme avec le milieu. Cette adaptation est un ensemble de « comportements propres cognitifs » qui caractérisent l'individu. Selon Varella F., (*« Autonomie et connaissance », Seuil, Paris, 1989, p 167*), ce n'est pas faire violence à Piaget que de reformuler ces opérations cognitives en terme « d'organisation autonome ». Pour Piaget, l'assimilation et l'accommodation sont les deux processus fondamentaux dont la combinaison permet d'assurer cette adaptation, cet équilibre toujours meilleur entre l'organisme et le milieu. L'assimilation représente le processus par lequel le sujet impose ses structures propres, qui préexistent en lui, à un élément du milieu ou à un objet. Il s'agit de l'intégration de données extérieures dans les structures du sujet. Ce terme auquel Piaget donne un sens très général peut s'appliquer aussi bien à l'assimilation physiologique d'aliments (transformation d'aliments issus du milieu extérieur en nutriments, ayant la même structure que ceux existant déjà dans l'organisme) qu'à l'assimilation psychologique du scientifique qui, devant des données empiriques extérieures assimile un phénomène à ses structures mentales personnelles. L'accommodation constitue le processus par lequel le sujet modifie ses structures propres, en tenant compte de la résistance que le milieu ou les objets opposent à leur assimilation. Cette accommodation permet de surmonter cette résistance. L'assimilation et l'accommodation sont deux processus paradoxaux. L'accommodation présuppose l'assimilation, la complète et la corrige, et en est aussi l'inverse. Dans l'assimilation, le sujet agit sur l'objet (ou le milieu), dans l'accommodation, l'objet (ou le milieu) oblige le sujet, par la résistance qu'il lui oppose, à s'aligner sur lui. Piaget interprète cette adaptation dans un cadre systémique. Il s'agit d'une équilibration concernant le système de relations entre un organisme et son milieu. Pour Piaget, dans la conduite intelligente

(ou autonome), le sujet s'adapte le monde (assimilation) en s'adaptant au monde (accommodation). Il y a des étapes et des degrés différents dans cette équilibration qui se situe entre deux extrêmes définis par Piaget comme le jeu (assimilation pure) et l'imitation (accommodation pure). Dans le jeu, le monde est ramené à soi, transfigurant les situations et les objets pour les plier à la loi du désir subjectif. Dans l'imitation pure, c'est la soumission à un modèle extérieur qui triomphe.

II. 2. 2. L'autonomie professionnelle

Les deux extrêmes décrits par Piaget, évoquent d'emblée des types de comportements que l'on peut rencontrer tant sur le plan personnel que professionnel. Cette équilibration que chacun tente de construire, en permanence, concerne aussi le domaine professionnel, puisque l'individu s'y trouve confronté aux contraintes du milieu, qu'il doit adapter à lui-même et auxquelles il doit s'adapter.

Sur le **plan sociologique**, Sainsaulieu R., (*« L'identité au travail »*, Presse de la fondation nationale des sciences politiques, Paris, 3^{ème} édition, 1993.) a décrit cette équilibration, en situation de travail, comme la construction de l'identité professionnelle. Cette identité qui fait que chaque individu est unique, se construit selon deux dimensions : *« celle de l'ipséité (soi-même) où le moi demeure fondamentalement le même à travers tous les changements de l'histoire du sujet, et la dimension d'une expérience dynamique entre l'individu et les autres qui font partie de son environnement »*. Pour Sainsaulieu, cette expérience dynamique est essentielle dans l'accès à l'identité : c'est la façon dont le sujet gère le conflit relationnel qui permet de le « définir » comme unique. L'identité s'entend comme sociale, et comporte donc une part professionnelle. Elle se construit, comme l'autonomie, en faisant appel à l'équilibration permanente entre soi et les autres (l'environnement). Selon l'auteur, *« l'individu adulte est largement constitué par un grand nombre d'identifications présentes et passées dont il n'est pas toujours conscient »*, mais sa position sociale offre *« des occasions non seulement de conflits, mais aussi de ressources de pouvoir donnant le moyen (...) d'imposer sa différence »*. L'identité désigne la part du système de cet individu qui réagit en permanence à la structure du système social, pour s'y inclure comme pour s'en différencier (voire pour tenter de le faire évoluer). Si l'élaboration de l'autonomie s'entend dans un environnement plus large que le seul environnement social, elle s'appuie en grande partie sur la construction de cette identité, sur le plan personnel comme sur le plan professionnel. Les processus de construction de l'identité et de l'autonomie sont donc indissociables : c'est parce que chacun se définit

comme différent, mais appartenant à un milieu commun qu'il peut définir ses propres actes dans ce milieu. Pour Crozier, l'autonomie professionnelle se traduit par « *la capacité de l'acteur à élaborer, choisir et mettre en place des stratégies en prenant en compte les contraintes et les opportunités* » et non pas seulement par « *sa capacité à résister aux injonctions extérieures* », (Crozier M., Friedberg E., « *L'acteur et le système* », Editions du Seuil, 1977, cités par : Bremond Le Flanchec A. : « *L'autonomie des acteurs* », dans « *La GRH : contrôle et autonomie* », 10ème congrès de l'AGRH, 199922 Crozier M., Friedberg E. : « *L'acteur et le système* », Editions du Seuil, Paris, 1977). Crozier et Friedberg insistent sur le comportement stratégique de l'agent pour atteindre les objectifs personnels qu'il se fixe, considérant qu'en situation professionnelle, il n'y a pas d'objectifs communs, mais des objectifs partagés. D'une part du fait de la division du travail qui implique la fixation d'objectifs intermédiaires, et d'autre part parce qu'il existe toujours, pour ces auteurs, une certaine compétition entre les membres d'une même organisation. Tout processus de construction de l'identité/autonomie, de personnalisation suppose que l'individu ait accès à différentes sources de pouvoir, à des possibilités alternatives de comportement et d'utilisation de ces possibilités. Ce processus de construction individuelle ne peut se dérouler, pour Crozier et Friedberg, que dans un apprentissage collectif qui permet d'inventer et de fixer ensemble « *de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit* » et d'acquérir « *les capacités cognitives, relationnelles et organisationnelles correspondantes* ». L'environnement a donc une grande influence sur cette construction. Les relations entre les différents acteurs y occupent une place prépondérante car elles seules sont significatives du degré de reconnaissance accordé à l'autre. Pour ces auteurs, cette capacité à élaborer, choisir et mettre en place ses stratégies propres se développe donc aussi sur la base de la construction de l'identité professionnelle : la façon de chacun de jouer le jeu social avec les autres lui permet de développer et d'acquérir l'ensemble des capacités qui caractérisent l'autonomie professionnelle.

Comme Sainsaulieu, Crozier et Friedberg considèrent que ces relations (en particulier les « *relations de pouvoir*¹⁸») sont réciproques, mais déséquilibrées, et évoluent de façon continue et contingente. Elles sont déséquilibrées car tout le monde n'a pas les

¹⁸ « Le pouvoir est donc une relation et non pas un attribut des acteurs. Il ne peut se manifester – et donc devenir contraignant pour l'une des parties en présence - que par sa mise en œuvre dans une relation qui met aux prises deux ou plusieurs acteurs dépendants les uns des autres dans l'accomplissement d'un objectif commun qui conditionne leurs objectifs personnels. » « Les relations de pouvoir sont d'ailleurs tout aussi inséparables des mécanismes de la constitution et de l'affirmation de la personnalité (et indispensables pour ceux-ci) ». (Crozier et Friedberg, ouvrage cité

mêmes ressources ni les mêmes capacités pour réaliser cet apprentissage, mais aussi parce que « les conditions d'accès et de défense de sa propre identité sont très inégales suivant les situations de travail », (Sainsaulieu R. : « L'identité au travail », Presse de la fondation nationale des sciences politiques, Paris, 3^{ème} édition, 1993). Sainsaulieu R., («La construction des identités au travail » dans : « Les Organisations », Editions Sciences Humaines, Paris, 1999, p293.), l'importance dans la position sociale, de la position professionnelle, s'est fortement modifiée ces dernières années. Les changements dans l'organisation du travail et dans la gestion des ressources humaines, dus aux évolutions de la société, ont transformé les processus de construction des identités et donc de l'autonomie professionnelles. L'influence et la part des institutions de socialisation primaire (famille, école, religion) ont régressé. Le milieu du travail est, lui, le dispensateur d'une socialisation secondaire forte puisqu'il peut aussi y avoir régression (par exemple aliénation). Ces intervenants, des centres médico-sociaux, dont l'objectif est de favoriser l'expression et le développement de l'autonomie des usagers de leurs services, perçoivent-ils cette exigence ? Ce processus d'élaboration de l'autonomie étant dynamique et interactif, comment chaque acteur (usagers et personnel) perçoit-il l'encadrement dans ce processus ? La finalité de l'étude présentée ici est donc de découvrir l'influence de l'organisation matérielle et humaine sur l'expression et le développement de l'autonomie sociale et professionnelle des usagers, et quels sont les autres facteurs d'influence éventuels. Pour rendre compte de la réalité perçue par les personnes concernées, nous avons interrogé les acteurs sur ce sujet. C'est le résultat de cette étude qui sera présenté dans la partie suivante.

Deuxième partie : Cadre d'étude et présentation des résultats

CHAPITRE III : CADRE D'ETUDE

I- PRESENTATION DU CADRE : LE CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES D'AKASSATO

I-1 – Historique du CFPPH-AK.

Le Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato est une institution pour personnes en situation de handicap, créé dans le cadre de la déclaration de la période (1983-1992) Décennie Africaine des Personnes Handicapées. C'est un Centre de Formation Professionnelle à but non lucratif. Il est créé en 1983, et exerce une mission de service public. Il est placé sous la tutelle de l'ex-Ministère du Travail, de l'Emploi et des Affaires Sociales. La mission de ce centre est de permettre aux personnes en situation de handicap de bénéficier d'une formation professionnelle afin de faciliter leur accès à l'emploi, et ainsi contribuer à leur autonomie financière et à leur meilleure intégration sociale.

Construit depuis 1983, ce Centre n'a été mis en service qu'en 1989 grâce au financement du Secours Catholique Français, du Programme des Nations Unies pour le Développement et du Gouvernement de la République du Bénin à travers le Projet BEN 86/006 intitulé « Réadaptation et Réinsertion Sociale des Personnes Handicapées » dans les Centres de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'AKASSATO pour les Départements du Zou, des Collines, du Mono, du Couffo, du Littoral, de l'Atlantique, de l'Ouémé et du Plateau d'une part et de PEPORIYAKOU pour les Départements de l'Atacora, de la Donga, du Borgou et de Alibori d'autre part. Une fois ce projet arrivé à terme en 1992, l'Etat Béninois, le Programme des Nations Unies pour le Développement et l'Ambassade Royale des Pays Bas près de Bénin ont financé conjointement les activités du Centre de 1993 à 1994. A la fin de la même année, une évaluation initiée par le Programme des Nations Unies pour le Développement a été réalisée ; les résolutions de ladite évaluation ont abouti à la réorientation des activités du Centre. Mais malheureusement, faute de financement, les activités vont être interrompues pour six (6) ans (1994-2000). Il faut attendre la mise en œuvre de son Projet de Réhabilitation inscrit au PIP 1998-2003 pour voir le Centre entièrement rénové et redémarrer ses activités de formation au profit des apprenants en décembre 2002. Son plan d'action a été redéfini lors de la Conférence panafricaine sur la Décennie des personnes handicapées tenue en février 2002 à Addis-Abeba (dont l'objectif est de servir de référence aux Etats membres

dans l'élaboration de leurs programmes nationaux sur l'invalidité et dans la mise en place des mécanismes appropriés en vue de la réalisation des objectifs).

La formation au CFPPH-AK est centrée sur l'élevage (aviculture, cuniculture, aulacodiculture), le maraîchage, le macramé, les produits cosmétiques et le tissage de pagnes. Ces formations sont adaptées en fonction des handicaps des apprenants. La formation en tissage de pagnes par exemple concerne à la fois des techniques à pied (pédales), et à mains. En parallèle, le Centre propose également des séances de sensibilisations aux problématiques de santé (hygiène, vaccination, VIH) et de l'éducation aux droits. Des notions d'alphabétisation et de gestion de micros projets sont également apportées aux apprenants. Cet enseignement est mené par le personnel du Centre et très ponctuellement par des intervenants extérieurs. Ceci implique que le personnel du centre fasse preuve d'une grande polyvalence, sans pouvoir bénéficier pour autant de formations spécifiques, faute de moyens financiers.

I-2- Situation géographique

Le Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato est situé au sud du département de l'Atlantique, commune d'Abomey-calavi, au bord de l'autoroute inter Etats Bénin Niger. Le Centre est implanté sur un domaine de 5 hectares au quartier Wêkêgbo dans l'arrondissement d'Akassato. Il est à proximité du centre-ville, à 2 Km du premier bataillon inter armées de transmission (1^{er} BIA de transmission) d'Abomey-calavi. On y accède, par tous moyens de déplacement terrestre (pieds, vélo, moto, voiture).

I-3 Les ressources du centre de formation professionnelle des personnes handicapées d'Akassato

I. 3-1 Les ressources matérielles

Le Centre est installé sur un domaine de 5 hectares, et comprend 6 ateliers d'apprentissage, 20 dortoirs pour les apprenants, une résidence d'autorité, un bloc administratif, un magasin pour le stockage du matériel, un bloc cuisine réfectoire, un bloc d'aulacoderie, un bloc de cuniculture et un bloc de poulailler. Le centre dispose du compteur de courant électrique et d'eau, d'un moulin à maïs et d'un château d'eau non fonctionnel. Il existe également des matériels et des outils ordinaires de travail servant à la formation

I. 3-2 Les ressources financières

Le Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale est son seul partenaire technique et financier. Le budget annuel du Centre est de 15.000.000Fcfa en 2012. Ce montant est également celui du budget prévisionnel 2013. Il permet de nourrir les apprenants internés, mais il n'est pas suffisant pour apporter une solution aux problèmes matériels des locaux.

I. 3-3 Les ressources humaines

Dans le cadre de l'animation des différents services, le CFPPH a besoin d'un personnel dynamique et compétent. Cela est nécessaire pour toute institution. Le personnel de CFPPH est géré par le statut des agents permanents et contractuels de l'Etat. La composition du personnel de CFPPH est présentée dans le tableau ci après :

Tableau N°2 : Répartition du personnel selon les catégories¹⁹, Qualifications professionnelles, Fonctions au CFPPH-Ak

Catégories	Qualifications professionnelles	Fonctions au CFPPH-Ak	Permanents	Contractuels	Totaux
A	Administrateur d'Actions sociales	Administrateur du centre	01	-	01
B	Contrôleur d'Actions Sociales	Assistante sociale/CSCEF	01	-	03
	Diplôme d'Etudes Agricoles Tropicales	Formateur/agro animal	-	01	
	CAP/Instituteur	Surveillant Général	01	-	
C	Bac G1+Diplôme d'opératrice de saisie	CSA	01	-	05
	Bac B+Diplôme de Tissage	Formateur	01	-	
	Bac + Diplôme Brille	Formateur	01	-	
	CAP/Aide comptable	CSAF	01	-	
	Infirmier Breveté	Infirmière	-	01	
D	Alphabétiseur	Formateur	-	01	06
	CEFEB+Diplôme Agro-animal	Formateur	-	01	
	CEFEB+Diplôme de Tissage	Formateur	-	01	
	CEFEB+Diplôme de Macramé	Formateur	01	-	
	CEFEB+Diplôme de cuisine	Cuisinières	01	01	
E	Diplôme de Tissage	Formateur	-	01	03
	Sans Diplôme	Agent de Sécurité	-	01	
		Agent d'Entretien		01	
Stagiaire	Licence en psychologie	Psychologue Assistant CSCEF	-	01	01
Total	-	-	09	10	19

Archive CFPPH-AK 2012

¹⁹ Archives CFPPH-AK septembre 2012

II- ORGANISATION ADMINISTRATIVE, ATTRIBUTION ET FONCTIONNEMENT²⁰

II-1- Attribution

Le Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato a trois principales attributions que sont :

- Former les personnes handicapées, et les personnes démunies en vue de leur réinsertion socio-économique ;
- Concevoir, exécuter et évaluer les projets et programmes d'intégration socio-économique des personnes handicapées, et les personnes défavorisées ;
- Organiser périodiquement le plaidoyer et la mobilisation sociale autour du handicap et des capacités des personnes handicapées.

Ainsi, pour mieux accomplir sa mission le Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato présente une charpente d'organisation exceptionnelle.

II-2- Organisation administrative

II-2-1- La direction

Elle est composée de : Le directeur, Le chargé du suivi et de l'intégration sociale des apprenants, le chargé du suivi sanitaire des apprenants, le surveillant général.

II-2-2- Le service Administratif et financier

Il est composé de : Le chef du service Administratif et financier, Le chargé du secrétariat administratif, Le chargé de la gestion du matériel et de l'équipement, Le chargé de liaison, le chauffeur, le chargé d'hygiène de sécurité,

II-2-3- Le Service de la coordination des études et de la formation

Il est composé de : Le chef du Service de la coordination des études et de la formation, la section de formation en production agro animale, la section de formation en tissage, la section de formation en macramé, la section de formation en tricotage

II-2-4- Service Accueil et Hébergement des stagiaires :

Il est composé de : Le chef du Service Accueil et Hébergement des stagiaires, les cuisinières

²⁰ Cadre organique du MFASSNHPTA 2011-2013 P234

II-3- Fonctionnement

Pour des raisons de personnel qualifié et d'équipements, certains services ne sont pas opérationnels. Mais toutefois, leurs fonctions sont accumulées avec d'autres services. Ainsi, le CFPPH-AK fonctionne actuellement comme suit :

II-3-1. Le Secrétariat administratif:

Il est chargé :

- de la réception, de l'enregistrement et de la ventilation interne du courrier « arrivé » après annotation ;
- de la transmission des courriers départ après signature ;
- de la transmission des actes à la préfecture pour approbation ;
- de la saisie et la reprographie des documents
- de la préparation et la transmission avec décharge de convocation et lettres d'invitation à des réunions, du CODIR et aux séances de travail ;
- de la rédaction des correspondances administratives ;
- de la tenue du secrétariat de certaines réunions ;
- de l'élaboration des rapports mensuels, trimestriels, et annuels des activités du service, de la ventilation du courrier « départ », de l'établissement des ordres de mission et de la saisie des documents administratifs.

II-3-2. Le Service Administratif et Financier (SAF) :

Il est chargé, sous l'autorité du Directeur de :

- tenir à jour les divers livres comptables ;
- réunir et tenir à jour toutes les factures d'achat et de vente ;
- produire un bilan en fin de période.
- programmer et suivre l'approvisionnement et l'équipement du Centre en divers matériels et denrées et évaluer les résultats ;
- assurer la gestion du matériel et des stocks ;
- assurer la maintenance du matériel.

II-3-3. Le Service de la Coordination des Etudes et de la Formation (SCEF)

Il est chargé de :

- accueillir et former les personnes handicapées ou démunies ;
- élaborer l'emploi du temps ;

- contrôler le contenu de la formation sur l'évolution des activités dans les sections;
- organiser les évaluations à mi - parcours et à terme.

Il est aussi chargé du suivi Psychologique, sociale et intégration des apprenants

II-3-4. L'Infirmierie

Elle est chargé de:

- former les cantinières sur l'hygiène alimentaire et veiller à l'application des règles alimentaires dans les cuisines et au réfectoire ;
- évaluer les besoins en médicaments et en assurer l'approvisionnement en collaboration avec le Service du Matériel et de l'Equipement ;
- prévenir les maladies ;
- traiter les stagiaires en cas de maladie et au besoin les évacuer à temps vers un Centre de Santé mieux équipé.

II-3-5. La Surveillance générale

Elle est chargé de :

- accueillir et réguler les mouvements des apprenants dans le Centre ;
- veiller à la propreté et à l'hygiène ;
- faire régner l'ordre et la discipline ;
- veiller à l'application du règlement intérieur du Centre ;
- Faire assurer la sécurité dans le Centre, de jour comme de nuit.

A ces rôles s'est accouplé l'hébergement des apprenants (maître d'internat).

III- LA PRISE EN CHARGE DES HANDICAPES

III-1- Le mode d'entrée

Le Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato accueille des personnes attestées handicapées par un médecin, les démunies et les personnes jugées vulnérables par le Centre de promotion sociale de la localité, les orientent pour une formation professionnelle. Le centre accueille des candidats d'origines variées, venus des Départements du Zou, des Collines, du Mono, du Couffo, du Littoral, de l'Atlantique, de l'Ouémé et du Plateau. La décision d'orientation est étudiée à la lumière de l'état de santé et le choix de la formation de l'intéressé.

III-2 Condition d'accès au CFPPH-AK

Toutes les personnes reconnues handicapées peuvent bénéficier d'une formation professionnelle permettant l'accès à l'emploi ou à l'installation professionnelle. Le Centre de promotion sociale est seul à préparer et orienter le candidat. Ainsi, pour l'admission au Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato, les conditions et la procédure demeurent les mêmes pour tous les citoyens : être reconnu handicapé souhaitant avoir une formation professionnelle (mais la demande peut aussi provenir des parents), et être orienté par un Centre de promotion sociale. Pour son admission au CFPPH-AK, le candidat doit présenter un dossier composé des pièces suivantes :

- Une notification du Centre de promotion sociale (exposé de cas),
- Un certificat médical attestant le type de handicap, l'histoire de la maladie, les traitements antérieurs et actuels et hospitalisation, et tous autres renseignements pouvant être utiles pour apprécier les possibilités de supporter une formation professionnelle.
- Une demande manuscrite.

Toutes les admissions des candidatures sont gérées par le surveillant général qui vérifie la constitution des dossiers d'admission. Il renseigne le candidat sur des questions pratiques liées aux formations, les dates du début de la formation, et organise la rentrée et les visites des parents. L'apprenant en formation doit obligatoirement s'impliquer dans cette démarche pour permettre à l'établissement d'être à même de remplir pleinement les missions qui lui sont dévolues. Il doit également se conformer à l'ensemble des obligations mises à sa charge par le règlement de fonctionnement, lequel est à la base du contrat passé entre l'établissement et les apprenants accueillis. En contre partie le Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato met en œuvre des

moyens humains et matériels adaptés et compétents pour le bon déroulement de sa formation et de sa réinsertion professionnelle.

La supervision et le contrôle pédagogique sont assurés par la Direction de la Réadaptation et de l'Insertion professionnelle des Handicapés (DRIPH) et la Direction Départementale de la Famille des Affaires Sociale de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age (DDFASSNHPTA)²¹.

III-3 Le suivi sanitaire des apprenants

Le service du suivi sanitaire des apprenants est assuré par une infirmière. Il se charge des soins des stagiaires dans l'établissement durant toute la période de la formation. Il est à l'écoute des apprenants. L'infirmière organise également des séances d'instruction, éducation et communication pour la santé (IEC/ santé), de prévention (tabac, SIDA, MST...) Des aides psychologiques sont apportées en complément des soins médicaux. Ils reçoivent d'abord, systématiquement chacun des apprenants en entretien individuel afin de réaliser un bilan psycho sanitaire.

III-4 La coordination des études et de la formation

L'accompagnement psychosocial signe la spécificité de ce Service. Il vise à développer l'autonomie de la personne afin qu'elle puisse prendre en charge elle même son intégration socioprofessionnelle : «Le travail égal rapport de l'homme avec lui-même (image de soit, valeur, identité) », (*Psychologie de la ressource humaine P69*). L'accent est mis sur la prise de confiance en soi, sur la capacité à développer des stratégies de compensation sur la connaissance de ses droits et la capacité à les faire valoir, et sur la connaissance des partenaires et services spécialisés d'appuis. L'accompagnement vise également à aider l'apprenant en formation dans sa confrontation avec de nouveaux repères professionnels. Il a d'abord une mission formative, et ses objectifs variés et multiples. Ils consistent à :

- Ecouter, comprendre les besoins de l'apprenant, l'accompagner et l'orienter dans son choix et sa formation professionnelle
- Coordonner des actions avec les formateurs et l'équipe chargée de l'insertion afin de faciliter les recherches de stage, d'emploi, l'installation et le développement de l'autonomie des apprenants.

²¹ Arrêté n°2872/ MFASSNHPTA/DC/SGM/DRIPH/SA/ de 31 Août 2012,

- Il apporte un appui pédagogique à l'équipe de formation dans les phases de conception et un suivi pédagogique au cours de la formation.
- Il reçoit les apprenants, les informe et les oriente selon leurs besoins.

Pour cela, connaître les apprenants, c'est à dire leurs états de santé (physique et mentale) est un atout pour un meilleur accompagnement. Ainsi, des entretiens psychologiques pour l'accès à ces renseignements qui facilitent la communication et permettent une approche appropriée de l'intéressé sont indispensables. Toute au long de la formation, l'apprenant est suivi de près par le Service de la coordination des études et de la formation pour son évolution. Son travail consiste à établir les diagnostics à la demande de l'équipe pédagogique ou autre, il réalise des accompagnements psychologiques, à la demande de l'administration, de l'équipe de formation, suite aux synthèses de réunions où de l'animation pédagogique. Le but est de parvenir à proposer des solutions pour dénouer la situation. L'accompagnement se fait par des soutiens ponctuels et réguliers, il est soit personnel soit en groupe. Une orientation extérieure peut être recommandée par le Service de la coordination des études et de la formation, à un apprenant, pour suivre une psychothérapie ou un traitement médical. Le but visé est d'abord le développement personnel. Il s'inscrit dans un cadre de diverses démarches de formation et d'insertion dans l'environnement professionnel : Ces démarches doivent permettre à l'apprenant de se rendre compte de sa valeur personnelle et de ses compétences individuelles, mais aussi à augmenter et renforcer ses capacités en s'impliquant dans une participation active. Car, selon Antoine de Saint Exupéry dans « Le Petit Prince », « avoir le sentiment d'être, c'est avoir de la valeur pour quelqu'un socialement signifiant et digne d'intérêt », (*Introduction à la psychosociologie : concepts et études de cas P151*). Ensuite, une ouverture d'horizon qui favorise une polyvalence et une large autonomie dans le domaine professionnel.

IV- LA FORMATION PROFESSIONNELLE AU CFPPH-AK

IV-1 Les différentes sections de formation

IV-1-1 La section macramé

Elle forme les apprenants dans la fabrication des objets artisanaux à base de joncs et de files nylons. Il s'agit de :- Nattes – Sacs – Chaises- Lits

Par ailleurs les apprenants sont également formés dans la cosmétique : Toutes sortes de savons.

IV-1-2 La section tissage

Les modules de formation dispensés au profit des apprenants concernent :

-Le tissage de pagne vide- Le tissage de pagne avec motifs-La création de divers motifs de pagne-Fabrication de torchons- Fabrication des nappes de table

A cet effet, elle est composée de deux sous sections : Le tissage à pied et le tissage à main. Les apprenants y accèdent selon le type de handicapé

IV-1-3 La section agro animal

Plusieurs modules de formation en Agro animal sont dispensés au profit des apprenants ; il s'agit de :

- Elevage des poules pondeuses ;
- Elevage des poulets de chairs et des coquelets ;
- Elevage d'escargots.
- Elevage des aulacodes
- La culture maraîchères (amarante, carotte, laitue, piment, etc.)

IV-1-4 Autres formations

En complément aux formations pratiques sus mentionnées, les apprenants reçoivent des enseignements sur :

- l'Education pour la santé ;
- l'Alphabétisation fondamentale ;
- la gestion des microprojets.

Enfin, les évaluations périodiques sont organisées par le Centre aussi bien au profit des apprenants que dans le but d'adapter la formation au marché de l'emploi.

IV.2. L'insertion professionnelle des handicapés

L'insertion des apprenants du Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato dans le monde du travail préoccupe particulièrement l'Etat. Le Ministère octroie à la fin de la formation un minimum d'équipement pour l'ouverture de leurs ateliers. Il s'agit des quittes d'élevages composés d'une famille de chaque espèce d'animaux, de cages et d'une enveloppe très modeste. Quand aux apprenants des autres sections, leur quitte est composé des instruments du métier et d'une enveloppe très modeste. Le CFPPH-AK accompagne surtout dans le suivi de leur emploi. A la fin de la formation, il les oriente et les conseille dans l'exercice du métier. C'est une démarche dont le souci est de pouvoir répondre au mieux, aux besoins de l'environnement et d'améliorer les différentes sections de formation professionnelle du centre. Cet accompagnement est mené en collaboration avec les centres de promotion sociale. Les formateurs participent également à l'accompagnement des apprenants vers l'emploi, par une présentation aux partenaires privés. Les ONG sont des acteurs incontournables pour une meilleure insertion des apprenants, du moins pour leur suivi professionnelle. C'est dans cette perspective qu'elles sont associées au CPS pour une intervention efficace dans la population vulnérable.

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS ET COMMENTAIRES

I- PRESENTATION DES RESULTATS ET COMMENTAIRES

I-1 présentation des résultats relatifs aux types de handicap et le comportement professionnel

Le CFPPH-AK accueille actuellement dans ses locaux, 24 apprenants dont des déficients moteurs (Paraplégie, Hémip légie, Malformation congénitale, Amputation et Boiterie), des déficients sensoriels (Visuelle, Auditive, muet), et des déficients intellectuels (IMC et Troubles de personnalités).

Tableau N°3 : Répartition des apprenants de CFPPH-AK 2011 par type de handicap

N°	TYPES DE HANDICAP	OBSERVATIONS	Effectifs
01	Déficiences motrices	Paraplégie	04
		Hémip légie	06
		Tétraplégie	00
		Malformation congénitale	01
		Amputation et Boiterie	02
02	Déficiences sensorielles	Visuelle	00
		Auditive, muet	02
03	Déficiences intellectuelles.	IMC	08
		Troubles de personnalités	01
04	Polyhandicapés	-	04

Source : Archive CFPPH-AK

Préparation de l'observation

Il s'agit d'observer l'aptitude du sujet à la réalisation seul d'un article. Pour cela, notre démarche préparatoire consiste à recenser toutes les étapes concourant au but principal, l'obtention d'un produit commercialisable. Tous les mouvements (gestes) possibles de chaque étape ont été identifiés. Pour une observation objective, ces mouvements sont retenus selon leurs exigences d'une aptitude physique et/ou mentale. Ils sont au nombre de : Tissage à pied 29, Tissage à main 12, Maraîchage 13, Cuniculture 14, Produits cosmétiques 8, Macramé 11, Aviculture 8. Enfin, l'observation proprement dite. Nous avons soumis individuellement les 24 apprenants à des tâches pratiques sur le champ de production des sections de formation. L'observateur note les mouvements

réussis individuellement par le sujet sans l'aide de tierce personne (actes accomplis seul spontanément, totalement et correctement ; actes partiellement accomplis ou non réalisés). C'est une occasion de constater et d'étudier les commodités des matériels disponibles pour la formation avec l'aptitude cognitive et physique des handicapés. Les résultats issus de cette observation sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau N°4 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Macramé

Catégories	TAP	TDP	Effectif	Fréquence
A	(0%, 20 %)	(80%, 100 %)	6	25,00%
B	(20%, 40 %)	(60%, 80 %)	5	20,83%
C	(40%, 60 %)	(40%, 60 %)	3	12,50%
D	(60%, 80 %)	(20%, 40 %)	5	20,83%
E	(80%, 100 %)	(0%, 20 %)	5	20,83%
Total	-	-	24	100%

Source : Résultats issus des observations

Dans la section macramé, pour la fabrication d'un article à base de fibre nylon, 25,00% ont un taux de dépendance , c'est-à-dire ont besoin d'une aide extérieur dans les proportions de (80%, 100 %), 20,83%ont un taux de dépendance de (60%, 80 %), 20,83% ont un taux de dépendance de (40%, 60 %), 12,50% ont un taux de dépendance de 20%, 40 %), 20,83% ont un taux de dépendance de (0%, 20 %). Mais par contre, 25,00% ont un taux d'autonomie, c'est-à-dire peuvent réaliser seul, spontanément, totalement et correctement, sans une aide extérieur un article à base de fibre nylon, dans les proportions de (0%, 20 %), 20,83% le sont pour (20%, 40 %), 20,83% pour (40%, 60 %), 12,50% pour (60%, 80 %), et 20,83% pour (80%, 100 %).

Tableau N°5 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Produits cosmétiques

Catégories	TAP	TDP	Effectif	Fréquence
A	(0%, 20 %)	(80%, 100 %)	3	12,50%
B	(20%, 40 %)	(60%, 80 %)	7	29,17%
C	(40%, 60 %)	(40%, 60 %)	5	20,83%
D	(60%, 80 %)	(20%, 40 %)	6	25,00%
E	(80%, 100 %)	(0%, 20 %)	3	12,50%
Total	-	-	24	100%

Source : Résultats issus des observations

Dans la section macramé, pour la fabrication d'un Produits cosmétiques, 12,50% ont un taux de dépendance de (80%, 100 %), 29,17% ont un taux de dépendance de (60%, 80 %), 20,83% ont un taux de dépendance de (40%, 60 %), 25,00% ont un taux de dépendance de (20%, 40 %), 12,50% ont un taux de dépendance de (0%, 20 %). A l'inverse, 12,50% ont un taux d'autonomie, c'est-à-dire peuvent fabriquer seul, spontanément, totalement et correctement, sans une aide extérieur un produit cosmétique, dans les proportions de (0%, 20 %), 29,17% le sont pour (20%, 40 %), 20,83% pour (40%, 60 %), 25,00% pour (60%, 80 %), et 12,50% pour (80%, 100 %).

Tableau N°6 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Tissage à pied

Catégories	TAP	TDP	Effectif	Fréquence
A	(0%, 20 %)	(80%, 100 %)	-	-
B	(20%, 40 %)	(60%, 80 %)	1	50%
C	(40%, 60 %)	(40%, 60 %)	1	50%
D	(60%, 80 %)	(20%, 40 %)	-	-
E	(80%, 100 %)	(0%, 20 %)	-	-
Total	-	-	2	100%

Source : Résultats issus des observations

Dans la section tissage à pied, 50% ont un taux de dépendance de (60%, 80 %), 50% ont un taux de dépendance de (40%, 60) pour l'obtention d'un tissu. Par contre, 50% ont un taux d'autonomie, c'est-à-dire peuvent réaliser seul, spontanément, totalement et correctement, sans une aide extérieur un article de tissage, dans les proportions de (20%, 40 %), et 50% le sont pour (40%, 60 %).

Tableau N°7 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Tissage à main

Catégories	TAP	TDP	Effectif	Fréquence
A	(0%, 20 %)	(80%, 100 %)	1	33,33%
B	(20%, 40 %)	(60%, 80 %)	-	-
C	(40%, 60 %)	(40%, 60 %)	1	33,33%
D	(60%, 80 %)	(20%, 40 %)	1	33,33%
E	(80%, 100 %)	(0%, 20 %)		
Total	-	-	3	100%

Source : Résultats issus des observations

Dans la section tissage à main, 33,33% ont un taux de dépendance de (80%, 100 %), 33,33% ont un taux de dépendance de (40%,60%), 33,33%ont un taux de dépendance de 20%, 40 %) pour l'obtention d'un tissu. De l'autre coté, 33,33% ont un taux d'autonomie, c'est-à-dire peuvent réaliser seul, spontanément, totalement et correctement, sans une aide extérieur un article de tissage, dans les proportions de (0%, 20 %), 33,33% pour (40%, 60 %), 33,33% pour (60%, 80 %).

Tableau N°8 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Maraîchage

Catégories	TAP	TDP	Effectif	Fréquence
A	(0%, 20 %)	(80%, 100 %)	4	23,53%
B	(20%, 40 %)	(60%, 80 %)	2	11,76%
C	(40%, 60 %)	(40%, 60 %)	3	17,65%
D	(60%, 80 %)	(20%, 40 %)	5	29,41%
E	(80%, 100 %)	(0%, 20 %)	3	17,65%
Total	-	-	17	100%

Source : Résultats issus des observations

Dans la section maraîchage, pour l'obtention d'un produit agro alimentaire, 23,53% ont un taux de dépendance de (80%, 100 %), 11,76% ont un taux de dépendance de (60%, 80 %), 17,65% ont un taux de dépendance de (40%, 60 %), 29,41% ont un taux de dépendance de (20%, 40 %), 17,65% ont un taux de dépendance de (0%, 20 %). Mais par contre, 23,53% ont un taux d'autonomie, c'est-à-dire peuvent réaliser seul, spontanément, totalement et correctement, sans une aide extérieur un produit de jardin, dans les proportions de (0%, 20 %), 11,76% le sont pour (20%, 40 %), 17,65% pour (40%, 60 %), 29,41% pour (60%, 80 %), et 17,65% pour (80%, 100 %).

Tableau N°9 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Cuniculture

Catégories	TAP	TDP	Effectif	Fréquence
A	(0%, 20 %)	(80%, 100 %)	4	23,53%
B	(20%, 40 %)	(60%, 80 %)	1	5,88%
C	(40%, 60 %)	(40%, 60 %)	4	23,53%
D	(60%, 80 %)	(20%, 40 %)	3	17,65%
E	(80%, 100 %)	(0%, 20 %)	5	29,41%
Total	-	-	17	100%

Source : Résultats issus des observations

Dans la section cuniculture, pour l'obtention d'un lapin commercialisable, 23,53% ont un taux de dépendance de (80%, 100 %), 5,88% ont un taux de dépendance de (60%, 80 %), 23,53% ont un taux de dépendance de (40%, 60 %), 17,65% ont un taux de dépendance de (20%, 40 %), 29,41% ont un taux de dépendance de (0%, 20 %). Mais par contre, 23,53% ont un taux d'autonomie, c'est-à-dire peuvent réaliser seul, spontanément, totalement et correctement, sans une aide extérieur un lapin, dans les proportions de (0%, 20 %), 5,88% le sont pour (20%, 40 %), 23,53% pour (40%, 60 %), 17,65% pour (60%, 80 %), et 29,41% pour (80%, 100 %).

Tableau N°10 : Fréquence d'autonomie professionnelle en Aviculture

Catégories	TAP	TDP	Effectif	Fréquence
A	(0%, 20 %)	(80%, 100 %)	2	11,76%
B	(20%, 40 %)	(60%, 80 %)	1	5,88%
C	(40%, 60 %)	(40%, 60 %)	3	17,65%
D	(60%, 80 %)	(20%, 40 %)	6	35,29%
E	(80%, 100 %)	(0%, 20 %)	5	29,41%
Total	-	-	17	100%

Source : Résultats issus des observations

Dans la section aviculture, pour l'obtention d'une volaille commercialisable, 11,76% ont un taux de dépendance de (80%, 100 %), 5,88% ont un taux de dépendance de (60%, 80 %), 17,65% ont un taux de dépendance de (40%, 60 %), 35,29% ont un taux de dépendance de (20%, 40 %), 29,41% ont un taux de dépendance de (0%, 20 %). Mais par contre, 11,76% ont un taux d'autonomie, c'est-à-dire peuvent élever seul, spontanément,

totalemment et correctemment, sans une aide extérieur un volaille, dans les proportions de (0%, 20 %), 5,88% le sont pour (20%, 40 %), 17,65% pour (40%, 60 %), 35,29% pour (60%, 80 %), et 29,41% pour (80%, 100 %).

I-2- présentation des résultats relatifs à l'enquête de satisfaction et d'opinion des apprenants

L'enquête de satisfaction mener nous a permis de recueillir le degré de satisfaction des apprenants par rapport aux dispositifs de prise en charge et de formation dans les proportions suivantes.

Tableau N°11: Résultats questionnaires N°1

1. ACCUEIL	1. Non satisfaisant	2. Peu satisfaisant	3. Satisfaisant	4. Très satisfaisant	Abstention
a. Réception	8,33%	20,83%	41,67%	12,50%	12,50%
b. Information	12,50%	20,83%	50,00%	4,17%	20,83%
c. Orientation	20,83%	25,00%	33,33%	16,67%	4,17%
d. Prise en charge	12,50%	29,17%	37,50%	12,50%	8,33%
2. LE PERSONNEL	1. Non satisfaisant	2. Peu satisfaisant	3. Satisfaisant	4. Très satisfaisant	Abstention
a. Disponibilité	8,33%	16,67%	50,00%	16,67%	8,33%
b. Efficacité	8,33%	16,67%	41,67%	20,83%	12,50%

Tableau N°11: Résultats questionnaires N°1

3. Hébergement et Restauration	1. Non satisfaisant	2. Peu satisfaisant	3. Satisfaisant	4. Très satisfaisant	Abstention

a. Locaux	20,83%	41,67%	16,67%	0,00%	20,83%
b. Chambres	12,50%	33,33%	29,17%	12,50%	12,50%
c. Salles de formation	16,67%	37,50%	41,67%	8,33%	4,17%
d. Adaptation du mobilier	25,00%	50,00%	12,50%	4,17%	8,33%
e. Repas	8,33%	45,83	29,17%	8,33%	12,50%
f. Sécurité	25,00%	33,33	20,83%	8,33%	12,50%
g. Détente et loisirs	20,83%	41,67%	16,67%	0,00%	20,83%
h. Sociabilité des apprenants	8,33%	20,83%	45,83%	8,33%	16,67%
4. FORMATION	1. Non satisfaisant	2. Peu satisfaisant	Satisfaisant	4. Très satisfaisant	Abstention
a. Pédagogie	8,33%	25,00%	41,67%	12,50%	8,33%
b. Disponibilité des formateurs	8,33%	20,83%	41,67%	12,50%	16,67%
c. Communication	4,17%	12,50%	54,17%	16,67%	12,50%
d. Contenu de la formation	12,50%	25,00%	45,83%	8,33%	8,33%
e. Adaptation du matériel	8,33%	45,83%	33,33%	0,00%	12,50%
f. Evaluation en cours de formation	12,50%	25,00%	41,67%	12,50%	8,33%

Tableau N°11: Résultats questionnaires N°1

5. L'INFIRMERIE	1. Non satisfaisant	2. Peu satisfaisant	Satisfaisant	4. Très satisfaisant!	Abstention
------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

a. fonctionnement	16,67%	62,50%	20,83%	0,00%	0,00%
c. Les soins	20,83%	41,67%	16,67%	0,00%	20,83%
d. La communication	12,50%	25,00%	33,33%	16,67%	12,50%
e. L'écoute	12,50%	25,00%	33,33%	16,67%	12,50%
6. LE SERVICE PSYCHO-SOCIAL.	1. Non satisfaisant	2. Peu satisfaisant	Satisfaisant	4. Très satisfaisant	Abstention
a Son fonctionnement	16,67%	20,83%	41,67%	16,67%	4,17%
b. Ses interventions	8,33%	29,17%	45,83%	8,33%	8,33%
d. La communication	12,50%	20,83%	41,67%	20,83%	4,17%
e. L'écoute	12,50%	20,83%	33,33%	29,17%	4,17%
f. L'accompagnement	20,83%	16,67%	41,67%	8,33%	12,50%
g. Le soutien aux	20,83%	16,67%	37,50%	12,50%	12,50%

Source : Résultats issus des enquêtes

1.2.1- Le service accueil

L'accueil est une des missions du CFPPH-AK. La question comprend la réception des stagiaires, l'information, l'orientation et la prise en charge. A l'aide du questionnaire nous avons sollicité les apprenants de nous livrer leurs appréciations sur ces éléments. Et malgré une réticence non motivée de la part de certains d'entre eux, d'autres ont répondu, avec quelques abstentions qui varient d'une question à l'autre.

Les appréciations émises par les stagiaires à propos de leur réception par le centre, sont mitigées. Pourtant elle nous a permis d'entrevoir une large satisfaction de la part des apprenants.

Sur cette échelle d'appréciation, 12% n'ont pas répondu, 54,17 % des stagiaires est satisfait de leur réception.

L'information : 20,83 sans réponse, 54,17 % se dit satisfait du service.

L'orientation : 4,17% se sont abstenus, 50,00 % est donc satisfait du service,

La prise en charge : 8,33% sans réponse, 50,00 % se disent satisfaits de ce service.

1.2.2- Le personnel

Pour la disponibilité, 8,33% se sont abstenus. Dans l'ensemble, le personnel affiche une large disponibilité au service des apprenants. Ce qui fait un taux de 66,67 % de satisfait.

L'efficacité : 12,50 % d'abstention. Elle est en générale, bien appréciée par les stagiaires. 62,50 % sont donc satisfaits.

1.2.3- L'hébergement et la restauration

En ce qui concerne les locaux de l'établissement, 20,83 % des apprenants se sont abstenus, Le taux de satisfaction est de 16,67 %.

Quant aux chambres, 12,5 % des stagiaires n'ont pas répondu, 41,67% des apprenants qui se disent satisfaits des chambres.

Les salles de formation : 4,17 % sans réponse, 50,00 % est satisfait.

Le mobilier : Le taux d'abstention est de 8,33 %, Seulement 16,67% sont satisfaits.
Le repas : 12,50 % se sont abstenus, 37,5 % sont satisfaits.

La sécurité : Le taux d'abstention 12,5 %, et 29,17 % des apprenants se disent satisfaits de la sécurité dans le centre.

Les détente et loisirs : 20,83 % des stagiaires ne sont pas exprimés, 16,67 % se déclarent satisfaits.

La sociabilité des apprenants : 16,67 % se sont abstenus, 54,17% se disent insatisfaits.

I.2.4- La formation

La pédagogie : 8,33 % d'abstention, 54,17% des stagiaires sont satisfaits.

La disponibilité des formateurs : 16,67% n'ont pas donné de réponse, 54,17 % sont satisfaits de la disponibilité des formateurs.

La communication : 12,50 % se sont abstenus, 70,83% des apprenants sont satisfaits de la communication dans la formation.

Le contenu de la formation : 8,33 % ne se sont pas exprimés, 54,17% des apprenants sont satisfaits du contenu de la formation.

Adaptation du matériel : 12,50% n'ont pas donné de réponse, 33,33 % sont satisfaits de l'adaptation des matériels de formation.

Evaluation en cours de formation : Le taux d'abstention est de 8,33 %, et 54,17 sont satisfaits de cette évaluation.

I.2.5- L'infirmierie

Le fonctionnement : 00,00 % se sont abstenus, 20,83 % des apprenants satisfaits de ce service.

Les soins 20,83% d'abstention 16,67 % sont satisfaits.

La communication : 12,5 % d'abstention, 50,00 % sont satisfaits.

L'écoute : 12,5 % d'abstention, 50,00 % sont satisfaits.

I.2.6- Le service psycho-social

Le fonctionnement : 4,17 % se sont abstenus, 58,33 % des apprenants satisfaits de ce service.

Ses interventions : 8,33% d'abstention, 54,17 % sont satisfaits.

La communication : 4,17 % d'abstention, 62,50 % sont satisfaits.

L'écoute : 4,17 % d'abstention, 62,50 % sont satisfaits.

L'accompagnement : 12,50 % abstenus, 50,00 % sont satisfait de l'accompagnement.

Le soutien aux apprenants : 12,50 % se sont réservés, et le taux de satisfaction est de 50,00%.

Dans l'ensemble le service sait se faire apprécier des stagiaires. Mis à part quelques cas isolés où la confiance ne règne pas encore.

1.2.7. Commentaires

Les commentaires à propos de l'accueil varient du très bon au très mauvais accueil, certains vont jusqu'à formuler un souhait selon lequel l'accueil est en général, les informations sont parfois "non approfondies et l'orientation très illusoire".

Le CFPPH-AK, accueille actuellement 24 apprenants internés. Ils le sont pour toute la durée de la formation. Il accueille un public particulier puisque ce sont des personnes en situation de handicap. Ainsi il se doit d'être équipé de façon à faciliter la vie quotidienne de ses invités. C'est pourquoi nous avons posé la question aux apprenants, sur l'hébergement et la restauration qui leurs sont proposés.

La première lecture de la réponse à cette question, est un certain attachement des apprenants au confort et de propreté. C'est surtout l'occasion pour eux de manifester leur mécontentement face à cette situation. Chambres non équipées, pas de ventilateur ni télévision. La sonorisation des chambres est évasivement évoquée. Les sanitaires sont collectifs et souvent disent-ils, mal entretenus en matière d'hygiène. Les chambres et les douches sont selon beaucoup d'entre eux, à refaire. Ils souhaitent avoir des chambres et des douches personnelles. Des aménagements sont à effectuer pour les rendre pratiques : « je ne comprends pas pourquoi il n'y a pas de douche personnelle pour personne à mobilité réduite ayant des béquilles ou non. Je prends toujours des risques à chaque douche ».

La préoccupation majeure des apprenants est leur avenir dans le métier. Car la formation aurait manqué d'informations sur le futur métier à exercer. Ils souhaiteraient que les formateurs « aillent se rendre compte sur les lieux de travail de ce dont les futurs diplômés ont besoin », histoire d'adapter la formation aux exigences du moment, des lieux de provenance et les opportunités qui s'y trouvent.

La restauration est en général peu appréciée des apprenants. Les plats leurs paraissent répétitifs et aucun choix ne leur est donné: « repas pas assez varié », « aucun choix dans les menus ». Le réfectoire et la cuisine nécessitent un aménagement : « sérieuses améliorations à apporter à la cuisine du centre ».

Les apprenants se plaignent de manque de loisirs au sein de l'établissement. Il n'existe pas un lieu de convivialité hormis le foyer où se côtoient fumeurs et non-fumeurs. C'est le seul lieu où il y'a un poste de télévision. "Loisirs quasiment inexistant, une télé pour tout le monde," En dehors des cours, aucune activité n'est proposée aux apprenants, eux qui souhaitent beaucoup de sortir pour s'instruire et se divertir.

Le service psychosocial signe la particularité du CFPPH-AK. Il consiste à offrir aux apprenants des accompagnements appropriés à leur état de santé et de réaliser un suivi médical et psychologique tout au long de la formation. Le public accueilli par l'établissement a une particularité sanitaire qu'il faut suivre de près. L'équipe composée des assistants sociaux, l'infirmière du psychologue accompagne les apprenants et les amener à avoir de l'estime et une confiance en soi. La spécificité de CFPPH-AK est d'offrir un accompagnement psychologique et social qui va au delà d'une formation adaptée aux difficultés rencontrées par les apprenants.

I-3- présentation des résultats relatifs à l'enquête de satisfaction et d'opinion du personnel

Tableau N°12 : Résultats questionnaires N°2

Rubriques	Modalités	Fréquence	abstention
Perception du travail personnel	a- très bien	10,53%	10,53%
	b- bien	42,11%	
	c- acceptable	36,84%	
Satisfaction morale au travail	Oui	52,63%	10,53%
	Non	36,84%	
Formation	a- Oui	26,32%	21,05%
	b- non	52,63%	
Intérêt de la Formation	a- Oui	60,00%	0,00%
	b- non	40,00%	
Climat social	- excellent	0,00%	5,26%
	b- Bonne	42,11%	
	c- Conflictuelle	31,58%	
	d- mauvaise	21,05%	
Motivation	a- Encouragement du chef	31,58%	10,53%
	b- formations	57,89%	
	Autres	0,00%	
Prise de décision	a- stratégique	36,84%	10,53%
	b- opérationnelle	52,63%	
	aucune	10,53%	
conditions de travail	Oui	15,79%	5,26%
	Non	78,95%	

Source : Résultats issus des enquêtes

Les impressions du personnel ne s'écartent pas de celles des apprenants. Elles sont aussi mitigées et ont besoin d'y penser. Ainsi, 10,53% du personnel perçoivent que leur travail est très bien, 42,11% bien et 36,84% jugent acceptable leur travail. 52,63% ont la Satisfaction morale d'accomplir leur travail contre 36,84%. 26,32% ont reçu une Formation complémentaire au cours de leur carrière contre 52,63% n'en ont pas reçu. Et pourtant, l'ensemble des récipiendaires a jugé ces formations peu appropriées à ce milieu de travail. Le Climat social quant à lui n'est excellent pour personne, mais Bonne pour 42,11%, Conflictuelle pour 31,58%, mauvaise pour 21,05%. 10,53% ne sont associés à aucune Prise de décision, 36,84% sont associés la Prise de décision stratégique et 52,63% sont associés la Prise de décision opérationnelle. Les conditions de travail sont bonne pour 15,79% seulement et 78,95% l'ont jugé mauvaise. Il faut retenir aussi que le taux d'abstention est très faible pour cette question. Ce pendant, l'Encouragement du chef pourrait stimuler la motivation de 31,58% du personnel et la formation pourrait le faire chez 57,89%.

Commentaires

Les agents se plaignent de la performance de l'administration. La lenteur dans l'exécution des décisions, le climat social néfaste qui y règne, la corruption, le népotisme avec sa manifestation évidente qu'est le favoritisme sont autant de maux qui témoignent du mauvais fonctionnement de nos administrations. La culture du patronage qui non seulement inhibe les initiatives des cadres et agents mais développe aussi des comportements qui ternissent l'image du centre. Les ressources humaines qui constituent la pierre angulaire de toute performance sont encore gérées de façon traditionnelle. En suite les recrutements des apprenants ne donnent pas toujours de satisfaction aux formateurs, et non plus pour pourvoir les sections de formation. Les techniques de travail en cours posent le problème de la définition de curricula de formation. A cela s'ajoute la rareté ou l'inexistence des formations continues, source d'inadaptation de la formation au monde artisan, indispensable à une meilleure insertion des apprenants. Le CFPPH-AK connaît des dysfonctionnements liés à l'insuffisance et à l'usage des matériels, leur vétusté et leur inadéquation aux besoins d'innovation, de dynamisme et de compétence. L'amélioration des conditions de vie et de travail est une question fondamentale. En cette matière les principaux thèmes sont l'hygiène et la sécurité au travail et dans les trajets, les conditions de travail, la prévention des risques psychosociaux, la prévention des maladies professionnelles.

I-4- Résultats des actions de formation et d'insertion professionnelles menées de 1989 à 2012

Tableau N°13 : Effectif des personnes handicapées inscrites en formation de 1989-2012

ANNEE	RANG PROMOTION	INSCRITS		TOTAL
		H	F	
1989 - 1990	1 ^{ère}	13	00	13
1990-1991	2 ^{ème}	21	00	21
1991-1992	3 ^{ème}	00	23	23
1991-1992	4 ^{ème}	00	25	25
1993-1994	5 ^{ème}	00	20	20
2002-2003	6 ^{ème}	22	07	29
2005-2006	7 ^{ème}	19	06	25
2006-2007	8 ^{ème}	22	13	35
2007-2008	9 ^{ème}	24	10	34
2009-2010	10 ^{ème}	24	08	32
2011-2013 (en cours)	11 ^{ème}	21	06	27
TOTAL	-	166	118	284

Source : Archive CFPPH-AK

Tableau N°14 : Effectif des handicapés diplômés par le CFPPH-AK de 1989-2013

L'influence de l'organisation et de l'encadrement sur le processus de l'insertion socio professionnelle des handicapés au Bénin : cas de Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées (CFPPH)

Périodes de formation	Agro-Animal		Tissage Pagne		Macramé		Savon Artisanal		Natte		Cordonnerie	Tresse coiffure	Vannerie	Couture	Observations
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
1989-1990	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	07	00	06	00	-
1990-1991	00	00	04	00	00	00	00	00	00	00	12	00	05	00	-
1991-1992	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	00	13	-
1992-1993	00	00	00	13	00	00	00	00	00	00	00	12	00	00	-
1993-1994	00	00	00	08	00	00	00	00	00	00	00	12	00	00	-
2002-2003	16	01	04	04	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	-
2004-2005	13	01	01	02	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	-
2006-2007	11	01	03	07	12	10	12	10	00	00	00	00	00	00	-
2007-2008	11	02	03	04	14	06	14	06	00	00	00	00	00	00	-
2009-2010	11	00	01	02	06	02	06	02	06	02	00	00	00	00	-
2011-2012	16	02	01	04	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	-
TOTAL	78	07	17	44	19	18	32	18	06	02	19	34	11	13	318

Source : Archive CFPPH-AK

De l'analyse de ces tableaux, l'effectif d'inscrit au CFPPH-ak croit de 13 en 1989 à 35 en 2006 et décroît de 35 en 2006 à 27 en 2011. Avec la création des sections agro animal et macramé respectivement 2002 et 2006, les métiers tels que la vannerie, la couture, la coiffure, la cordonnerie ont disparus. Les opportunités d'orientation s'amenuisent avec une réduction drastique de l'expression des compétences personnelles.

II. SUGGESTIONS

II.1. Le développement de la communication

L'insertion passe d'abord par l'intéressé lui-même. Et bien d'éléments font penser que certains apprenants manquent de réelle motivation. Probablement parce que la technique de la communication n'est pas encore bien acquise. Une meilleure intégration de la société n'est possible sans une maîtrise de la communication. Le CFPPH-AK doit donc privilégier le développement des capacités des stagiaires à échanger. C'est un passage obligé pour la réussite d'une bonne insertion. C'est aussi une façon de lui permettre de se mettre en valeur à travers sa profession. La communication doit être intégrée dans la formation au point d'être même obligatoire.

Mais pour cela il faut d'abord avoir déjà établi un climat de confiance entre les apprenants et les formateurs et le personnel du centre. Et cela passe d'abord par une meilleure information et orientation du stagiaire. De toute évidence, les stagiaires manquent de confiance en eux. Leur parcours et soucis de santé ne les rassurent pas assez pour s'investir dans cette démarche. C'est au centre de leur venir en aide et les faire regagner leur estime et valeur. Tout cela par le dialogue, l'écoute et une meilleure prise en charge psychologique et sanitaire. Mais aussi par un encadrement rapproché des apprenants durant la formation. Et par une meilleure préparation de l'apprenant à suivre la formation. Les interventions du psychologue méritent d'être renforcées. Il conviendrait de rapprocher les apprenants de la réalité professionnelle. Des interventions de structures extérieures auraient des effets positifs sur le développement des compétences des apprenants en matière de communication et des techniques de production.

II. 2. Le développement du partenariat

Le partenariat avec les entreprises est un facteur essentiel pour multiplier les chances d'insertion. Dans cette perspective le centre devrait mettre en place une politique extérieure importante. Elle augmenterait les possibilités d'insertion des stagiaires. Le partenariat entre les entreprises et le centre n'est pas structuré. Il est grand temps de

penser à multiplier des démarches dans cette perspective. Le partenariat avec les entreprises est un champ largement vierge, générateur de résultats encourageants. C'est là un atout majeur qu'il faudrait exploiter sérieusement. Ce partenariat permettrait de réaliser une importante prospection des entreprises prêtes à recruter sur des métiers qui correspondent aux formations dispensées par le CFPPH-AK. C'est là, une occasion incontournable pour présenter les formations du CFPPH-AK, mais aussi de faire connaître les titres professionnels délivrés à l'issue de ces formations. Enfin, cette démarche permettrait une bonne connaissance de l'établissement dans le monde professionnel et des prestations qu'il dispense. Ce partenariat devrait également s'élargir vers les autres milieux spécialisés dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées, dans le domaine public aussi bien que dans le secteur privé.

Le Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato souffre d'une crise d'image dans la mesure où il n'est pas suffisamment connu des parents de handicapés premiers bénéficiaires, et du monde professionnel, principalement les artisans et les partenaires sociaux (les ONG, les Fondations et les Associations). Reste la question pertinente, celle des moyens à mettre en œuvre pour explorer ces pistes. Il faut bien des moyens financiers et humains, il est temps d'en juger la nécessité appropriée aux enjeux du problème. A ce sujet, il urge d'envisager une modification architecturale de l'organigramme du Centre. Certainement pour faire face aux ambitions nouvelles qui porteront sur de nombreux objectifs, dont la rénovation de l'offre des formations, la diversification de l'offre des formations du CFPPH-AK, la professionnalisation de l'équipe pédagogique, la proposition d'un parcours spécialisé aux apprenants du Centre, l'adaptation des matériels aux handicapés, le renforcement de l'équipe medico-psycho-sociale, le développement de la communication au CFPPH-AK, le renforcement des objectifs concernant le personnel et l'aménagement du centre.

II.3. L'influence de l'encadrement sur l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle

Le rôle des cadres ou des managers est d'animer et de coordonner, « de conduire, dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance », (*Alecian S., Foucher D. ; « Guide du management dans le service public », Editions d'Organisation, Paris, 1994, p 19*). Cette définition du métier de manager sous-entend que celui-ci doit faire en sorte que la façon dont s'exprime l'autonomie sociale et professionnelle des individus soit cohérente avec les finalités de l'organisation. Ces autonomies professionnelles doivent

aussi être « compatibles » entre elles pour permettre de réaliser ensemble les objectifs. Cela est d'autant plus indispensable que l'on se réfère à l'approche globale qui exige une vision élaborée en commun de la situation et des objectifs à atteindre pour l'utilisateur (travail interdisciplinaire et non seulement pluridisciplinaire).

CONCLUSION

L'insertion socio professionnelle des handicapés est un sujet à la fois passionnant et vaste. Tout au long de ce travail, nous avons tenté de comprendre le vécu quotidien des personnes handicapées, des personnes en situation de handicap, et les obstacles qui jonchent leur insertion sociale et professionnelle. Nous nous sommes appuyés sur les textes réglementaires, divers supports documentaires et sur l'expérience de la structure d'accueil durant ce stage. Un travail aussi modeste ne pourrait pas englober la totalité des problèmes des personnes handicapées. C'est ainsi que notre réflexion s'est limitée sur les pratiques en vigueur dans les centres de formation professionnelle des personnes handicapées (CFPPH-AK) au Bénin et les défis à relever pour une meilleure insertion socio professionnelle des personnes handicapées.

Le handicap est une situation à multiples facettes, difficile à cerner, tant les réalités se différencient d'une forme de handicap à l'autre. On parle de déficience motrice, de déficiences sensorielles ou déficience intellectuelle. La question est de savoir comment traiter ces personnes sans leur imposer une manière, figée par la formation, de concevoir leurs vies et de voir le monde. L'objectif principal est, l'indépendance pour les personnes en situation de handicap. C'est à dire leur permettre de procéder à un minimum d'aides techniques à la réalisation des activités de la vie quotidienne. Mais aussi de pouvoir, grâce à la formation professionnelle reçue, d'intégrer la société et d'exercer leur métier de façon durable. Cette vision est une forme de regard armé, sur les personnes porteuses de handicap, qui les fait vivre. Car être regardé est une condition d'exister et de se construire. Plutôt que de se laisser gagner par le mélange confus de rejet et par tous les tabous socioculturels.

Le CFPPH-AK constitue une forme de réponse à l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Le parcours de formation qu'il propose aux personnes en situation de handicap est conçu et mis en place par le Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes du Troisième Age. Il est exécuté par une équipe expérimentée. La formation est assurée par des formateurs reconnus pour leur compétence et leur expérience. Son objectif est de répondre aux besoins d'un public particulièrement fragile aux yeux de la société. Il est conçu pour compter avec l'environnement professionnel, qui laisse peu de chance à ce public longtemps défavorisé par leur état de santé physique et ou mental.

L'insertion socio économique ne se fait pas sans difficultés et cela s'expliquerait par diverses raisons : à la fois personnelles aux apprenants, techniques et professionnelles. Notre travail ne dénie pas bien sûr les efforts d'insertion professionnelle des apprenants

handicapés formés par le CFPPH-AK à l'heure actuelle. Mais au contraire souligne la nécessité de l'améliorer, et de leur assurer une meilleure intégration socioprofessionnelle.

Cette étude nous a permis de réaliser à quel point le handicap est fécond en réflexion. En effet, l'insertion professionnelle ne constitue pas le seul souci qui hante l'esprit des personnes en situation de handicap. Au-delà du travail, existent bien des situations préoccupantes, telles que la vie de tous les jours en dehors du travail. En aucun cas, il n'est question de dénier les efforts entrepris en faveur des personnes en situation de handicap, loin de là. Or, une des caractéristiques des personnes en situation de handicap, est le faible niveau de formation. C'est là, un des sujets qui invitent les partenaires sociaux, les décideurs et animateurs sur la table de négociation, à anticiper les grands enjeux du monde économique. Car il faut apporter des solutions novatrices et appropriées aux personnes en situation de handicap face à une accommodation des outils de travail. Cela nécessite une diversification des méthodes et des outils pédagogiques pour :

- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,

- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,

- Personne dont les fonctions mentales sont altérées mais qui est capable de se déplacer,

- Personne ayant conservée son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jours d'une aide pour ses activités et pour les soins corporels,

- Personne n'assumant pas seules ses transferts mais qui, une fois levée, peut accomplir ses activités.

BIBLIOGRAPHIE

1. AGOSSOU Carine 2007, Impact du milieu carcéral sur le développement psychosocial des mineurs en conflit avec la loi : Cas de la prison civil de Cotonou, mémoire de Maitrise mémoire de Maitrise en Psychologie, Sous la direction de Dr DAH LOKONON Bodéhou Gbènoukpo ; DPSE /FLASH /UAC ; (96 p)
1. ADJANOHOUN D.G.E. ; Les relations interpersonnelles au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou : Moteur ou frein de l'épanouissement sanitaire en (RPB) ? mémoire de Maitrise en sociologie, code N°77-UNB ; 1983 (120 p)
2. Alecian S., Foucher D., *Guide du management dans le service public*, Editions d'Organisation, Paris, 1994, 430 p.
3. Amadiou J.F., Cadin L., *L'organisation qualifiante*, Economica, Paris, 1996,110 p.
4. Arrêté n°2872/ MFASSNHPTA/DC/SGM/DRIPH/SA/ de 31 Août 2012, *Portant Création, Attribution, Organisation et fonctionnement du Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées d'Akassato*. (06 p)
5. Boltanski L., *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Seuil, Paris, 1998, cité par Dubar C., Tripier
6. Bremond Le Flanchec A., *L'autonomie des acteurs* dans : AGRH : actes du congrès 1999,
7. Breton P., *La parole manipulée*, La Découverte/essais, Paris, 1997, 220 p.
8. Cabin P (dir), *Les organisations, état des savoirs*, Editions Sciences Humaines, Auxerre, 1999, 411 p.
9. Cabin P., *Amnesty International : de l'organisation missionnaire à la bureaucratie* dans : Cabin P (dir),
10. Castoriadis C., *Pour un individu autonome*, dans : «Penser le XXème siècle », Manière de voir, Le Monde Diplomatique, 2000, 52 :14-17
11. *Cadre organique du MFASSNHPTA 2011-2013*, DRH/ MFASSNHPTA juillet 2011, (542 p) PP235 à 244
12. *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, ONU, 13 Décembre 2006, (31 p)
13. Charles M, *Pour une éducation de la liberté, les étapes du développement de la personnalité*, Collection dossiers l'Essentiel, Edition Chronique sociale de France, 7, rue de Plat-69288 Lyon Cedex I, 1975 (156 p) PP121-130
14. *Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : description clinique et directives pour le diagnostic*, Publié par Masson, Paris, 1993 (305 p).

15. Crozier M., Friedberg E., *l'Acteur et le Système*, Seuil, Paris, 1977, 500 p.
16. Crozier M., *La crise de l'intelligence : essai sur l'impuissance des élites à se réformer*, InterEditions, Paris, 1995, 200 p.
17. *Directive du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, IAS OMS, 1997 (Viii+150 pages) PP14, 15, 90,91
18. Dimitri AFGOUSTIDIS, *La psychanalyse en 50 mots*, Desclée de Brouwer, 1989, 76, Bis, rue des Saints-pères, 75007, Paris (101 p),
19. Dubar C., Tripier P., *Sociologie des professions*, Armand Colin, Paris, 1998, 256 p.
20. FNEGE ; *La GRH : Autonomie et Contrôle*, Lyon 1999, p 96.
21. Frédéric de Scitiveau, *Lexique de psychanalyse*, Edition du Seuil, Janvier, 1997(95 p), P39
22. Le Goff J.P., *Les illusions du management*, La Découverte, Paris, 1996, 135 p.
23. Jean-Pierre citeau, Brigitte ENGELHARDT-BTRIAN, *Introduction à la psychosociologie : concepts et études de cas* Ed Armand Colin, Paris 1999, 21 Rue du Montparnasse 75006, Paris (269 P) PP 143 à 160
24. Jacques Aubert, Patrick Gilbert, *Psychologie de la ressource humaine*, Que sais-je N°3288, 4^{ème} Edition, 11^e mille 70043840, Mars 2007, Presse Universitaire de France, 1997, 6 avenue Reille75014, Paris, (127 p) PP67 à 69
25. Michel MANCIAUX et al, *L'enfant et sa santé : Aspects Épidémiologiques, Biologiques, Psychologiques et Sociaux*, Doin Editions, 8, Place de l'Odéon, 75006, Paris, 1987 (1326 P) PP749-770 ; 962-968
26. Michea J.C., *L'enseignement de l'ignorance*, Micro-climats, Castelnau-le-lez, 1999,140 p.
27. Mintzberg H., *Le management : voyage au centre des organisations*, Editions d'Organisation, Paris, 1989, 570 p.
28. Michel Godfryd, *Vocabulaire psychologique et psychiatrique ; Que sais-je N°2739*, 5^{ème} Edition, 17^e mille, 70037041, 2003 (127 p), P50
29. Muchielli A. ; Hart J., *Soigner l'hôpital*, Lamarre, Paris, 1994, 187 p.
30. Piaget J., *Psychologie de l'intelligence*, Armand Colin, Paris
31. Piaget J., *Biologie et connaissance*, Gallimard, Paris
32. *La politique nationale de protection et d'intégration des personnes handicapées*, PNPIPH, 2011-2021, UNICEF, Décembre 2011, 75 p
33. *Population et stratégie de réduction de la pauvreté au Bénin (2007-2009)* Novembre 2006

34. Raymond Quivy, Luc Van Campenhoudt, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Edition Dunod, Paris, 1995, Dépôt légal, 2002 ; 300 P
35. *RGPH₃ au Bénin (Tomes 1, 2, 3, 4, 5,6.)*
36. Ruano-Borbalan J.C. (dir), *L'identité : l'individu, le groupe, la société*, Editions Sciences Humaines, Auxerre, 1998, 394 p.
37. Sainsaulieu R., *L'identité au travail*, Références, Paris, 1993, 477 p.
38. Sainsaulieu R., *La construction des identités au travail*, dans : Cabin P (dir),
39. SEHONOU Germain, Impact du stress post-traumatique sur la performance : cas des sapeurs pompiers du Bénin ; mémoire de Maîtrise en Psychologie, Sous la direction de Dr Thiery K. KOUGBEAGBEDE ; DPSE /FLASH /UAC ; 2008 ; 98 p.
40. SILLAMY N. ; Dictionnaire de la psychologie ; Imprimerie Herissey ; France, 1983 ; 319 p
41. Turlan N., *Autonomie, approche conceptuelle pour une meilleure pratique*, Journal d'ergothérapie, 1999 ; 21 :72-75
42. Valteau P., *La gestion de l'autonomie avec les autres formes de coordination : l'expérience des associations*, dans : AGRH : actes du congrès 1999,
43. Varella F., *Autonomie et connaissance: essai sur le vivant*, Seuil, Paris, 1989,248 p.
44. Yvan Bordeleau, *Méthodes d'analyse et d'intervention organisationnelle ; Ressources humaines et efficience*, Editions Nouvelles, 2605, Rue Curateau, Montréal (Québec) H1L6H6, 1997 (299 P) PP75 à 98

ANNEXES

Questionnaire N°01 : adressé à Mesdames et Messieurs les apprenants du CFPPH-Ak

Mesdames et Messieurs,

Le questionnaire qui est soumis à votre aimable attention a pour but de solliciter votre collaboration à une recherche relative à l'insertion socio professionnelle des handicapés au Bénin.

Vous mesurez donc tout l'intérêt que les Centres de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées tireront des résultats de ce travail.

Vous êtes rassurés de la discrétion totale sur l'objectivité de vos réponses.

Merci pour votre contribution de qualité.

NB : - Veuillez cocher le cadre correspondant à votre réponse, en y mettant une croix ou encercler le numéro correspondant à votre réponse.

- Vous avez également la latitude d'écrire sur le dos de la feuille.

IDENTIFICATION

Section: Macramé Tissage Agro-Animale

Sexe : Masculin Féminin Age.....

Niveau d'étude :

0. nul 1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieure

Situation matrimoniale :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Etat de santé :

Normal Passable Défaillant

Souffrez-vous d'une maladie, capable d'avoir une incidence sur votre travail ?

.....

.....

.....

.....

Vous encerclez la mention qui vous convient le mieux :

1. Non satisfaisant 2. Peu satisfaisant 3. Satisfaisant 4. Très satisfaisant

Question N° 1. Que penser vous de votre accueil au CFPPH-AK ?				
	1. Non satisfaisant	2. Peu satisfaisant	3. Satisfaisant	4. Très satisfaisant
a. Réception	1	2	3	4
b. Information	1	2	3	4
c. Orientation	1	2	3	4
d. Prise en charge	1	2	3	4
Commentaires				

Question N° 2. Quelle appréciation faites-vous du personnel ?				
	1	2	3	4
a. Disponibilité	1	2	3	4
b. Efficacité	1	2	3	4
Commentaires				

Question N° 3. Comment appréciez-vous l'hébergement et la restauration ?				
	1	2	3	4
a. Locaux	1	2	3	4
b. Chambres	1	2	3	4
c. Salles de formation	1	2	3	4
d. Adaptation du mobilier	1	2	3	4
e. Repas	1	2	3	4
f. Sécurité	1	2	3	4
g. Détente et loisirs	1	2	3	4
h. Sociabilité des apprenants	1	2	3	4
Commentaires				

Question N° 4. Comment appréciez-vous la formation ?				
a. Pédagogie	1	2	3	4
b. Disponibilité des formateurs	1	2	3	4
c. Communication	1	2	3	4
d. Contenu de la formation	1	2	3	4
e. Adaptation du matériel	1	2	3	4
f. Evaluation en cour de formation	1	2	3	4
Commentaires				

Question N° 5. Comment percevez-vous les services de l'infirmierie ?				
a. Son fonctionnement	1	2	3	4
c. Les soins	1	2	3	4
d. La communication	1	2	3	4
e. L'écoute	1	2	3	4
Commentaires				

Question N° 6. A quel degré le service psychosocial offert par le CFPPH-AK comble t-il vos attentes ?				
a. Son fonctionnement	1	2	3	4
b. Ses interventions	1	2	3	4
d. La communication	1	2	3	4
e. L'écoute :	1	2	3	4
f. L'accompagnement	1	2	3	4
g. Le soutien aux apprenants	1	2	3	4
Commentaires				

Je vous remercie d'avoir bien voulu remplir ce questionnaire

Questionnaire N°02 : adressé à Mesdames et Messieurs le personnel du CFPPH-Ak

Mesdames et Messieurs,

Le questionnaire qui est soumis à votre aimable attention a pour but de solliciter votre collaboration à une recherche relative à l'insertion socio professionnelle des handicapés au Bénin.

Vous mesurez donc tout l'intérêt que les Centres de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées tireront des résultats de ce travail.

Vous êtes rassurés de la discrétion totale sur l'objectivité de vos réponses.

Merci pour votre contribution de qualité.

NB : - Veuillez cocher le cadre correspondant à votre réponse, en y mettant une croix.

IDENTIFICATION

Service :

SITUATION SOCIALE ET ADMINISTRATIVE DE L'AGENT

Sexe : Masculin Féminin Age.....

Diplôme :

Scolaires Universitaires Professionnels

Titre ou statut professionnel au poste :

Nature de votre responsabilité :

Ancienneté générale :

Ancienneté au poste :

Grade :

Situation matrimoniale :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Etat de santé :

Normal Passable Défaillant

Souffrez-vous d'une maladie, capable d'avoir une incidence sur votre prestation de service ?

.....
.....
.....
.....

1- Comment percevez-vous votre travail

a-très bien b-bien c- acceptable

2- Eprenez-vous la satisfaction morale de bien accomplir votre travail ?

Oui Non

Si non pourquoi ?
.....
.....

3- Bénéficiez-vous de programme de formation ?

a- Ouib- non

4- Ces programmes sont ils appropriés à vos besoins

a- oui b- non

5- Comment appréciez-vous l'ambiance de travail ?

a- excellent b- Bonne c- Conflictuelle d- mauvaise

6- En dehors de votre rémunération, que vous faut-il pour plus motivé ?

a- Encouragement du chef b- formations

7- Vous êtes souvent associé(e) à la prise de décision

a- stratégique b- opérationnelle c- aucune

8- Êtes-vous satisfait de vos conditions de travail ?

Oui Non

Si non pourquoi ?

.....

.....

9- De quoi avez-vous besoin pour mieux travailler ?

.....

.....

10- Avez-vous des recommandations ou suggestions?

.....

.....

Je vous remercie d'avoir bien voulu remplir ce questionnaire

Fiches d'observation de la commodité des outils et matériels didactiques aux situations de formation

Légende ; A : Actes accomplis seul, spontanément, totalement et correctement

B : Actes partiellement accomplis ou non réalisés

1- Fiche d'observation des mouvements essentiels indispensables à l'artisan pour la réalisation d'un produit cosmétique

	Produits cosmétiques	A	B
1	Savoir identifier les produits	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2	Savoir quantifier les produits	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
3	Fabrication du savon liquide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
4	Mélanger	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
5	Battre le mélange	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
6	Renverser la préparation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
7	Morceler ou emballer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
8	Négocier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Total			

2- Fiche d'observation des mouvements essentiels indispensables à l'artisan pour la réalisation d'un produit Macramé

	Macramé	A	B
1	Choix de fils	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2	Prise de mesure	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
3	Formation des nœuds ordinaires	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
4	Faire la manche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
5	Agencement des nœuds	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
6	Faire différentes formes du sac losange	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
7	Faire des dessins	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
8	Tisser le sac	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
9	Faire la gaine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
10	Fermer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
11	Négocier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Total			

3- Fiche d'observation des mouvements essentiels indispensables à l'artisan pour la réalisation d'un produit avicole

	Aviculture	A	B
1	Le choix du cite	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2	Nettoyage du poulailler et des matériels (balayage, lavage et désinfection)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
3	Installation de la litière,	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
4	Préparation du pédicure	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
5	Mise en marche des sources de chaleur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
6	Réception des poulets	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
7	entretien de poulets	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
8	Négociier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Total			

4- Fiche d'observation des mouvements essentiels indispensables à l'artisan pour la production d'un lapin

	Cuniculture	A	B
1	Connaître la composition de la provende du lapin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2	servir la provende, l'eau, le fourrage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
3	Entretien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
4	Manipuler les lapins.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
5	Définir la période de chaleur de la lapine.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
6	Définir la période d'accouplement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
7	Accoupler les lapins.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
8	Reconnaître la gestation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
9	Faire des suivis pondéraux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
10	Installer la caisse à nid	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
11	Définir la période de mise bas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
12	Définir la période de sevrage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
13	Faire le sevrage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
14	Négocier		
Total			

5- Fiche d'observation des mouvements essentiels indispensables à l'artisan pour la réalisation d'un produit de maraîchage

	Maraîchage	A	B
1	Identifier le site	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2	Sarclage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
3	Prise de mesure	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
4	Confection de planches	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
5	Mettre terreau ou litière	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
6	Désinfection de la planche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
7	Faire la pépinière	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
8	Repiquage de plants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
9	Fumure des plants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
10	Installer l'ombrage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
11	Faire une étiquette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
12	Récolter les produits	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
13	Négocier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Total			

6- Fiche d'observation des mouvements essentiels indispensables à l'artisan pour la réalisation d'un article de tissage a main

	Tissage à main	A	B
1	Bobinage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2	Attacher la règle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
3	Prise de mesure	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
4	Montage de fils	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
5	Rentrage de fils dans la lisse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
6	Enrouler la navette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
7	Lancer la navette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
8	Damer le pagne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
9	Correction	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
10	Tissage de pagne vide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
11	Créer des motifs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
12	Négociier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Total			

7- Fiche d'observation des mouvements essentiels indispensables à l'artisan pour la réalisation d'un article de tissage a pied

	Tissage à pied	A	B
-	Ourdissage	-	-
1	Bobinage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2	Charger le cantre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
3	Former l'encroix	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
4	Passer les fils entre les piquets	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
5	Faire aller retour cantre en main	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
6	Réajuster les fils	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
7	Réaliser la chaîne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
8	plier la chaîne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
-	Technique de mise	-	-
9	Mesurer l'ensouple	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
10	graduer l'ensouple	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
11	Calculer le nombre de mises	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
12	Serrer les mises	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
13	Remplir l'ensouple de mises	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
-	Technique d'enfilage	-	-
14	Rentrer les fils dans la lisse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
15	Faire l'empaignage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
16	Déterminer la densité du peigne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
17	Dresser la chaîne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
18	Attacher les fils par mises à la barre d'attachement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
19	Mettre le poids	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁

-	Technique de tissage	-	-
20	Mise en œuvre du tissu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
21	Démêler les fils	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
22	Manier les pédales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
23	Lancer la navette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
24	Coordonner le mouvement pédale-navette-tasser	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
25	Tisser la toile	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
26	Contrôler la foule, les lisières	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
27	Corriger les fautes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
28	Réaliser le tissu.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
29	négociier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Total			

RESUME

L'insertion sociale et professionnelle désigne le processus permettant l'intégration d'une personne au sein du système socio-économique par l'appropriation des normes et règles de ce système. S'agissant des handicapés la problématique est de taille. Au Bénin, à travers les partenaires techniques et financiers, les diverses politiques d'assistance à l'endroit des personnes handicapées sont surtout basées sur la législation, la création des écoles de sourds et des aveugles, les CFPPH, ainsi que la prolifération des Centres de Promotion Sociale (CPS). Ces actions ont-elles simplement une valeur d'assistantat ou conduisent-elles effectivement à l'autonomie socio professionnelle et économique des handicapés?

C'est donc l'objet de la présente étude intitulée *«L'influence de l'organisation et de l'encadrement sur le processus de l'insertion socio professionnelle des handicapés au Bénin : cas de Centre de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées (CFPPH)»*. Elle remonte au-delà des facteurs liés à la dépendance socioéconomique des handicapés formés pour atteindre les indicateurs liés à l'organisation et l'encadrement de ceux-ci. Ainsi, de l'influence de l'organisation et de l'encadrement à l'assistance sur le processus de l'insertion socioprofessionnelle des handicapés, trois aspects déterminants s'imposent à savoir: La commodité des moyens didactiques, le climat social et la prise en charge des handicapés.

Afin de pouvoir répondre efficacement aux nombreux objectifs des CFPPH et faire face aux ambitions nouvelles d'insertion et d'intégration socioprofessionnelle et économique des handicapés, il urge d'œuvrer pour : Le développement des capacités de communication des stagiaires, la diversification de l'offre de la formation, la professionnalisation de l'équipe pédagogique, l'adaptation des matériels, le renforcement de l'équipe médico-psycho-sociale et les objectifs concernant le personnel.

TABLE DES MATIERES

Sommaire.....	ii
Dédicace.....	iii
Remerciements.....	iv
Sigles et acronymes.....	v
Liste des tableaux	viii
Introduction.....	1
Première partie : Cadre théorique et méthodologie	3
Chapitre I : Cadre théorique.....	4
Problématique, objectifs et hypothèses	4
Problématique.....	4
Objectifs et hypothèses.....	7
Clarification conceptuelle.....	8
La vulnérabilité et le quart monde	14
Insertion et la notion d'intégration sociale et professionnelle.....	15
Etat de la question	20
Chapitre II : Méthodologie.....	32
Méthodologie de la collecte des informations.....	32
Revue de littérature : quelques concepts théoriques d'organisation.....	35
Deuxième partie : Cadre d'étude et présentation des résultats	47
Chapitre III : cadre d'étude.....	48
Présentation du cadre : le centre de formation professionnelle des personnes handicapées d'Akassato	48
Organisation, attribution et fonctionnement.....	52
La prise en charge des handicapés.....	55
La formation professionnelle au CFPPH-ak.....	58
Chapitre IV : présentation des résultats et commentaires.....	60
Présentation des résultats et commentaires.....	60

Suggestions	76
Conclusion générale.....	79
Bibliographie	82
Annexe.....	ix
Questionnaire n°01: adresse à mesdames et messieurs les apprenants du CFPPH-ak.....	x
Questionnaire n°02 : adresse à mesdames et messieurs le personnel du CFPPH-ak.....	xiv
Fiche d'observation de la commodité des outils et matériels didactiques aux situations de formation.....	xviii
Résumé	xxvi
Table des matières	86