UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

========@@@=======

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

========@@@=======

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE "ESPACES, CULTURE ET DEVELOPPEMENT"

========@@@=======

Filière : Sociologie Anthropologie

Option : Sociologie du développement

Thèse de doctorat pour l'obtention du grade de docteur de l'Université d'Abomey-Calavi

SUJET

LA SCOLARISATION DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX EN MILIEU FƆN DU ZOU AU BENIN

Réalisé par:

Eloi ZINGBE

Sous la direction du :

Docteur Adolphe KPATCHAVI,
Maître de conférences en Sociologie-Anthropologie de Santé des Universités/CAMES

Membres du Jury

Président : Albert TINGBE-AZALOU (PT)
1er Examinateur : Cyriaque C. SESSOU AHODEKON (MC)
2ème examinateur : Lolowou Folly Kokou HETCHELI(MC)
Directeur de thèse : Adolphe C. KPATCHAVI (MC)
Mention: Très Honorable

Soutenue, le 11/05/2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION…… 13

PREMIERE PARTIE……. 16
CHAPITRE I : Aspects théoriques…… 17
CHAPITRE II **:** Démarche méthodologique……..… 48
CHAPITRE III : Caractéristiques du milieu de recherche……..… 60

DEUXIEME PARTIE**:** Les infirmes moteurs cérébraux en milieu fon : de la stigmatisation à leur intégration…….…… 98
CHAPITRE IV : Les différentes perceptions de la société sur les infirmes moteurs cérébraux……..…….. 100
CHAPITRE V : Intégration des infirmes moteurs cérébraux en milieu scolaire…... 123
CHAPITRE VI: Analyse sur le devenir des infirmes moteurs cérébraux en milieu scolaire…… 167

CONCLUSION…….. 197

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……... 200
ANNEXES…….… 208
TABLE DES MATIERES……. 248

DEDICACE

Je dédie cette thèse à toute ma famille. Je te dois la tranquillité, l'apaisement du cœur, qui ont permis de réaliser ce travail.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je tiens à exprimer mes sincères remerciements à mon Directeur de thèse, Monsieur Adolphe KPATCHAVI, Maître de conférences en Sociologie-Anthropologie de Santé, Enseignant à l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire "Espace, Cultures et Développement" de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin). Mes travaux de thèse n'auraient pas été possibles si vous n'aviez pas accepté de les diriger. Vous avez œuvré à donner un cachet scientifique à ce travail à travers les différents comités de thèse organisés pour la perfection de mes travaux. Recevez par ce truchement, l'expression de ma profonde gratitude.

C'est aussi l'occasion de remercier Monsieur Amèdé ODUNLAMI**,** Maître de conférences en Sociologie de l'éducation, Enseignant à l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire "Espace, Cultures et Développement" de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin), président de mon premier comité de thèse pour ses observations en vue de parfaire ce travail.

Il en est de même pour Madame Elisabeth FOURN**,** Maître de conférences en Sociologie de la famille, Enseignante à l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire "Espace, Cultures et Développement" de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin), présidente de mon deuxième comité de thèse, pour les différents apports à l'amélioration du travail.

Mes remerciements vont à l'endroit de Monsieur Cyriaque C. S. AHODEKON, Maître de conférences en Sociologie de l'éducation, Enseignant à l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire "Espace, Cultures et Développement" de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin), présent dans tous mes comités de thèse, pour ses nombreuses contributions à l'amélioration de ce travail. Dans la même perspective, tous les enseignants de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire "Espace, Cultures et Développement" de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin) sont considérés, notamment ceux de la filière Sociologie-Anthropologie.

Il est aussi important de reconnaître à Monsieur Christian AGOSSOU, Enseignant chercheur à l'Université d'Abomey-Calavi(Bénin), tout le temps qu'il a

consacré à la lecture et aux amendements apportés à ce travail. Tous mes camarades et tous les acteurs interrogés qui ont accordé leur temps pour la réussite de ce travail sont vivement remerciés.

Enfin, sincères remerciements à tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur contribution à l'aboutissement de ce travail.

SIGLES ET ACRONYMES

CEP : Certificat d'étude primaire
DANIDA **:** Agence Danoise pour le Développement International
DAS **:** Direction des Affaires Sociales
DEA **:** Diplôme d'Etudes Approfondies
DEP **:** Direction de l'Enseignement Primaire
DES **:** Direction de l'Enseignement Secondaire
DRIPH **:** Direction de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées
EPT **:** Education Pour Tous
FAPHB **:** Fédération des Associations des Personnes Handicapées du Bénin
FHSB **:** Fédération Handi Sport du Bénin
FLASH **:** Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
IMC **:** Infirmité Motrice Cérébrale
ISEH **:** Intégration Scolaire des enfants Handicapés
MFE **:** Ministère de la Famille et de l'Enfant
MEMP **:** Ministère des Enseignements Maternel et Primaire
NPE **:** Nouveaux Programmes d'Etude
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ODD **:** Objectifs du Développement Durable
OMS **:** Organisation Mondiale de la Santé
ONU **:** Organisation des Nations-Unies
PASEB **:** Programme d'Appui au Secteur de l'Education au Bénin.
PDDSE **:** Plan Décennal de Développement du Secteur Educatif
PNPIPHB **:** Politique Nationale de Protection et d'Intégration des Personnes Handicapées du Bénin.
RBC **:** Réadaptation à base communautaire
UAC **:** Université d'Abomey-Calavi
UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES CARTES

Carte n°1 : Carte du département du Zou dans la République du Bénin…….. 62
Carte n°2 : La situation géographique de la commune de Djidja……..… 153
Carte n°3 : La situation géographique de la commune de Zogbodomey…….. 154
Carte n°4 : Les écoles parcourues dans la commune d'Agbangnizoun…… 155
Carte n°5 : Les écoles parcourues dans la commune de Bohicon……. 214
Carte n°6 : Les écoles parcourues dans la commune de Zakpota…….…… 215

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique N°1 : Représentations du handicap par les personnes n'ayant pas de handicapé…….. 110
Graphique N°2 : Positions des parents au sujet de l'inscription des enfants handicapés…… 117
Graphique N°3 : Les différents recours des parents dans la prise en charge sanitaire des enfants handicapés…… 132
Graphique N°4 : Rapport entre niveau d'instruction des femmes et scolarisation des enfants handicapés……..… 134
Graphique N°5 : Positions des parents au sujet de l'impact du handicap……..… 139
Graphique N°6 : Effectifs des enfants handicapés inscrits dans les écoles ordinaires prospectées dans Agbangnizoun, Bohicon et Zakpota sur 10696 enfants normaux inscrits……..… 157
Graphique N° 7: Evolution par département des redoublants de l'année 2007 au Bénin…….. 159
Graphique N°8: Evolution par département des redoublants de l'année 2009 au Bénin…… 159
Graphique N°9 : Evolution par département des redoublants de l'année 2010 au Bénin……..…. 160
Graphique N°10: Evolution par département des redoublants de l'année 2013 au Bénin…….. 160
Graphique N°11: Evolution par année des redoublants au Bénin……..…… 161

LISTE DES FIGURES

Figure N°1 : Cadre conceptuel…….. 26
Figure N°2 : Structure de la RBC…… 142

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Infirme moteur cérébral léger…….. 102
Photo 2 : Infirme moteur cérébral lourd……..... 103
Photo 3 : Prêtre de « fa » avec le matériel de consultation…… 125
Photo 4 : Temple de la divinité « Zomadonou »…… 126
Photo 5 : Rééducation des articulations……..... 144
Photo 6 : Rééducation de la colonne vertébrale……. 145
Photo 7 : Apprentissage du rampement……..... 145

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Relation entre hypothèses et objectifs…….…… 26
Tableau 2 : Opérationnalisation des variables……... 36
Tableau 3 : Prévalences des facteurs de risque modifiables des Maladies Non Transmissibles (MNT) au Bénin en 2008……..……..… 46
Tableau4: Prévalences des facteurs de risque physiologiques des Maladies Non Transmissibles au Bénin en 2008…….…….... 46
Tableau5 : Récapitulatif des acteurs interrogés……. 53
Tableau 6:Récapitulatif des lieux de recherche……. 54
Tableau 7: Synthèse des données défavorisant la scolarisation des IMC dans les cinq communes du Zou ayant de centre RBC…… 72
Tableau 8 : Principaux types cliniques d'infirmité motrice cérébrale……... 100
Tableau 9 : représentations du handicap des parents des enfants à infirmité motrice cérébrale…….…… 106
Tableau 10: Relation entre le nombre d'enfants normaux et la scolarisation des handicapés …….…… 133
Tableau 11 : Résultats scolaires des handicapés parrainés par le PASEB dans le zou…….. 151
Tableau 12 : Résultats CEP 2016 des enfants handicapés parrainés par le PASEB dans le zou…….…… 152
Tableau 13 : Effectifs des enfants IMC et normaux dans quelques écoles d'Agbangnizoun, 156

Bohicon et Zakpota……
Tableau 14: Evolution scolaired'enfants ayant un retard mental, sans problème d'expression…….……. 158
Tableau15 : Evolution scolaired'enfants ayant un retard mental, avec problème d'expression…….. 158
Tableau16: Matrice de diagnostic stratégique relatif à la situation de scolarisation des infirmes cérébraux du Zou…….… 179
Tableau 17 : Répartition des redoublants selon le genre et département, du CI au CMII en 2007 au Bénin…… 209
Tableau 18 : Répartition des redoublants selon le genre et département, du CI au CMII en 2009 au Bénin……..…… 209
Tableau 19 : Répartition des redoublants selon le genre et département, du CI au CMII en 2010 au Bénin…….……..……. 210
Tableau 20 : Répartition des redoublants selon le genre et département, du CI au CMII en 2013 au Bénin…… 211
Tableau 21: Effectifs des redoublants de 2007, 2009, 2010, 2013…….…. 211
Tableau 22:Taux d'abandon scolaire selon le genre et par département de l'année 2007 au Bénin…… 212
Tableau 23: Taux d'abandon scolaire selon le genre et par département de l'année 2008 au Bénin……..…….…… 212
Tableau 24: Taux d'abandon scolaire selon le genre et par département de l'année 2009 au Bénin…… 213
Tableau 25 : Taux d'abandon scolaire selon le genre et par département de l'année 2013 au Bénin……..…….. 213
Tableau 26 : Taux national d'abandon scolaire des années 2007, 2008, 2009 et 2013…….…… 214

RESUME

Tirant parti de la conférence mondiale sur l'éducation tenue à Jomtien en 1990 et du forum mondial sur l'éducation organisé à Dakar en 2000 sur « *l'éducation pour tous*», la République du Bénin a élaboré et mis en œuvre plusieurs politiques éducatives en vue de réduire les inégalités sociales. Pourtant, on assiste encore à un très faible taux de scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou. L'objectif de la recherche est d'appréhender les déterminants de la non scolarisation des infirmes moteurs cérébraux dans le système scolaire béninois. La recherche étant à dominance qualitative, l'interview individuelle, le focus group et l'observation directe constituent les techniques sollicitées. Les outils utilisés sont le guide d'entretien et la grille d'observation. En procédant par la méthode de saturation, la boule de neige et par choix raisonné, la taille de l'échantillon est arrêtée à deux cent trente cinq (235). Le traitement des données a été fait par l'analyse du contenu et par la triangulation des informations.

Selon les résultats obtenus, il existe plusieurs représentations socio-culturelles en milieu fon du zou qui ne sont pas de nature à favoriser l'intégration sociale des infirmes moteurs cérébraux. De plus, l'étude du système scolaire permet de dire qu'il n'est non seulement pas accessible aux infirmes moteurs cérébraux mais offre peu de possibilité pour leur insertion professionnelle. Bien plus, se basant sur les résultats, on peut dire que dans la mise en œuvre des stratégies de l'Etat pour l'intégration sociale des infirmes moteurs cérébraux, les acteurs impliqués ont des intérêts divergents, ce qui se répercute négativement sur les résultats du programme. Ces comportements rendent les actions du gouvernement moins visibles et les handicapés et leurs parents demeurent toujours dans la pauvreté.

Mots clés : Scolarisation, Infirme Moteur Cérébral, Réadaptation à Base Communautaire, Système scolaire.

ABSTRACT

Tie left the world Conference on the Education held in Jomtien in 1990 and the World Forum on Education organized in Dakar in 2000 on "*Education for all*, the Republic of Benign worked out and implemented several educational policies in order to reduce the social inequalities. However, one still attends a very weak rate of schooling of the cerebral physically handicapped people in medium fon of Zou. The objective of the research is to analyse the mechanism to permit the integration of disable persons in the school system.The research been a qualitative dominance, the individual interview, the focus group and the direct observation constitute the technic used; the conversation guide and the grill of observation formed the tools.

In proceeding through the saturation method, the snowball and by echo choice, the sample pruning is fixed two hundred and thirty five (235). The giving processing was done through analysis content and through the triangulation of some information's.

According to the results obtained, they exist many socio-cultural representations among fon of zou whom are not of nature to favour the social integration of disable persons. More so the study of education permits to say that it is not only through disable persons but open little possibility for their professional insertion. Good enough basing on the results, one can say that the working process strategy of the state for the social integration of disable persons suffer some phenomenon from diversion also to the side of the authorities of department who are families of handicap children.

This behaviour gives back the action of government less visible and the handicapped and their parents also live in poverty.

Key words: Education, disable person, readaptation base on community, scholar system.

Kówún tɔn dófɔngbemɛ :

Kówún tɔn dó fɔngbemɛ:

Númíkpɔ́nsɛ́dó kplɛ́ɖaxógbɛ-ɔmɛtɔnéeto lɛbló dówemákplɔ́nkplɔ́njíɖoxwe (Afatɔɔn fɛnɛkɛnnɛgban gɔ́mɛ) 1990 ɖo Jɔntyɛntomɛ kpódó ayijínjɔ́n gbɛɔmɛtɔnée to lɛjínjɔ́n dó « Mɛ bi ɖóná yi wemáxɔmɛ » jíɖo Dakáatomɛ ɖoxwe (Afowógɔ́mɛ) 2000, Benɛ́toɔ sɔ́tutomɛ núwa dódɔn to yinukɔn tɔngegéɖóte lobonádó lifɛngbo nú nújánmɛéɛɖoalinɛɔ nu lɛ. Nunyímɔ́có, mímɔɖɔ wemáxɔmɛyiyi kanmɛkúnánɔ-zɔjɛtɔ́lɛtɔn-ɔ,xókpoɖ'ewu ɖofɔnnu Zuukanmɛ tɔnlɛgɔ́n. Nudóbiba mítɔn elɔɔ jlónátun wuvɛ́ alónujánmɛ éezɔn bɔnɔví mítɔn enɛlɛ sínwemáxɔmɛyiyi matɔ́nta ɖo wemákplɔ́nkplɔ́n xólɛmɛ sɔmɔ́ ɖo Benɛtomɛa. Lobo nádów'azɔɔ, míkanxóbyɔ́ gbɛtɔ́ ɖélɛ ɖóvovo, míkplémɛlɛ boɖɔxóxá cóbokalésɔ́ nukún mítɔn dókpɔ́nnúná gbɔn gletoxolɛmɛ. Azɔwánú éemízán lɛwɛnyí xóɖɔxámɛ wéma éemíɖésunɔbló kpódó tuntoléenukúnzékpɔ́nnu-názɔɔ nányí wiwagbɔ nɔ tɔn ; mɛ e míkpéxálɛ bi nyígbɛtɔ́ (afɔɖégbanatɔɔn) 235, xólɛgegéɖebɔmíyí dófɔngbemɛlobowá húzúyéwlán dóflanségbemɛ. Nudóbiba mítɔnɔ, zónbɔ mímɔnújɛ́wu ɖɔ hwɛndomɛxóɖíɖɔ aló núwíwa fɔnnu Zuukanmɛ nulɛtɔn ɖélɛ ɖebohɛ́nɔ, yenanyí aliglɔ́nnú lobonázɔ́n bɔ wemáxɔmɛyiyi gbɛtɔ́ kanmɛkúnánɔ-zɔjɛtɔ́ lɛtɔnɔ nákpozɔn.Huganmɔ́ɔ, tutoéejí e to wemáxɔmɛyiyi dóɖo Benɛto mítɔn mɛlɛná alimɛ éenyíkanmɛkúnánɔ-zɔjɛtɔ́lɛ núyená yi wemáxɔmɛa; yénatlɛlɛ́ yi kákáyífóɔ, mɛɖénɔlɔn nadóyíyé d'azɔmɛa. Númíkánálɛ́kpɔ́n xóéemí se ɖo núdóbiba mítɔnɔhwenuɖélɛsɛ́dóɔ, gbɛtɔ́ alɔkpalɔkpa éeɖotuto axɔ́sútɔn nadódɔn kanmɛkúnánɔzɔjɛtɔ́lɛ byɔ́ wemáxɔmɛnu kɔnlɛɖésulɛɔ, gegé yétɔn lévɔ́ ɖólinlinyétɔn vovoéemaná nukɔn- yiyi tutomɛ axɔ́súɔtɔnlɛa ; bonɔ hwínazɔwiwaaxɔ́súɔtɔnlɛ dódo, lobo nɔjó kanmɛkúnánɔ-zɔjɛtɔ́lɛ kpódó mɛjitɔ́ yétɔnlɛkpán dónyi yamɛ.

Xógó: yi wemáxɔmɛ,kanmɛkúnánɔzɔjɛtɔ́, tutomɛaxɔ́súɔtɔn nu kanmɛkúnánɔzɔjɛtɔ́, tutomɛaxɔ́súɔtɔn nu wemáxɔmɛ.

INTRODUCTION

Avant la colonisation, les questions relatives aux handicapées se géraient au Bénin par les responsables de cultes religieux endogènes. La pénétration des étrangers (les colons surtout) a donné naissance à de nouvelles représentations du handicap. La doctrine chrétienne édifia en vertu charitable l'attitude de bienveillance et de miséricorde vis-à-vis des infirmes, confondus alors avec tous les pauvres, les miséreux de la société. Au siècle des Lumières, l'influence de nouvelles théories philosophiques, les avancées de la connaissance scientifique contribuèrent à placer sur le devant de la scène les problèmes posés par l'éducation des enfants frappés de déficiences sensorielles. Les barbaries de la première guerre mondiale ont amené les nations à la déclaration des droits de l'homme adoptée en 1948 où il est mentionné dans son article 1er que toute personne a droit à l'éducation. Sur cette base, l'Organisation des Nations Unies a adopté en 1975 une résolution comportant une Déclaration des Droits des Personnes Handicapées soulignant que ces dernières possèdent exactement les mêmes droits que les autres personnes. En 1993, ce fut l'adoption des "Règles pour l'Égalisation des Chances des Personnes Handicapées".

En dépit de nombreux textes et lois taillés dans le sens de la scolarisation des enfants handicapés, le rapport mondial sur le handicap, a fait état de ce que les personnes handicapées non scolarisées dans le monde sont estimées de 93 à 150 millions (enfants de 0 à 14 ans), (OMS, 2011).

Cependant, plusieurs actions comme le mouvement *Education Pour Tous* lancé en 1990 lors de la conférence mondiale sur *Education Pour tous,* tenue à Jomtien (Thaïlande) du 5 au 9 mars sont engagées pour le développement. Car, l'éducation a un impact positif sur le développement : une étude récente de l'Institut de Statistique de l'Unesco et de l'OCDE montre que *«le capital humain est un facteur-clef de la croissance économique et de nouvelles données indiquent qu'il est aussi associé à toute une série d'avantages non économiques comme l'amélioration de la santé et celle du bien-être*» (ISU-OCDE, 2002 : 6). Quelques objectifs poursuivis par ce mouvement portent sur le développement et l'amélioration des soins à la petite enfance et son éducation, surtout pour les enfants les plus vulnérables. Il faut remarquer que ce

mouvement travaille dans le sens de l'atteinte de l'un des objectifs du millénaire pour le développement (Education pour tous). Les objectifs du développement durable (ODD) comme prolongements des objectifs du millénaire pour le développement ont aussi fait de l'éducation, une priorité. Le Bénin, souvent cité comme un modèle de démocratie à l'échelle africaine (TINGBE-AZALOU, 2010), a ratifié plusieurs conventions relatives à l'intégration sociale des handicapés et de ce fait a mené des actions.

Mais, sur la base de ces actions, au lieu d'assister à une amélioration remarquable de la scolarisation des enfants de toutes catégories (normaux comme porteurs de handicap), on note que la majorité des infirmes moteurs cérébraux ne sont pas scolarisés en milieu fon du Zou (Bénin). La question qu'il convient de se poser s'énonce si avec tant de débats, tant de réflexions, tant de dispositions, tant d'actions, il est encore possible d'assister à une faible scolarisation des enfants porteurs de handicap en général et les infirmes moteurs cérébraux en particulier. A ce propos, la Sociologie du Développement est sollicitée en vue d'une réponse efficace. Pour Olivier de Sardan (1995 : 6), cette sociologie *«se focalise en particulier sur l'analyse des interactions entre acteurs sociaux relevant de cultures ou sous-cultures différentes. Elle procède à l'inventaire des contraintes respectives auxquelles les uns et les autres sont soumis, et au décryptage des stratégies que les acteurs déploient à l'intérieur de leurs marges de manœuvre. Elle décrit les représentations et systèmes de sens mobilisés par les groupes en interaction et étudie les dynamiques de transformation de ces représentations et systèmes de sens* ».

Ceci fait naître, pour la recherche, un intérêt pour mieux cerner les déterminants de la non scolarisation des infirmes moteurs cérébraux. Le développement n'est pas que environnemental, économique, technologique, mais aussi et surtout social. Au regard de leur nombre[1], il serait difficile d'accéder au développement en laissant cette catégorie de personnes de côté en matière d'éducation. C'est en raison de cela que Kankwenda et al (1999) affirmaient que « *la lutte contre la pauvreté est aussi celle contre la discrimination sociale et l'exclusion* ». Cette opinion, confirme la pensée du

[1] L'Organisation Mondiale de la Santé estime aujourd'hui le nombre de personnes handicapées dans le monde à environ 600 à 650 millions, dont une large proportion (82%) vivrait dans des pays en développement (soit 500 millions de personnes).

sociologue Durkheim (1922) selon laquelle une société ne peut vivre que s'il existe entre ses membres, une suffisante homogénéité. Il ajoute que c'est par l'éducation qu'on peut perpétuer et renforcer cette homogénéité.

Dans la logique d'apporter quelques éléments de réponse à cette situation, la recherche s'est orientée sur le sujet intitulé : « ***La scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu*** fon ***du Zou au Bénin*** ». Les résultats des travaux effectués en vue de la réalisation de cette thèse sont organisés en deux parties. La première partie regroupe les aspects théoriques, la démarche méthodologique et les caractéristiques du milieu de la recherche. La deuxième partie porte sur les différentes perceptions de la société sur les infirmes moteurs cérébraux, l'intégration des infirmes moteurs cérébraux en milieu scolaire et un essai d'analyse portant sur le devenir des infirmes moteurs cérébraux en milieu scolaire.

PREMIERE PARTIE: CONSIDERATIONS THEORIQUES, METHODOLOGIQUES ET CARACTERISTIQUES DU MILIEU DE RECHERCHE

CHAPITRE I : CONSIDERATIONS THEORIQUES

La scolarisation définie comme un processus central visant le développement de l'être humain tant sur le plan intellectuel, physique, spirituel, économique que moral ; est un champ conceptuel très vaste. Mieux, décortiquer la question de la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux requiert, de la part du chercheur, la pose des jalons théoriques susceptibles d'éclairer son projet de recherche et d'orienter son cadre conceptuel.

Il convient donc de problématiser le sujet de recherche. Le présent chapitre traite des points suivants : la problématique, l'état de la question, la clarification conceptuelle et les motivations du choix du sujet et de la zone de recherche.

11-PROBLEMATIQUE

1-1-1 -CONSTATS :

La déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 dans son article 1 stipule que « tous les hommes naissent libres et égaux » en droits. Pourtant, dans toutes les sociétés au monde, on pourrait observer une mise à l'écart de certains groupes sociaux tels les handicapés. En abordant spécifiquement le domaine de l'éducation, le constat est amer. Les personnes handicapées non scolarisées dans le monde sont estimées de 93 à 150 millions (enfants de 0 à 14 ans), (OMS, 2011). Cette situation montre que l*'Education Pour Tous* en tant que objectif du millénaire pour le développement, préoccupation réitérée dans les objectifs du développement durable, reste encore un grand défi à relever.

Particulièrement, le Bénin s'est proposé à l'horizon 2025, d'être « *un pays phare, un pays bien gouverné, uni, de paix, à économie prospère et compétitive, de rayonnement culturel et du bien être social* » (République du Bénin, 2000 : 112). Le bien-être social auquel aspire le Bénin vers 2025, passe obligatoirement par le bien-être individuel. Et si l'éducation des handicapés et surtout des infirmes moteurs cérébraux ne peut rien apporter de façon signicative au plan de la croissance économique, elle a au moins le mérite de leur procurer le bien-être individuel. A titre illustratif, une étude récente de I'Institut de Statistique de l'UNESCO et de l'OCDE a

prouvé que le capital humain est associé à toute une série d'avantages non économiques comme l'amélioration de la santé et celle du bien-être » (ISU-OCDE, 2002: 6). La scolarisation des handicapés intéresse peu au Bénin car, en 2005, sur mille sept cent six (1706) enfants reçus dans les centres de réadaptation à base communautaire, quatre cent cinquante (450) soit 26,38% ont bénéficié d'un suivi scolaire (MINISTERE DE LA JUSTICE, CHARGE DES RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS, REPONSES AUX PREOCCUPATIONS DU COMITE DES DROITS DE L'ENFANT A L'OCCASION DE L'EXAMEN DU DEUXIEME PROJET PERIODIQUE DU BENIN EN SA 43 EME SESSION CRC/C/BEN/2, 2006). De l'analyse des données du troisième recensement général de la population et de l'habitat en 2002, il ressort que 2,6% de la population soit 172870 personnes sont handicapées, et que seulement 28,4% d'entre elles savent lire, écrire et comprendre en français, en langues nationales ou étrangères. La marginalisation scolaire des handicapés est chose qui bloque le Bénin dans sa vision de développement pour 2025. Un pays bien gouverné suppose l'intégration sociale des handicapés or, celle -ci n'est pas possible selon Jumel (2005), sans la maîtrise de l'écrit, la capacité de lire. De même, avec Becker (1975), on sait que l'éducation, contribue dans une large mesure à l'amélioration du capital humain. Le capital humain, c'est l'aptitude à travailler, source potentielle d'amélioration des revenus. Son amélioration par l'éducation scolaire pourrait contribuer à sortir de la marginalisation sur les autres plans.

1-1-2-PROBLEME

En raison de ces avantages de la scolarisation, la communauté internationale depuis 1980, a adopté divers instruments et pris plusieurs engagements en faveur de l'intégration des handicapés.

Au plan international, la convention de l'UNICEF en son article 2, met l'accent sur le respect par les Etats parties, des droits des enfants (même ceux qui sont handicapés) qui y sont mentionnés. Dans son article 28, il est recommandé aux Etats signataires, de reconnaître aux enfants (y compris les handicapés) le droit à l'éducation (avec l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous) et surtout de veiller à l'égalité de leurs chances. La convention relative aux droits des personnes handicapées

dans son article 24 dispose que «*Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à l'éducation. En vue d'assurer l'exercice de ce droit sans discrimination et sur la base de l'égalité des chances, les États Parties pratiquent l'intégration à tous les niveaux d'enseignement et offrent des possibilités d'éducation tout au long* ». Les enfants handicapés ne doivent donc pas être exclus de l'école sur la base de leur handicap. C'est dans cette ligne que la convention demande l'accompagnement des parents des enfants handicapés par les Etats pour faciliter l'effectivité de leur éducation. En 1990, plusieurs sommets ont eu lieu sur l'intégration des enfants handicapés. On peut citer à ce propos entre autres : le sommet mondial sur les enfants tenu à New York qui a mis l'accent sur l'importance des droits des enfants, y compris ceux des enfants handicapés et la conférence mondiale sur l'éducation pour tous tenue à Jomtien Thaïlande(1990) ayant insisté sur la nécessité d'accorder une attention spéciale aux personnes handicapées. La conférence mondiale sur les droits de l'homme, tenue à Vienne en 1993 a insisté quant à elle sur la promotion des droits des personnes handicapées. La déclaration de Salamanque (juin 1994), stipule entre autres que « *nous exhortons tous les gouvernements à adopter, en tant que loi ou politique, le principe de l'éducation intégrée où les personnes ayant des besoins éducatifs spéciaux doivent pouvoir accéder aux écoles ordinaires qui doivent les intégrer dans un système pédagogique centré sur l'enfant, capable de répondre à ses besoins…* ». En 1995, la Déclaration du Sommet Mondial pour le développement social à Copenhague stipule « *nous veillerons à assurer l'égalité d'accès à l'éducation à tous les niveaux pour les enfants, les adolescents et les adultes handicapés, dans un environnement intégré, en tenant pleinement compte des différences individuelles et des situations* ».

Au niveau régional, l'article13 de la charte africaine des droits de l'homme et des peuples(1981), adoptée par la 26^{e} session ordinaire de la conférence des chefs d'Etat et de Gouvernement, suggère qu'une assistance et des soins particuliers soient apportés aux handicapés physiques et mentaux en vue de garantir leur dignité et de promouvoir leur autonomie et leur participation active au sein de la communauté.

Le Bénin a ratifié tous ces accords et a participé à toutes ces rencontres. Mais il ne suffit pas de ratifier seulement. Encore faudrait-il traduire ces accords en actes concrets ? Selon Room (1995), le déni ou la non-concrétisation des droits civils,

politiques et sociaux du citoyen est une exclusion sociale.Conscient de cette situation, le Bénin a engagé plusieurs actions. Au regard des dispositions de la constitution du 11 Décembre 1990 relatives à la question des handicapés, il a élaboré en 2006, le document de Politique Nationale de Protection et d'Intégration des Personnes Handicapées. Cette politique vise :

- l'amélioration du statut juridique des personnes handicapées ;
- l'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées dans les formations sanitaires et les centres de promotion sociale ;
- le renforcement et le développement de l'approche communautaire de prise en charge des personnes handicapées
- l'amélioration des conditions d'accès des personnes handicapées aux édifices et leur sécurité dans la circulation ;
- la promotion des structures spécialisées de prise en charge des personnes handicapées ;
- la promotion de l'accès des personnes handicapées à l'éducation et à la formation professionnelle ;
- le renforcement de l'autonomie économique des personnes handicapées ;
- la promotion des activités artistiques, culturelles, sportives et de loisirs des personnes handicapées ; et
- l'amélioration de l'accès des personnes handicapées à l'information et à la communication. Ce document tiendra compte des objectifs de la politique notamment les conditions d'accès des personnes handicapées aux édifices, leur sécurité dans la circulation et de leur accès à l'emploi.Comme méthode face à la question des handicapés, le Bénin a adopté une approche multisectorielle c'est-à-dire que plusieurs ministères sont impliqués avec chacun sa responsabilité envers les personnes handicapées. La coordination de toutes les actions à l'endroit des handicapés, est de la responsabilité du ministère en charge de la famille et de la solidarité nationale. Le Ministère de la Famille et de l'Enfant au Bénin a créé la direction de la réadaptation et de l'intégration des personnes handicapées (DRIPH) et en a confié la responsabilité à une personne handicapée. Au sein de ce ministère, il ya deux organes importants pour les personnes handicapées: la

direction de la réadaptation et de l'intégration des personnes handicapées et le Fonds d'appui. Ces deux instances dirigent la politique nationale du handicap.

Par ailleurs, la réadaptation à base communautaire (RBC) initiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans les années 1970 est implantée au Bénin depuis 1989. Elle recherche l'intégration des interventions de tous les secteurs concernés : éducation, santé, législation, social, formation professionnelle, et vise la pleine représentation des personnes handicapées ainsi que l'augmentation de leur pouvoir dans la société. Le but de la RBC est de contribuer à la résolution des problèmes d'intégration sociale, professionnelle, économique et culturelle, voire sanitaires, des personnes handicapées qui selon Manuel (2009), non seulement souffrent mais aussi font souffrir leurs parents biologiques et toute la famille. Pour ce faire, trois axes fondamentaux ont été retenus à savoir : la mobilisation sociale autour du handicap afin d'aboutir à une socialisation car, contrairement à la pauvreté, qui est souvent considérée comme une question « sociale » ou de « bien être», l'approche basée sur les droits renforce considérablement le devoir de la société d'assurer laparticipation et l'intégration de tous ses membres (Walker, 1997); les activités visant une réduction et/ou une correction du handicap et l'intégration socio-économique des personnes handicapées dans différents secteurs. Ainsi, le Bénin compte en 2015, 46 centres de réadaptation.

En dehors du gouvernement, le Bénin compte aussi des organisations de handicapés.[2]Le Bénin peut aussi compter sur des organisations non gouvernementales (ONG). Certaines ONG se concentrent spécifiquement sur le handicap (Handicap International, Fondation Liliane et Terre des Hommes), alors que d'autres, qui ne s'occupent pourtantpas essentiellement du handicap intègrent aussi des handicapés dans leurs projets. Plan International en est un excellent exemple. Le Bénin, au vu des actions énumérées n'est donc pas resté sans efforts à la résolution des problèmes des handicapés.

[2]Dans les années 1990, les personnes handicapées elles-mêmes se sont fédérées : Fédération des Associations des Personnes Handicapées du Bénin (FAPHB) et la Fédération Handi Sport du Bénin (FHSB)] pour avoir un interlocuteur valable face à l'administration que pourpersonnes handicapées. Elles sont nombreuses - quelques 180 organisationsréparties sur l'ensemble du pays - et sont généralement spécialisées dans un certain type de handicap.

Pour atténuer les problèmes liés à la scolarisation des personnes handicapées, les écoles membres du Comité National de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC), ont participé à l'expérimentation « Ecole Intégratrice et Programme de Soutien Communautaire » initiée par l'UNESCO de 1996 à 1998. Cette option est poursuivie par l'unité de gestion de la sous composante Intégration Scolaire des Enfants Handicapés du Programme d'Appui au Secteur de l'Education au Bénin (PASEB) financé par la DANIDA. Depuis 1991 certaines écoles intègrent plusieurs enfants handicapés (trisomiques, infirmes moteurs cérébraux, retardés mentaux, mal voyants, mal entendants etc.) dans la même classe que les enfants « dits normaux ». Mais le constat est que chaque localité a une perception du handicapé, et notamment de « l'handicapé à l'école ».

En milieu fon du Zou, malgré toutes ces actions, les infirmes moteurs cérébraux (IMC) sont toujours marginalisés, ce qui empêche leur participation dans la société en tant que citoyen à part entière. Au plan économique, ils sont considérés comme des personnes incapables de produire, ceux à qui on ne peut que venir en aide. Ils ne sont qu'à la charge de la société. Ils ne peuvent rien apporter pour la croissance économique et pour ce fait, ils sont rangés aux oubliettes. Au plan culturel, ils sont considérés comme un "*tohossou"*[3]. Ils n'ont pas leur place parmi les hommes (ceux qui ne présentent pas les caractéristiques de leur handicap).Sur le plan social, ils sont rejetés aussi bien dans leur milieu de vie qu'à l'école.

Une enquête exploratoire dans les écoles ordinaires publiques a révélé l'absence presque totale des infirmes moteurs cérébraux. Mieux, selon les données statistiques présentées par IIMA et VIDES INTERNATIONAL (2012), la population des personnes handicapées s'élève à 172.870 personnes. Les enfants handicapés de moins de 15 ans représentent 18 % de la population totale des personnes handicapées, avec 35 % (le score le plus élévé) enregistré dans le département de Zou.

Or, la collecte des informations sur eux dans les centres de réadaptation, permet de dénombrer deux cent trente trois (233) cas. Parmi eux, on distingue les handicapés lourds et les handicapés légers. Selon les déclarations des responsables de centre de

[3] En milieu fon du Zou, c'est un génie bon ou mauvais.

réadaptation, les cas d'infirme moteur cérébral non enregistrés dépassent de très loin ceux enregistrés du fait de la négligence de leurs parents.

Ces données empiriques soulèvent les questions fondamentales que pose le sujet de recherche en termes d'accessibilité des infirmes moteurs cérébraux au milieu scolaire ordianire ; de stigmatisation enchâssée dans les étiquettes socio-culturelles et de dysfonctionnement de politiques d'intégration. Le premier problème qui se pose aux infirmes moteurs cérébraux en milieu scolaire ordinaire concerne les difficultés que ces derniers éprouvent à accéder au système.

Ces difficultés sont liées à l'inadaptation des méthodes d'apprentisage/évaluation et des infrastructures tant mobilières qu'immobilières. A un second niveau, il faut souligner que les catégories d'enfants dont il s'agit sont victimes des agressions physiques et verbales en milieu social ; toutes situations qui ne motivent pas leurs parents à les scolariser.

Au sujet des dysfonctionnements des politiques d'intégration des handicapés, la divergence d'intérêts des différents acteurs en présence au niveau de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) entrave l'amélioration des conditions de vie des infirmes moteurs cérbbraux.

Autrement dit,la situation de très faible scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou ouvre la voie à la recherche et met à nu la faiblesse du rôle des dispositifs politiques, économiques et sociaux contre le phénomène de l'exclusion et celle du rôle de la solidarité entre les membres de la société pour la surmonter (Townsend, 1997) même si cela ne dispense pas les exclus de leurs propres efforts.

De tout ce qui précède et dans l'atteinte de la vision du Bénin pour 2025 soit l'atteinte des objectifs du développement durable, il s'en suit un regain d'intérêt à la recherche sur la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux.

Encore qu'au Bénin, en milieu fon du Zou, malgré les efforts en vue de l'éducation scolaire des infirmes moteurs cérébraux, la question demeure préoccupante. Cette situation conduit à la question suivante : quels sont les facteurs socioculturels et pédagogiques qui expliquent la non scolarisation des infirmes moteurs cérébraux?

Cette question centrale de la recherche peut etre déclinée en plusieurs questions secondaires :

- quelles sont les représentations socio-culturelles qui influencent la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux ?
- quels sont les dysfonctionnements liés aux politiques d'intégration des infirmes moteurs cérébraux élaborées par l'Etat?
- quels sont les problèmes qui limitent la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu ordinaire?

A ces interrogations, quelques réponses provisoires permettront d'élucider la problématique.

1-1-3-HYPOTHESES DE LA RECHERCHE

Deux formes d'hypothèses sont formulées ici : il s'agit de l'hypothèse générale et des hypothèses spécifiques.

1-1-3-1- HYPOTHESE GENERALE

Nous postulons ici que la non scolarisation des infirmes moteurs cérébraux dans les écoles ordinaires est tributaire d'une part des paradoxes liés aux politiques éducatives béninoises, et d'autre part à des étiquetages socioculturels (systèmes de représentations).

1-1-2-2 HYPOTHESES

HS_1-les représentations socio-culturelles par rapport aux infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou, déterminent leur scolarisation ;

HS_2-la mise en œuvre des stratégies de l'Etat pour l'intégration sociale des infirmes moteurs cérébraux ne favorise pas réellement leur scolarisation ;

HS_3-la faible scolarisation des infirmes moteurs cérébraux s'explique par les problèmes d'accès au milieu scolaire ordinaire.

A partir de ces hypothèses il a été dégagé des objectifs.

1-1-4- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1-1-4-1- OBJECTIF GENERAL

De façon générale, il s'agit d'appréhender les déterminants de la nonscolarisation des Infirmes Moteurs Cérébraux dans le système scolaire béninois (IMC).

1-1-4-2- OBJECTIFS SPECIFIQUES

De manière spécifique il est question de :

OS_1-décrire les différentes représentations socioculturelles qui empêchent la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou.

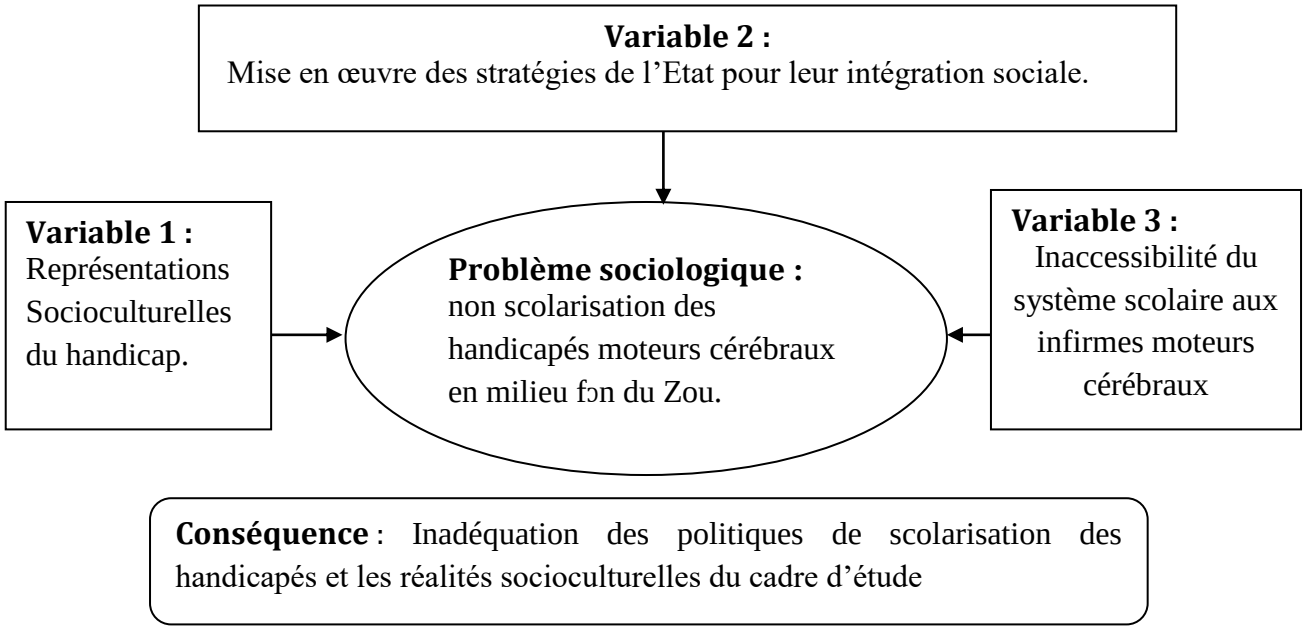
OS_2-faire un état des lieux des stratégies de l'Etat relatives à la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux.

OS_3-étudier les problèmes liés à l'accès des infirmes moteurs cérébraux au système scolaire béninois et les conséquences sur leur insertion professionnelle en milieu fon du Zou.

1-1-5- CADRE CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE

Il met en lumière les relations qui existent entre le problème sociologique et les variables explicatives. Ainsi, la non scolarisation des infirmes moteurs cérébraux comme problème sociologique s'explique par les variables telles que les représentations socioculturelles du handicap, l'accessibilité du système scolaire, la mise en œuvre des stratégies de l'Etat pour leur intégration sociale. De façon schématique, la figure ci-dessous montre les liens entre les variables et le problème.

Figure N°1 : Cadre conceptuel



Source**: Travaux de recherche, 2015**

Comme l'indique la figure ci-dessus, il y a un lien entre les variables et le problème sociologique. Le tableau ci-dessous, dans la même lancée, montre la relation entre les hypothèses et les objectifs spécifiques.

Tableau N° 1 : Relation entre hypothèses et objectifs

Problème sociologique/ Question de recherche	**Hypothèses de travail**	**Objectifs**
La non scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fɔn du Zou/Quels sont les facteurs socioculturels et pédagogiques qui expliquent la non scolarisation des infirmes moteurs cérébraux?	Les représentations socio-culturelles par rapport aux infirmes moteurs cérébraux en milieu fɔn du Zou, déterminent leur scolarisation	Décrire les différentes représentations socioculturelles qui empêchent la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fɔn du Zou.
	La mise en œuvre des stratégies de l'Etat pour l'intégration sociale des infirmes moteurs cérébraux ne favorise pas réellement leur scolarisation.	Faire un état des lieux des stratégies relatives à la scolarisation par l'Etat.
	la faible scolarisation des infirmes moteurs cérébraux s'explique par les problèmes d'accès au milieu scolaire ordinaire.	Etudier les problèmes liés à l'accès des infirmes moteurs cérébraux au système scolaire et les conséquences sur leur insertion professionnelle en milieu fɔn du Zou.

Source **: Travaux de recherche, 2015**

1-2- ETAT DE LA QUESTION

Dans la perspective d'une utilisation judicieuse des modèles théoriques qui permettraient une analyse des données recueillies sur le terrain, la lecture des différents ouvrages relatifs au sujet permet d'identifier deux facteurs sur l'explication de la non scolarisation des infirmes moteurs cérébraux:

• les facteurs internes au système éducatif ;

• les facteurs externes au système éducatif. De plus, les différents auteurs ont abordé le sujet selon des approches différentes ou complémentaires.

1-2-1- LES FACTEURS INTERNES AU SYSTEME EDUCATIF

1-2-1-1- THEORIE DE L'HABITUS OU DE L'ENSEIGNEMENT

Pour les tenants de l'approche intégratrice, les handicapés doivent être scolarisés en milieu scolaire ordinaire. Dans cette perspective, Zucman (1980) suggère que l'élève handicapé doit fréquenter l'école de son quartier avec une intégration à temps partiel ou complet dans les classes. Trois idées essentielles lui permettent de notifier à l'enseignant, l'intérêt à intégrer dans sa classe des enfants handicapés:

- une conscience très aigüe du droit de tout enfant à l'éducation, et à l'éducation avec les autres, sans être séparé de sa famille ;
- la conviction que l'éducation en milieu normal est la mieux à même de préparer l'insertion sociale de l'adulte ;
- enfin, l'intégration apparaît comme l'affirmation d'un choix personnel, l'exercice d'un volontariat ; ce dernier point, reconnu comme essentiel par tout le monde, donne à l'intégration une valeur singulière. Dans cette allure de sensibilisation des enseignants, l'auteur de manière insidieuse réclame aussi de l'école, son accessibilité physique et pédagogique pour les handicapés. De façon claire, Dubet (1998) d'après ses travaux pense que les facteurs tels que : le cloisonnement des systèmes, le manque de formation des enseignants quant à la gestion de la diversité, les difficultés scolaires et l'accessibilité physique de l'école sont internes au système éducatif. S'inscrivant dans la même logique, Kobiané (2002), pense que l'offre scolaire explique les inégalités en matière d'accès à l'école et détermine l'évolution de la scolarisation des groupes tels que celui des handicapés, en ce sens qu'elle intègre la politique en matière de

scolarisation, les infrastructures éducatives, la disponibilité du personnel enseignant ainsi que sa qualité, le matériel didactique, le contenu de l'enseignement. Certains auteurs, pour permettre à l'école de ne pas être sélective, proposent des approches en vue d'une équité. Ainsi, Ngo Melha et al (2011), proposent la définition de politiques éducatives cohérentes qui prennent en compte les spécificités des groupes identifiés comme exposés à l'exclusion. Dans la même dynamique, Guttman (2001) et Ramond (2008 ; 2009) suggèrent la mise en place d'une approche pédagogique adaptée aux apprenants et l'élaboration de programmes d'enseignement pertinents et flexibles, qui permettent aux groupes ayant des caractéristiques différentes d'accéder et d'apprendre dans un établissement scolaire. Lenoir (1993) pense que le recours à des modèles culturels divers et à des pédagogies différenciées s'impose, qui prennent en compte ces différences et où l'enseignant va jouer une fonction centrale de médiateur culturel et pédagogico-didactique. Boudon (1979), explique les inégalités des chances scolaires en disant que le système scolaire se présente comme une succession de carrefours. À chacun de ces carrefours, l'individu est orienté et, à chaque fois, les inégalités jouent, ce qui procure à leurs effets un caractère exponentiel. Comme pour amener l'école ordinaire à accueillir tout le monde, les recommandations des instances internationales (UNESCO, 2006) et les travaux de certains chercheurs (Ainscow et al, 2001; Plaisance et al, 2001) ont montré que si les politiques éducatives sont formulées autour des différences des élèves, elles favoriseront leur scolarisation. Dans la même logique, Tupin (2006) rappelle que la mise en œuvre de la "juste égalité des chances" supposerait, un renversement de perspectives en traitant les causes des inégalités sociales en amont, à l'extérieur de l'école, comme à l'intérieur du système scolaire par une réflexion sur les contenus scolaires, les modes d'évaluation et les modalités de sélection. Armstrong (2003) a également montré que différentes modalités peuvent être utilisées pour favoriser la scolarisation dans l'environnement d'apprentissage à l'élève ayant des besoins particuliers, et préconise la scolarisation inclusive avec la mise en place d'un dispositif d'accompagnement et des ressources supplémentaires qui tiennent compte des besoins spécifiques des handicapés ; tout ceci devant faire partie d'une politique éducative nationale ayant des instances de gestion, de pilotage et de coordination aux niveaux intermédiaires.

Les défenseurs de l'intégration sur conditions comme Hoyas (2004) proposent que quand leurs déficiences sont détectées, les handicapés soient dirigés vers l'enseignement spécialisé. Une intégration dans un établissement scolaire traditionnel peut être envisagée pour les élèves qui ont d'une part des capacités cognitives requises pour suivre un cursus " normal ", et d'autre part des capacités motrices suffisantes pour utiliser un matériel informatique adapté qui les aiderait dans la démarche d'apprentissage. Mais au lieu d'orienter les handicapés lourds vers un enseignement spécialisé, Werner (1988) demande que les enfants handicapés ou pas, qui vont à l'école aident après l'école à enseigner ceux très handicapés qui restent à la maison. Il argumente que aller à l'école est une expérience frustrante pour un enfant fort physiquement mais mentalement retard.

En dehors des facteurs internes, il y a les facteurs externes qui rendent compte aussi de la scolarisation des handicapés.

1-2-2- LES FACTEURS EXTERNES AU SYSTEME EDUCATIF

1-2-2-1- THEORIE DE LA STIGMATISATION

Les auteurs de l'approche séparatiste de la scolarisation des handicapés, observent que leur intégration en milieu scolaire ordinaire ne règle pas le problème de leur insertion sociale. Zaffran (1997) explique à ce propos que la coexistence territoriale ne produit pas tous les effets escomptés. L'intégration scolaire tend soit à exacerber les différences initiales soit à les maintenir. Ce constat de l'auteur montre qu'en milieu scolaire ordinaire, les handicapés sont plus victimes des stigmatisations qu'ils n'y étaient. D'ailleurs, les travaux de Gardou (1998) et Bourdon (1999) ont été plus précis lorsqu'ils disent que certaines familles ont la crainte d'exposer leurs enfants porteurs de handicap à des agressions physiques et morales si ces derniers sont scolarisés. Le handicap, expliqué par le modèle médical s'appesantissait sur la déficience. Mais, avec l'évolution technique, cette notion est dépassée. On s'aperçoit que le handicap est aussi lié au milieu social comme l'avaient souligné les travaux de Goffman (1963) pour qui les perceptions individuelles empêchent plus l'intégration des handicapés que leur handicap (déficience). Dans leurs travaux, Bourdieu et Passeron (1970) ont montré que l'école ordinaire produit des habitus auxquels il faut

tenir compte pour orienter les handicapés dans leur scolarisation. Ces auteurs stigmatisent la pédagogie élitiste qui alimente les malentendus linguistiques et qui suppose que la manière de dire et la manière de faire sont plus importantes que ce qui est dit et fait». Les conclusions issues de leurs travaux permettent de comprendre que certaines dispositions externes à l'école permettent la réussite scolaire des apprenants. Avec Bourdieu et Passeron, la réussite des infirmes moteurs cérébraux ne serait pas possible en milieu scolaire ordinaire. Cette influence de l'environnement social des apprenants sur leur scolarisation et leur réussite en milieu scolaire ordinaire est aussi révélée par d'autres travaux. Ceux de Kouakou (2007) montrent que les indicateurs de scolarisation en Afrique subsaharienne présentent des variations plus ou moins grandes selon le milieu social et ceux-ci sont très défavorables au milieu rural. Kobiané (2010) dans son étude sur la non scolarisation des enfants issus de populations marginalisées au Burkina Faso, notifie que les différences de scolarisation entre enfants vivant avec handicap et enfants vivant sans handicap sont encore plus fortes en milieu rural qu'en milieu urbain. Cet état de chose s'explique aussi par la répartition inégale de l'offre scolaire au détriment du milieu rural. Des travaux de Kobiané (2001,2007, 2010), il en ressort aussi qu'un niveau d'instruction élevé des parents des apprenants prédispose à une meilleure scolarisation de leurs enfants. Dans la scolarisation des enfants, quelles sont souvent les attitudes des parents surtout quand il s'agit d'enfants handicapés ?

1-2-2-2- THEORIE DU CAPITAL HUMAIN ET SCOLARISATION DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX

D'autres catégories de défenseurs de l'intégration sur conditions au lieu de la condition des capacités physiques et cognitives des handicapés pour évoluer dans un milieu ordinaire, tablent sur le gain futur escompté de leur scolarisation. Becker (1975) mettant en avant l'approche économique de la demande d'éducation, la considère comme un investissement au même titre qu'un capital. Dans ce modèle, Becker estime que l'éducation est pour l'individu, un moyen pour améliorer son capital humain, c'est-à-dire son aptitude à travailler, source potentielle d'amélioration de ses revenus. L'individu ou le ménage doit donc faire un calcul coût-avantage résultant d'un choix entre le gain futur escompté de l'éducation et le coût qu'elle engendre dans le présent.

Mais quand on sait que dans les pays en développement, les frais de scolarité engagés par les familles sont par rapport à leurs revenus, importants pour les pauvres et plus encore si l'enfant est porteur de handicap, cette situation va engendrer un choix au niveau de la fréquentation scolaire des enfants valides et porteurs de handicap, dans ces ménages. Dès lors l'avantage escompté de la scolarisation d'un handicapé est perçu comme peu réalisable pour les ménages pauvres, par rapport à un enfant non porteur de handicap. On met donc ici à comparaison les dépenses d'éducation d'un enfant non porteur de handicap et les bénéfices qu'on en tirerait, à celles d'un handicapé; et puisque les dépenses sont actuelles et les gains futurs, on comprend donc que pour les ménages à peu de revenus, la limitation des dépenses soit option première, ce qui avantagerait plus l'enfant non handicapé qu'un handicapé. L'avantage de la scolarisation est encore aux enfants non porteurs de handicap si le nombre d'enfant dans le ménage est élevé. Dans ce cas, un calcul intervient également pour privilégier les investissements qui pourront rapporter plus tard. Sur ce plan, Marcoux (1995) montre après ses travaux réalisés en Afrique subsaharienne que la relation entre le nombre d'enfants et leur scolarisation est positive. On peut dire que chaque enfant assume son destin quand Demain (2007) constate que priorité sera faite à l'enfant non porteur de handicap quand il s'agira d'opérer un choix de scolarisation, quand bien même il est porté sur un enfant vivant avec le handicap, il dépendra du type de handicap dont il est porteur, les enfants handicapés mentaux étant les plus défavorisés. Kobiané (2002) a montré pour le cas de Burkina Faso, que le nombre élevé d'enfants de bas âge exerce une ponction importante sur les ressources financières des ménages et limite par conséquent leurs capacités à investir dans la scolarisation des enfants. D'autres recherches révèlent que les ménages de niveau de vie élevé disposeraient des ressources nécessaires permettant d'envoyer leurs enfants handicapés à l'école et seraient aussi en mesure de supporter les coûts supplémentaires de l'éducation, contrairement aux ménages pauvres pour qui l'investissement scolaire est souvent au profit des enfants non handicapés défavorisant les handicapés qui non seulement sont moins inscrits mais, entrent tardivement et sortent précocement du système scolaire (Delabarre, 2003).

1-2-3- POSITIONNNEMENT THEORIQUE DE LA THESE

Au regard de la revue de littérature présentée ci-dessus, la présente thèse s'appuie principalement sur les approches séparatiste, intégratrice, intégratrice sur conditions de la scolarisation des handicapés ,prônées respectivement par Zaffran (1997) qui a montré que la coexistence des handicapés avec les normaux tend soit à exacerber les différences initiales soit à les maintenir, Zucman (1980) selon qui l'intégration en milieu scolaire ordinaire des handicapés préparerait leur insertion sociale, Hoyas (2004) pour qui l' intégration en milieu ordinaire des handicapés est nécessaire lorsque leurs capacités physiques et cognitives s'y prêtent.

Au final, les différentes approches sur la scolarisation des handicapés en général sont soit analytiques soit normatives ou prescriptives alors qu'il est possible de mettre au point une autre approche ni normative ni prescriptive mais rigoureuse et opérationnelle.

C'est dans cette logique que la présente thèse procède d'une part à un état des lieux pour identifier les actions ayant significativement contribué à la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux et appréhende d'autre part, les déterminants de leur non scolarisation. Il n'est pas question d'évaluer l'efficacité des réponses apportées aux difficultés d'intégration sociale des handicapés ; ceci est du ressort des acteurs qui ont procédé à leur mise en œuvre. Cependant, la démarche de ce travail cherche à porter une attention particulière à la perception des acteurs en présence sur leur vécu, leur rôle dans la prise de décision pendant la réponse aux problèmes de scolarisation des handicapés sans oublier les représentations qu'ils se font du handicap.

1-2-4- ORIGINALITE DE LA RECHERCHE

Il est devenu classique, parlant de la lutte contre la pauvreté au Bénin, d'accorder certains privilèges à des couches vulnérables (prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, distribution de moustiquaire, prise en charge de la césarienne….), de mener des actions sociales telles que : les forages de puits dans les villages, la gratuité de l'enseignement, création des centres de santé pour ne citer que ces quelques exemples. Toutes ces démarches participent effectivement de la lutte contre la pauvreté.

Mais, la réflexion a été poussée plus loin pour rester dans la même dynamique. Certainement, beaucoup de béninois pensent que les actions citées plus haut sont nécessaires parce que plus brûlantes et frappantes. Tout en reconnaissant leurs importances, cette thèse s'intéresse à une autre dimension de la lutte contre la pauvreté : scolarisation des infirmes moteurs cérébraux.

La scolarisation des infirmes moteurs cérébraux passe par des acteurs à savoir les agents du ministère de la famille, les parents d'enfants handicapés, les enseignants, les élus locaux, les populations, les agents du ministère de la santé, les organisations non gouvernementales, les dignitaires religieux, les organisations des personnes handicapées, les syndicats, etc. La sociologie du développement est intéressée par les interactions entre ces différents acteurs en vue du développement.

En continuation aux travaux de Zaffran, Zucman, Hoyas et bien d'autres chercheurs, cette thèse se veut d'apporter des preuves inexistantes dans la littérature existante de l'échec des réponses à la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou au Bénin. Ainsi, les représentations socio-culturelles du handicap et les dysfonctionnements dans la mise en oeuvre des stratégies adoptées par l'Etat sont analysés. En clair, une attention particulière est accordée aux représentations en milieu fon du zou, différentes des autres représentations liées au handicap, empêchant la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux. La même attention est observée pour décrire les pratiques des différents acteurs impliqués dans le programme RBC qui entravent sa réussite.

1-2-5- MODELES D'ANALYSE

Le modèle d'analyse est la représentation figurée d'une réalité (Gaga, 2015). C'est pour cette raison que le choix des théories visant à expliquer la réalité étudiée s'est fait de façon rigoureuse. Il s'agit du modèle d'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977), du modèle de la stigmatisation de Goffman (1975), la théorie de l'habitus de Bourdieu (1970) aisni que la théorie du capital humain de Bécker (1975).

L'analyse stratégique de Crozier a servi de guide dans l'hypothèse évoquant la mise en œuvre des stratégies de l'Etat pour l'intégration sociale des infirmes moteurs cérébraux comme ne favorisant pas réellement leur scolarisation. Au fait, la

scolarisation des infirmes moteurs cérébraux dépend dans une large mesure de leur état de santé car la santé est prioritaire. Le programme RBC est destiné non seulement à améliorer leur état de santé mais aussi à les suivre en milieu scolaire ordinaire. La réussite du programme dépend de l'action coordonnée des différents acteurs impliqués : parents d'enfants handicapés, agents RBC, enseignants, comité de gestion communale RBC, ONG, autorités gouvernementales, élus locaux, syndicats, etc…Mais, il se fait que ces différents acteurs soient animés d'intérêts divergents. Plus précisément, le modèle stratégique de Crozier a été d'une grande utilité dans l'appréhension des enjeux et jeux qui naissent autour de la gestion des fonds alloués à l'intégration socio-économique des handicapés moteurs cérébraux dans le Zou. Ces enjeux et jeux donnent lieu à des rapports de pouvoir et des stratégies développés par chaque acteur en présence dans la gestion des activités relatives à l'éducation des handicapés. C'est donc pour identifier les acteurs et décrire les stratégies qu'ils développent pour atteindre leurs intérêts que ce modèle d'analyse est sollicité.

Les données liées aux hypothèses selon lesquelles, les représentations socio-culturelles par rapport aux infirmes moteurs cérébraux en milieu fɔn du Zou et les problèmes d'accès au milieu scolaire ordinaire influenceraient leur scolarisation seront analysées au moyen de la théorie de l'habitus de Bourdieu.

Dans la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux, le rôle des parents est fondamental. Ce sont eux qui, dès les premiers signes de l'infirmité motrice cérébrale doivent savoir où se rendre pour que le handicap ne se développe guère. Lorsque le handicap devient lourd, il nécessite un long moment de traitement, ce que les parents ne supportent pas, compte tenu de leurs maigres moyens financiers et de leurs occupations. C'est en vue d'analyser leurs conduites dans le choix des instances de traitement dès l'apparition du handicap que la théorie de l'habitus de bourdieu a été convoquée.

Autrement dit, le système des dispositions à percevoir le handicap, à le penser et à interagir avec le handicapé existe de manière non consciente chez les fon. Ainsi, ces dispositions culturelles acquises à travers la socialisation déterminent les représentations que ces derniers développent à l'endroit des infirmes moteurs cérébraux. Dans cet état de choses, il est important de souligner que les habitus

influencent le niveau de scolarisateurs des handicapés. Avec la même théorie, il a été question d'analyser les habitus produits en milieu scolaire ordinaire limitant la réussite des infirmes moteurs cérébraux.

La théorie du capital humain, a permis d'analyser les logiques qui sous-tendent le non engagement des parents d'enfants handicapés, des autorités gouvernementales, dans la scolarisation des enfants à infirmité motrice cérébrale.

La théorie de stigmatisation a permis de décrire les perceptions du handicap aussi bien en milieu scolaire ordinaire qu'en milieu extrascolaire. Elle a permis d'analyser les comportements, les propos des acteurs directs du système scolaire à l'égard des infirmes moteurs cérébraux. Mieux, l'usage de ce modèle dans le présent travail tire parti de son utlilité dans l'explication du phénomène en étude. En effet, la théorie de Goffman (1963), est utilisée pour mettre en lumière les discours qui marquent la différence et assignent une place opposant le « normal » et « l'anormal ». Sans cette connaissance du regard de la société qui fragilise les infirmes moteurs cérébraux, on ne comprendrait pas les raisons pour lesquelles ils sont laissés pour compte dans le processus de scolariation. De plus, le modèle théorique de Goffman a permis de mettre l'accent sur les formes de stigmatisation des infirmes moteurs cérébraux. Une fois leur typologie faite, la présente thèse a mis en évidence leur relation avec la faible scolarisation dans le Zou.

1-2-6-VARIABLES ET INDICATEURS DE RECHERCHE

Dans cette recherche, il s'agit *de la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux* qui dépendent *des représentations socio-culturelles,* de l*'accessibilité au système scolaire* et de la *mise en œuvre des stratégies adoptées par l'Etat.* Ces concepts sont transformés sous forme de variables et indicateurs observables et mesurables dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°2 : Opérationnalisation des variables

Hypothèses	Variables	Indicateurs
Les représentations socio-culturelles par rapport aux infirmes moteurs cérébraux en milieu fɔn du Zou, déterminent leur scolarisation	Pesanteurs socio-culturelles liées au handicap	- perception et relation avec les IMC dans la Cellule familiale - perception et relation avec les IMC en dehors de la cellule familiale : •niveau scolaire •les assistants sociaux •les professionnels de santé •les dignitaires religieux •les autres membres de la société
La mise en œuvre des stratégies de l'Etat pour l'intégration sociale des infirmes moteurs cérébraux ne favorise pas réellement leur scolarisation.	Mise en œuvre du programme RBC stratégies de l'Etat	-Degré de sensibilisation des parents des handicapés par rapport à la scolarisation de leurs enfants -Niveau d'imprégnation de l'enjeu de la scolarisation des IMC par les différents acteurs -Compatibilité entre réponses gouvernementales et celles du milieu -Niveau de responsabilité des intervenants par rapport à la scolarisation des IMC -Niveau de netteté du processus de décision par rapport à la scolarisation des IMC -Rapport de force entre les différents acteurs dans le processus de prise de décision -légitimité des politiques gouvernementales en réponse à la scolarisation des IMC -Respect des textes en vigueur par rapport à la résolution de la scolarisation des IMC -Implications des handicapés et leurs parents dans la conception des programmes, des stratégies -Catégorie de décisions (inclusive ou exclusive ou par consensus) -Sources de financement -Reddition de comptes aux ayant droits

la faible scolarisation des infirmes moteurs cérébraux s'explique par les problèmes d'accès au milieu scolaire ordinaire.	Accessibilité du système solaire aux infirmes moteurs cérébraux	-objectif des différentes réformes -compatibilité des programmes avec le développement : • contenu des programmes •méthodes d'apprentissage •méthodes d'évaluation

Source **: Travaux de recherche, 2015**

1-3- CLARIFICATION CONCEPTUELLE

Selon Grawitz (2004), le concept aide à percevoir et à concevoir. Il organise les réalités en retenant les caractères distinctifs et significatifs des phénomènes. Ainsi, pour une meilleure appréhension de l'objet d'étude, certains concepts qui paraissent importants sont définis tels que: **scolarisation, système scolaire, système d'évaluation scolaire, accessibilité, Réadaptation à Base Communautaire, représentations socio-culturelles, milieu, infirmité motrice cérébrale, handicap**.

Selon le Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, le terme **scolarisation** signifie : action de scolariser, le fait d'être scolarisé.

La scolarisation dans le cadre de cette étude, désigne non seulement l'envoi des infirmes moteurs cérébraux dans le système éducatif moderne c'est-à-dire l'école, mais aussi leur formation. Dans le cadre de l'étude, elle se limite à l'école primaire. En ce qui concerne les infirmes moteurs cérébraux, elle dépend du système scolaire.

Le système scolaire désigne dans la présente recherche, les infrastuctures scolaires, les programmes d'études, les méthodes d'apprentissages/évaluations.

A présent, il sera question de clarifier le groupe de mots **système d'évaluation scolaire**. La littérature sur le système d'évaluation scolaire au Bénin est pauvre. Pour clarifier ce groupe de mots, la comparaison des principes de la méthode des tests et des exercices scolaires est mise à contribution. Selon André Ferré « les tests se distinguent des exercices scolaires en ce sens qu'ils fournissent un critérium vraiment objectif de classement et de mesure ». En effet, les tests servent à renseigner sur le niveau

intellectuel, les aptitudes, le degré d'instruction, les dispositions morales, le caractère. En même temps qu'instrument de mesure, ils sont par là instruments d'analyse. C'est ce qui les distingue des devoirs de classe ou des interrogations scolaires. Pour l'élève, les tests se distinguent des exercices scolaires en ce sens qu'ils ne font pas appel à l'appris, à l'acquis scolaire. Ils ne l'invitent pas à réciter une leçon, à dégager des notions reçues du dehors mais à mettre en œuvre ses ressources mentales personnelles.
Au regard de cette comparaison, le système d'évaluation scolaire se comprend comme le processus dans lequel les méthodes d'évaluation à savoir les devoirs de classe, les interrogations écrites ou orales, les compositions de passage et surtout les examens sont utilisés pour contrôler les connaissances des élèves.

Après cet éclairage, il est important de savoir le sens que prend le mot **accessibilité** dans ce travail de recherche ?

L'accessibilité, dans le cadre de cette recherche, c'est :

- ✓ l'accès aux savoirs, grâce aux adaptations pédagogiques individuelles ou collectives;
- ✓ l'accès à l'ensemble des locaux et des matériels nécessaires pour leur scolarisation, dans la mesure du possible ;
- ✓ la mise aux normes des bâtiments scolaires et des équipementsculturels et sportifs.

La stratégie utilisée par les pays en voie de développement comme le Bénin pour améliorer les conditions de vie des handicapés est la **Réadaptation à Base Communautaire**. Qu'est-ce qu'il faut comprendre par ce groupe de mots ?

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a initié le concept de réadaptation à base communautaire (RBC) au début des années 1980. La RBC visait à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées, grâce à des initiatives communautaires.

Selon l'organisation mondiale de la santé et la banque mondiale (2011), la réadaptationest un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement. On opère parfois une distinction entre l'adaptation, qui a pour finalité d'aider les personnes présentant un handicap congénital, ou ayant développé un handicap tôt dans leur vie, à parvenir à un

fonctionnement maximal, et la réadaptation, qui aide les personnes ayant subi une perte de fonction à retrouver un fonctionnement maximal (ibid).

Le terme réadaptation recouvre ces deux types d'intervention. Bien que ce concept soit large, il n'englobe pas tout ce qui est lié au handicap. La réadaptation vise l'amélioration du fonctionnement de l'individu, par exemple de sa capacité à manger et à boire de manière autonome. La réadaptation consiste également à apporter des changements dans l'environnement d'un individu, par exemple en installant une barre d'appui dans les toilettes. La réadaptation atténue l'impact de divers problèmes de santé. En général, elle se déroule pendant un laps de temps précis, mais elle peut reposer sur une intervention unique ou sur plusieurs interventions assurées par un thérapeute ou par une équipe de réadaptation, et être nécessaire depuis la phase aiguë ou initiale qui suit immédiatement l'identification d'un problème de santé jusqu'aux phases post-aiguë et d'entretien (ibid). La réadaptation implique d'identifier les problèmes et les besoins d'une personne, d'établir un lien entre ces problèmes et les facteurs personnels et de l'environnement qui s'y rapportent, de définir des objectifs de réadaptation, de planifier et de mettre en œuvre les mesures décidées, et, enfin, d'en évaluer les effets. Former les personnes handicapées est essentiel pour développer un savoir et des compétences nécessaires à l'auto-assistance, aux soins, à la gestion de sa situation et à la prise de décisions. Si les personnes handicapées et leur famille sont associées à la réadaptation, les améliorations en termes de santé et au niveau fonctionnel seront d'autant plus grandes (ibid).

La communauté quant à elle**,** est la plus petite circonscription administrative au sein de laquelle les gens vivent (Musoke et al, 2013).Ceci nous incite à englober les autorités des communautés, comme faisant partie intégrante de la communauté et des acteurs stratégiques. La définition choisie peut avoir d'importantes répercussions sur la façon dont la RBC est comprise et appliquée. Il ne s'agit pas à ce stade de préconiser l'utilisation d'une définition distincte, mais de souligner que l'accent mis sur des éléments particuliers de la définition, aura une forte influence sur les modèles de la RBC. Cette variété de définitions ne doit pas occulter la diversité des acteurs au sein d'une communauté, chacun jouant un rôle spécifique dans la mise en œuvre de la RBC. Le rôle donné à la communauté dans la RBC est tout aussi important, ce qui se

vérifie dans l'expression «*à base communautaire*». Il existe des interprétations divergentes, qui ont un impact considérable sur la vision qui sous-tend la RBC. «À base communautaire» a parfois simplement été compris comme «basé dans la communauté», «*se produisant au niveau de la communauté*», ou «situé dans la communauté». Cette interprétation peut entraîner des interventions de RBC réalisées comme des actions de réadaptation délocalisées, comme par exemple des antennes mobiles et d'autres stratégies menées sur le terrain. «À base communautaire» peut aussi être compris comme «*basé sur la communauté*», c'est à dire «*s'appuyant sur la communauté*». Ceci souligne le fait que la RBC est non seulement une intervention apportée de l'extérieur et qui se passe dans la communauté, mais également une stratégie qui implique fortement la communauté, ses membres et ses ressources en matière de développement. Enfin, «*à base communautaire*» peut aussi être compris comme «*entrepris par*» ou «*menépar* » la communauté. Cette approche va plus loin, en ce qu'elle octroie l'initiative à la communauté de décider et / ou de mener les activités de réadaptation, et en ce qu'elle responsabilise la communauté. L'interprétation de «à base communautaire» a une influence significative sur la manière dont la RBC est comprise et appliquée et sur les leviers d'action qui sont privilégiés. La participation de la communauté est un élément constitutif de la RBC, et devrait inciter les planificateurs à intégrer la RBC au sein du développement général dela communauté (ibid).

L'étude des représentations socioculturelles a été abordée dans les sciences sociales depuis les grands chercheurs. Durkheim (1898), dans un article de la Revue de métaphysique et de morale, distingue trois réalités, les processus physico-chimiques du cerveau/les représentations individuelles/les représentations collectives et définit ces dernières comme croyances et valeurs communes à tous les membres d'une société, intrinsèquement distinctes de l'addition des représentations de ces individus. La notion de représentation sociale délimitée comme « *mentale et sociale* » par Moscovici(1961) est, selon l'auteur, « *construite pour et par la pratique* ». A en croire Gaffié (2005), c'est un ensemble de connaissances, croyances, schèmes d'appréhension et d'action à propos d'un objet socialement important. Elle constitue une forme particulière de connaissance de "sens commun" qui définit la réalité pour l'ensemble social qui l'a

élaboré. Dantier (2007) reconnaît que la communauté scientifique la considère comme une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Encore appelée « *savoir de sens commun* » ou encore « *savoir naïf* », « *naturel* », cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique. Dans le cadre de la recherche, elle est définie comme perceptions des acteurs des infirmes moteurs cérébraux, de quelles manières et les raisons de ces perceptions.

Le **milieu** doit se comprendre ici comme " milieu de vie" et non le centre d'un lieu ou point situé à égale distance des extrémités.Traditionnellement le milieu apparaît comme ce qui entoure les hommes (cases, rues, places). C'est un espace géographique. Le milieu de vie n'est pas constitué par l'accumulation des choses, des êtres et des animaux mais par des relations entre ces différents éléments. De la même manière qu'un mot doit être observé dans le contexte d'une phrase ou que le système nerveux ne fonctionne pas indépendamment du système respiratoire, les éléments de notre milieu de vie entretiennent des relations permanentes.Le milieu de vie est aussi constitué par des langages, des idées, des opinions qui tissent un réseau auquel nous appartenons.

Sur ce problème, le philosophe Clausse déclare « le milieu de vie, c'est tout ce qui nous entoure, matériellement, intellectuellement, c'est tout ce qui se passe, se croit, s'affirme, s'exprime autour de nous ». Par ailleurs, le développement des moyens d'information et de communication élargit le milieu de vie. Le point de vue du philosophe Clausse répond mieux à notre préoccupation.

L'**infirmité Motrice Cérébrale** (IMC) est une affection à multiples facettes. Selon le Grand Dictionnaire de la Psychologie (1992), elle résulte de « *séquelles de lésions cérébrales infantiles, non évolutives, qui se caractérisent par des troubles de motricité sans atteinte grave de l'intelligence* (Ce qui permet leur scolarisation). *Si à ces troubles moteurs se surajoute un déficit intellectuel important, on parle d'encéphalopathie* ».

Dans le document *Culture et handicap guide pratique de l'accessibilité***,** on retient en complément à la première définition que les infirmes moteurs cérébraux peuvent être rapprochés de ceux atteints de handicap moteur. Les troubles moteurs sont, par

définition, toujours présents chez l'IMC ; d'autres troubles sont contingents. Les troubles associés peuvent être sensitifs, sensoriels, intellectuels, de langage, de geste, de posture. Les IMC peuvent présenter une comitialité. Le bavage est fréquent et représente un lourd handicap social. Par ailleurs, dans les cahiers d'éducation spéciale N° 7 UNESCO (1989), il est écrit : « *l'expression 'infirmité motrice cérébrale (IMC) recouvre un ensemble de déficits neurologiques auxquels s'ajoutent des troubles psychologiques et des difficultés d'apprentissage. Du point de vue neurologique, on définit généralement cette infirmité comme une déficience motrice et posturale irréversible résultant d'une perturbation non évolutive des fonctions cérébrales résultant d'événements qui se sont produits au cours de la grossesse, de l'accouchement, de la période néonatale ou de la petite enfance, ou liée à des facteurs héréditaires. Cette définition est couramment utilisée par les chercheurs spécialisés*» (Bax, 1964 ; Hagberg, 1978). De manière générale, les enfants infirmes moteurs cérébraux présentent une rigidité du mouvement, une incapacité de relâcher les muscles (on parle du syndrome spastique), des mouvements involontaires (on parle de syndrome athétosique) et une mauvaise coordination des mouvements volontaires et de la coordination visuomotrice (on parle du syndrome ataxique). Selon le degré et la forme de l'affection neurologique, certains IMC sont souvent couchés sans autonomie possible, ils vivent presque à l'état dépendant et c'est très lourd pour la famille. On peut distinguer trois types d'atteinte à prédominance spastique :

- *la quadriplégie spastique*: renvoie à une atteinte souvent grave des quatre membres.
- *le syndrome de Little*: le problème moteur prédomine au niveau des membres inférieurs, qui ont tendance à s'approcher (marche dite en ciseaux) : les pieds sont en extension, les genoux et les hanches sont fléchis.
- *l'hémiplégie cérébrale infantile*: renvoie à un problème moteur unilatéral. Le coté touché est hypertonique. Le pied est en extension et le membre supérieur se trouve en flexion. Pour beaucoup, le tableau n'est pas aussi noir mais la mobilité est souvent réduite. Ces dysfonctionnements entraînent des difficultés dans les actes courants tels que : manger, parler, marcher, écrire etc. L'infirmité motrice cérébrale n'est pas contagieuse donc ne peut pas se transmettre d'un enfant à un

autre. Les personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale peuvent se marier et avoir des enfants et les enfants ne seront pas atteints par ce handicap. (Excepté pour un type très rare d'infirmité motrice cérébrale). Il n'y a pas un traitement médical ou chirurgical pour les infirmes moteurs cérébraux. A l'exception des calmants pour les crises, les médicaments ne servent à rien. (Bien que souvent prescrits, les médicaments pour diminuer les troubles spastiques sont peu efficaces et risquent d'entraîner d'autres problèmes). La chirurgie est parfois utile pour corriger les rétractions graves et tenaces. Cependant, les opérations pour détendre les muscles spastiques réussissent rarement et aggravent parfois le handicap. Il ne faut envisager une opération que si l'enfant marche déjà et si ses difficultés sont aggravées par les rétractions. Parfois, une opération visant à écarter les jambes rend plus facile la toilette de l'enfant.

On ne peut pas guérir l'atteinte cérébrale, mais on peut souvent apprendre à l'enfant à utiliser les parties non atteintes pour faire ce qu'il désire.

L'infirmité motrice cérébrale conduit souvent au handicap. Selon le dictionnaire *Le nouveau petit Robert*, un handicapé est celui «qui présente un handicap physique ou mental ». Si, vers 1960, on désignait ces personnes comme étant infirmes ou des invalides, on parle aujourd'hui de « personnes handicapées » ou de « personnes en situation de handicap ». En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé a établi une classification internationale des handicapés (CIH), prenant en compte trois situations :

- ✓ la déficience (ou invalidité), résultant d'une maladie ou d'un traumatisme, définie comme la perte (sclérose, amputation) ou le dysfonctionnement de l'une des parties du corps (organe, muscle, membre). La déficience peut être temporaire ou permanente et nécessite des interventions portant sur la personne (rééducation fonctionnelle). Elle peut également être évolutive ou stable, acquise ou innée ;
- ✓ le handicap (ou incapacité), résultant d'une ou plusieurs déficiences, définie comme la difficulté ou l'impossibilité de réaliser des actes élémentaires physiques (se tenir debout, se lever.) ou psychiques (mémoriser). Elle peut nécessiter des aides techniques ;

- ✓ le désavantage, conséquences du handicap par rapport à une situation sociale qui se manifeste par la difficulté ou l'impossibilité de travailler, communiquer, suivre des cours. Il se situe à l'intersection de l'environnement social de la personne et des caractéristiques propres à l'individu. La loi du 11 Février 2005 donne la définition suivante du handicap : « 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 » (Art. L. 114).

D'après la classification internationale des handicapés, on nomme handicapé : « *Toute personne souffrant d'une déficience-aspect lésionnel-ou d'une incapacité-aspect fonctionnel-qui limite ou interdit toutes activités considérées comme normal pour un être humain* ».

1-4- MOTIVATIONS DU CHOIX DU SUJET ET DU MILIEU DE RECHERCHE

1-4-1- MOTIVATIONS DU CHOIX DU SUJET

1-4-1-1-RAISONS SUBJECTIVES

Pour avoir gardé un enfant infirme moteur cérébral dans une classe au cours primaire, l'opportunité a été offerte de constater les stigmatisations auxquelles les enfants porteurs de ce handicap sont confrontés aussi bien de la part de leurs camarades que des enseignants (les enseignants refusent de les accepter parce qu'ils n'ont pas reçu la formation nécessaire). Cette occasion a permis aussi de se rendre compte des difficultés qu'éprouvent ces handicapés par rapport à l'acquisition des connaissances et aux évaluations. Originaire du milieu fon de plus, l'occasion a été donnée de connaître des représentations liées au handicap qui ne sont pas toujours favorables à la scolarisation.Ce sont ces raisons subjectives qui ont poussé au choix de ce sujet.

1-4-1-2- RAISONS OBJECTIVES

Objectivement, ce choix a été motivé par le fait que les personnes handicapées se retrouvent au cœur des débats politiques. Les travaux de Manuel (2009) ont montré que la présence du handicap a d'impact négatif non seulement sur le handicapé, mais aussi sur toute la famille. Le handicap influe alors négativement un grand nombre de parentés à l'handicapé.

De plus, l'infirmité motrice cérébrale est très invalidante et répandue. Selon Werner(1991), un bébé sur 300 environ naît ou devient *infirme moteur cérébral*, non guérissable dont la cause exacte n'est pas encore connue. Bien plus, une enquête exploratoire auprès des sages-femmes au Bénin révèle que, plusieurs bébés à l'accouchement subissent la réanimation caractéristique essentielle de l'infirmité motrice cérébrale. C'est une véritable source de pauvreté : le handicap peut entraîner la pauvreté, car il est un obstacle à une pleine participation des personnes handicapées dans la vie sociale et économique de leurs communautés, surtout si les services de soutien et les mesures d'aménagement raisonnables ne sont pas disponibles (Banque mondiale : http://www.worldbank.org/disability). Or, « *La pauvreté ne sera pas (et ne peut pas être) éradiquée sans intégrer la question du handicap dans toutes les politiques de développement et sans veiller à ce que les personnes handicapées s'engagent dans la planification, la conception, la mise en place et l'évaluation des programmes de développement* » **(**IDDC,2005). Bien plus, d'après une étude récente de I'Institut de Statistique de l'UNESCO et de l'OCDE (2002 :6), il est prouvé que « *le capital humain est associé à toute une série d'avantages non économiques comme l'amélioration de la santé et celle du bien-être* ». Pour éradiquer la pauvreté, l'OMS a initié depuis 1970, le développement de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC), une stratégie pour améliorer les conditions de vie des personnes handicapées et celles de leurs parents. Elle est la prise en charge de la personne handicapée dans la communauté et par la communauté. Elle est fondée sur des méthodes simplifiées et moins coûteuses, donc intéressante et adaptée aux pays en développement comme le Bénin. C'est fort de toutes ces raisons que le sujet intitulé «scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou» est choisi.

1-4-2- MOTIVATIONS DU CHOIX DU MILIEU DE RECHERCHE

D'abord au Bénin, une enquête de dépistage des facteurs de risque des maladies nontransmissibles comme l'infirmité motrice cérébrale réalisée en 2008 a donné les résultats suivants (tableaux 3 et 4):

Tableau N°3 : Prévalences des facteurs de risque modifiables des Maladies Non Transmissibles (MNT) au Bénin en 2008

Facteurs de risque des MNT	Prévalence du Bénin		
	Hommes	Femmes	Total
Consommation nocive d'alcool	4,6%	1,2%	2,9%
Consommation de tabac	27,2%	6,7%	16,0%
Consommation insuffisante de fruits et légumes	75,9%	80,2%	78,0%
Aucune activité physique dans le cadre des loisirs	76,2%	86,4%	81,2%

Source : **Politique Nationale de lutte contre les Maladies Non Transmissibles au Bénin, 2008**

Tableau 4 : Prévalences des facteurs de risque physiologiques des Maladies Non Transmissibles au Bénin en 2008

Facteurs de risque des MNT	Prévalence du Bénin		
	Hommes	Femmes	Total
Hypertension artérielle	27,2%	26,3%	27,5%
Hyperglycémie de type diabétique	3,3%	2,0%	2,6%
Hypercholestérolémie (CT ≥ 250 mg/dl)	1,6%	1,9%	1,8%
Obésité	4,3%	14,0%	9,4%

Source **: Politique Nationale de lutte contre les Maladies Non Transmissibles au Bénin, 2008**

L'observation de ces tableaux montre que le dépistage des facteurs de risque des maladies non transmissibles est positif. Ce résultat permet de reconnaître la

présence de risque d'apparition des maladies non transmissibles comme l'infirmité motrice cérébrale au Bénin.

Ensuite, il existe dans le département du Zou comme dans plusieurs départements du Bénin, des centres de réadaptation à base communautaire où des données relatives aux infirmes moteurs cérébraux sont disponibles.

Enfin, le choix est porté sur le département du Zou parce que l'accès aux données auprès des populations serait facile pour avoir grandi et connu beaucoup de réalités du milieu.

Les souffrances des handicapés et de leurs familles ne sont souvent pas perceptibles par les autres membres de la société. Or, les statistiques au niveau mondial (environ 600 à 650 millions de personnes handicapées, OMS, 2011) et au niveau national (172870 handicapés selon l'analyse des données du troisième recensement général de la population et de l'habitat en 2002) montrent la proportion non négligeable que représentent ces personnes. C'est alors est une autre forme de lutte contre la pauvreté que de parler de la scolarisation des enfants à infirmité motrice cérébrale (ce qui sous-entend déjà leur prise en charge). Elle permet sans doute d'améliorer le bien-être des handicapés et de soulager les peines de leurs familles.

Dans le souci d'appréhender les déterminants de la non scolarisation de ces enfants, une démarche méthodologique a été adoptée. Le chapitre II en présente la quintessence.

CHAPITRE II: DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Dans le souci de formaliser un itinéraire suceptible de déboucher sur la production de résultats empiriques et théoriques valables, il a été adopté une démarche méthodologique. Cette dernière est présentée ici autour des grands points à savoir : la nature de la recherche, la recherche documentaire, les techniques et outils de collecte des données, l'échantillonnage, la collecte et analyse des données, la durée de la recherche, les difficultés et approches de solutions.

Il faut souligner que tous ces points sont interdépendants et tirent parti d'une part de l'objet de la présente recherche et d'autre part de la nature de la recherche. De même, ils renseignent sur trois étapes majeures de la recherche que sont : la conception, l'observation (qui peut être encore appelée ici le « terrain ») et la théorisation.

2-1- NATURE DE LA RECHERCHE

L'objet de recherche de cette thèse s'articule autour de trois points fondamentaux :

-décrire les différentes représentations socioculturelles qui empêchent la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou ;

-faire un état des lieux des stratégies relatives à la scolarisation par l'Etat ;

-étudier les problèmes liés à l'accès des infirmes moteurs cérébraux au système scolaire et les conséquences sur leur insertion professionnelle en milieu fon du Zou.

Concernant la description des représentations socio-culturelles, il est question d'explorer les discours sociaux liés à l'infirmité motrice cérébrale pour comprendre les perceptions par rapport à l'éducation scolaire des infirmes moteurs cérébraux. Il faut alors adopter une démarche méthodologique compréhensive du phénomène. Il faut investir les ressources nécessaires des aspects de la réalité profondément ancrée dans les croyances et dont certains, ne sont pas explicites ou exprimés. En conséquence, l'approche qualitative est utilisée pour atteindre des meilleurs résultats.

Faire un état des lieux des stratégies relatives à la scolarisation par l'Etat nécessite d'adopter non seulement une démarche compréhensive, mais aussi, en vue d'approfondir et d'améliorer les conclusions de l'enquête, de la complèter par des données quantitatives. Etudier les problèmes liés à l'accès des infirmes moteurs cérébraux au système scolaire et les conséquences sur leur insertion professionnelle en milieu fon du Zou, revient à faire émerger tous les indices suffisamment significatifs et révélateurs. A ce niveau, une combinaison de l'approche qualitative avec des données quantitatives pourrait aider à atteindre des résultats très satisfaisants.

Au regard des différents aspects énumérés, on peut se rendre compte que l'étude est complexe et que les approches sollicitées selon les intentions laissent voir une étude à dominance qualitative.

2-2- LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Une recherche documentaire a été nécessaire pour jeter les bases théoriques de la collecte des données. Elle a permis de faire la revue bibliographique dans les centres de documentation locaux et l'internet afin d'être imprégné de ce qui a été fait sur la question. Pour ce faire, les mémoires de DEA ou thèses puis les articles de revues et les ouvrages relatifs au sujet sont consultés.

2-3- LES TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES

2-3-1-OBSERVATION DIRECTE

Elle s'est déroulée concomitamment avec la collecte des données. Cette technique permet de :

- discerner l'assistance et le comportement des membres de la famille, de l'école et autres vis-à-vis des infirmes moteurs cérébraux. Ainsi, il peut être facile d'observer la relation entre les dits normaux et les handicapés puis la méfiance mutuelle.
- constater les atouts physiques favorisant les personnes handicapées pour un accès facile aux systèmes scolaires.
- constater le niveau de la fréquentation des personnes handicapées. Cette technique a permis de discuter avec certains usagers et d'avoir leur point de vue

sur le vécu quotidien et l'avenir de ces handicapés. Beaucoup d'autres entretiens ont permis d'élucider certains aspects de l'étude.

-

2-3-2- L'ENTRETIEN

C'est une technique de recherche qui permet de creuser les informations. A en croire Olivier de Sardan (2003 :7), l'entretien conduit le chercheur à « *produire des données discursives donnant accès aux représentations émiques, autochtones, indigènes, locales* ».L'entretien semi-directif et les focus groups constituent l'essentiel de l'entretien.

2-3-2-1- L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Compte tenu du taux d'analphabétisme élevé de certains parents (qui caractérisent l'univers d'enquête), le choix de l'entretien semi-directif a été fait. Il a aidé à noter les différentes perceptions des répondants et à recueillir beaucoup d'informations utiles pour l'analyse des résultats. Cet outil est utilisé à l'endroit des handicapés et de leurs parents afin de répertorier les représentations dont ils sont victimes. Il a été aussi utilisé pour collecter des données auprès des personnes ressources et les acteurs du monde éducatif ; ceci pour appréhender les limites des politiques éducatives qui font obstacle à la scolarisation des handicapés.

Les thématiques majeurs qui été ont mises en évidence à travers l'entretien semi-directif sont : les répresentations sociales liées à l'infirmité ; les défis de l'éducation au Bénin ; les perspectives pour une scolarisation équitable. Afin de collecter systématiquement les données et les optimiser, nous avons utilisé un enregistreur sonore qui a été renforcé lors des entretiens par l'utilisation de notre cahier de terrain.

2-3-2-2- FOCUS GROUPS

Ce sont des groupes de 12 personnes, constitués au sein des enseignants et agents de l'ex-ministère de la famille. Ils concernent des individus n'ayant pas été préalablement interviewés. Leur homogénéité est respectée dans le souci d'éviter les jeux d'influence d'opinion entre les participants (âgés et moins âgés). Cette technique

est réalisée surtout au niveau des acteurs témoins (qui ne sont pas directement liés aux personnes handicapées).

L'intérêt de cette technique pour la recherche réside dans le fait qu'elle permet de compléter et de valider les données recueillies par observation et par les entretiens individuels.

2-3-2-3- ENTRETIENS TELEPHONIQUES

L'entretien téléphonique a été utilisé lors de la transcription et du traitement des données. Au fait, pendant l'analyse des résultats, il a été constaté qu'il manquait certaines précisions pour mieux restituer les données recueillies. Dès lors, l'entretien téléphonique a pu débloquer.Toutes ces démarches sont engagées dans le but d'accéder aux informations fiables. Bien plus, ces démarches de collecte de données seraient vaines si les outils de collecte n'étaient pas adaptés à la complexité du terrain. Quels sont donc ces outils?

2-3-3- OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

Il s'agit d'un *guide d'entretien* qui présente les grandes articulations de la problématique dans le but de donner la latitude aux interlocuteurs de s'exprimer largement, d'une *grille d'observation* qui permet de constater et de noter les comportements des acteurs.

2-4- GROUPES CIBLES, ECHANTILLONNAGE ET TAILLE DE L'ECHANTILLON

2-4-1- GROUPES CIBLES ET CHOIX DES STRUCTURES ADMINISTRATIVES

Les structures administratives choisies concernent, la Direction de l'Enseignement Primaire (DEP), la Direction de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées (DRIPH), le programme d'appui au secteur de l'éducation au Bénin (PASEB) et le programme national de la réadaptation des personnes handicapées (PN/RBC).

Il y a eu des données entrant dans le cadre de l'examen des actions des différents acteurs intervenant dans l'éducation scolaire des infirmes moteurs cérébraux. Ainsi, on peut distinguer lesgroupes cibles suivants :

- ❖ les autorités administratives ;
- ❖ les autres personnes ressources. Il s'agit ici de quelques personnes directement ou indirectement concernées par la question du handicap. Elles sont considérées comme des témoins ;
- ❖ les handicapés instruits ou non.

Plus précisément :

- parents ayant de Handicapé ;
- handicapés IMC ;
- agents du Ministère de la famille ;
- enseignants ;
- parents n'ayant pas de handicapé
- dignitaires religieux.

En dehors des dignitaires religieux dont l'échantillonnage est réalisé par boule de neige, celui des autres groupes cibles est réalisé par choix raisonné

2-4-3- TAILLE DE L'ECHANTILLON

L'échantillonnage des enquêtes qualitatives procède de manière opérationnelle, par l'identification des acteurs engagés dans la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou. A défaut d'un répertoire des acteurs à choisir, l'on a recouru aux méthodes de choix raisonné et de boule de neige[4]. En principe, par l'échantillonnage raisonné, il est nécessaire de s'assurer que les répondants ont des connaissances sur le sujet et peuvent donc fournir des informations pertinentes. Après cette technique du choix des acteurs, pour la taille de l'échantillon, le modèle de Kauffman (1996) a été utilisé en vue de disposer de la réalité sociale sur la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fɔn du Zou. Selon cette technique, l'enquêteur doit bien connaître les réponses de tous les répondants et quand, au fur et à mesure des entretiens, on n'obtient plus d'informations nouvelles, on arrête l'enquête.

[4]La technique d'echantillonage dite de boule de neige a été beaucoup plus sollicitée lors de nos entretiens exploratoires afin d'identifier les acteurs clés susceptibles de nous fournir des informations utiles.

En dehors du principe de saturation utilisé, la méthode d'échantillonnage dite « boule de neige » développée par Leo A. Goodman (1961) a été utilisée où dans un premier temps on fait un tirage aléatoire au sein dela population cible. Puis, on demande à chacun des individus ayant été sélectionnés dans cepremier tirage d'inclure k « ami(s) » dans l'enquête. Ces derniers sont admis dans l'enquête s'ils n'y sont pas déjà présents, c'est-à-dire qu'ils ne font pas partie du tirage initial.La boule de neige a été utilisée pour identifier des dignitaires de cultes religieux endogènes en milieu fɔn du Zou. Les acteurs interrogés sont récapitulés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Récapitulatif des acteurs interrogés

N° d'ordre	Acteurs interrogés	Technique d'échantillonnage utilisée	Constitution de la taille	Effectifs des acteurs interrogés
01	Parents ayant d'enfants handicapés	Choix raisonné	Par saturation	104
02	Parents n'ayant pas d'enfant handicapé	Choix raisonné	Par saturation	60
03	Enseignants	Choix raisonné	Par saturation	25
04	Enfants infirmes moteurs cérébraux	Choix raisonné	Par saturation	30
05	Agents du ministère de la famille	Choix raisonné	Par saturation	05
06	Responsables d'association de handicapés	Choix raisonné	Par saturation	05
07	Responsables de cultes religieux endogènes	Boule de neige	Par boule de neige	06
Total				235

Source **: Données de terrain 2015**

Au total, deux cent trente cinq acteurs ont été interrogés dans plusieurs communes, arrondissements et villages/quartiers de ville résumés dans le tableau ci-après.

Tableau 6: Récapitulatif des lieux de recherche

Communes	Arrondissements	Villages/quartiers de ville	Nombre de commune	Nombre d'arron-dissement	Nomre de village
Agbangnizoun	Agbangnizoun	Akpèho	01	04	05
		Tanta			
	Kinta	Kinta agbidimè			
	Tanvè	Gboli Kpodji			
	Lissazoumè	Houndo			
Bohicon	Avogbanna	Avogbanna Ahouali	01	05	16
		Avogbanna gbéto			
		Avogbanna Tcoutchouminan			
	Arrondissement 1	Agbadjagon			
		Agbanwémè			
		Djognangbo			
		Hèzonho			
		Agouingouinto			
		Kpatalocoli			
	Arrondissement 2	Ahouamè-Ahito			
		Gankon			
		Kpocon			
		Honmèho			
		Sogba			
	Sodohomè	Lokozoun			
	Gnidjazoun	Gnidjazoun			
Djidja	Mougnon	Mougnon	01	06	08
	Djidja	Djidja			
	Gobaix	Bookou Zaguéli			
	Agounna	Agounna			
	Dan	Daanon kpota			
	Dohouimè	Dohouimè			
		Aligoudo			
		Madjavi			
Zakpota	Zakpota	Adjido	01	05	15
		Djoïtin			
		Houkanmè			

		Kodota			
		Kèmondji			
	Assanlin	Adjokan			
		Kpolohoué			
	Za-tanta	Doutin			
		Agondokpoé			
		Aligoudo			
	Kpozoun	Kpozoun			
		Lontonkpa			
		Koguédé			
	Allahé	Allahé			
		Dogbanlin			
Zogbodomey	zogbodomey	Haya			
	centre	Agaga Naglahon	01	04	05
	Cana	Mignonhito			
	Avlamey	Alladaho			
	Zoukou	Hlanhonou			
Total			05	24	49

Source **: Données de terrain 2015**

La lecture de ce tableau permet de constater que cinq (05) communes, vingt-quatre (24) arrondissements et quarante neuf (49) Villages/quartiers de ville ont été parcourus.

2-5- COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES

Il y a à ce niveau, deux étapes : celle de la collecte des données et celle de leurs analyses.

2-5-1- COLLECTE DES DONNEES

2-5-1-1-PRE-ENQUETE

Cette phase de la recherche a eu lieu dans le mois de Juin 2014. C'est en ce moment que tous les centres de réadaptation du Zou ont été parcourus afin de savoir la prévalence du handicap et de savoir la situation scolaire de ces catégories de handicapé. Ces connaissances qui ont permis la construction de l'objet de recherche

ont été rendues possibles, par l'*observation flottante* recommandée *par* Pétonnet (1982), à ce stade de la recherhe. Cette étape a aussi facilité l'enquête proprement dite sur le terrain en ce sens qu'elle a permis le test des outils afin de les réajuster. S'agissant donc du test, un espace différent des lieux d'investigationen milieu fɔn du Zou a été choisi.

L'objectif poursuivi est de voir si, les thématiques des guides d'entretien sont compréhensibles. Ainsi, les arrondissements de Sahè et de Sinwé dans la commune d'Agbangnizoun ont servi de cadre pour le test des outils. Seuls les outils à l'endroit des acteurs analphabètes ont été testés. Ainsi, deux (02) parents ayant d'enfant handicapé, six (04) parents n'ayant pas d'enfant handicapé, deux (02) enfants infirmes moteurs cérébraux, deux (02) responsables de cultes religieux endogènes ont été interrogés.

2-5-1-2- DEROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNEES

La prise de contact au préalable avec les responsables des centres de réadaptation lors de la pré-enquête, a facilité la rencontre avec les ménages, les chefs de quartier. En d'autres termes, ce sont ces responsables de centre qui ont facilité le contact avec les autres acteurs.

2-5-2- ANALYSE DES DONNEES

Pour aboutir à une bonne analyse, il est à retenir que tous les entretiens sont en premier transcrits au moyen du logiciel Word.Le traitement des données recueillies a été fait suivant la méthode d'analyse de contenu conçue par Bardin (1986). De manière plus claire, Ecuyer (1990), a montré les différentes étapes pour y parvenir :

-lecture préliminaire et établissement d'une liste d'énoncés ;

-choix et définition des unités de classification des résultats ;

-processus de catégorisation et de classification ;

-description scientifique ;

-interprétation des résultats.

Ces étapes suivies, les résultats obtenus ont fait l'objet d'une triangulation pour rester dans la logique d'Olivier de Sardan (2003 :14) pour qui,

« Le principe de base de toute enquête. Il faut recouper les informations ! Toute information émanant d'une seule personne est à vérifier : c'est vrai pour un alibi comme pour une représentation rituelle. Par la triangulation le chercheur croise les informateurs, afin de ne pas être prisonnier d'une seule source. La triangulation entend faire varier les informateurs en fonction de leur rapport au problème traité. Elle veut croiser des points de vue dont elle pense que la différence fait sens. Il ne s'agit donc plus de "recouper" ou de "vérifier" des informations pour arriver à une "version véridique", mais bien de rechercher des discours contrastés, de faire de l'hétérogénéité des propos un objet d'étude, de s'appuyer sur les variations plutôt que de vouloir les gommer ou les aplatir, en un mot de bâtir une stratégie de recherche sur la quête de différences significatives ».

2-6- DUREE DE LA RECHERCHE

La recherche s'est déroulée en plusieurs phases délimitées dans le temps. Ceci étant, les mois de Décembre 2013 et Janvier 2014 ont servi à la recherche documentaire. Les entretiens exploratoires ont été tenus dans le mois de juin 2014 dans le Zou. Cette phase a permis de mieux affiner la question de recherche. La collecte des données, leurs analyses et la rédaction du rapport ont couvert la période de Janvier 2015 à Mai 2016.

2-7- DIFFICULTES ET APPROCHES DE SOLUTIONS

Toute entreprise humaine comporte de difficultés. Ainsi, pendant la recherche sur la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou, certaines ont été rencontrées : évitement du chercheur, la méfiance des acteurs, les rendez-vous non tenus, les perturbations lors de l'entretien. A ces difficultés, des stratégies ont pu être développées pour les contourner.

➢ **Evitement du chercheur** : parmi les interrogés, il en a qui se refusent à discuter sur la thématique présentée. De façon précise, il s'agit surtoutdes aidesdes agents de la réadaptation à base communautaire et des parents des handicapés. Au fait, les aides passent volontairement chez les parents des handicapés pour leur offrir leurs savoirs en matière de la réadaptation. Ils profitent de cette occasion pour les gruger. C'est donc un marché qui leur est ouvert et ils en profitent énormément. Ils n'entendent donc lever aucun voile sur cette affaire de peur de perdre leur marché. Il a

fallu leur expliquer que la présente recherche pourrait amener l'Etat à améliorer leurs conditions de travail pour que des discussions n'aient lieu.Quant aux parents de handicapés, il leur est inculqué que ceux qui viennent échanger avec eux au sujet de leurs enfants handicapés, les exploitent pour aller prendre de l'argent en leur nom. A ce niveau, l'intervention des responsables de la réadaptation à base communautaire a été fructueuse.

➢**Des acteurs méfiants** : on les trouve dans le rang des responsables de la réadaptation à base communautaire, des responsables d'association des handicapés et des parents de handicapé. Craignant la perte de leur poste, ils hésitent à livrer les données objectives et se contentent de louer les efforts du gouvernement. La persuasion que leur nom ne sortira nulle part a permis de faire une discussion objective. Les responsables d'association des handicapés craignant la perte des intérêts liés à leur position, adoptent une même attitude que les responsables de centre de réadaptation. La même stratégie a permis de les amener entier dans la discussion. Les parents de handicapés se réservent par rapport aux aspects qui concernent les responsables des centres de réadaptation parce qu'ils pensent que nous avons des affinités et que leurs informations peuvent leur coûter cher quant à la prise en charge de leurs enfants handicapés. L'intervention des personnes qui leur inspirent confiance a permis de les faire rentrer dans une discussion fructueuse.

➢**Rendez-vous n'ayant pas eu lieu** : certains rendez-vous n'ont pas pu se tenir du fait du calendrier chargé des acteurs. C'est le cas du Directeur de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées (DRIPH), du Coordonnateur du Programme d'Appui au secteur de l'éducation au Bénin (PASEB) où des informations auraient pu être obtenues. Les données recueillies auprès des responsables des centres de réadaptation ont satisfait les attentes.

➢**Les perturbations au cours des entretiens** : les sollicitations des interlocuteurs pendant les entretiens n'ont pas manqué d'exister : soit l'interlocuteur se lève pour aller chercher ou instruire quelqu'un par rapport à quelque chose soit pour aller se mettre à l'aise. Ceci, oblige à veiller à la relance de l'entretien pour une suite cohérente des idées.

Comme annoncées, les étapes à savoir : la nature de la recherche, la recherche documentaire, les techniques et outils de collecte des données, l'échantillonnage, la collecte et analyse des données, la durée de la recherche sont éclaircies. Cette démarche a été adoptée dans la perspective d'obtenir des résultats fiables. Le chapitre III présente la description des différents champs d'investigation.

CHAPITRE III : CARACTERISTIQUES DU MILIEU DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, il a été question d'une présentation globale du département du Zou dans les aspects qui intéressent la recherche. Après ceci, les spécificités relatives aux communes ont été aussi abordées.

3- DELIMITATION DU CADRE GEOGRAPHIQUE D'INVESTIGATION

3-1- PRESENTATION DE LA ZONE DE RECHERCHE : LE ZOU

Dans **«** *Cahier des villages et quartiers de ville Département du ZOU »*, il est mentionné que « *le département du Zou partage avec le département des Collines la partie centrale de la République du Bénin. Il comprend les neuf (9) communes d'Abomey, d'Agbangnizoun, de Bohicon, de Covè, de Djidja, de Ouinhi, de Zangnanado, de Za-kpota et de Zogbodomey ».*Avec une superficie de5243 km2, l'actuel département du zou occupe la zone Sud de l'ancien département du Zou, totalisant 423 villages regroupés en soixante seize (76) Arrondissements selon la même source.

Il est limité :

- au Nord par le département des Collines,
- au Sud par les départements de l'Atlantique et de l'Ouémé,
- à l'Est par le département du Plateau,
- à l'Ouest par le Couffo et la République du Togo ».

Caractéristiques démographiques

Dans le document immédiatement cité ci-dessus, il est noté que « *les résultats du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation de Février 2002, la population du département du Zou est de 599954 habitants dont 282 355 hommes contre 317 599 femmes. Le rapport de masculinité s'élève à 88,9 hommes pour 100 femmes ».* On y lit 364 427 ruraux (60,7%) contre 235 527 urbains (39,3%) de la population totale du département. La densité de la population y est exprimée à 114,4 habitants au km². Cette densité varie au niveau des communes dans l'intervalle de 68 habitants au km² (Zagnanado) à 552 habitants au km² (Abomey). Les Fon et

apparentés y sont majoritairement (92,4%) représentés. La proportion des Yoruba (3,2%) et des Adja (1,7%) est faible. Le Vodoun est la religion la plus dominante (20,7%). Dans une proportion non négligeable, on distingue les Célestes (14,9%) et les Autres Religions (12,8%). Ceux qui n'ont déclaré aucune religion occupent 10,7% (ibid).

Infrastructures sociocommunautaires

Se basant sur le document« *Cahier des villages et quartiers de ville Département du ZOU »*, on constate que l'approvisionnement en eau pose d'énormes difficultés. En réalité, il n'y a que cent vingt six (126) villages sur quatre cent vingt trois (423) qui disposent d'eau et forages. Jusqu'en 2004, dans le domaine de l'éducation on dénombre 333 écoles primaires, 16 collèges à 1er cycle et 8 collèges à 2ème cycle. Jusqu'en 2004, dans le domaine de la santé, on dénombre :

- 10 maternités ;
- 16 Centres de Santé de la Commune ;
- 40 Centres de Santé d'Arrondissement ;
- 28 dispensaires ;
- 01 hôpital départemental.Ces infrastructures se révèlent insuffisantes au regard des caractéristiques démographiques. Cela expliquerait l'apparition des maladies non transmissibles parce que les populations n'ont pas reçu les soins qui feraient disparaître les risques qu'elles portent.

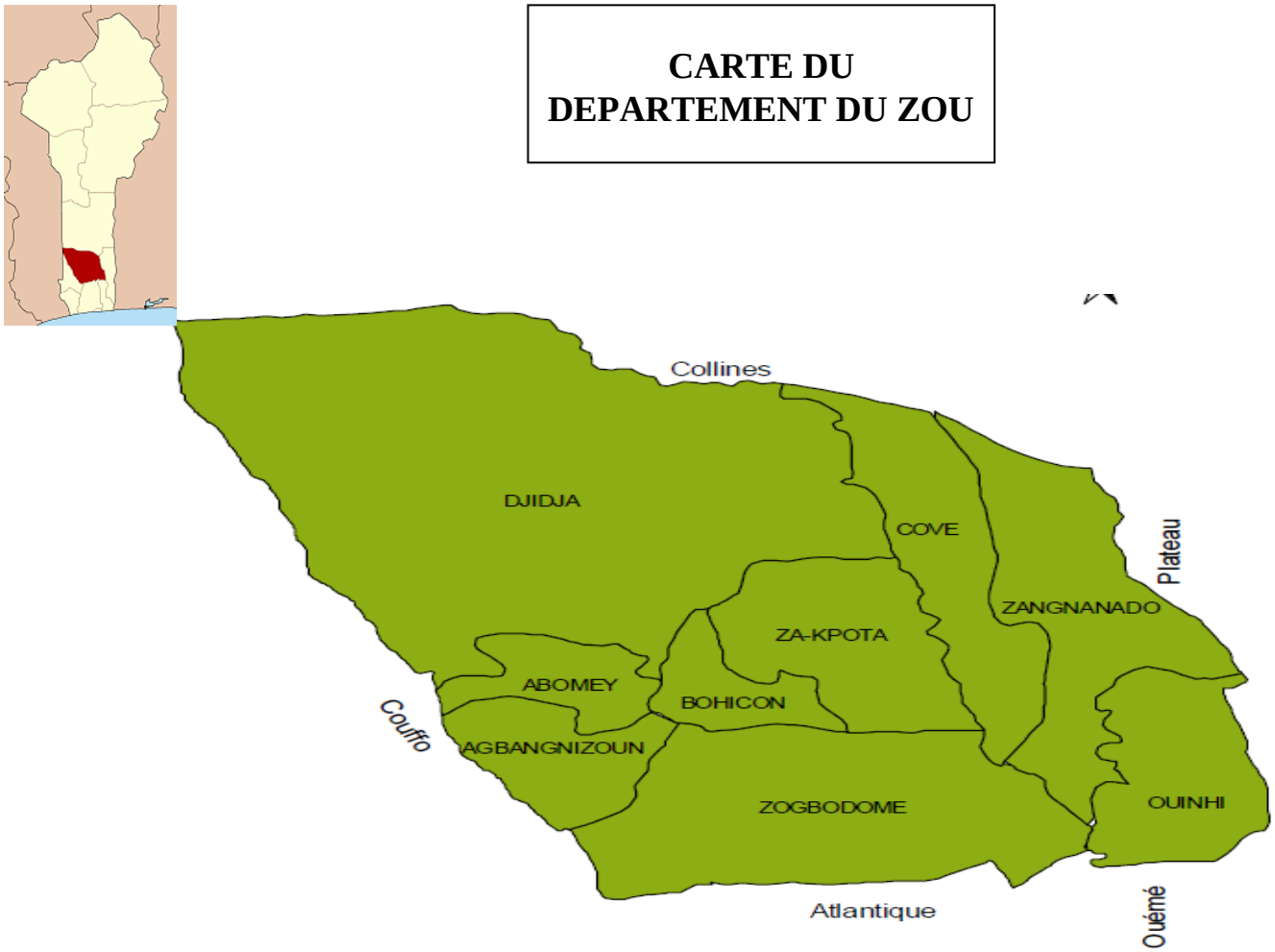
Activités économiques

Les résultats des travaux mentionnés dans le document intitulé« *Cahier des villages et quartiers de ville Département du ZOU »*, montrent que l'agriculture (47%) suivie du commerce (29%) constituent les principales activités. Il est important de remarquer que le commerce de détail repose sur la distribution des denrées alimentaireset qu'on dénombre essentiellement les femmes qui y sont très actives. La culture sur billonssouvent pratiquée est un système qui permet d'enregistrer de très bonnes récoltes de maïs, de manioc, d'arachide, de l'igname et des fruits (ibid). Les populations du Zou ont un niveau de revenu faible au regard de leurs activités économiques pour faire face aux besoins que nécessite la scolarisation des Infirmes

Moteurs Cérébraux.La carte ci-dessous montre la localisation de ce département en république du Bénin et celle des différentes communes qui s'y trouvent.

Carte : N°1

Le département du Zou dans la République du Bénin



Source **: Cahier des villages et quartiers de ville Département du ZOU, Direction des Etudes Démographiques Cotonou, Mai 2004**

3-2 CARACTERISTIQUES DES COMMUNES DANS LESQUELLES LA RBC EST IMPLANTEE

3-2-1 DELIMITATIONS ET GROUPES ETHNIQUES DES COMMUNES

La commune d'Agbangnizoun est limitée au Nord et à l'Ouest par la commune d'Abomey, au Sud par le fleuve Couffo, à l'Est par les Communes de Bohicon et de Zogbodomey.Elle a une superficie de 244 Km² et une densité de 197,44 hts /km² pour une croissance annuelle de 1,78 %. Divisée en Dix (10) arrondissements (Adanhondjigon, Adingnigon, Agbangnizoun, Kinta, Kpota, Lissazounmè, Sahè, Sinwé, Tanvè, Zoungoudo) et Cinquante (50) villages, elle est composée de 98% de fons, 0,4 % de Yoruba et 0,5 % d'adja, avec une population d'environ 60 000 habitants (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

La commune de Bohicon est comprise entre 6°55' et 7°08' de latitude Nord, 1°58' et 2°24' de longitude Est. Elle est limitée au Nord par les communes de Djidja et d'Abomey, au Sud par la commune de Zogbodomey, à l'Est par les communes de Zakpota et de Covè, à l'Ouest par la commune d'Agbangnizoun. Répartie en dix (10) arrondissements (Agongointo, Avogbana, Gnidjazoun, Lissèzoun, Ouassaho, Passagon, Saclo, Sodohomè, Bohicon1, Bohicon2), la commune de Bohicon compte plusieurs groupes socioculturels ou ethnies dont lesplus majoritaires sont les Fon (93,0%), Yoruba (4,6%), Adja (1,4%), Bariba (0,1 %) et autres (0,6%) (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

La commune de Djidja est la plus vaste des neuf (9) communes du Département du Zou. S'étendant sur une superficie de 41,66% de la superficie totale du département, elle est située dans sa partie nord- ouest et est limitée au sud par les communes d'Abomey et de Bohicon, au sud- ouest par le Département du Couffo (commune d'Aplahoué), à l'est par la commune de Za-Kpota et au nord par le Département des Collines (communes de Dassa et Savalou). Ancienne sous-préfecture de Djidja devenue actuellement la commune de Djidja,elle est subdivisée en soixante dix neuf (79) villages regroupés en douze (12) arrondissements que sont : Djidja, Setto, Dan, Agouna, Oungbègamè, Mougnon, Monsourou, Zounkon, Agondji, Dohouimè, Outo et Gobaix, majoritairement occupés par les fɔn (70%), les Agou

(20%), les Mahi (8%) et autres ethnies (2%) (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

L'une des neuf (9) communes du département du Zou, la commune de Za-Kpota est limitée au Nord-Ouest par la commune de Djidja, au Nord-Est par la commune de Zagnanando, au Sud-Ouest par la commune de Bohicon, à l'Est par la commune de Covè et au Sud-Est par la commune de Zogbodomey.Elle couvre une superficie d'environ 600 km2 sur lesquels vivent 87.076 personnes, soit une densité de 212,9 habitants au km2 (RGPH3, 2002). Selon le dernier découpage administratif, la commune de Za-Kpota est composée de56 villages regroupés en huit (8) arrondissements : Allahé, Assanlin, Houngomey, Kpakpamè, Kpozoun, Za-tanta, Zèko, Za-kpota. Originairement fon, on rencontre actuellement à Za-kpota, les ethnies yoruba, mahi, dendi (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006)..

La commune de Zogbodomey est située dans la partie méridionale du plateau d'Abomey à 150km de Cotonou. Elle est comprise entre 6°56' et 7°08 de latitudeNord, 1°58' et 2°24' de longitude Est et se trouve à l'entrée du département du Zou en allant. Elle est limitée au Nord par les communes de Bohicon et de Za-kpota, au Sud par les départements de l'Atlantique et du Couffo, à l'Est par les communes de Covè, Zagnanado et Ouinhi, à l'Ouest par la commune d'Agbangnizoun.La commune de Zogbodomey compte onze (11) arrondissements (Akiza, Avlamè, Cana 1, Cana 2, Domè, Massi, Kotokpa, Kpokissa, Koussoukpa, Tanwé-hessou, Zoukou et Zogbodomey-centre) cinquante neuf (59) villages et six (06) quartiers de ville. Les groupes socioculturels présents dans la commune sont: Fon (93%), Yoruba (4,6%), Adja (1,4%), Bariba (0,1%) et autres (0,6%) (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

3-2-2- ACTIVITES ECONOMIQUES

Les activités économiques exercées dans la commune d'Agbangnizoun sont l'agriculture (80%), le commerce surtout embrassé par les femmes (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

Les actifs de la commune de Bohicon représentent 48% de sa population. Cette population est concentrée dans les arrondissements centraux (urbains) au détriment de ceux périphériques en raison de la politique d'occupation de l'espace. Les principales activités de la population sont par ordre d'importance décroissante le commerce (46% des actifs), l'artisanat (17%), le fonctionnariat (15%) et l'agriculture (11%) (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

L'activité économique principale dans les communes de Djidja, de Za-kpota, de Zogbodomey est l'agriculture. Elle est la base du développement de l'économie de Za-kpota ; à cette agriculture s'ajoute la promotion d'activités diverses dont les activités artistiques et du commerce. Le commerce est un secteur d'activités important dans la commune de Za-kpota qui mobilise environ 16% de la population active. Mais, seulement trois marchés, en état délabré animent principalement cette activité dans la commune. De plus, en dehors du marché de Tindji, les autres marchés ne s'animent que la nuit, ce qui ne permet pas aux personnes des arrondissements éloignés ou des communes voisines de les fréquenter et d'y échanger leurs produits. Cela affecte les flux commerciaux et entrave le développement du commerce. A ceci s'ajoute, l'inexistence de gare routière dans la commune qui n'encourage pas non plus le développement du transport et du commerce affectant ainsi les flux commerciaux.

3-2-3- Education

Dans le domaine de l'éducation à Agbangnizoun, on note un faible taux de scolarisation des enfants : moyenne communale de 35% (47% pour les garçons et 25% pour les filles), contre une moyenne départementale de 39% (50% pour les garçons et 29% pour les filles) (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

La commune de Bohicon dispose de cent trente quatre (134) écoles primaires publiques et maternelles en 2014. Les écoles et collèges sont à près de 70% concentrés dans les arrondissements centraux. Parmi les écoles primaires publiques, environ 15% sont sous apatam ou dans un état de délabrement. Les écoles primaires publiques (EPP) dont les enfants sont réparties en 435 classes tout état confondu (soit une moyenne de 46 élèves par classe) sont animées par 386 enseignants (soit en moyenne

0,89 enseignant par classe). En 2014, on compte cent quatre vingt neuf (189) enseignants dont une grande majorité n'ont pas une bonne qualification pour tenir devant les programmes par compétences en vogue actuellement au Bénin selon les interlocuteurs. Ces statistiques ne rendent pas bien compte du vrai visage que présente le système éducatif à Bohicon. Les enseignants sont à près de 70% concentrés des les arrondissements urbains pendant que les arrondissements périphériques manquent cruellement d'enseignants. Cette mauvaise répartition du personnel enseignant fait que pendant qu'il y a des écoles sans aucun enseignant communautaire, on rencontre d'autres qui ne disposent pas d'un seul titulaire. Mais il est à préciser que des 386 enseignants dénombrés, au moins une vingtaine de ceux exerçant au centre ville et qui sont des titulaires et directeurs d'écoles sont admis à la retraite à la fin de cette année scolaire, et peut être le double ou le triple de ce nombre en 2004. Ainsi, des pénuries sérieuses d'enseignants qualifiés sont en perspective dans le secteur de l'enseignement maternel et primaire à Bohicon.

Malgré les tendances évolutives qu'on observe au niveau des taux bruts de scolarisation dans la commune de Djidja, elle occupe la place d'avant dernier en ce qui concerne la scolarisation des enfants dans le département du Zou. Mais, l'accès des différents arrondissements à l'éducation primaire n'est pas équitable car tous les villages ne sont pas dotés d'écoles.

Les écoles, là où elles existent dans la commune souffrent d'un manque crucial de mobilier. Ce qui a comme conséquence directe, le jumelage des cours. 2 sur 3 classes dans les écoles de la commune de Djidja sont jumelées : 2,32 classes par enseignant avec un effectif de 118,04 élèves par enseignant alors qu'il est prévu 50 élèves par enseignant et par classe. Toutes ces situations concourent au taux brut de scolarisation faible observé dans cette zone (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

En 2014, la commune de Djidja compte 175 écoles primaires publiques et maternelles pour cinq cent vingt huit (528) enseignants dont la plupart souffre d'une carence en compétences pédagogiques selon la population.

La commune de Zogbodomey est caractérisée par une faible couverture géographique en infrastructures scolaires et par un sous équipement (table, banc,

bureau.) de ceux-ci. En effet, 36,51% des salles de classe sont construites en matériaux précaires pour cause de moyens limités des populations et des écoles ce qui expose écoliers, enseignants et mobiliers aux intempéries : pluie, soleil etc. Par ailleurs, l'insuffisance des latrines et points d'eau potable dans les unités scolaires prouvent leur insalubrité avec des risques de maladies (PDC : 32).A propos de l'éducation scolaire, Zogbodomey compte cent quarante deux (142) écoles primaires et maternelles selon les données recueillies sur le terrain en 2014. Il n'y a pas d'école de formation supérieure. En matière d'assainissement des écoles, on compte 34 latrines et deux points d'eau pour l'ensemble de la commune.Les EPP de Zogbodomey comptent au total quatre cent cinquante quatre (454) enseignants selon les statistiques très récentes c'est-à-dire celles de 2014. Mais bon nombre de ces derniers n'ont pas la qualification requise pour enseigner et leurs compétences pédagogiques sont limitées selon les acteurs de l'école.Le taux de scolarisation dans la commune est de 32,01% avec un taux de déperdition très élevé. Ce taux est de 38,05% chez les filles pour l'année académique 2003-2004 pour l'ensemble de la commune(PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).Une clarification particulière de la situation des handicapés n'existe pas dans les documents consultés.

3-2-4- MEDECINE MODERNE

En matière de médecine moderne, la commune d'Agbangnizoun connaît un très faible taux de fréquentation des centres de santé, soit 17%. Les infrastructures socio-sanitaires font cruellement défaut, les organisations dans le domaine fonctionnent mal ou ne fonctionnent pas du tout et le personnel de santé reste insuffisant. Il existe un centre de santé communal sis au chef-lieu et six (06) centres de santé d'arrondissement (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

La carte sanitaire de la Commune de Bohicon présente les infrastructures suivantes :

- des Unités Villageoises de Santé (UVS) réparties dans certains villages des arrondissements,
- cinq (5) Centres de Santé d'Arrondissement ;
- un centre de traitement de la tuberculose,

- une vingtaine de cliniques et cabinés privés de soins,
- huit (8) centres d'animation et de promotion sociale. Il existe au titre des infrastructures sanitaires de la Commune de Bohicon le Centre de Santé Communal (CSC) tenu par un médecin et où sont administrés les soins qui dépassent les compétences des CSA. Le taux moyen de fréquentation des CSA est d'environ 17%. Ce faible taux résulte non seulement de la distance à parcourir par les populations avant d'accéder aux centres de santé mais aussi de l'état des voies et des moyens de transport qui sont défectueux (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

La commune de Djidja dispose de 7 centres de santé d'arrondissement (CSA) (Djidja, Agouna, Setto, Dan, Oungbègamè, Agondji et Mougnon) de deux maternités isolées (Kakatèou / Monsourou et Houto) et d'une UVS (Zakan / Djidja). Donc 9 sur les 12 arrondissements que compte la commune de Djidja disposent de centre de santé public. Dohouimè, Gobaix et Zounkon ne sont pas dotés d'infrastructures sanitaires. Seul le CSA de l'arrondissement de Djidja dispose d'un laboratoire d'analyses biomédicales. Les moyens roulants existants sont amortis, certains services et agents n'en disposent pas. On note également un manque de matériel vidéo technique dans presque tous les centres. Les cabinets de soins prolifèrent à un rythme très important dans la commune de Djidja. Au nombre de 18, ces cabinets de soins sont pour la plupart gérés par des agents de santé non qualifiés. En dehors de Outo, Zounkon, tous les autres arrondissements disposent d'au moins un cabinet de soins. On peut être vite amené à conclure que la commune de Djidja dispose d'un nombre assez important de centres de santé publics mais ces chiffres cachent d'énormes disparités à l'intérieur des arrondissements. La commune de Djidja compte un seul médecin pour 84.590 habitants (contre un médecin pour 10.000 hbts conformément aux normes), les autres agents de santé n'étant que des infirmiers, des sages-femmes et aides-soignants. Dans la commune de Djidja, le personnel sanitaire est composé d'Agents Permanents d'Etat (APE) qui sont pour la plupart des infirmiers diplômés d'Etat et des sages-femmes diplômées d'Etat, d'Agents Contractuels d'Etat (ACE) qui sont recrutés sur le fonds de l'Etat, d'Agents de Mesures Sociales (AMS) recrutés par la DDSP et qui sont des agents de santé qualifiés puis d'Agents Communautaires recrutés sur financement

communautaire et qui ne sont pas pour la plupart des agents de santé (des gardiens, des agents d'entretien et des commis). L'analyse du personnel sanitaire dans cette commune montre : 46% du personnel sanitaire sont des agents sur mesures sociales dans la commune de Djidja. Les agents permanents de l'Etat sont les moins nombreux (11%). L'arrondissement de Djidja se retrouve premier en ce qui concerne le personnel sanitaire avec au total 26 contre 2 à Monsourou (1 sagefemme et 1 aide-soignant) (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

La commune de Za-Kpota ne dispose que de cinq (5) Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) et de quatre Unités Villageoises de Santé (UVS) avec un total de 63 agents. Elle dispose d'un médecin pour 87.076 habitants, ce qui est très marginal par rapport aux recommandations de l'OMS (un médecin pour 10.000 habitants). Le nombre total d'infirmiers pour la commune est de 10, soit un infirmier pour 8.708 habitants ; ce qui est aussi inférieur aux normes de l'OMS (un infirmier pour 5.000 habitants), ce qui prouve nettement que la couverture sanitaire est loin d'être assurée. Par ailleurs, les arrondissements d'Assanlin, de Houngomey et de Tanta ne disposent pas de centre de santé public. Ils ont néanmoins chacun une UVS, à l'exception de Tanta où se trouve le centre de santé privé de l'Eglise protestante méthodiste. Malgré la faible couverture sanitaire de la commune, les centres de santé existant sont très peu fréquentés par les populations pour plusieurs raisons parmi lesquelles le mauvais accueil des patients par les agents de santé, le manque d'argent pour honorer les frais de consultation et les prescriptions médicales, l'éloignement des centres d'un certain nombre de villages, etc. Par ailleurs, il existe au niveau du CCS central et des CSA des structures de cogestion qui associent les populations à travers leurs représentants à la gestion des problèmes de santé dans leurs localités. Cependant, ces structures manquent de dynamisme et ne font pas preuve d'efficacité réelle dans l'accomplissement des tâches qui leur sont assignées (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

Notons d'abord que sur les onze arrondissements de Zogbodomey, 02 à savoir Koussoukpa et Kpokissa ne disposent pas de formation sanitaire (dispensaire) adéquates et les populations de ces localités sont obligées de parcourir des dizaines de Kilomètres pour avoir accès aux soins de santé. Ces localités, à défaut de centre

conforme aux normes du Ministère de la santé publique disposent de locaux vétustes et croulants, hors d'usage qui abritent quelques matériels de soins d'urgence.Neuf (09) arrondissements disposent chacun d'un incinérateur. On peut compter au moins 35 lits pour un ensemble de 06 arrondissements (Akiza, Avlamè, Cana 2, Zoukou, Massi, Zogbodomey-centre). Une ambulance et un laboratoire biomédical au CSC. Cependant, on note dans la commune, une insuffisance de matériels roulants de matériels biomédicaux et l'insuffisance d'ouvrage d'eau potable dans les centres de santé d'arrondissement. L'effectif total du personnel de santé dans la commune de Zogbodomey est de 87 dont 19 Agents permanent de l'Etat, 13 contractuels, 40 mesures sociales, et 15 recrutés sur financement communautaire. Parmi eux nous avons : 1 seul médecin pour toute la commune, 07 sage -femmes, 10 infirmiers d'Etat, 14 infirmiers de santé, 22 aides soignantes, 02 matrones, 1 techniciens de laboratoire, 03 agents d'hygiène, 05 agents d'entretien, 02 comptables, 03 secrétaires, 10 commis, 05 gardiens et 02 conducteurs de véhicules administratifs. Le médecin utilise tout le personnel de santé à sa disposition. Une sage-femme utilise une aide soignante. Ce qui est insuffisant pour une meilleure prestation (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

3-2-5- MEDECINE TRADITIONNELLE

La médecine traditionnelle à Agbangnizoun est le principal recours de la grande majorité de la population. La commune est reconnue comme étant un pôle important d'exercice de la pharmacopée dans le sud et centre du Bénin. Cette activité fait vivre une proportion non négligeable d'individus dans la commune.

Les populations rurales de la commune de Djidja majoritairement animistes, se regroupent autour de plusieurs organisations traditionnelles en fonction des cérémonies rituelles, des croyances et des interdits. Les divinités les plus adorées sont : Hêbiosso, Sakpata, Dan, Ogou, Molou, Oro, Zangbéto et Tron.

Les acteurs sociaux de la commune de Zogbodomey sont majoritairement de la religion traditionnelle (66,5%).

3-2-6- ACTION SOCIALE

Dans ce domaine, on note à Agbangnizoun l'existence d'un centre de promotion sociale, localisé au chef lieu de la commune. Cette dernière est connue comme étant un point de départ des enfants placés. En effet, les nombreux parents en situation de pauvreté sont obligés de laisser leurs enfants à des trafiquants contre des promesses de gains d'argent. Au total, les problèmes répertoriés dans le domaine sont :

- pas de prise en charge des orphelins et handicapés
- nombreux enfants sont soumis à la mendicité
- malnutrition des enfants (signalée notamment à Sahè) (PROGRAMME D'APPUI AU DEMARRAGE DES COMMUNES, 2006).

Pour ce qui concerne la promotion sociale, seulement un arrondissement (l'arrondissement de Djidja) sur les douze que compte la commune de Djidja dispose d'un centre de promotion sociale.

Il existe dans la commune de Zogbodomey un centre de Promotion Sociale, un Orphelinat qui n'est plus fonctionnel, et quelques ONG à vocation sociale. Toutes ces structures œuvrent pour le bien être social des populations mais avec un faible taux de participation. Pour preuve, les phénomènes de placement d'enfant et de trafic d'enfant sont encore très fréquents à Zogbodomey. Le Fond d'Action pour la Solidarité Nationale et pour l'Action Sociale du Ministère de la Famille de la Protection Sociale et de la Solidarité et quelques ONG appuient les groupements et individus à travers l'octroi de crédit. Les ONG Handicap-Plus, GAJES et FINAFA-APDH interviennent aussi dans la commune à travers les activités de scolarisation des filles, la lutte contre les IST/SIDA, la lutte contre le trafic des enfants. Les organismes d'appui à l'action sociale sont DANIDA pour la lutte contre le trafic des enfants, UNICEF pour la scolarisation des filles et la Croix-Rouge.

3-2-7- SYNTHESE DES DONNEES DEFAVORISANT LA SCOLARISATION DES IMC DANS LES CINQ COMMUNES

Une lecture des monographies réalisées au cours de l'année 2006 et les entretiens exploratoires dans les cinq communes permettent de savoir la culture dominante dans le milieu, les conditions sanitaires, l'état de l'éducation et le niveau de revenu des populations comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau N°7 : Synthèse des données défavorisant la scolarisation des IMC dans les cinq communes

Communes	Caractéristiques
Agbangnizoun	-majoritairement, les populations mettent le vodoun au cœur des préoccupations - très faible couverture sanitaire -populations majoritairement pauvres -système scolaire à problèmes même pour les " normaux"
Bohicon	- 20,7% des populations mettent le vodoun au cœur des préoccupations - couverture sanitaire plus améliorée par rapport aux autres communes -populations majoritairement pauvres -système scolaire à problèmes même pour les " normaux
Djidja	- majoritairement, les populations mettent le vodoun au cœur des préoccupations - faible couvertur sanitaire -populations majoritairement pauvres -système scolaire à problèmes même pour les " normaux"
Zakpota	- le vodoun est le plus sûr recours contre les inquiétudes pour la majorité des populations (source : terrain) - faible couverture sanitaire -populations majoritairement pauvres -système scolaire à problèmes même pour les " normaux"
Zogbodomey	-66,5% des populations mettent le vodoun au cœur des préoccupations -faible couverture sanitaire -populations majoritairement pauvres -système scolaire à problèmes même pour les " normaux"

A travers le tableau, on note que le plateau d'Abomey anciennement resté sous la domination des rois d'Abomey, continue de garder les valeurs qui l'avaient caractérisé : la culture du vodoun. D'après les enquêtes exploratoires, dans la culture du vodoun, il y a bien des explications qui justifient l'existence des infirmes moteurs cérébraux et des pratiques pour tirer meilleur partie de ces êtres. Mais, ces considérations ne sont pas souvent de nature à favoriser leur intégration. De plus, la

faible couverture sanitaire, le système scolaire à caractère sélectif avec ses conséquences de redoublement et d'abandon ajoutés au faible niveau de revenu des populations constituent autant d'éléments défavorisants à la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux.

3-3- CADRES INSTITUTIONNEL ET REGLEMENTAIRE DE L'INTEGRATION SOCIALE DES HANDICAPES

Cette section s'organise autour de deux points : le cadre institutionnel et le cadre règlementaire.

3-3-1 - CADRE INSTITUTIONNEL

3-3-1-1- DIRECTION DE LA READAPTATION ET DE L'INTEGRATION DES PERSONNES HANDICAPEES

La Direction de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées était placée sous l'autorité de l'ex- Ministère de la Famille, des Affaires sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes duTroisième Age (MFASSNHPTA).

Pour bien jouer sa parttition, la DRIPH se base sur les Services départementaux de la Protection des Personnes Handicapées et des Personnes du Troisième Age lesquels sont sous le contrôle du coordonnateur national de l'unité de gestion de la réadaptation à base communautaire (RBC). Ces services départementaux à leur tour s'appuient sur les responsables techniques de district (il s'agit des responsables communaux RBC).

La Réadaptation à Base Communautaire des personnes handicapées (RBC), initiée par l'OMS dans les années 1970, est la prise en charge des personnes handicapées dans la communauté et par la communauté. Pour plus de compréhension, nous allons noter quelques définitions de sources différentes :

- « La réadaptation à base communautaire est une stratégie qui s'inscrit dans le cadre du développement communautaire pour la réadaptation, l'égalisation des chances et l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées » (OMS 1995).
- « La mise en œuvre de la RBC fait appel aux efforts conjugués des personnes handicapées elles-mêmes, de leurs familles, leurs communautés, des services sociaux,

de santé, d'éducation et de formation professionnelle appropriés » (OMS UNESCO OIT, 1994).

❖ « La réadaptation à base communautaire est une stratégie de bon sens qui vise à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées. Ce but est poursuivi en s'attachant à l'amélioration des services en leur faveur, de façon à satisfaire leurs besoins en leur assurant des opportunités plus équitables et par la promotion et la protection de leurs droits. La RBC bâtit son action sur l'implication totale et coordonnée des personnes handicapées et de leurs familles. Elle doit être soutenue par tous les niveaux de la société : communautaire, intermédiaire et national. Elle recherche l'intégration des interventions de tous les secteurs concernés : éducation, santé, législation, social, formation professionnelle, et vise la pleine représentation des personnes handicapées ainsi que l'augmentation de leur pouvoir dans la société… Le but de la RBC est d'apporter un changement, de développer un système capable d'atteindre toutes les personnes handicapées qui en ont besoin et d'éduquer ainsi que d'impliquer le gouvernement et le public. La RBC devrait être soutenue dans chaque pays en utilisant un niveau de ressources réaliste et soutenable… » (Jadin, 2001-2002).

A travers les définitions et descriptions ci-dessus, nous voyons que la RBC est un outil à la portée des pays en développement comme le Bénin, caractérisés par le manque de ressources et de personnels spécialisés. Elle repose sur cinq principes fondamentaux que sont : l'égalité, la justice sociale, la solidarité, l'intégration et la dignité. Afin qu'ils soient respectés, il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour que la personne handicapée puisse jouir de ses droits les plus élémentaires telle que l'éducation. C'est ainsi que depuis 1989 où elle s'est implantée au Bénin sous la tutelle de l'éx- ministère de la famille, elle a priorisé l'éducation intégrée. Aujourd'hui elle couvre 46 communes.

La RBC est pionnière dans l'intégration scolaire des enfants handicapés, elle réussit à sensibiliser personnes handicapées, parents, populations, administrations,

pouvoir public, élus locaux. Elle apporte également sa contribution dans la formation des enseignants.

3-3-1-2- LE PROGRAMME D'APPUI AU SECTEUR DE L'EDUCATION AU BENIN (PASEB)

La loi du 11 Février 2005 apporte spécifiquement aux handicapés la nécessité de leur intégration sociale. Par exemple, elle demande l'aménagement des infrastructures immobilières scolaires afin de permettre leur accès aux handicapés. Pour les pays en voie de développement, il leur est imposé par les partenaires au développement, l'introduction de la question du handicap dans leur politique de développement. Cette condition remplie, le Bénin en coopération avec le Danemark a entrepris d'accorder de soins particuliers à l'éducation des couches vulnérables.

C'est dans la même perspective que l'intégration scolaire souhaitée par certains parents n'a fait que démarrer avec le volet Intégration Scolaire des Enfants Handicapés (ISEH) du PASEB dans les neuf communes du zou. Le programme d'appui au secteur éducatif au Bénin (PASEB), est un programme du gouvernement béninois exécuté depuis octobre 2004 par la signature de l'accord gouvernemental entre le Bénin et le Danemark. En effet, en juin 2003, l'éducation a été reconnue par le gouvernement du Bénin et le gouvernement du Royaume du Danemark comme priorité pour la coopération bilatérale entre les deux pays. Cette décision correspond à la priorité accordée par le gouvernement du Bénin à l'éducation comme un élément clé de sa Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) tout en reflétant en même temps une des priorités de la politique de coopération danoise. La phase pilote a couvert la période 2004-2006. En continuation de la phase pilote et en s'intégrant au Plan Décennal de Développement du Secteur Educatif 2006-2010, l'objectif de développement du programme sectoriel quinquennal appelé PASEB 1 est de lutter contre le chômage et la pauvreté au bénin, notamment à travers le renforcement du capital humain. Il a démarré le 15 Décembre 2005 et a couvert la période 2005-2010.

Il avait eu comme agences de tutelle nationales les ex- Ministères des Enseignements Primaire et Secondaire, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, des Finances et de l'Economie. Plus spécifiquement, le but

du PASEB 1 est d'améliorer l'accès, la qualité et la rétention dans l'éducation de base et la formation professionnelle tout en réduisant les écarts liés à la pauvreté et au genre conformément aux objectifs nationaux. Elle comporte deux composantes : une composante ''Appui à l'éducation de base'' et ''Appui à la formation professionnelle''.

La première composante dans laquelle s'inscrit le volet ''Intégration Scolaire des Enfants Handicapés'' (ISEH), intéresse la présente thèse. Depuis octobre 2004, le volet ISEH est exécuté dans les neuf communes du département du Zou avec l'appui technique et financier du Royaume du Danemark. Il est géré par une Unité de Gestion composée du coordonnateur du programme national de la RBC de l'ex- Ministère de la Famille et de l'Enfant (MFE), de la directrice de l'Ecole intégratrice privée Les Hibiscus, du Directeur exécutif de l'ONG ASUNOES et de la présidente de l'ONG Equilibre Bénin qui en assure la coordination. Actuellement, l'unité de gestion a été élargie à deux structures : la Direction de l'Enseignement Primaire (DEP) du Ministère des Enseignements Maternel et Primaire (MEMP) et la Direction de l'Enseignement Secondaire (DES) du Ministère de l'Enseignement Secondaire et la Formation Professionnelle (MESFP). Cet élargissement répond aux nouvelles réorganisations intervenues dans les ministères concernés d'une part, et d'autre part, au souci de l'ambassade du Royaume de Danemark d'impliquer les autorités en charge de l'éducation en vue d'une pérennisation de l'expérience de l'éducation intégratrice. Les principales activités du volet sont :

- ✓prise en charge sur le plan scolaire de 300 élèves handicapés par l'identification de leurs besoins, l'acquisition de fournitures et manuels scolaires, l'organisation de cours de maison et de vacances et le paiements de certains frais ;
- ✓prise en charge sur le plan médical par le paiement des soins médicaux, l'acquisition de verres médicaux, l'achat de matériels techniques et de tricycles pour certains enfants dans le besoin ;
- ✓prise en charge sur le plan de la réadaptation par des séances de rééducation assurées à l'école ou à domicile par les agents RBC ou les animateurs du programme ;

✓sensibilisation et information des communautés sur l'intégration scolaire pour susciter l'inscription des enfants handicapés ;

✓formation des intervenants de trois ordres :

- en langue des signes pour les enseignants accueillant des é lèves sourds ;
- en RBC pour les acteurs de terrain ;
- des enseignants, directeurs, chefs de circonscription scolaire et conseillers pédagogiques sur l'éducation intégratrice ;

✓suivi des enfants handicapés sur les plans scolaire, médical et de la réadaptation par des visites périodiques dans les écoles et à domicile ;

✓gestion du personnel du volet qui a essentiellement constitué au recrutement de deux animateurs et deux enseignants itinérants, au paiement des salaires, charges sociales et frais de mission ;

✓fonctionnement du bureau du volet par la gestion administrative, matérielle et financière.

3-3-1-3- LE SYSTEME EDUCATIF

Parmi les institutions en charge de l'éducation**,** se trouve l'école. Pour durkheim (1922), elle s'opère dès la naissance au sein de la famille, mais c'est à l'école qu'elle est systématisée. Elle est le lieu central de la continuité sociale lorsqu'il s'agit de la transmission des valeurs, des normes et des savoirs. Pour le même auteur, s'il y a une suffisante entre les membres, la société peut vivre. Dans cette perspective, plusieurs réformes éducatives ont eu lieu après les indépendances au Bénin. Il importe donc de les passer en revue pour voir en quoi elles permettent l'intégration des handicapés.

3-3-1-3-1- LES REFORMES EDUCATIVES DES INDEPENDANCES A 1990

Au lendemain de l'indépendance des anciennes colonies, le système scolaire colonial a été décrié en Afrique lors des colloques, séminaires et conférences comme la conférence d'Addis–Abéba (1961), la conférence de Kinshasa (1968) et la conférence de Bangui (1971). Au Bénin, la traduction de ces différentes conférences au niveau local a entraîné les réformes suivantes :

La réforme de 1964

Conçue dans le souci d'une adaptation de l'école à la réalité du milieu, cette réforme a prôné la « ruralisation de l'enseignement » au niveau du primaire et au niveau du secondaire. C'est l'adaptation au Bénin du concept « Ecole de promotion collective » dans les pays d'Afrique.L'effort porta sur l'introduction du travail manuel dans les programmes. Des coopératives scolaires et des cantines furent créées dans certaines écoles pilotes. On peut citer en exemple, les CEG de Kandi, Savalou et Aplahoué qui furent érigés à titre exceptionnel en CEMA (Collège d'Enseignement Moderne Agricole) avec une vocation : la formation d'instituteurs plus aptes à appliquer dans les écoles primaires les programmes de ruralisation. Mais, devant l'hostilité des paysans et des citadins, chacun pour des raisons qui lui sont spécifiques face à la ruralisation, le projet s'essouffla vite et fut abandonné.

La réforme de 1971

La réforme de 1971 a été dénommée « Grosse Tête- DOSSOU-YOVO » parce que rédigée par un expert français du nom de Grosse Tête et un homologue Béninois Edmond DOSSOU-YOVO, Ministre chargé de l'éducation, celle-ci avait pour ambition, la généralisation de l'enseignement secondaire général (1er Cycle) dans les sous-préfectures avec la responsabilisation des collectivités locales pour la construction des écoles et la résolution des problèmes posés à ces dernières. Avec elle, apparurent des concepts comme :

Régionalisation, Décentralisation, Démocratisation …

La réforme de 1971 fut mort-née parce que combattue par les syndicats, les organisations de jeunesse et l'Union Générale des Elèves et des Etudiants (UGEED).

La réforme de 1975 dite Ecole Nouvelle

Avec l'avènement de la révolution du 26 Octobre 1972, il a été élaboré par les Béninois et pour les Béninois une nouvelle réforme qui rompt avec l'enseignement, l'éducation et la culture qui ont été depuis la colonisation au service de la domination et de l'exploitation étrangère. Elle est libérée de toute domination étrangère et de toute aliénation culturelle. Elle est libératrice de toute exploitation de l'homme par l'homme

et à cette fin, doit former des hommes politiquement conscients des problèmes nationaux. C'est l'ordonnance N°75-30 du 23 Juin 1975 portant loi d'orientation de l'éducation nationale qui a consacré celle-ci. Elle doit permettre à tous d'avoir accès au savoir et à la science.

L'animation, la concertation et le contrôle pédagogiques doivent être développés de façon permanente et efficace. Elle doit assurer l'équilibre intellectuel et moral de l'homme. Il a été créé un Centre Populaire d'Education de Perfectionnement et d'Initiation à la Production (C.P.E.P.I.P) qui assure la formation permanente des travailleurs de la vie active à tous les niveaux en vue de l'amélioration continue de leurs connaissances scientifiques, techniques et professionnelles. Les principes de gestion démocratique décidés par cette réforme ont reçu l'approbation du peuple.Cette réforme a échoué pour des raisons endogènes et exogènes qui ont conduit à la réforme actuelle.

La réforme de 1990 dite nouveaux programmes d'étude (NPE)

Conformément aux décisions de la conférence Nationale des Forces Vives de la Nation et des Etats Généraux de l'Education, tenus en 1990, une nouvelle réforme de l'éducation scolaire est apparue. Cette réforme doit permettre à tous les niveaux, une éducation et une formation permanente, favoriser les spécialisations grâce à une orientation judicieuse. Elle est ouverte à toutes les innovations positives utiles et doit prendre en compte parmi tant d'autres la morale pour le développement conformément à l'article 40 de la constitution. La réforme doit combattre la médiocrité par la culture de l'excellence tout en sauvegardant l'égalité des chances pour tous. Elle doit former des citoyens intellectuellement et moralement équilibrés, animés d'un esprit patriotique et prêts à participer au développement économique, social et culturel de leur pays.

Ainsi l'école doit :

-être un moyen de transformation globale de la société ;

-former un homme sain, équilibré, éduqué, instruit, cultivé et techniquement compétent ;

-former des hommes sincères, performants, dotés de l'esprit d'initiative, animés par le goût de la recherche, capable de s'auto-employer, de créer des emplois et partant de contribuer efficacement au développement du Bénin.

L'école doit contribuer à vaincre la peur, l'égoïsme et l'indifférence. Elle doit développer la confiance en soi, en ses frères, en sa culture si elle veut être le lieu d'une stimulation de la nation à aller de l'avant. Cette confiance en soi devra être particulièrement développée chez les filles.

Mais tout cela n'est possible que si la nation dans son ensemble cesse d'être culturellement complexée et vit dans l'ouverture à l'intégration africaine. Celle-ci apparaît, dans une perspective de développement, comme la condition de base de l'avenir politique et surtout économique de l'Afrique. Aussi s'agira-t-il de développer chez les élèves la conscience de leur citoyenneté d'africains. L'école doit amener l'élève à développer une conscience de dignité, ce qui entraîne honnêteté, franchise et juste estime de soi. La dignité personnelle commande avant tout l'amour de la vérité et le respect de la parole donnée.

Le respect de toute personne humaine entraîne le respect et même la défense active du droit à la vie et des autres droits fondamentaux de l'homme. La dignité personnelle passe aussi par l'amour du travail bien fait et la fierté, à ses propres yeux, de payer à la communauté la dette du service du bien commun. Celui qui est digne est propre et ordonné : il est caractérisé par l'hygiène et le rangement. Il estime la personne des autres et en témoigne par sa politesse, il sait saluer avec respect ; il est ponctuel et reconnaissant, il est généreux. Les valeurs de liberté, d'ordre, d'unité nationale, de souveraineté, de bien public, de paix, de démocratie et les valeurs de bonté, de solidarité, de justice, d'amitié reposent toutes sur ce fait de conscience des relations constitutives de tout être humain avec Dieu et avec les générations passées, présentes et à venir. Les coutumes et les traditions doivent trouver également leur place dans la modernité, mais moyennant la réflexion critique.

Les valeurs que constituent le savoir et l'argent méritent une attention particulière parce qu'elles brisent sans discernement tout le moule culturel ancien et éveillent les tendances à la cupidité et à l'accumulation au détriment de tout le tissu social. Elles méritent une vigilance dans l'éducation. L'école avait tendance à développer une seule

faculté intellectuelle au détriment des autres : la mémoire. Elle pouvait difficilement faire autre chose, compte tenu de son projet d'extraversion. Il appartient aujourd'hui à l'école béninoise de développer la faculté qui rend possible la mémoire elle-même, et au service de laquelle celle-ci se trouve, à savoir : l'imagination créative.

Il faut aussi cultiver la faculté de l'intelligence en lui faisant faire le chemin qui, partant des acquis de connaissance, redescend jusqu'à ce qui les a rendus possibles. Toute l'école doit devenir chantier de méthodologie. C'est sur ce fond que l'on parle d'éveil et d'entretien de l'esprit d'observation, de l'esprit de curiosité, de capacité de raisonnement et de jugement, d'argumentation. L'esprit d'analyse et de synthèse n'est possible que par la mise à distance critique propre à l'esprit scientifique. Mais le cœur de l'esprit scientifique se trouve dans la capacité d'accueil du réel dans ses structures constitutives. L'école doit rendre l'esprit capable de neutraliser tout l'irrationnel idéologique.

C'est en tenant compte de toutes ces données que les NPE proposent un ensemble de compétences recherchées pour l'enfant au terme et au cours de l'enseignement primaire. Cet ensemble de compétences a été donc défini en fonction :

- ✓ de la politique éducative qui met un accent particulier sur l'auto-emploi entendu non seulement comme la capacité de l'individu à s'installer à son propre compte, mais aussi comme l'utilisation par l'individu de toutes ses ressources pour se réaliser pleinement ;
- ✓ des besoins de formation

En tout état de cause, l'élève à la fin du cycle primaire doit être perçu, au niveau qui est le sien, en termes de gestionnaire :

- gestionnaire de soi-même et de l'environnement (familial, social, scientifique, technologique, démographique, culturel) ;
- gestion des situations de vie nationale et internationale ;
- gestion du formel et non formel.
-

Les Nouveaux Programmes d'Etudes : Analyse de la situation

L'analyse des différents documents consultés dans le cadre de ce travail révèle que l'école dahoméenne, sous système du système global de « domestication » (Ki-

Zerbo, 1990) de l'Afrique, a procuré à l'administration et à l'économie coloniale de parfaits agents d'exécution pour une économie de traite et pas formés pour créer des emplois. Malgré les nobles objectifs exprimés par la conférence d'Addis-Abéba en mai 1961 et qui visaient, entre autres, la scolarisation universelle pour 1980 et la systématisation du travail manuel, l'école des premières décennies de l'indépendance, n'a été que le prolongement à tout point de vue de celle de la période coloniale. Selon Sarraut, Ministre Français des colonies de l'époque, il fallait dresser les élites de collaborateurs qui, comme agents techniques, contremaîtres, surveillants, employés ou commis de bureau, suppléeront à l'insuffisance numérique des européens. C'est dans cet esprit que Bourdieu et Passeron (1970), pensent que la structure et le fonctionnement de tout système d'enseignement institutionnalisé sont à mettre directement en relation avec la double mission qui lui est assignée :

-fonction propre d'inculcation ;

-fonction de reproduction d'un arbitraire culturel.

L'école, en cette période n'était pas celle du développement car, elle ne permettait pas de former des cadres assez imaginatifs, créatifs et entreprenants, suffisamment autonomes pour mobiliser les connaissances acquises en vue de les réinvestir dans un environnement national et international particulièrement complexe.

Toutefois, une minorité de "rescapés" de ce monde, se débattent fébrilement avec plus ou moins de bonheur. On peut donc dire sans risque de se tromper que la crise sociale et scolaire caractérisée par le manque d'emploi et l'insertion sociale n'est rien d'autre qu'une illustration de l'échec de cette école.

Par ailleurs, le contenu de l'un des documents précise que, l'école, sur le plan de la représentation, n'est probablement pas le point de mire de dignité et d'indépendance du béninois moyen. L'opinion publique semble n'avoir pas encore été totalement convaincue aujourd'hui que l'éducation scolaire est un référentiel garant du mieux-être moral et matériel, un signe distinctif évident de comportement d'autonomie et de maîtrise que devrait afficher un élève sortant à la fin du cycle primaire lorsqu'il doit faire face aux situations de la vie courante. L'ampleur croissante des crises successives que traversent les différents modèles d'école, révèle un malaise essentiel. Tournant à vide, ces types d'école ont presque toujours produit une illusion de développement.

A l'issue de cette exploitation des différents documents, les auteurs pensent que l'école, sans se débarrasser des valeurs négatives, a tué les valeurs porteuses de progrès au Bénin comme la socialisation, l'éducation par et pour le milieu, l'apprentissage par l'activité. En effet, par les valeurs qu'elle véhicule, l'école constitue un facteur de diminution ou d'anéantissement du potentiel de travail manuel. Il est aisé de noter que nombre des habiletés et des potentialités que porte l'enfant qui accède à l'école, sont pratiquement éteintes après quelques années de scolarisation. C'est à croire qu'au Bénin, lorsque l'enfant entre à l'école, la vie s'arrête là et l'école commence : un monde nouveau, totalement différent de celui qu'il vivait, avec d'autres règles, d'autres obligations, d'autres intérêts. Il s'impose à l'enfant un milieu qui ne lui est pas familier parce qu'il prétend donner à l'enfant des "richesses" : l'instruction et la science. Dès lors, tout travail rural est dégradant pour l'élève qui n'est même pas encore sûr de terminer ses études. Car, le système d'évaluation est là pour déclarer certains " dignes" d'étudier davantage et d'autres " indignes" et par conséquent bons pour la rue.

Alors dans un document relatif aux Nouveaux Programmes d'études, on lit : « *A l'heure où la mentalité des jeunes se fonde de plus en plus sur la recherche du gain sans effort, tirer leçon des crises successives de l'école au Bénin, c'est faire en sorte que dès le cycle primaire, l'école intègre les valeurs de progrès de notre patrimoine culturel. Ce tournant paraît décisif pour mobiliser l'éducation au service du développement. Si l'on admet l'hypothèse selon laquelle une crise de société, reflet d'une crise économique, est aussi dans le fond d'une crise de l'éducation, alors l'adoption d'une stratégie visant à opérer de façon radicale, profonde et décisive des actions de transformation sur les générations futures à partir de l'éducation de base s'impose. Une telle stratégie devra fonder le profil des élèves sortant de l'enseignement primaire sur les traits dominants de son temps* ».

Pertinence des réformes (approche analytique)

Bien avant l'avènement de l'Article 1 de la loi N° 2003-17 du 11 Novembre 2003 portant orientation de l'Education Nationale en République du Bénin où l'éducation constitue et demeure la première priorité nationale, beaucoup d'efforts

ont été faits dans le souci d'améliorer le système éducatif. C'est du moins le constat fait après le parcours des différents documents. On a pu remarquer que le Bénin est passé d'un système éducatif colonial de type capitaliste, à un système de type socialiste fondé sur les principes du marxisme-léninisme et à un système supposé sur les bases de la démocratie.

En effet, de 1960 à 1972, le système éducatif au Bénin n'a fait que prolonger la politique de formation élitiste laissée par la colonisation. A la suite de certains éducateurs comme le signalent Edward (1998) et ses pairs dans un rapport sur la demande du Secrétariat de l'UNESCO, l'enseignement à la période coloniale tend vers un but. Il était question de montrer que la France est une grande puissance, généreus Pendant cette période, les dahoméens tenaient les devants partout en Afrique au point où le Dahomey fut surnommé quartier Latin de l'Afrique. Dès l'avènement de la Révolution du 26 octobre 1972, l'équipe en place s'est démarquée légèrement du système éducatif colonial. Ainsi fut apparue l' "Ecole Nouvelle" où les matières du programme suivaient une hiérarchie des valeurs d'abord nationales. Enfin est venue la démocratisation de l'enseignement qui conduit au développement, basée sur l'égalité des chances d'accès à l'école. Les différentes réformes dans leurs différences, se rejoignent du fait qu'elles ont toutes perpétué l'"élitisme" et le "sélectisme".

En guise de conclusion, on peut dire que de toutes les réformes éducatives du lendemain des indépendances à la période de la Révolution, l'Ecole Nouvelle a fait un effort de s'écarter plus des ambitions coloniales pour se conformer aux valeurs nationales. Ainsi, de la période révolutionnaire à la veille du renouveau démocratique, il y a eu une formation de masse. Les nouveaux programmes en privilégiant la pédagogie différenciée, tiennent à l'égalisation des chances pour tous les enfants béninois (y compris les handicapés).

3-3-1-3-2- EVALUATION SCOLAIRE

Parmi les objectifs du millénaire pour le développement, il y a l'éducation pour tous. Ainsi, tous les enfants (y compris les handicapés) ont non seulement le droit à l'éducation mais cela participe du développement. Ceci conduit logiquement à s'intéresser aux formes d'évaluation scolaire.

Formes d'évaluation scolaire

Il y a différentes formes d'évaluation : l'évaluation formative, l'évaluation diagnostique, l'évaluation sommative et l'évaluation certificative. L'évaluation formative se pratique pendant le déroulement d'une séquence de classe. Elle tient compte de l'objectif visé par l'apprentissage (Scriven, 1967 ; Hastings et al, 1971) et à ce sujet, porte sur les imperfections exprimées ou observées chez l'apprenant. En dehors de la séquence de classe, l'évaluation formative se poursuit et est donc une évaluation continue des processus d'apprentissage ayant pour but d'informer à la fois l'apprenant et l'enseignant sur le degré d'atteinte des objectifs (Raynal et al, 1978). Elle se révèle, de ces explications, une évaluation utile et efficace pour les handicapés du fait de son caractère régulateur des apprentissages pour reprendre une expression de Perrenoud (Perrenoud, 1998).

Les enfants à infirmité motrice cérébrale parfois connaissent un trouble psychologique qui pourrait retarder les apprentissages. La possibilité de connaître l'état de leur travail, de vérifier s'ils sont sur la bonne voie ou d'analyser pourquoi ils sont bloqués (Deleforme, 1987, P.23) leur est d'une grande importance. L'évaluation formative pour rester avec Hadji (1997) permet une bonne perception par l'élève et constitue une des conditions pour sa réussite. Au plan pédagogique, l'évaluation formative présente un intérêt certain à l'enseignant en ce sens qu'elle lui permet d'ajuster son enseignement en fonction des écarts constatés par rapport aux objectifs fixés (Talbot, 2012), ce qui est en retour bénéfique aux enfants à infirmité motrice cérébrale.

En ce qui concerne l'évaluation diagnostique, elle a lieu au début de chaque séquence de classe. Son objectif, c'est de prendre connaissance des acquis antérieurs des apprenants sur ce que l'enseignant veut leur apprendre. Ainsi, l'enseignant identifie les points sur lesquels il faudra apporter plus d'explications et ceux qui sont déjà connus des apprenants. Ce point sur les connaissances antérieures pour De ketele (1988) sert d'appui aux apprentissages nouveaux et fait émerger des problèmes (Grehaigne et al, 1990). A l'instar de l'évaluation formative, elle offre l'occasion de découvrir les difficultés de l'apprenant (De Landsheere, 1976) et c'est à l'évaluation formative d'aider l'apprenant à les surmonter. Pour les handicapés en étude dans cette

thèse, elle présente un avantage indéniable du fait qu'elle permet à l'enseignant de déceler leurs difficultés afin de différencier la pédagogie.

S'agissant de l'évaluation sommative, elle est comme un contrôle du niveau d'acquisition des connaissances après un certain nombre de séquence d'apprentissage. Hadji (1989) souligne que l'évaluation est dite sommative lorsqu'elle se propose de faire le bilan (la somme) après une ou plusieurs séquences ou, de façon plus générale, après un cycle de formation. C'est une étape de bilan destinée à informer les parents et l'institution du niveau des élèves.

Aussi, elle peut être certificative quand elle débouche sur une décision importante comme la réussite à un examen ou le passage en classe supérieure (Talbot, 2012). L'évaluation sommative est une évaluation finale et externe qui consiste à apprécier l'ensemble des changements survenus dans une action de formation, dans le but d'en informer une équipe (de formateurs) devant alors se prononcer et prendre des décisions (Scriven, 1967). Elle joue une fonction sociale en ce sens qu'elle présente un résultat à qui de droit et implique la prise d'une décision. Il y a bien un moment pour le déroulement de cette évaluation. C'est toujours pendant l'étape finale d'une séquence d'enseignement pour réaliser un bilan, mesurer un écart aux objectifs. L'évaluation sommative fait l'objet de nombreuses critiques puisque, au contraire des évaluations diagnostiques et formatives, celle-ci donne lieu à une note, représentative d'un enjeu important pour l'apprenant. Cette évaluation est une source de stress pour les élèves (Perrenoud, 1984 et 1986) ;(Dubet, 2009). Premièrement, l'élaboration des évaluations sommatives en classe fait l'objet d'arrangements de la part des enseignants du fait de la très grande variété des contextes d'enseignement. Partant de cela, ce n'est pas une pratique rationnelle ni normative.

Deuxième point, les facteurs qui déterminent la notation, souffrent de nombreux biais. Pour finir, même dans l'idéal d'une évaluation juste et équitable, la note obtenue d'une évaluation sommative a une fonction sociale, c'est-à-dire qu'elle est communiquée à l'institution, aux parents et permettra, en étant ajoutée à d'autres notes, de prendre des décisions sur l'avenir des élèves. De fait, l'évaluation sommative est une source de pression récurrente pour les élèves car, même s'ils n'ont pas connaissance des biais et arrangements existants, ils ne sont pas dupes et peuvent

ressentir de l'injustice après coup par comparaison aux autres ou par non-compréhension du sens de la note qu'on leur a attribuée (Mougenot, 2013). La note n'est pas « parlante », elle ne permet pas de comprendre ses erreurs, ses réussites si elle n'est pas accompagnée de critères qualitatifs (ibid).

L'évaluation n'est pas une pratique rationnelle car les enseignants improvisent régulièrement (Tochon, 1989) et contextualisent leur activité (Bru, 1997). En fait, des différences apparaissent entre les enseignants (Vantourout et al, 2011) mais aussi de façon intra individuelle. Par exemple, pour une classe donnée, tous les enseignants ne vont pas forcément proposer les mêmes critères d'évaluation ou ne vont pas être cléments de la même manière dans les différentes classes (souligné par nous). Il est très difficile d'établir une norme et ce n'est pas forcément souhaitable non plus, dans ce souci justement de pouvoir s'adapter aux élèves. Dans ce cadre, les évaluations sommatives sont différentes d'un contrôle où l'évaluateur peut être interchangeable et où l'évaluation est une comparaison à un modèle construit de façon extérieure et antérieure à ce contrôle (Talbot, 2012).

Merle (1998) s'est beaucoup intéressé à la question de l'évaluation et notamment à celle des notes. Il montre qu'en français par exemple, seulement un élève sur six pense qu'il aurait la même note si sa copie était corrigée par un autre professeur, et presque 50 % pensent que leur note serait différente (les autres ne savent pas). Ces données montrent, à titre d'exemple, le peu de confiance accordé en l'évaluation et ses résultats chiffrés. La crédibilité du jugement professoral peut aussi être mise à mal. Tous les exemples répertoriés par Merle (*op. cit.)* dans son ouvrage font état de la multitude de biais difficilement évitables, même en connaissance de cause. Les premières recherches sur la fiabilité de la notation datent des années 1930. Pour valider les résultats d'un point de vue statistique, les chercheurs ont multiplié les corrections de mêmes copies pour mesurer les écarts de notes et ont multiplié le nombre de copies soumises à plusieurs correcteurs. Puis, les recherches en docimologie ont été l'apanage de Piéron (1963) lors de travaux de correction de copies.

Ces recherches mènent toutes au constat suivant : la note dépend beaucoup plus du correcteur que de la copie parce que de nombreux biais interfèrent. Les biais de la

notation les plus répandus et qui accompagnent le plus souvent les évaluations sommatives sont présentés ici :

- Bonniol (1981) a montré un effet séquentiel, d'ordre et de position des copies qui influe sur la notation. Les premières copies seraient mieux notées ou celles suivant directement une « mauvaise » copie.
- un autre biais concerne le statut des élèves : les notes seraient influencées par le statut scolaire, la réputation de la classe, du niveau des élèves (Bressoux, 2001 ; Merle, 1998). Par exemple dans une classe à niveau faible, les enseignants seront plus indulgents, ce qui fait qu'un élève n'aurait pas les mêmes résultats dans une autre classe (Duru-Bellat et al, 1993)
- ensuite, il existe un effet de halo et de contamination : la connaissance des performances antérieures des élèves, influencerait directement les notes. De même, la qualité de l'écriture, de l'orthographe qui n'entrent pas dans les critères seraient tout de même pris en compte.
- Merle (1998) et Bressoux (2002) ont aussi montré un effet de l'apparence physique des élèves qui jouerait en faveur des élèves les plus physiquement attractifs car considérés comme davantage populaires voire même sympathiques.
- enfin, l'effet Pygmalion (Rosenthal et al, 1968) consiste à émettre des hypothèses sur le devenir scolaire des élèves et les voir réellement se réaliser. Ceci est un élément important à prendre en compte en pédagogie, sous-tendant par-là l'importance du regard que l'on peut porter sur ses élèves et de l'ambition que l'on a pour eux. Les biais de l'évaluation ayant fait l'objet de recherches abondantes ne peuvent évidemment pas être totalement évités, mais leur connaissance doit permettre une prise de conscience et un intérêt porté sur ces effets pour tenter au mieux de les limiter. Les biais contribuent à renforcer l'injustice perçue par les élèves et ainsi provoquer des conséquences négatives sur le niveau d'estime de soi, la perception de son niveau de compétence.

L'évaluation sommative peut amener des effets néfastes pour les élèves, surtout pour ceux les plus en difficulté qui sont d'autant plus sensibles au sentiment d'injustice (Dubet, 1999), à la baisse d'estime de soi et de confiance en soi pouvant émaner d'une évaluation (Vigneron, 2004 ; Buchs et *al*, 2011). Or, ces effets dans la

pratique quotidienne ne sont pas réservés aux évaluations sommatives. Effectivement les pratiques des enseignants peuvent contribuer à étendre ces effets néfastes à d'autres types d'évaluation. Talbot (2012) a mis en avant deux effets liés aux évaluations qui amènent régulièrement des résultats réels différents de ceux attendus : le premier est qu'il y a régulièrement une confusion entre les fonctions sociales et pédagogiques des évaluations. Le relevé de notes devient un moyen unique et central d'observation du niveau de l'élève. L'information transmise sous forme d'une note est privilégiée au lieu d'apporter des éléments d'ordre qualitatif et permettre ainsi une utilité pour l'apprentissage futur. Le second point démontré notamment par Monteil (1990) est relatif au fait que l'évaluation formative a tendance à être assimilée à une évaluation sommative.

3-3-2- CADRE REGLEMENTAIRE

Cette séquence aborde les textes internationaux et nationaux qui régissent la vie avec les handicapés.

Au niveau international, la France pays colonisateur du Bénin, a mis en place deux grandes lois pour le public handicapé : les lois du 30 juin 1975 et du 11 Février 2005. La premiere loi s'est intéressée à la reconnaissance des handicapés en ce sens qu'elle oblige les Etats signataires à l'adoption d'une approche plus humaine envers eux. Mais c'est la deuxieme loi qui s'est plus penchée sur leur intégration. Cependant, nous pensons que les approches d'intégration doivent varier d'un pays a un autre étant donné que les réalités économique et culturelles ne sont pas identiques. Le Bénin a ratifié ces différentes conventions. Il faut signaler qu'en ce qui concerne spécifiquement les handicapés, il n'y a aucune loi nationale qui traite des questions de leur intégration.

3-3-2-1- LES LOIS DU 30 JUIN 1975

Elle exprime le passage d'une prise en charge par le passé basée sur la notion d'assistance à une prise en charge reposant désormais largement sur la notion de solidarité. Elle affirme que *« la prévention et le dépistage des handicaps, les soins,*

l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés constituent une obligation nationale ».

Les insuffisances de la loi d'orientation de 1975

Les attentes de la loi d'orientation du 30 juin 1975 étaient de former un ensemble cohérent de droits, de prestations, de procédures et d'institutions couvrant les principaux aspects de la vie des personnes handicapées : elle constitue en ela une évolution majeure. Cependant, elle comporte de nombreuses lacunes, en partie liées au profond bouleversement conceptuel et normatif qui s'est opéré au plan international dans le domaine du handicap, tel que cela a rapidement été évoqué en introduction. A partir de 1975, plusieurs débats internationaux sont intervenus, ainsi que des clarifications conceptuelles, surtout par l'Organisation Mondiale de la Santé, en 1980 (CIH) puis en 2001 (CIF). Selon ces données, plusieurs propositions françaises avancent l'expression de *« situation de handicap »*, précédemment développée, et lancent le débat sur la définition du handicap. Dans la réalité, la loi de 1975 ne donne aucune définition du handicap. De plus, la complexité du dispositif institutionnel a été dénoncée par les parents, les associations mais également les professionnels. Absence de réponse et insatisfaction : les personnes handicapées et leur famille avaient l'impression d'être traitées comme de simples dossiers et de disposer de peu de possibilités de choix. C'était la même chose pour les possibilités de scolarisation des enfants. Après les travaux conduits par une équipe composée de chercheurs, d'universitaires, de sociologues, de juristes et d'experts associatifs, il a remis un rapport au gouvernement français le 8 Avril 2002, contenant des propositions concrètes de changements.

3-3-2-2- LA LOI DU 11 FEVRIER 2005

Au bout de trois ans, le 11 Février 2005, est votée la loi dite *« pour l'égalité des droits et des chances, pour la participation et pour la citoyenneté des personnes handicapées »*. Au début de cette loi, sont inscrits les droits fondamentaux des personnes handicapées et une définition du handicap : *« 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. » Cette définition s'est attelée à placer déficience, ici appelée « altération », au centre de ce qui constitue un handicap et de reléguer au second plan le concept de *« personne en situation de handicap »*. Très riche, cette loi contient des dispositions sur l'accueil des personnes handicapées, le droit à la compensation, les ressources, la scolarité, l'emploi, l'accessibilité, la citoyenneté et la participation à la vie sociale, etc.

En dehors de ces conventions, le Bénin a ratifié le 08 Novembre 2011 la CRDPH (Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées). Encore récente, cette ratification n'est pas encore encadrée par une législation opérationnelle, ni contrôlée par un organe de surveillance. En outre, aucune initiative n'a été prise pour en faire connaître et divulguer le contenu.

Le contenu de la convention relative aux droits des presonnes handicapées

Les personnes handicapées comme toutes les autres personnes non handicapées bénéficiaient déjà des droits contenus dans d'autres instruments internationaux. Il s'agit donc pour la Convention, d'en d'assurer la jouissance effective par les personnes handicapées.en mettant la précision sur les conséquences pour ces dernières.

L'objet de la convention

Inspirés par les conventions sur l'élimination de la discrimination raciale et de la discrimination à l'égard des femmes, plusieurs projets projetaient une Convention internationale sur l'élimination de la discrimination à l'égard des personnes handicapées depuis les années 1980. Dans le texte, la non-discrimination fait partie des principes généraux (article 3-b, article 5) et revient régulièrement dans ses passages (28 occurrences du terme « discrimination »). Cependant, il est intitulé *« Convention relative aux droits des personnes handicapées »*. Le document en dehors de la question de discrimination dont il traite, contient l'ensemble des droits des personnes

concernées pour garantir l'effectivité de l'application. L'intitulé du texte appelle à agir en vue de la pleine participation des personnes handicapées à tous les domaines de la vie. A l'instar de la loi française du 11 Février 2005, elle traite donc de domaines très divers, tels que l'éducation, l'emploi ou la vie sportive et culturelle et prévoit de rendre accessible l'ensemble des structures, des services et des activités. L'objet de l'article premier de la Convention est de : « promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées » (ONU, 2006). En clair, il ne s'agit pas de créer des droits spécifiques mais d'en assurer la jouissance par une partie particulièrement vulnérable de la population. D'ailleurs, le préambule montre l'ancrage du texte dans le droit international des droits de l'homme, reconnaissant que chacun, sans distinction, peut se prévaloir des droits énoncés dans la Charte internationale des droits de l'homme et rappelant expressément les sept grands traités de protection des droits de l'homme. Le même article premier dans son second paragraphe définit les personnes handicapées : «des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres». Il est juger non possible de dresser la liste de handicaps d'une part parce qu'elle n'aurait pas pu être exhaustive, d'autre part parce que, comme le souligne le préambule, la notion de handicap évolue. Les personnes handicapées ne sont pas définiesde façon presque entière par une déficience, tel dans la Déclaration de 1975, mais à travers l'interaction entre leur incapacité et des barrières comportementales et environnementales. La logique de l'ensemble du texte est donc posée dès l'entame comme celle de : « droits de l'homme ». Les personnes handicapées sont perçues comme ayant de droits, les mêmes que leurs concitoyens, et non comme objets de charité. Il est question de permettre leur « pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ». L'expression, « sur la base de l'égalité avec les autres » revient comme un leitmotiv tout au long de la convention. Le rôle de la convention est d'expliciter les droits garantis par les autres instruments internationaux, de montrer ce qu'ils impliquent, donc comment ils doivent être adaptés pour que les personnes handicapées en jouissent effectivement. Sur ce, ce texte étend

considérablement les obligations des Etats parties qui doivent prendre *« toutes les mesures appropriées pour faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés »* (art. 5-3), d'autant plus que, selon l'article 2, le refus d'aménagement raisonnable constitue une discrimination. En dehors de leurs obligations générales en matière de promotion du plein exercice des droits, d'adaptation de leur législation, d'information, de formation ou de recherche, *« les Etats Parties s'engagent à prendre en compte la protection et la promotion des droits de l'homme des personnes handicapées dans toutes les politiques et dans tous les programmes »* (article 4-1-c). Tous les domaines sont ainsi concernés, en particulier ceux énoncés dans les articles suivants, que ce soit sur leur territoire ou dans le cadre de la coopération internationale, comme le précise l'article 32. Ceci est d'autant plus essentiel que 80 % des personnes handicapées vivent dans des pays en développement (OMS, 2011). La coopération n'est toutefois ni un préalable ni une condition de la mise en œuvre de la convention : l'article 32-2 précise qu'elle ne dispense pas les Etats de leurs obligations.

Aperçu des droits des personnes handicapées

Les premiers articles étant portés sur les principes généraux, les articles 6 et 7 concernent respectivement les femmes et les enfants handicapés. Bien qu'il existe des conventions spécifiques pour les femmes et les enfants , ces articles sont apparus du fait de la multiplicité des discriminations auxquelles les expose le handicap. Les Etats s'engagent à *« prendre des mesures immédiates, efficaces et appropriées »* en vue de sensibiliser l'ensemble de la société à la question du handicap puis, selon l'article 9, ils prennent des mesures appropriées en vue d'assurer l'accessibilité de l'ensemble de l'environnement, non seulement matériel (voirie, transports, bâtiments, …) mais aussi les services, l'information et la communication (ONU, 2006). Le texte dans sa suite, réaffirme l'applicabilité aux personnes handicapées des droits garantis par d'autres instruments internationaux, droits civils et politiques, économiques, sociaux et culturels. L'article 10 assure le droit à la vie *« sur la base de l'égalité avec les autres»*. L'article 11, tout en rappelant les obligations des Etats selon le droit humanitaire et les droits de l'homme, est consacré à *«la protection et la sûreté des personnes*

handicapées dans les situations à risque, y compris les conflits armés, les crises humanitaires et les catastrophes naturelles ». L'article 12, stipule la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité comme l'article 13 qui leur donne accès à la justice. Le droit à la liberté et la sécurité de la personne (art. 14) affirme *«qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté»*, alors que le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des traitements inhumains ou dégradants (art. 15) interdit *« de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique»*. Le droit de ne pas être assujetti à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance fait l'objet d'un article distinct qui exige que *« tous les établissements et programmes destinés aux personnes handicapées soient effectivement contrôlés par des autorités indépendantes »* (art. 16-3) et que les Etats facilitent le rétablissement, la réadaptation et la réinsertion sociale des victimes. Nombreux sont les articles qui articles visent à garantir la liberté de choix des personnes handicapées pour ce qui les concerne, qui figure parmi les principes généraux (art. 3-a) : droit de circuler librement (art. 18), autonomie de vie et inclusion dans la société (art. 19), mobilité personnelle (art. 20), respect de la vie privée, du domicile et de la famille (art. 22 et 23) qui garantit en particulier leurs droits en matière de mariage et de procréation. Les personnes handicapées ont droit à l'accès la santé , mentionné à l'article 25. A propos de l'éducation (art. 24), la santé (art. 25), l'adaptation (art. 26), l'emploi (art. 27), la protection sociale (art. 28) et la vie culturelle et récréative (art. 30), il est largement développé, les domaines couverts par les articles ainsi que les mesures et aménagements nécessaires pour empêcher la discrimination et assurer l'égalité effective, gardant à l'esprit que, selon l'article 2, le refus d'aménagement raisonnable constitue une discrimination. Le texte est allé donc plus en profondeur que la loi du 11 Février 2005 dont l'article 24, « *le refus de prendre des mesures appropriées peut être constitutif d'une discrimination »*, ne concernait que le droit du travail. Pour être en conformité avec la Convention, la France devra reconnaître que le refus d'aménagement raisonnable dans tous les domaines est (et non peut être) constitutif d'une discrimination, donc est passible des sanctions prévues à l'article 225-2 du Code pénal.

Vérification de l'application de la convention

A l'instar des autres traités de protection des droits de l'homme, la Convention a mis en place des dispositifs en vue de vérifier son application mais elle compte aussi sur la participation des ONG et institutions nationales des droits de l'homme.

Dispositifs mis en place pour la vérification

Dans une logique semblable à celle des précédents traités, la Convention prévoit un mode de contrôle des droits de l'homme. Ainsi, dans l'article 34, il est institué un comité des droits des personnes handicapées, composé de douze experts élus pour quatre ans, dix-huit experts après soixante ratifications. Chaque Etat partie présente un rapport tous les quatre ans, lequel est examiné par le comité qui peut formuler des suggestions ou recommandations ou demander des renseignements complémentaires. Les observations et les rapports du comité sont rendus publics. Le droit relatif à la communication individuelle est reconnu dans le protocole additionnel. Chaque Etat partie au protocole additionnel reconnaît le comité compétent pour *« recevoir et examiner les communications présentées par des particuliers ou groupes de particuliers ou au nom de particuliers ou groupes de particuliers relevant de sa juridiction qui prétendent être victimes d'une violation par cet Etat Partie des dispositions de la Convention »* (art. 1-1). Le comité tient informé l'Etat concerné qui répond dans les six mois. Le comité examine les communications en secret et transmet ses suggestions ou recommandations éventuelles à l'Etat et au pétitionnaire (art. 5). Selon l'article 6, il peut également effectuer des enquêtes qui peuvent comporter, avec l'accord de l'Etat partie, des visites sur le territoire de cet Etat. L'enquête est gardée secrète. Dans les dispositions de l'article 38, il est prévu une coopération avec les autres organes et organismes des Nations unies pour améliorer l'efficacité et la cohérence dans la protection des droits. En raison de ressortir l'esprit d'avènement du nouveau texte, le Haut-Commissariat des Nations Unies a obtenu que la convention soit gérée à Genève, avec l'ensemble des grands instruments relatifs aux droits de l'homme.

Ce que doit faire les acteurs non gouvernementaux

Les ONG et institutions nationales des droits de l'homme selonl'article 33 de la Convention sont explicitement associées au suivi de son application au niveau national. Chaque Etat signataire doit en particulier avoir un dispositif de promotion, de protection et de suivi de l'application de la Convention. *« En désignant ou en créant un tel mécanisme, les Etats parties tiennent compte des principes applicables au statut et au fonctionnement des institutions nationales de protection et de promotion des droits de l'homme »* (art. 33-2), c'est-à-dire aux Principes de Paris, rédigés lors des premières rencontres internationales des institutions nationales des Droits de l'homme en 1991 et adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1993 (A/RES/48/134). Sur ce, les ONG, en particulier *Handicap International*, et les Institutions nationales des droits de l'homme sont sorties volontaires pour mener une action concertée dans chaque Etat afin de hâter la signature et la ratification du texte pour permettre son entrée en vigueur assez rapide conditionnée par vingt ratifications (art. 45). Mais, pour qu'elle soit pleinement efficace, il faut qu'elle lie le plus grand nombre possible d'Etats. Les ONG aussi bien que les institutions pourront ensuite contrôler la mise en place et l'application des programmes et mesures destinés à mettre en œuvre la Convention. Selon l'article 4-3, les organisations représentant les personnes handicapées doivent participer à *« l'élaboration et la mise en œuvre des lois et politiques adoptées aux fins de l'application de la présente Convention »*. Les ONG et les institutions dans ce sens pourront également fournir des *« renseignements crédibles»* au comité, qui peut se fonder sur ces informations pour examiner l'application de la Convention dans les Etats n'ayant pas rendu leur rapport (art. 36-2) ou, dans les Etats parties au Protocole additionnel, effectuer une enquête (art. 6-2 du Protocole).

3-3-2-3- LES TEXTES BENINOIS EN FAVEUR DE L'INTEGRATION SOCIALE DES HANDICAPES

Selon l'article 26 de la Constitution, « L'État assure à tous l'égalité devant la loi sans distinction d'origine, de race, de sexe, de religion, d'opinion politique ou de position sociale. L'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. » Cet article stipule que l'État est responsable de la prise en charge des personnes âgées et

des personnes handicapées. L'éducation est un droit inaliénable de l'enfant ; il est consacré aussi bien par la constitution béninoise du 11 Décembre 1990 que par les textes qui en résultent. L'une des priorités de l'Etat béninois est d'assurer une éducation de qualité à chaque citoyen, de favoriser à travers l'éducation, l'éclosion des potentialités latentes de l'enfant en vue de son propre épanouissement et de celui de la société ; assurer l'instruction primaire à tous les enfants en âge d'aller à l'école. La Loi sur l'éducation de 2003 stipule par exemple que l'enseignement primaire est obligatoire et gratuit. Cette loi contient une référence implicite au handicap. L'article 3 impose en effet à l'éducation une plus grande vigilance pour les filles, les enfants en situation difficile et les enfants appartenant à des groupes vulnérables. Les personnes handicapées font certainement partie de ce dernier groupe et doivent donc faire l'objet d'une plus grande attention.

L'article 31 de la loi N°98-004 du 27 janvier 1998 portant code du travail en République du Bénin dispose que « les personnes handicapées ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination en matière d'emploi ».

Face aux problèmes que posent les caractéristiques physiques et intellectuelles des handicapés, ou mieux des infirmes moteurs cérébraux, doit-on les exclure du milieu scolaire ou procéder par tous les moyens pour les y faire accéder étant donné leur nombre écrasant ?

Selon Werner(1991), un bébé sur 300 environ naît ou devient IMC. La tendance actuelle est pour la dernière option étant donné l'importance de l'éducation dans la vie d'un homme et pour le développement.

Dans ce chapitre, il a été question de la description des espaces de recherche, des modes de gestion des handicapés. Dans l'ensemble des espaces parcourus, on a noté économie basée sur l'agriculture, elle-même utilisant encore des outils rudimentaires. Les populations sont en majorité pauvres. Le système éducatif souffre de nombreux maux comme manque de personnel, d'infrastructure. Les mêmes besoins sont exprimés dans le domaine de la santé. Face aux problèmes de santé, les populations ont développé des pratiques thérapeutiques endogènes. Cette étape a été utile pour la collecte des données qui sont présentées dans la deuxième partie.

DEUXIEME PARTIE: LES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX EN MILIEU FƆN DU ZOU : DE LA STIGMATISATION A LEUR INTEGRATION.

La deuxième partie, organisée en trois chapitres, porte sur la présentation et l'analyse des résultats. Dans le souci de faciliter la compréhension, l'option est faite de mener une réflexion critique aussitôt sur les résultats présentés. La recherche étant plus qualitative que quantitative, les verbatim feront objet d'une étude minitieuse. Il faut aussi signaler que les résultats ont été présentés par objectif spécifique afin de procéder à une vérification des hypothèses. Ainsi, la description des représentations socioculturelles constitue les premiers résultats.

CHAPITRE IV : LES DIFFERENTES PERCEPTIONS DE LA SOCIETE SUR LES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX

Il existe plusieurs perceptions par rapport au handicap dû à l'infirmité motrice cérébrale. On distingue les perceptions en milieu fɔn du Zou qui sont entâchées d'irrationnalité et les perceptions théoriques qui relèvent de la science. Avec la dernière perception, c'est-à-dire celle qui est scientifique, elle est universelle et des solutions scientifiques existent pour permettre aux handicapés d'être scolarisés. Par contre, celles du milieu d'étude sont spécifiques et pourraient influencer la scolarisation des enfants handicapés. Ainsi, ce chapitre va se consacrer à la description des représentations socioculturelles qui empêcheraient la scolarisation des infirmes moteurs.

4-1- PRINCIPAUX TYPES CLINIQUES D'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE

Les infirmes moteurs cérébraux présentent des caractéristiques différentes selon le degré et la forme de l'affection neurologique. Le tableau ci-dessous récapitule les types d'infirmité motrice cérébrale.

Tableau 8 : Principaux types cliniques d'infirmité motrice cérébrale

	Les types d'infirmité motrice cérébrale					
	A			**B**	**C**	**D**
	Le syndrome spastique			Le syndrome athétosique	Le syndrome ataxique	Les troubles associés : parole et langage (D1)- cognitif (D2)- visuel (D3) - audition (D4)- reconnaissance (D5)- comitialité (D6)-praxique (D7)
	L'hémiplégie cérébrale infantile (A1)	Le syndrome de Little (A2)	La quadriplégie spastique (A3)			
Handicapés à IMC pouvant faire le milieu	A1- A2- A1+ D1 léger -A2+D1 léger			B- B+ D1 léger	C- C+ D1 léger	D1 léger

scolaire ordinaire				
Handicapés à IMC ne pouvant faire le milieu scolaire ordinaire	A3- A3+les troubles associés	B+D1- B+D2- B+D3- B+D4- B+D5- B+D6	C+D1- C+D2- C+D3- C+D4 C+D5- C+D6	D1- D2- D3- D4- D5- D6

Source: **Travaux de recherche, 2015**

A la lecture du tableau ci-dessus, on constate qu'il y a d'une part, des infirmes moteurs cérébraux scolarisables en milieu scolaire ordinaire et d'autre part, ceux ne pouvant être scolarisés qu'en milieu scolaire spécialisé. Comme il a été précisé plus loin, le Bénin n'a pas les ressources nécessaires (les écoles spécialisées sont très rares) pour assurer la scolarisation de ces enfants dont le handicap est lourd. Mais, il est à notifier que grâce à des exercices d'adaptation ou de réadaptation, le handicap lourd peut devenir léger au point de permettre au porteur d'être scolarisé en milieu ordinaire. Les travaux effectués par Hoyas (2004) dans ce sens l'ont amené à conclure qu'une intégration dans un établissement scolaire ordinaire peut être envisagée pour les élèves qui ont d'une part des capacités cognitives requises pour suivre un cursus " normal ", et d'autre part des capacités motrices suffisantes pour utiliser un matériel informatique adapté qui les aiderait dans la démarche d'apprentissage. Les photos ci-dessous montrent les infirmes moteurs cérébraux léger et lourd.

Photo 1 : infirme moteur cérébral léger



Source **: Zingbè, Dogbo, 2013**

La photo ci-dessus montre un enfant IMC qui est autonome dans les actes courants. Il est inscrit dans une école ordinaire. Il a de petite difficulté dans la parole et le langage et bave légèrement en voulant parler. La thèse porte sur la scolarisation de ces catégories de handicapés bien caractérisés dans le tableau immédiatement ci-dessus.

Photo 2 : Infirme moteur cérébral lourd



Photo 2 : Infirme moteur cérébral lourd
Source **: Cliché Zingbè, Dogbo, 2013**

La photo ci-dessus montre un enfant IMC qui vit à l'état végétatif c'est-à-dire inactif, que les parents doivent aider dans ses besoins. Il a de rétraction au niveau des membres. Il ne s'exprime pas et bave. Il ne peut pas s'asseoir, ne peut pas marcher. A cette catégorie de handicapé, il faut des structures d'accueil appropriées où ils peuvent bénéficier d'une éducation spécialisée selon Hoyas (2004), chose presque inexistante au Bénin du fait de son niveau de développement. Sur tous ces enfants à infirmité cérébrale motrice (scolarisables en milieu scolaire ordinaire ou pas), la société en a ses perceptions.

4-2- EXPLICATION DE LA MEDECINE MODERNE DE L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE

Selon la médecine moderne, les causes de l'infirmité motrice cérébrale sont d'ordre alimentaire, environnemental et physiologique. Avant la naissance de l'enfant, des maladies de la mère telles que la rubéole, l'herpès, le diabète et la toxémie, peuvent donner l'infirmité motrice cérébrale à l'enfant. A cette liste, peut s'ajouter l'incompatibilité rhésus (Werner, 1991).

Pendant la naissance, le manque d'oxygène (air) pourrait faire que le bébé ne respire pas assez tôt et devient bleu et flasque. Dans certaines régions, un mauvais usage des hormones (oxytocines) pourrait aussi accélérer la naissance, rétrécir les vaisseaux sanguins dans l'utérus, et le bébé n'arriverait pas à recevoir assez d'oxygène. Il naît bleu et mou, avec le cerveau atteint. Au même moment, des lésions provoquées par un accouchement difficile et les naissances prématurées peuvent entraîner le même problème. Cela concerne les gros bébés, de mères petites ou très jeunes. La tête du bébé peut se déformer, les vaisseaux sanguins se rompre et le cerveau est endommagé. Pour Werner (1991), les bébés nés avant 9 mois et qui pèsent moins de 5livres sont plus susceptibles d'être atteints d'infirmité motrice cérébrale. Dans les pays riches plus de la moitié des bébés atteints d'infirmité motrice cérébrale sont des prématurés.

Après la naissance, une très forte fièvre due à une infection ou à une déshydratation (plus courant pour les bébés élevés au biberon), les infections du cerveau (méningite, encéphalite), les maladies comme la malaria et la tuberculose, les blessures à la tête, les hémorragies ou caillots de sang dans le cerveaud'origine souvent inconnue, le manque d'oxygène par suite de noyade, d'intoxication par des gaz ou pour d'autres raisons, sont autant de causes d'infirmité motrice cérébrale.

Dans le même régistre, on cite l'intoxication par le plomb contenu dans l'émail des poteries, par les pesticides pulvérisés sur les récoltes et par d'autres substances toxiques, les tumeurs au cerveau.

4-3- PERCEPTIONS DES GENS EN MILIEU FƆN DU ZOU

A travers les résultats de nos entretiens à divers niveaux, nous constatons que les préjugés sociaux ont un impact négatif sur l'intégration sociale de l'infirme moteur cérébral.

4-3-1- REPRESENTATIONS SOCIALES DU HANDICAP PAR DES PARENTS DU HANDICAPE

Les entretiens avec les parents d'enfant handicapé ont révélé qu'ils n'ont pas la même conception du handicap de leur enfant du moment où chaque parent élabore une explication en tenant compte de la réalité à laquelle il est en face. On a pu distinguer deux catégories d'enfant souffrant de l'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC) : les enfants à IMC légère (regroupant tous les enfants à IMC qui peuvent accomplir les actes comme manger, boire, se déplacer, parler donc scolarisables) et les autres totalement dépendants dans les actes précédemment cités. Les perceptions ont varié selon la nature de problème rencontré par l'enfant. Ainsi, nos entretiens ont permis d'inventorier deux types de représentations liées à l'infirme moteur cérébral à savoir : l'infirme moteur cérébral perçu chez les personnes enquêtées comme un « être inutile » 7% ; l'infirme moteur cérébral comme un « être anormal » soit 56 % des opinions recueillies sur cette thématique. Par comparaison, l'enfant représenté comme un être inutile a le faible pourcentage où les répondants n'ayant pas voulu se prononcer sur ce point de discussion sont majoritairement regroupés (soit 37%).

Néamoins, lorsqu'on analyse de près certains discours et les comportements observés lors des entretiens, on se rend compte que la représentation qui voit l'« enfant handicapé comme un être inutile » aurait pu avoir le même pourcentage avec celle qui perçoit l'« enfant comme un être anormal » (c'est-à-dire qu'au lieu de 7% on aurait pu avoir 56%). Autrement dit, c'est par respect à l'être transcendant qui donne la vie (Dieu) que la plupart des parents préfère jouer à l'hypocrisie en évitant de présenter leurs enfants comme un être inutile. Cette analyse des faits est corroborée par les propos d'une mère d'enfant handicapé qui disait ceci : « *l'enfant c'est Dieu qui donne ; qu'est-ce qu'on peut. Voici qu'on ne peut pas le jeté à cause de son mal. On est obligé de le garder* ». Une analyse de second dégré des unités de sens mises en

exergue dans ce discours fait apparaître la dimension de l'inutilité de l'enfant infirme ressassé dans la résignation des parents.

Par ailleurs, il serait interessant de souligner que les représentations ci-dessus mentionnées sont enchâssées dans des stéréotypes de type socioculturel, socio-économique et parfois magico-réligieux. Le tableau suivant apporte une précision sur les représentations des parents d'enfants handicapés suivant les deux grands défauts classificatoires des enfants handicapés en milieu fɔn.

Tableau 9 : représentations du handicap des parents des enfants à infirmité motrice cérébrale

Représentations sociales du handicap par des parents du handicapé	**Poids des représentations**
Un handicapé IMC est « un être anormal »	56%
Un handicapé IMC est « un être inutile »	7%

4-3-1-1- UN HANDICAPE IMC EST « UN ETRE INUTILE »

Au sujet des enfants ayant un problème au niveau de l'expression et des membres, la plupart des parents interrogés (7%) l'ont considéré comme étant une anomalie qui les rend différents des enfants normaux. Pour eux, un enfant normal a ses membres au point avec les aspects connus depuis nos arrières grands-parents à nous et s'exprime normalement, clairement. Ils ajoutent que ces problèmes que vivent leurs enfants font que ces derniers ne peuvent pas facilement intégrer le milieu scolaire ordinaire (c'est-à-dire l'école publique non spécialisée) parce qu'ils seront exposés à des railleries. C'est le sentiment de la honte qui anime ainsi ces parents. Leurs attitudes confirment le point de vue de De Gaulejac (1996), selon lequel les valeurs des parents de handicapé face à l'altérité sont mises à mal : ce qu'ils redoutaient hier est désormais présent dans leur environnement. Les activités sportives, le rythme d'apprentissage dans ce milieu, selon eux, sont taillés à la mesure des enfants jouissant de toutes les conditions physiques, physiologiques et intellectuelles. A cet sujet, une mère déclare « *Qu'est-ce que mon enfant ira faire à l'école ? Il ne parle pas bien. Il ne*

marche pas bien. Quand il se met à parler, ce sont les baves qui sortent. Je ne veux pas me faire du mauvais sang. Si quelqu'un l'insulte, c'est moi qui ai visé et je dois répondre à la personne car c'est Dieu qui l'a ainsi créé et non moi. Déjà ces camarades se moquent de lui en disant qu'il est un niais et ça me fait mal. Qu'en serait-il à l'école ? Je préfère qu'il reste à la maison. Je ne vais pas penser à plusieurs choses (mère de 47 ans, Agbangnizoun, 20/01/15) ». Les travaux de Gardou (1998) et de Bourdon (1999) ont déjà montré que certaines familles ont la crainte d'exposer leurs enfants porteurs de handicap à des agressions physiques et morales si ces derniers sont scolarisés. C'est bien un souci de préservation de l'intégrité qui anime cette mère. Elle ne veut pas être discréditée. A travers ces déclarations, on voit que le parent ressent le regard méprisant des autres sur son enfant. Cette situation peut expliquer la raison de garder l'enfant à la maison. Elle supporte pour le moment les charges de son enfant, mais ignore la contribution de l'éducation scolaire de son enfant pour son autonomisation. Cette position adoptée par cette mère est due aux comportements des membres au sein de la société.

Si les difficultés que rencontre l'enfant sur les plans physique, physiologique, psychique sont vues d'un œil bienveillant par la société, l'enfant n'est plus handicapé. Il revient alors aux agents de la RBC à travailler, à sensibiliser, à conquérir cette société à adhérer à la cause des handicapés.Cependant, ce rôle ne revient pas aux seuls agents RBC, en tant que soutien direct et étroit des personnes handicapées, les familles constituent également des acteurs essentiels en RBC (Musoke, 2013) et peuvent jouer un rôle clé dans le soutien, la défense des droits de leur parent handicapé, trouver des solutions créatives, faciliter la participation au sein de la communauté, etc (ibid).

Pour que les parents puissent jouer efficacement leurs rôles, les membres du réseau africain de RBC ont proposé un renforcement de leurs capacités. Ainsi, ils doivent acquérir des compétences de base afin de développer les capacités des personnes handicapées à domicile, et faire en sorte qu'elles accèdent à des connaissances suffisantes pour qu'elles puissent soutenir et informer leurs proches quant aux solutions et aux options d'assistance existante.

Certains parents de handicapé ont déclaré que le fait d'avoir un enfant handicapé est perçu par les autres comme une punition de la nature et souhaitent un

changement de mentalité, toute chose qui interpelle vivement les agents de la RBC. C'est dans ce sens qu'un parent raconte : « *lorsque les gens sont contre vous, ils disent n'importe quoi sur vous. Mon enfant que vous voyez là, vous savez ce qui se dit sur lui ? On dit que c'est une punition que Dieu m'a donnée. Mais, j'accepte cette punition et je vais m'en occuper* (L.A, père de 44 ans, rencontré à Djidja, le 16/02 /15) ». Ces représentations sont de nature à stigmatiser aussi bien le handicapé que ses parents. C'est un frein à l'intégration sociale des handicapés, ce qui va le contraindre à mener une vie de reclus.

Contrairement à la bataille des agents RBC, certains parents pensent que le handicapé doit faire l'effort de se conformer aux exigences de sa société sous prétexte que dans la vie, c'est la loi du plus grand nombre qui passe. Dans cette logique, une mère déclare : « *Est-ce que sur la route de l'école, ses camarades vont l'attendre ? Est-ce que le maître accepterait que lui le boiteux arrive toujours en retard ? Sinon, moi je vois que c'est lui qui doit faire comme ses camarades*, (D. B., mère de 46ans, rencontrée à Bohicon le 02/02/15) ». La conception de cette mère, responsabilise le handicapé dans son devenir. Cette conception vient encore mettre à nu la tâche immense qui attend les agents de la RBC dans le changement de la communauté pour la cause des handicapés.

4-3-1-2- UN HANDICAPE IMC EST « UN ETRE ANORMAL »

Cependant, certains parents (56 %), à la comparaison des difficultés de leur enfant par rapport à d'autres, estiment qu'il n'y a pas encore péril en la demeure (marche légèrement déséquilibrée, un membre un peu atrophié mais fonctionnel, légère difficulté d'expression….). Ils disent être fiers de leur enfant par rapport à ceux qui ont dépensé des centaines de mille de francs sans en obtenir. Un père déclare : « *Gérard est là, je l'envoie m'acheter, il me fait des commissions. Il fait tout seul. En quoi je pourrai le classer parmi les handicapés ? En tout cas, je suis fier de ce que Dieu m'a donné. Tout le monde a de difficultés. Même moi qui suis son père, que vous voyez apparemment sans problème, j'ai mes problèmes, y compris toi qui me parle* (père de 48 ans, Bohicon, 02/02/15) ». En analysant les propos de ce père, on s'aperçoit qu'il lie la notion du handicap aux incapacités fonctionnelles étant donné

que son enfant accomplit seul les actes nécessaires pour la vie. Il ne conçoit pas de ce fait, que son enfant soit qualifié de handicapé. Pour lui, les difficultés rencontrées à présent par l'enfant peuvent disparaître ou connaître une amélioration au point où rien ne serait visible. Le handicap est alors plus que ce que vit son enfant. C'est le regard porté par la société sur le handicapé qui le handicape.

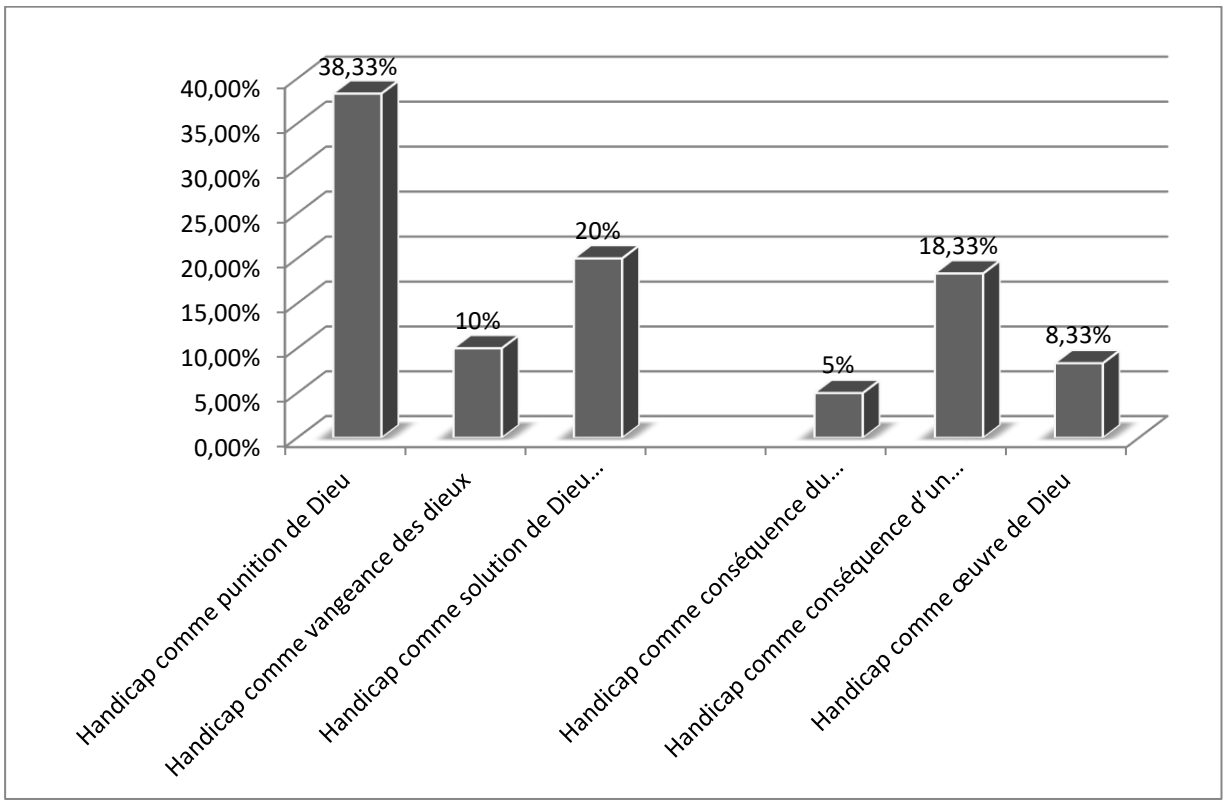
Dans le même régistre, les parents d'enfant ayant de trouble psychologique disent qu'il est vrai que leurs enfants présentent des difficultés mais qu'ils ne sont pas pour autant handicapés en ce sens qu'ils ne sont pas dépendants dans les actes courants de la vie. Ils reconnaissent qu'avec cette situation, il peut rencontrer un peu de difficulté dans les apprentissages parce qu'ils ne pourront pas tenir devant le rythme de l'apprentissage en milieu scolaire ordinaire. Dans cette perspective, une mère déclare : « *C'est ma croix que Dieu m'a envoyée à porter. Mais c'est mieux par rapport à d'autre ? Je ne sais pas s'il sera accepté à l'école. Les gens se moquent trop de lui et comme il n'a pas de frère dans l'école, j'hésite. Tant que je vis, il va manger*. (C. Z., mère de 45ans, interviewée à Zakpota, le 03/03/15) ». Les déclarations de ce parent montrent qu'il a déjà pris conscience des difficultés qui se dressent devant lui. Il ne croit plus à la scolarisation de son enfant, à l'autonomisation du handicapé. En analysant ces propos, on voit que ce parent ne voudra non seulement pas œuvrer pour la scolarisation du handicapé, mais les aides éventuelles provenant de l'Etat ou d'autres donateurs, peuvent aussi être détournées à d'autres fins.

4-3-2- REPRESENTATIONS CULTURELLES DU HANDICAP PAR LES PERSONNES N'AYANT PAS DE HANDICAPE

En milieu fɔn du Zou, les personnes n'ayant pas de handicapé ont des perceptions différentes du handicap. Le tableau ci-dessous les présente avec leur pourcentage respectif. A ce niveau, nous avons essayé de dissocier les représentations du mal à partir de l'acteur social qui tient le discours (personne ayant un handicapé ou non). Cette manière de faire s'appuie pour une large part de nos propres expériences de terrain qui ont révélé que les acteurs rencontrés ne voient pas le handicap de la même façon lorsqu'ils sont un parent d'enfant handicapé ou quand ils ne le sont pas. Les représentations du handicap par les personnes n'ayant pas de handicapé sont les suivantes : handicap comme punition de Dieu (38, 33%) ; handicap comme vengeance

des dieux (10%); handicap comme solution de Dieu pour empêcher la méchanceté (20%); handicap comme conséquence du prélèvement de faculté pour obtenir de l'argent (5%) ; handicap comme conséquence d'un envoûtement (18, 33%) et handicap comme œuvre de Dieu tout court (8, 33 %). Ces dernières sont présentées dans le diagramme suivant :

Graphique 1 : **représentations du handicap par les personnes n'ayant pas de handicapé**



Source **: données de terain 2015**

De ce graphique, on a pu remarquer que le handicap considéré comme une punition de Dieu est la représentation la plus élévée (38, 33 %)

Concernant les personnes n'ayant pas de handicapé, 23 sur 60 soit soit 38,33% des interrogés déclarent que le **handicap est une punition de Dieu**. Les incapacités fonctionnelles que vit l'enfant ne sont que la conséquence d'une transgression des lois naturelles, du clan ou de l'ethnie donc un châtiment divin. Pour ceux-là, ces handicapés sont jetés au mauvais sort. Ils sont considérés comme inutiles, sans aptitude à acquérir la connaissance, le savoir, la compétence.

Vouloir les récupérer pour un lendemain meilleur ne serait que du leurre. Ils sont sous l'emprise d'une puissance invisible décidée à les suivre durant tout leur séjour sur la terre. Un interrogé déclare « *Ces choses que vous voyez ne sont pas venues au hasard. Gbè non sa nouton dé axo a. axodé mèton lè doué souwè édé* ». Traduits en français, ces propos exprimés en langue fon veulent dire que "la nature ne laisse rien impuni. Le handicapé est entrain de récolter les conséquences des péchés commis par ses parents à travers la souffrance qu'il rencontre dans son handicap".

Pour d'autres, 6 sur 60 soit 10% des acteurs interrogés, il est vu comme **une vengeance des dieux**. Ils pensent que c'est un enfant demandé auprès des dieux sur une promesse qu'on n'a pas respectée. Cette promesse non tenue aurait déclenché la colère des dieux à mettre l'enfant dans cet état. C'est une perception qui s'harmonise avec la conception de la société fon qui place les dieux au cœur de l'existence des vivants. On retiendrait selon cette perception que le handicapé IMC en milieu fon du Zou est vu comme un être dépendant du mauvais ou bon vouloir des dieux. Il n'est pas libre. Cette perception n'est pas de nature à faciliter leur intégration sociale. La communauté entière doit sous l'égide des responsables RBC être mobilisée pour se débarrasser de ces préjugés.

Un autre groupe d'interrogés 12 sur 60 soit 20% des parents n'ayant pas de handicapé considèrent que le handicap est une **solution de Dieu pour empêcher la méchanceté.** C'est comme un plan de Dieu qui aurait vu en cet enfant une disposition à faire suffisamment du mal sur la terre s'il jouissait de toutes les conditions physiologiques, physiques, psychiques et mentales d'un homme normal. Donc Dieu l'en a empêché en le rendant dans cet état. C'est également des considérations qui rendraient difficile l'intégration sociale des handicapés.

Certains, 3 sur 60 c'est-à-dire 5% des personnes interviewées déclarent que le handicap est la **conséquence du prélèvement de faculté pour obtenir de l'argent.** Les enfants à IMC sont selon eux, des personnes à qui les géniteurs ou d'autres personnes ont enlevé mystérieusement de faculté pour obtenir le bien matériel. Ainsi, le handicapé ne peut plus être guéri, est surprotégé et n'a aucune chance d'atteindre une autonomie quelconque.

Les interrogés, 11 sur 60 autrement dit 18,33% ont aussi mis l'accent sur **un envoûtement** (éda agba déé, c'est-à-dire on l'a envoûté, on lui a envoyé un mauvais sort). Selon les interrogés, si la mère du handicapé a fait l'objet de dispute entre plusieurs prétendants, le gagnant peut essuyer ce coup qu'est le handicap envoyé sur l'enfant.

Ceux qui croient en Dieu 5 sur 60 ou 8,33% des interrogés ne partagent pas les représentations qu'ont les animistes du handicap et le considèrent **comme une œuvre de Dieu.** Ils ont des perceptions contraires par rapport à celles que défendent les autres (animistes). Selon eux, le handicapé est une créature de Dieu tout comme le non handicapé. Le handicap n'est donc pas à lier à telle ou telle cause. Les perceptions varient selon que l'on soit animiste ou croyant en Dieu au sein du même groupe social. Cela fait dire à Gaffié (2005 : 1) que :

> *« Les sujets possèdent, à l'égard d'un même objet, divers types de croyances la représentation d'un objet n'implique pas un consensus, mais permet à chacun d'affirmer une position dans un débat. Les représentations sociales exprimées viseraient à négocier sur des savoirs qui s'affrontent pour la définition des référents. Les prises de position des sujets sont affectées par leur positionnement dans les rapports sociaux actualisés et la hiérarchie ou la domination dans le champ social trouve sa traduction dans le champ représentationnel […] ».*

A travers la pensée de l'auteur, on peut dire que l'appartenance religieuse est aussi déterminante dans les représentations des gens par rapport aux choses.

Selon les responsables de cultes religieux endogènes interrogés (6 sur 6 soit 100%), **les infirmes moteurs cérébraux sont des dieux**. Pour eux, un enfant qui s'exprime difficilement ou pas du tout, ne marche pas ou marche difficilement, refuse de manger, veut révéler à la face du monde un secret. Il y a un esprit qui dirige ces attitudes pour que ce qui est caché soit connu. L'infirmité motrice cérébrale pourrait selon les interrogés, provenir du non respect d'un interdit par la mère du handicapé.

En effet, en milieu fon du Zou, les familles sont régies par un ensemble d'interdit à dominante royale et d'images idéales. La plupart de ces interdits sont taillés en vue de permettre à la femme qui vient intégrer la famille, de bien se

conduire. Autrement dit, ces interdits permettent de garder la femme fidèle. Il faut souligner au passage que la violation d'un interdit est révélée par les ancêtres omniprésents, omnipuissants, invisibles et sur lesquels les vivants n'ont pas une main mise. Ainsi, lorsqu' à la naissance, une mère donne un infirme moteur cérébral ou l'enfant après même quelques années le devient, on pense qu'elle a violé un interdit que les ancêtres dénoncent à travers le handicap de l'enfant (En milieu fon, on dit « noudo hotonmè », c'est-à-dire, elle garde un secret sur elle). Généralement, il est question de l'adultère.

Les différentes perceptions du handicap font du handicapé, un être humain de moindre que les autres non porteurs de handicap. Certaines vont jusqu'à ne pas le considérer comme un homme mais comme un dieu. Les enfants à infirmité motrice cérébrale sont ainsi victimes de la stigmatisation de la société fon. Cette situation est préjudiciable à leur intégration car les travaux de Goffman (1963) dans ce sens, ont permis de savoir que les perceptions individuelles empêchent plus l'intégration des handicapés que leur handicap.

Selon la monographie du Zou, le plateau d'Abomey anciennement, était resté sous la domination des rois d'Abomey qui y avaient assis toutes leurs valeurs. Au nombre de celles-ci figure la culture du vodoun. D'après les enquêtes exploratoires, dans la culture du vodoun, il y a bien des explications qui justifient l'existence des infirmes moteurs cérébraux et des pratiques pour tirer meilleure partie de ces êtres. Les représentations culturelles de l'infirmité motrice cérébrale par les gens en milieu fon du zou trouvent en partie leur explication de cet héritage car, selon VILLE (2002), les représentations véhiculées par la psychologie populaire prennent leurs racines dans un contexte historique et socio-économique qui détermine des pratiques. Elles constituent leur habitus (Bourdieu, 1989) et à ce titre, les guident dans leurs conduites à l'égard des infirmes moteurs cérébraux sans qu'ils ne s'en rendent compte. Abondant dans le même sens, Erny (1987 : 190) voit la culture comme une « *moralité reçue, œuvre collective plus que personnelle, fondée sur les représentations, la loi, qui, sans toujours apparaître sous forme autoritaire, exerce néanmoins une pression diffuse considérable, une moralité enfin dans laquelle la conscience personnelle et ses aspirations ont certes leur place, mais une place relativement réduite* ».

Dans une logique contraire à la société fon, *la déclaration universelle des droits de l'homme* et *la convention relative aux droits des personnes handicapées*, la loi du 11 Février 2005 les reconnait pleinement Homme. La convention dans son article 7 demande d'ailleurs que les Etats signataires s'engagent à *« prendre des mesures immédiates, efficaces et appropriées »* en vue de sensibiliser l'ensemble de la société à la question du handicap. Dans ce sens, Bruner (1996) pense que l'éducation doit être une sorte d'aide apportée à des jeunes êtres humains pour qu'ils apprennent à utiliser les outils d'élaboration de la signification et de construction de la réalité, pour qu'ils parviennent à mieux s'adapter au monde dans lequel ils se trouvent et pour les aider à lui apporter les améliorations qu'il requiert. Pour cet auteur, la réalité que nous attribuons aux « univers » que nous habitons est une réalité construite. La construction de la réalité découle de la construction de la signification à laquelle les traditions, les outils et les façons de penser propres à une culture ont donné forme. La société est alors animée de préjugés qui nécessitent pour les éliminer, l'intervention de tous les acteurs qui la composent.

4-3-3- PREJUGES DES HANDICAPES EUX-MEMES

Ceux qui ont pu s'exprimer, ont déclaré qu'ils sont différents des autres. Ils ajoutent qu'au regard de leurs différences, ils ne peuvent que compter sur les hommes sains en souhaitant être pris en charge par l'Etat et en implorant la générosité de toute la communauté. Cette perception des handicapés traduirait une certaine résignation et aurait de graves conséquences sur leur autonomisation. Si les victimes mêmes ne croient pas en la possibilité de faire comme les autres enfants normaux, il sera difficule de réussir leur intégration. Le phénomène de l'assistanat, développé depuis des siècles par les confessions religieuses et relayé par les organisations non gouvernementales, serait à l'origine d'un tel manque de croyance en soi de faire quelque chose pour s'autonomiser.

Or, vers la fin du XXème siècle, une rupture importante a été marquée dans les politiques de prise en charge qui s'est traduite dans les législations de la plupart des pays. Au Bénin, au regard des dispositions de la constitution du 11 Décembre 1990 relatives à la question des handicapés sous l'alinéa 26, le Bénin a élaboré en 2006, le

document de Politique Nationale de Protection et d'Intégration des Personnes Handicapées. La mise en œuvre des stratégies de prise en charge adoptées devrait amener les handicapés à des mentalités de prise en charge de soi. En dehors de cette remarque, on pourrait aussi comprendre cette mentalité des handicapés de compter sur les autres, par la pauvreté de leurs parents. En effet, des assistances financières faites aux handicapés, les parents tirent un grand profit, ce qui fait qu'ils sont parfois les premiers à cultiver l'attitude de dépendance chez leurs enfants.

4-3-4- EVOLUTION DE LA PERCEPTION DU HANDICAP

➢ L'inscription des infirmes moteurs cérébraux à l'école ordinaire

A l'idée d'inscrire leurs enfants déficients dans une école ordinaire, certains parents ont peur qu'ils se sentent mal à l'aise parmi ceux « dits normaux ». Ou pire, que ceux-ci ne se moquent d'eux, ne les méprisent ou les ignorent. Cette crainte des parents de handicapé peut se comprendre au regard des perceptions de la société fon à proposdes infirmes moteurs cérébraux. Ces perceptions comme développées dans les pages précédentes, appartiennent à la culture en milieu fon et ne sont pas favorables à l'intégration sociale des handicapés.

D'autres encore craignent que le handicapé apprenne peu ou rien dans un programme éducatif ordinaire puisqu'il ne répond pas aux critères de succès académique et au rythme d'apprentissage habituel. A ce titre, Bourdieu et Passeron (1970), en montrant la dimension en partie illusoire du processus de démocratisation de l'école, disaient qu'elle fonctionne comme une machine de sélection sociale.

Quelques parents estiment que l'enfant a le droit d'aller à l'école comme les autres enfants de son âge et qu'il revient à l'Etat de mettre tout en œuvre pour que l'école puisse l'accueillir, l'accepter et le faire progresser dans ses apprentissages.

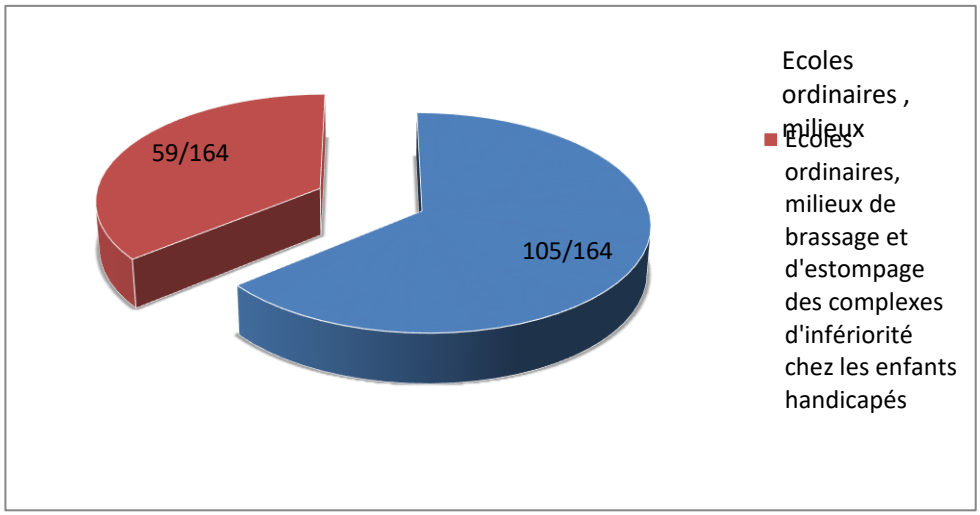
Les parents qui évoquent l'inadaptation du programme d'étude aux infirmes moteurs cérébraux et ceux qui responsabilisent l'Etat dans la formation scolaire des handicapés sont des parents instruits. Ils connaissent les droits des enfants comme l'éducation. Pour eux, la balle est dans le camp de l'Etat. Ces parents sont prêts à braver les préjugés sociaux pour scolariser leurs enfants. C'est dans la même perspective que Bourdieu et Passeron (1970) sont particulièrement durs sur la tâche de l'enseignant en

pensant qu'en lui concédant le droit et le pouvoir de détourner au profit de sa personne l'autorité de l'institution, le système scolaire s'assure le plus sûr moyen d'obtenir du fonctionnaire qu'il mette toutes les ressources et tout le zèle de sa personne au service de l'institution et, par là, de la fonction sociale de l'institution.

Ainsi, si l'école jouait bien son rôle, ces parents pourraient inspirer ceux qui craignent les agressions de leurs enfants handicapés en milieu scolaire à se raviser.
Quant aux parents d'enfants non handicapés, la majorité estime qu'il faut scolariser ceux qui le sont dans des écoles spécialisées, car ils n'ont aucune aptitude. Ils pourraient retarder l'apprentissage des leurs ou pire, les "contaminer" c'est-à-dire les habituer à leur rythme de travail. Ces déclarations confortent la position de Bourdieu (1970) pour qui l'école opère comme une machine sélectionnant les enfants. Les perceptions culturelles du handicap étant déjà défavorables, à la lumière des travaux du même auteur, les réactions des parents n'ayant pas d'enfants handicapés ne sont plus surprenantes. Car les acteurs en milieu fon ne conçoivent pas que ces enfants à Infirmité Motrice Cérébrale (IMC) soient capables d'apprendre au même titre que les hommes.

Ainsi, sur les 164 parents d'enfants (parents ayant un enfant handicapés ou non), 105 d'entre eux estiment que l'inscription des handicapés dans les écoles ordinaires se solde (presque) toujours par une mauvaise expérience que vivent ces derniers et leurs parents. De ce fait, ils considèrent l'école ordinaire comme un milieu austère pour les infirmes moteurs cérébraux. C'est dans ce rang qu'on retrouve la totalité des parents qui ont recommandé des écoles spécialisées pour les enfants handicapés (et surtout les infirmes moteurs cérébraux). Contrairement à cette opinion, on retrouve 59 (sur 164) parents qui ont rapporté que l'école ordinaire facilite le brassage des enfants infirmes avec les enfants normaux. Selon ces derniers, le fait que les enfants handicapés cohabitent dans la même atmosphère sociale que les autres, leur permet d'oublier les complexes d'infériorité dont ils s'indignent comparativement aux autres enfants normaux. Autrement dit, cette cohabitation participe à une intégration sociale. Ces deux proportions apparaissent clairement dans le graphique 3.

Graphique 2 **: Positions des parents au sujet de l'inscription des enfants handicapés**



Source **: Travaux de terrain, 2015**

Ce graphique montre bien que l'école oridinaire est le dernier milieu que choisiraient 64,02 % des parents interviewés au sujet de l'inscription des enfants handicapés. Cependant, il serait important de préciser que dans le rang des 105 parents qui désapprouvent l'inscription des enfants handicapés dans les écoles ordinaires y figurent majoritairement des parents dont le niveau d'instruction est faible. C'est en effet dans cette catégorie d'acteurs que la scolarisation des enfants handicapés est sensiblement vue comme presque inutile. A première vue, on parlerait d'une scolarisation inégalitaire (Kobiané, 2010) ; mais à analyser de plus près, on comprend que les parents dont le niveau d'instruction est faible n'ont pas le même engouement à beaucoup investir autant que les parents d'un niveau d'instruction élévé dans les études des enfants en général.

➢L'inscription des infirmes moteurs cérébraux à l'école spécialisée

Au Bénin, il n'existe aucune école spécialisée pour l'éducation des enfants souffrant d'infirmité motrice cérébrale à l'instar des sourds et des aveugles. Pour l'élève handicapé moteur, il y a juste un problème de mobilité à résoudre et il se retrouve à égalité avec tout élève. S'agissant de l'école spécialisée, certains parents souhaitent que l'Etat mette en place des écoles avec internat car ils disent que la prise

en charge des enfants à infirmité motrice cérébrale est très difficile. Ils sont convaincus que des professionnels bien formés peuvent mieux prendre soin de ces enfants. Certains disent qu'ils ne veulent pas que leurs enfants restent dans un ''ghetto'' [5]où il n'aura pas d'exemples valorisants à imiter.

4-3-5- ECHEC DES MOYENS DE DISCIPLINE DEVANT LA STIGMATISATION EN MILIEU SCOLAIRE DES ENFANTS A INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE

Le milieu scolaire ordinaire n'est guère favorable à l'accueil des enfants handicapés en particulier infirme moteur cérébral. Une jeune fille infirme motrice cérébrale, sans déficience intellectuelle, qui arrive à marcher difficilement, qui ne s'exprime pas bien, a abandonné l'école volontairement en classe de CMI. Elle nous dit : « *je suis fatiguée de l'école, toujours, toujours dernière et j'ai redoublé toute les classes ; je connais mais je n'arrive pas à bien écrire et à bien répondre quand on pose des questions et aussi on se moque trop de moi; parfois on m'appelle ''tohossou'' (génie de l'eau) et je n'aime pas ça »* (fille de 17 ans, EPP Sodohomè, 10/02/2015). Ce qui repousse la jeune handicapée en dehors des redoublements, constitue la moquerie. Dans ce sens, les travaux de Goffman (1963), ont permis de savoir que les représentations sociales, empêchent plus l'intégration des handicapés que leur handicap. Cela dénote d'une défaillance de la discipline à l'école.

En effet, à l'école publique, il y a bien sûr plusieurs moyens de tenir les apprenants en disciplinés.

Par la surveillance étroite, on peut contraindre. Cette surveillance permet de tenir les élèves dans la crainte afin de les empêcher de mal faire, de les obliger à se tenir dans l'ordre, de leur donner l'habitude d'une conduite régulière et d'obtenir d'eux l'obéissance, l'attention, l'effort. La surveillance est une obligation légale, car la loi fait obligation aux maîtres de surveiller les élèves en classe comme en dehors de celle-ci pendant tout le temps où ils sont à l'école. Elle est aussi une obligation morale, parce qu'elle découle tout naturellement de l'intérêt que le maître porte aux enfants qui lui sont confiés. Cet intérêt se manifeste par un désir de les préserver, autant que possible de tout danger physique et moral et d'éveiller peu à peu leur connaissance au sens du devoir.

[5]Milieu de vie fermé à la société.

A l'école primaire publique, tous les adjoints au directeur jouent de façon rotative le rôle de '' Maître de semaine ''. Celui qui est de tour est responsabilisé pour surveiller tous les élèves aussi bien en classe qu'en dehors de la classe. Pendant les récréations, celui-ci ne doit pas se laisser absorber par un livre, une conversation avec un collègue ou un jeu actif avec les élèves. La surveillance est attentive, libérée de toute occupation étrangère qui serait un obstacle à son exercice. Elle est calme, sans inquiétude exagérée, franche, ne soupçonnant pas et n'accusant pas sans raisons valables, sympathiques à l'élève qui ne doit pas y voir une source de peur.

Un autre moyen de contrainte est la punition. Il y a des sanctions autorisées ou règlementaires pour punir : la réprimande, la retenue après la classe, l'exclusion temporaire, le renvoi définitif. La réprimande est faite en tête-à -tête ou publiquement selon les cas et selon les enfants. Elle gagne à rester bienveillante, encourageante même et ne doit faire persister aucun mécontentement. Le maître fait alors un reproche dur, rapide au lieu d'un mécontentement hostile et boudeur.

La retenue après la classe concerne les élèves qui ne font pas bien leurs devoirs. A ce niveau selon les interrogés, on tiendra compte du lieu où habite l'enfant.

L'exclusion temporaire (de 03 jours) est prononcée par le directeur pour des fautes graves. Il prévient immédiatement la famille ; sans quoi on risquerait de voir l'enfant passer son temps en vagabondage à l'insu de ses parents. Il en avise également le Chef de la Circonscription Scolaire.

Le renvoi définitif est la sanction la plus grave. En beaucoup d'endroits selon les interlocuteurs, il relève du Ministre en charge. Toutes ces mesures existantes, appliquées de façon convenante, devraient permettre aux enfants handicapés de se sentir sécurisés et continuer normalement leur scolarité. Il y a donc un problème d'application des textes en milieu scolaire publique qui fait que les enfants handicapés continuent d'être stigmatisés.

Une maman à propos de sa fille infirme motrice cérébrale, nous raconte l'objet de son découragement : « *Dans l'école, ma fille est devenue un os à la gorge de sa maîtresse. Elle ne fait que me demander de la retirer pour une école plus adaptée et je constate en elle que la présence de ma fille la gène. J'ai volontairement mis fin à sa scolarité pour qu'elle ne soit pas dérangée à l'école*» (mère de 46 ans, Zogbodomey, 16/03/15).

A travers ces déclarations, on pourrait imaginer que cet enseignant n'éprouve aucune affection pour cet enfant handicapé. Or, pour amener l'apprenant à s'intéresser aux apprentissages, selon les enquêtés, il faudrait aussi créer de l'affectivité : amour du maître pour les enfants, amour des enfants pour le maître. Le maître s'applique de tout son cœur, avec un intérêt des soins paternels, au bien présent et futur de ses jeunes pupilles. La bonté du maître, son dévouement, ses précautions, son application à encourager, à aider, à consoler s'il en est besoin, appellent en retour de la part des élèves, l'affection, la volonté de donner satisfaction et de faire plaisir, qui sont des dispositions extrêmement favorables aux influences éducatives. Des interrogés, il est aussi révélé que, l'équilibre du caractère et la fermeté importent aussi beaucoup pour une bonne ambiance de travail en classe. Ils disent que les comportements, les colères, les menaces à tout propos, les cris et les apostrophes, les coups de baguette sur la table, n'ont jamais donné meilleure solution sur une classe. Le maître doit être juste. Les élèves supportent mal que ce qui était négligeable hier devienne faute grave aujourd'hui, que ce qu'on tolère à l'un soit puni chez l'autre.

De plus, la majorité des écoles ordinaires publiques a de classes à grand effectif et on rencontre de plus en plus d'enseignants qui viennent enseigner sans vocation, juste pour gagner leur vie. Ces derniers n'accordent déjà pas toute l'attention requise aux enfants dits normaux, il est alors évident qu'ils ne s'intéressent guère à ceux ayant des besoins éducatifs spéciaux.

La perception du handicap a évolué et certains parents veulent bien scolariser les enfants infirmes moteurs cérébraux.

Actuellement, la perception théorique du handicap donne une vision pessimiste en ce sens qu'elle ne voit aucune solution concernant la guérison. Cependant, la perception des gens en milieu fɔn du Zou laisse une vision optimiste. Le pessimisme et l'optimisme entretenus par les perceptions différentes sont dus au fait que les causes du handicap sont vues différemment.

Selon les données scientifiques, les causes sont d'ordre alimentaire, environnemental, physiologique alors que chez les gens en milieu fɔn du Zou, elles sont d'ordre spirituel. A propos de l'infirmité motrice cérébrale, existent donc deux types de savoir : le savoir moderne qui renferme les savoirs et savoir-faire institutionnels portés par la

medecine occidentale et le savoir culturel. Ce sont ces deux types de savoir qui composent et organisent les décisions du choix des recours thérapeutiques (Kpatchavi, 2011). Pour le bonheur des handicapés, il y a lieu de penser à une combinaison judicieuse des différentes perceptions afin de réussir à réduire les complications ou à guérir le handicap.

A l'analyse des données ci-dessus mises en évidence, on s'aperçoit que plusieurs facteurs concourent à la non scolarisation des enfants portant un handicap en milieu fon du Zou. Du point de vue socioculturel, les représentations sociales du handicap constituent un obstacle majeur comme l'a souligné Kobiané (2010). Sur le plan économique, le niveau de vie des ménages est un facteur défavorable (Ngo Melha et al, 2010) à la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux. Et de façon globale, un peu comme pour dire que le ver est dans le fruit ; des travaux comme celui de Dubet (1998) ont confirmé nos observations empiriques. Autrement dit, le système éducatif porte en lui-même des goulets d'étranglement de la non scolarisation des enfants handicapés. Ainsi, de la formation des enseignants aux difficultés vécues par les enfants handicapés qui essayent le coup de se faire inscrire dans les écoles ordinaires en passant par l'iniquité observée en ce qui concerne les exercices demandés aux élèves ; on remarque que l'enfant handicapé est discriminé.

Or, la stigmatisation décourage et inhibe la motivation des parents des enfants handicapés à les inscrire. Car, à la lumière des travaux de Goffman (1963), on a pu comprendre que les enfants handicapés scolarisés dans les écoles ordinaires sont discrédités et perçus comme des enfants « anormaux » ; « incapables » et parfois « inutiles ». Du moment où les enfants handicapés sont régulièrement victimes de ces étiquettes péjoratives et ridiculisantes de la part de leur entourage, ils se plongent dans un complexe d'infériorité qui conduit à une auto-exclusion et par ricochet à une déscolarisation ascendante.

L'interprètation des résultats portant sur les représentations du handicap permet de constater que ces dernières ont une influence sur les parents et les acteurs institutionnels d'intégration des handicapés. Autrement dit, ces discours (péjoratifs, injurieux, discriminatoires…) découragent les parents d'enfants handicapés à scolariser leurs enfants. On déduit donc à la lumière des travaux de Gardou (1998) que

les parents s'abstiennent d'envoyer leurs enfants dans les écoles ordinaires parce qu'ils évitent de les exposer. Face au regard discriminatoire de la société qui ne perçoit pas le handicapé IMC comme un être fragile, les parents jouent constamment le rôle de protecteur des enfants. Conséquemment, il leur serait difficile de laisser leurs enfants vivre au milieu de ceux qui sont dits "normaux'' ; étant donné que personne ne suit les cours en présence de ses géniteurs. Partant de ce développement, on peut admettre que l'hypothèse selon laquelle « les représentations socio-culturelles par rapport aux infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou, déterminent leur scolarisation » est confirmée. Aussi, assiste t-on à un problème d'intégration sociale. Au regard des différentes perceptions du handicap, il apparaît utile de savoir ce qui est fait dans le sens de l'intégration sociale des handicapés par l'Etat signataire des différents accords régionaux, internationaux portant sur l'amélioration de leurs conditions de vie. C'est donc pour mieux appréhender cette question d'intégration sociale des infirmes moteurs cérébraux que nous avons proposé le chapitre suivant (chapitreV de ce document).

CHAPITRE V: INTEGRATION DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX EN MILIEU SCOLAIRE

Les représentations socioculturelles et la discrimination liées au handicap sont fortement implantées dans l'esprit et la mentalité des populations. Elles influencent la position de tous les acteurs, parents ayant des enfants handicapés, ceux qui n'en ont pas, les enseignants, autorités politico-administratives, élus locaux, leaders d'opinion etc. Certains pensent qu'on peut intégrer socialement les enfants porteurs de handicap, mais, il y a encore plusieurs personnes qui ignorent tout du handicap, des droits des handicapés, de l'enjeu que l'amélioration des conditions de vie des handicapés représente pour l'Etat en matière de lutte contre la pauvreté et pensent qu'une personne à infirmité motrice cérébrale ne sert à rien. Pourtant, les avancées technologiques permettent de réduire voire éliminer leurs handicaps afin qu'ils puissent intégrer pleinement la société. Fort de cela, dans le sens de leur scolarisation, il devient nécessaire de voir leur prise en charge tant au niveau de leurs parents qu'au niveau du gouvernement sans oublier les efforts des handicapés eux-mêmes.

5-1- LES MECANISMES DE PRISE EN CHARGE DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX

Devant le handicap, la majorité des parents interrogés ont affirmé leur désarroi, ils n'étaient pas préparés et selon la gravité, certains l'ont constaté dès la naissance mais pour d'autres c'est plus tard. Parfois au moment d'acquérir la position assise, le langage, la marche ou tout simplement à l'âge de la scolarisation. Beaucoup ont déploré l'attitude des personnels de santé, soit l'annonce a été brutale, sans ménagement ou tout simplement le silence, aucune réponse à leurs interrogations. C'est alors le début du parcours du combattant dans la recherche d'une prise en charge quotidienne adéquate.

5-1-1- PRISE EN CHARGE DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX DANS L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL

La prise en charge des handicapés par leurs parents se situe sur plusieurs domaines : éducationnel conformément à l'article 12 de la Constitution de 1990, sanitaire, alimentaire, vestimentaire etc… selon les articles 438 et 439 du Code des personnes et de la famlle en vigueur depuis 2004. Il est vrai que l'objet de la recherche

est « la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou au Bénin », mais la scolarisation de ces handicapés dépend largement de leur santé c'est-à-dire leur capacité à s'autogérer dans les mouvements. C'est pourquoi, il est important de connaître le parcours des parents dès la découverte du handicap.

5-1-1-1- PRISE EN CHARGE CULTURELLE DE L'INFIRME MOTEUR CEREBRAL

La société fon du Zou au temps des rois de Danxomè, avait un moyen de gérer les infirmes moteurs cérébraux. Il est dit précédemment que les infirmes moteurs cérébraux sont considérés comme des dieux (en langue fon ''vodoun'') en milieu fon du Zou. Or, les divinités seraient des entités bienfaitrices, protectrices, justicières, fidèles, patientes. Leurs services sont nombreux. Dans le souci de bénéficier des services des dieux que constituent les infirmes moteurs cérébraux, on les envoie dans les eaux, autrement dit, on les tue, c'est-à-dire en fon « *éhodoto* ». Après ceci, On les sort des eaux par certains rituels qu'on appelle en fon« *viyisinto* », afin qu'ils aient la plénitude de leurs forces pour rendre des services aux humains. Les infirmes moteurs cérébraux en ce temps, sont donc transformés à des fins utiles. Si, avec la répression de l'Etat, ces pratiques qui consistent à retourner les handicapés dans les eaux ont disparu, la conception que les infirmes moteurs cérébraux ne sont pas des hommes reste encore vivace en milieu fon du Zou et joue sur leur intégration sociale.

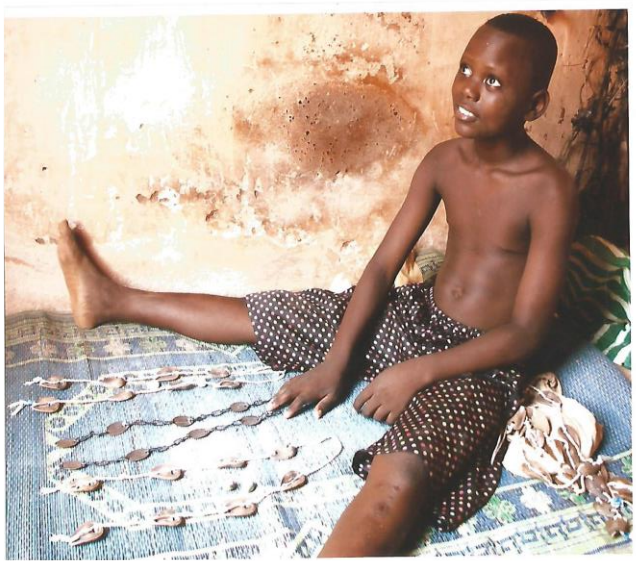
En dehors de cette meilleure partie tirée des infirmes moteurs cérébraux, il y a aussi possibilité de les guérir. Les interrogés ont déclaré, contrairement aux données scientifiques, que la guérison de l'infirmité motrice cérébrale est possible. Ainsi, il faut passer par le « fa », nom fon de la divination, science des événements pour reprendre une expression de Bastide (1970).

Par ailleurs, il faut comprendre que l'intensité des implications du « fa » dans la vie, le poids de sa constance dans les différents moments de l'existence conduit les fons à le considérer comme le plus sûr instructeur de l'histoire générale de l'univers. Il s'affiche comme un savoir structurant l'ensemble des connaissances et des comportements. Sous forme d'institution, la divination, en tant que science prophétique, s'exerce à définir et orienter les choix, à déterminer et légitimer les décisions tant privées que publiques. Système opérationnel, mode d'action, elle se

prête comme instrument devant marquer ou définir la matérialité des projets ou des attentes et des espoirs humains. Synonyme de la prospective, la divination permet de rendre conjoncturel le passé.

Le « fa » donne donc des directives à suivre. Une fois les rituels nécessaires accomplis, l'esprit qui serait à la base du handicap se retire et l'enfant retrouve toutes ses facultés. Selon les interrogés, plusieurs cas d'infirmité motrice cérébrale ont été traités suivant ce processus. Mais il semble que cette thérapie est valable pour les cas d'infirmité motrice cérébrale provoqués par l'envoûtement ou la sanction des ancêtres en cas d'infidélité de la femme. Les interrogés ont pris soin d'attirer l'attention sur le fait qu'aujourd'hui, nombreux sont les pratiquants de l'art divinatoire c'est-à-dire le « fa », qui mentent et grugent leurs clients. Ces pratiques d'escroquerie développées par certains guérisseurs traditionnels sont dues au manque d'emploi, du minimum pour assurer les besoins fondamentaux. Plusieurs parents de handicapé ont reconnu en avoir été victimes. Ces aspects sont pris en compte dans la section qui traite de la prise en charge du handicapé par les parents. Pour les interrogés, la consultation du « fa » est nécessaire pour situer la cause du handicap.

Photo 3: Prêtre de fa avec le matériel de consultation



Cette Photo présente un prêtre du fa avec le matériel pour la consultation. Il est en apprentissage auprès de son père qui serait un devin exemplaire domicilié à Danxomèhondji.

Source : **Zingbè, Abomey, 2015**

Il y a aussi la possibilité de confier la guérison du handicap à des divinités telles que « Zomadonou », située au cœur d'Abomey contre une promesse.

Photo 4 : Temple de la divinité Zomadonou



Source : **Zingbè, Abomey, 2015**

Cette photo présente le temple de la divinité « Zomadonou » à Abomey dans le quartier Ahouaga.

➢ Sollicitation de la médecine traditionnelle par les parents du handicapé

Dès les manisfestations de la maladie, les parents se sont déployés pour y rémédier. Selon la majorité des interrogés, la médecine traditionnelle a été leur premier essai de solution. Pour ces parents, la cause du handicap est à rechercher auprès des dieux, avec l'aide des praticiens de l'art divinatoire. L'encadré suivant éclaire davantage cette logique.

Encadré 1 :

Ma coépouse a dit que je ne ferai pas d'enfant parmi les siens. Au premier geste, l'enfant est handicapé. Si vous étiez à ma place, pouvez-vous confier ce problème à un agent de la médecine moderne ? Monsieur ce n'est que le guérisseur qui peut renverser la vapeur face à la sorcière avec laquelle j'ai affaire… (Madame E. B, Mère de 28ans, Djidja, 17/02/15).

Ce comportement, devenu un réflexe pour la majorité en milieu fon du Zou, se confirme à travers des résultats de recherche selon lesquels « *…en milieu rural, le praticien de la Médecine Traditionnelle jouit d'une notoriété au sein de la communauté. Il est le médiateur divin entre le monde invisible et la société dans laquelle il vit. Il est le seul garant de la santé de la population* » (Plan Stratégique Quinquennal de la Médecine Traditionnelle au Bénin, 2013, 3èédition). C'est aussi le fait que cette médecine intervient à plusieurs niveaux par ses moyens « *mystiques* », « *métaphysiques* » et « *scientifiques* » (ibid).

Un père déclare pour justifier le choix de la médecine traditionnelle dans la gestion du handicap de son enfant « *Moi, je préfère interroger le "fa" (une divinité qui joue le rôle de messager) pour savoir la conduite à tenir dans la gestion du handicap. Moi, je crois à la tradition de nos ancêtres…* » (Monsieur T. A, Père de 38ans, Zogbodomey, 16/03/15). De l'entretien avec les interrogés, il ressort que, la décision de se confier aux devins, vient souvent de l'homme car, il n'est pas permis à la femme de prendre une telle initiative au risque d'être soupçonnée de femme enclin à une machination. Cette perception de la maladie qui hante les parents parce que faisant partie de leur habitus (Bourdieu, 1989), les conduit à négliger la rééducation et les séquelles du handicap, devenant plus importantes, empêchent le handicapé à aller à l'école.

5-1-1-2- NON ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTE AUTOUR DE LA QUESTION DU HANDICAP : VECU DES PARENTS DANS LES HOPITAUX

Les caractéristiques du mauvais accueil réservé aux ménages interrogés se résument : les mots utilisés, le temps choisi, l'espace, les comportements, le désintéressement des agents de santé.

5-1-1-2-1- LES MOTS UTILISES

Les interrogés ont pointé du doigt, aussi bien les propos de leurs voisins que ceux des agents de santé. Ces instants dont les parents ont encore souvenance, continuent d'agir sur leur moral. Et pour montrer à quel point les propos ont été choquant, un parent a rapporté en fɔn : « *é non do kanlin nan houwè tcho bo non*

kpéssina » qui veut dire en français « *On donne de l'eau à boire à l'animal sachant bien qu'on veut l'abattre* ».

Selon certains répondants, les propos des agents de santé sont discourtois, culpabilisants, pessimistes.Les propos « discourtois » sont appelés ainsi parce que les agents de santé annoncent le handicap sans prendre en compte le choc psychologique que cette annonce peut causer chez les parents du handicapé. Dès lors, les interviewés déclarent avoir été parfois choqués par les stratégies communicationnelles des agents de santé. Les propos d'une personne rencontrée à Agbangnizoun renseignent plus sur cet état de choses.

Encadré 2 :

Il fut un jour que j'ai amené mon enfant pour la consultation à l'hôpital. A l'appel de la responsable, l'aide soignante faisait entrer chaque patient(e) dans son bureau. A mon tour, la patronne m'a chassé devant le public en me disant que je ferais mieux d'aller au centre de promotion sociale pour la prise en charge de la rééducation de l'enfant. C'était une humiliation pour moi. Je ne savais plus par où passer pour retourner à la maison. C'était sa réaction qui a attiré l'attention des autres sur mon enfant. J'étais prête à en venir aux mains avec elle (Madame O. K., mère de 49 ans, Agbangnizoun, 28/01/15)

Le caractère brutal et aggressif de l'accueil de l'infirmière se retrouve dans les propos d'une autre femme rencontrée à Djidja dont les propos sont retranscrits dans l'encadré suivant.

Encadré 3 :

Le jour où dépassée par ce qui se passe au niveau de mon enfant, j'ai pris la décision de voir les agents de santé, j'ai été humiliée. L'enfant a environ trente mois mais ne marche pas et rampe d'une manière extraordinaire. On ne comprend rien de son babillement. Quand j'ai posé le problème à l'hôpital, l'infirmière a dit que c'est ce qu'on fait naître quand vieille, on continue de faire enfant. Elle disait que mon enfant doit être suivi par les agents du centre social, qu'on doit travailler ses nerfs avant qu'il ne commence à marcher car, il est infirme moteur cérébral. Elle m'a insulté. C'est comme si elle me cherchait. Dieu donne l'enfant quand il veut. (Madame P. D., mère de 52 ans, Djidja, 16/02/15).

Les propos « désespérants » ont également marqué les parents en ce sens qu'ils touchent l'enfant et son développement. Après l'entretien avec les agents de santé, les parents ont compris que l'enfant n'a aucune chance d'aller à l'école, n'a aucune chance d'exercer un métier pour non seulement se prendre en charge mais prendre en charge ses frères et ses parents dans leurs vieux jours. C'est le sentiment de ce père lorsqu'il dit : « *Ma femme a passé près de deux semaines à la maternité avant d'accoucher ce garçon. Après l'accouchement, il s'est écoulé un long moment avant que l'enfant ne crie. Aussitôt, la sage femme disait que l'enfant aura un grand problème de santé dans sa vie. Aussitôt, je m'étais découragé et ne savais quoi faire avec cet enfant. Mais vous le voyez là maintenant à notre charge et nous souffrons tous les jours avec ça*», (Monsieur V. H., père de 53ans, Djidja ,16/02/15). Une autre mère dit : « *Ma fille marchait déjà correctement. Seulement, elle n'arrivait pas à bien parler. Un jour, elle a eu une forte fièvre. J'ai utilisé la tisane à la maison pendant quelques jours sans succès. Soudain, elle ne peut plus tenir debout. Aussitôt, j'ai couru pour l'amener à l'hôpital. Après avoir narré les conditions dans lesquelles ma fille est arrivée à ne plus se tenir debout, comme toute réponse, l'agent de santé me dit que c'est fini, que quand ça se passe comme ça, c'est la paralysie pour toujours et que nous avons ainsi rendu cette fille handicapée pour l'avoir gardé longtemps à la maison durant la période de fièvre. J'ai pensé en même temps me suicider en imaginant toutes les difficultés qui m'attendent*», (Madame I.S, mère de 49 ans, Zogbodomey, 17/03/15).

Il ya aussi des déclarations qui culpabilisent les parents et qui donnent une mauvaise ambiance au sein de la famille. Par rapport à cela, un père raconte : « *Quand l'enfant est né, il a mis beaucoup de temps avant de crier. Je me lamentais et priais les mânes de mes ancêtres l'enfant étant toujours inerte, quand la sage-femme se dressa contre moi en disant que cette situation n'est que la conséquence des maltraitances de la femme. Elle me disait que si je donnais régulièrement de l'argent pour la consultation, on ne vivrait pas cette difficulté. Ma femme m'a gardé rancune pendant un bon moment sous prétexte que je suis à la base de ses souffrances*», (Monsieur L.Z, père de 51 ans, Zakpota, 06/03/15).

5-1-1-2-2- L'ESPACE ET LE TEMPS

L'espace et le temps constituent des éléments auxquels les agents de santé ne tiennent pas compte dans l'annonce du handicap et qui ont marqué les parents d'enfant handicapé. Certains parents ont dit avoir regretté de se présenter aux agents santé qui n'ont fait que les humilier devant un parterre de personnes. C'est le cas d'une mère qui dit : «*…ce qui m'a fait le plus mal, elle s'était levée pour me présenter en public comme étant une mère qui non seulement ne respecte pas les vaccinations mais ne s'occupant pas de son enfant. J'ai une coépouse dont les parents ou les amies peut-être présents ce jour pouvaient raconter les faits et cela constituera un élément d'injure pour moi* » (Madame Z. F, mère de 39ans, Bohicon, 08/02/15).

On voit bien qu'aux peines que fait endurer l'enfant handicapé à ses parents s'ajoutent celles des agents de santé. Ce ne sont pas les reproches qui font mal mais l'espace dans lequel ils ont été faits. Un père déclare : « *…ce jour, je n'avais plus rien sur moi. J'ai déjà dépensé toute la somme réservée et je réfléchissais sur l'endroit où je pourrai faire de prêt pour faire face au retour de ma femme à la maison. C'est en ce moment que la sage-femme a ouvert un long entretien sur mes relations avec ma femme pendant sa grossesse. Sans vous mentir, ce jour, je l'écoutais à peine, je n'avais pas ma tête là et mon cœur battais comme je n'avais encore trouvé aucune solution* » (Monsieur J. M. B., père de 54 ans, Agbangnizoun, 28/01/15).

5-1-1-2-3- LES COMPORTEMENTS DE DESINTERESSEMENT CHEZ LES AGENTS DE SANTE

Au sujet des comportements des agents de santé, nombre d'interviewés ont dit être très marqués 56 sur 60 soit 93,33%. Le regard, l'écart tenu avec le handicapé, la nonchalance mise dans l'accueil du handicapé sont les principaux griefs que les parents ont formulés à l'encontre des agents de santé. A cet effet, une mère raconte : « *J'étais là avec mon enfant attendant l'appel. L'infirmière m'a vu avec l'enfant mais déambulait dans tous les sens, bavardait tantôt avec telle ou telle personne. Puis une jeune fille était venue pour prendre la température quand je lui ai expliqué que l'enfant n'a ni la fièvre ni les maux de tête ou de ventre et que c'est à cause de son état que je suis là. Quand la patronne eut fini de prendre tous les patients, elle me disait d'un air désintéressé qu'elle ne s'occupe pas des cas des*

handicapés IMC et que je ferais mieux de me présenter au centre social. J'étais devenue à l'instant furieuse (Madame S. C, mère de 46 ans, Bohicon, 08/02/15) ».

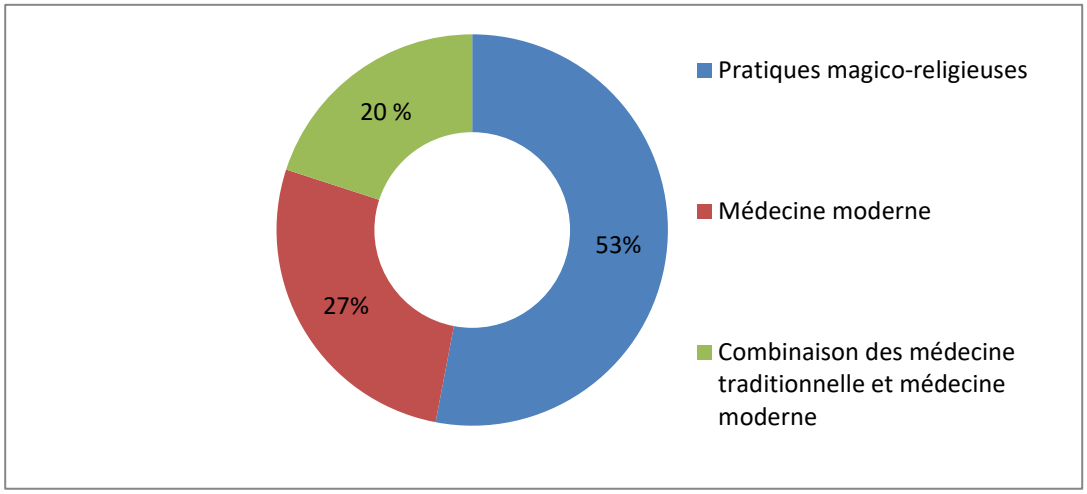
Les faits mettent en présence, deux acteurs : les parents de handicapé et les agents de santé. On constate d'après les propos des parents qu'ils sont mal accueillis par les agents de santé. Or, l'intégration sociale des handicapés passe par la mobilisation de tous les membres de la communauté (Musoke, 2013). Ces attitudes des agents de santé constituent un frein au changement qu'est l'intégration sociale des handicapés. Cela traduit l'insuffisance de travail de sensibilisation et de mobilisation qui incombent au comité de gestion communal de la RBC. Entre les deux acteurs, ce sont les agents de santé qui maîtrisent les questions de santé donc du handicap. La négligence affichée par ces derniers face aux enfants handicapés montre le manque de mobilisation autour de leur intégration sociale.

D'un autre point de vue, la mauvaise orientation remarquée au niveau des parents de handicapés est souvent liée à un sentiment de ne pas être suffisamment informés sur la maladie, le handicap, l'évolution de celui-ci, les structures et professionnels spécialisés ou adaptés. Car, il existe un large éventail de structures qui se charge de la réadaptation médicale de suivi, de la rééducation fonctionnelle et des aides techniques. Par exemple dans les communes, il y a les unités ou centres hospitaliers de réadaptation spécialisés, les centres de réadaptation. Déjà, le manque d'informations est très largement pointé par l'ensemble des interrogés. Ils espèrent obtenir de la part des agents de santé, d'explications des difficultés rencontrées par l'enfant pour déculpabiliser et pour mieux gérer les regards des autres. Ils souhaitent que dans un court terme, la réadaptation puisse se dérouler dans une structure de proximité, par exemple dans un centre de soins de santé primaires, un établissement scolaire, sur le lieu de travail ou dans le cadre de services de soins thérapeutiques à domicile.

En synthèse, on peut affirmer sur la base des informations collectées sur le terrain que dans la prise en charge sanitaire des handicapés moteurs cérébraux, 53 % des parents rencontrés optent pour les pratiques magico-religieuses comme premier recours dans le traitement de leurs enfants ; contre 27% pour la médecine moderne et

20 % de géniteurs combinent les médecines moderne et traditionnelle. Ces différentes proportions sont présentées dans le graphique n°4.

Graphique n°3: **les différents recours des parents dans la prise en charge sanitaire des enfants handicapés**



Source : **Données de terrain, 2016**

5-1-1-3- PRISE EN CHARGE SCOLAIRE PAR LES PARENTS

Certains parents de handicapé (87 sur 104 soit 83,65%) ont dit que leurs enfants n'ont rien reçu comme aide dans le sens de leur scolarisation. Ils se déclarent incapables de les scolariser parce que d'une part, il y a d'autres enfants "normaux" qui absorbent de l'argent pour leur scolarisation alors que leurs moyens financiers sont très limités. D'autre part, ils disent ne pas savoir ce que cet enfant peut faire dans l'avenir. A la lumière de la théorie du capital humain développée par Becker (1975), on peut comprendre l'attitude des parents face à la scolarisation de leurs enfants handicapés. Cette théorie met en avant l'approche économique de la demande d'éducation et considère l'éducation comme un investissement au même titre qu'un capital. Dans ce modèle, Becker estime que l'éducation est pour l'individu, un moyen pour améliorer son capital humain, c'est-à-dire son aptitude à travailler, source potentielle d'amélioration de ses revenus. L'individu ou le ménage fait donc un calcul coût-avantage résultant d'un choix entre le gain futur escompté de l'éducation et le coût qu'elle engendre dans le présent.

Dans ce groupe, on voit surtout les femmes qui sont pratiquement les seules à s'occuper du handicapé. Selon les interrogés, la fratrie n'est pas aussi favorable à la scolarisation du handicapé. Il y a donc une relation entre le nombre d'enfants normaux dans le ménage et la scolarisation du handicapé. Le tableau ci-dessous présente le nombre de ménages ayant un certain nombre d'enfants normaux.

Tableau 10: Relation entre le nombre d'enfants normaux et la scolarisation des handicapés

Nombre de ménages	Nombre d'enfants normaux	Scolariser les enfants handicapés
02	09	Non
04	02	Oui
07	03	Oui
10	05	Non
11	08	Non
13	07	Non
18	04	Non

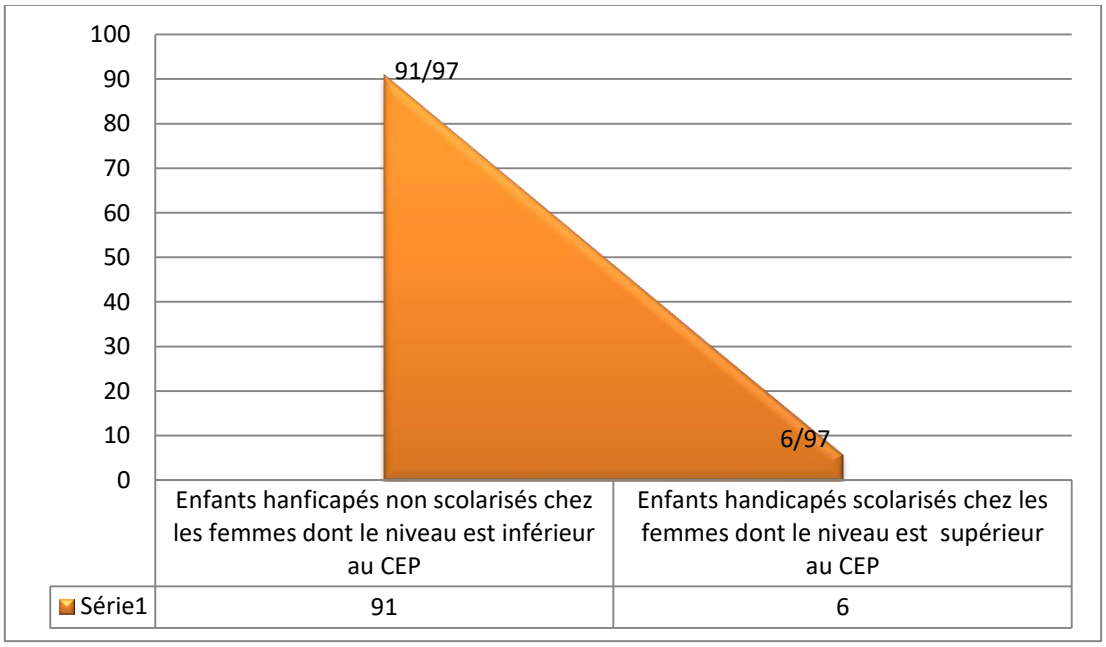
Source : **Terrain, 2015**

L'observation des données de ce tableau permet de dire qu'aucun ménage n'a moins de deux enfants. Elle permet aussi de constater qu'il y a des ménages ayant jusqu'à neuf enfants. Plus de la moitié des ménages (63) ont un nombre d'enfants à partir de six (06) et plus. Les ménages ayant moins d'enfants normaux ont scolarisé leurs enfants handicapés. Ceux ayant à partir de quatre enfants n'ont pas pu solariser les handicapés. Cependant, il faut préciser que des exceptions existent où les ménages ayant de nombreux enfants ont scolarisé les handicapés : ces ménages ont de moyens et sont parfois scolarisés. Certains ménages malgré le petit nombre d'enfants normaux, n'ont pas scolarisé leurs enfants handicapés. Mais la tendance est que les ménages ayant de nombreux enfants normaux, n'ont pas solarisé leurs enfants handicapés.

Comme l'a remarqué Demain (2007), ces parents aiment accorder la priorité à l'enfant non porteur de handicap quand il s'agit d'opérer un choix de scolarisation.

En dehors du nombre élevé d'enfants dans la plupart des ménages, il est remarqué que le niveau d'étude des femmes influence le taux de scolarisation des enfants handicapés. En effet, sur quatre vingt dix-sept (97) femmes interviewées, 91 ont un niveau inférieur au Certificat d'Etudes Primaires (CEP) tandis que 6 femmes ont un niveau supérieur au CEP. Or, c'est au sein des 91 femmes de faible niveau de scolarité qu'on observe une réticence en ce qui concerne la scolarisation des enfants handicapés. Elles ne voient pas la nécessité d'envoyer l'enfant handicapé à l'école. Le niveau d'instruction des parents pourrait aussi contribuer à la scolarisation des enfants (surtout handicapé). Ce constat est présenté dans le graphique n°4.

Graphique n°4: **rapport entre niveau d'instruction des femmes et scolarisation desenfants handicapés**



Source **: Données de terrain, 2015**

5-1-1-4- LA FUITE DE RESPONSABILITE DES HOMMES

Les parents qui ont bien voulu nous parler de leur situation, utilisent des stratégies très variées à la maison. Les plus « chanceux » c'est-à-dire ceux qui restent à

deux, au nombre de quatre vingt douze (92), normalement pour réfléchir et chercher ensemble les moyens de faire face aux problèmes liés au handicap de leurs enfants, n'organisent pas leur vie familiale de manière à permettre l'épanouissement de tous. Dans la cogestion, les mères sont les plus chargées. Majoritairement (79 sur 104 soit 75,96%), elles ont déclaré supporter les frais de déplacement, d'entretien alimentaire, lors de la recherche de guérison du handicap de l'enfant. Elles investissent leurs maigres moyens dans la guérison du handicap non seulement parcequ'elles ont un amour profond à leurs enfants, mais aussi pour sauver leur honneur. Les femmes sont beaucoup plus responsables de l'apparition du handicap que les hommes selon les perceptions en milieu fon du Zou. Ce désengagement des hommes fait que souvent, les femmes financièrement épuisées, abandonnent la fréquentation du centre de rééducation. Cette conduite des maris relève de leur culture et Bourdieu dans sa théorie de l'habitus a montré que chaque individu intègre inconsciemment des *« dispositions »*, c'est-à-dire des habitudes de comportement.

Cet abandon de rééducation, remet le handicapé encore à sa situation initiale car, selon les professionnels de la rééducation, quand elle n'est pas régulière, la rééducation devient inutile. Certains ont le soutien de la famille élargie pour aider à garder et à prendre soin du membre handicapé. Une grand-mère raconte « *Je suis la grand-mère paternelle du handicapée. Si l'enfant est à ma charge aujourd'hui, c'est pour permettre à sa mère de continuer à vendre son riz préparé. Quand elle emmenait l'enfant avec elle pour aller vendre, c'était la mévente totale. Les clients refusent d'acheter à manger à la vue de son enfant pleurant et bavant. Pour l'aider à sortir de cette situation, j'ai pris depuis l'enfant à ma charge car elle vient de mon fils* » (Madame D. H, grand-mère de 61ans, Zakpota, 14/03/15).

Dans d'autres ménages, c'est le calvaire. Le handicapé est abandonné dans la chambre et les autres membres de la famille se vaquent à leurs occupations. Les parents se rejettent la responsabilité du non envoi de l'enfant infirme moteur cérébral dans un centre de traitement. Une mère raconte « *Quand le mal a commencé, j'ai amené mon enfant à Lokossa dans un centre de rééducation. En dehors du petit déjeuner le matin, on a plus droit à aucun repas dans la journée. En cette période, j'ai sérieusement maigri. On peut faire banalement dix ans. D'ailleurs une femme faisait*

cinq ans quand je venais. Il n'ya même pas où se coucher pour ceux qui gardent les malades. Ceux qui sont un peu à l'aise ont loué à proximité du centre de traitement. J'ai quitté le centre de rééducation suite a une fracture du handicapé pour un autre centre de santé afin qu'on lui place le plâtre. Quand l'os s'est remis, mon époux a refusé que je retourne pour continuer la rééducation. Aujourd'hui, il rejette le tort sur moi quand les gens l'interrogent sur l'abandon de la rééducation » (Madame K. E, mère de 51 ans, Bohicon, 08/02/15).

Une autre qui vit seule avec son fils infirme moteur cérébral athétosique, sachant que l'athétose se manifeste par des mouvements involontaires contrariant tout mouvement volontaire, éprouve beaucoup de difficultés à s'en occuper. Elle le porte constamment et lui apporte tous les soins nécessaires à la vie quotidienne. Lorsqu'il était petit, elle pouvait l'amener partout et vaquer à ses occupations. Maintenant qu'il a grandi c'est difficile de sortir et de le prendre avec elle sur les taxis motos. Les femmes, en présence de leur mari s'interdisent de révéler toutes les caprices qu'elles endurent.En leur absence, de façon dégagée, elles vomissent tous les évènements malheureux dont elles sont victimes.

Crozier (1977) dans son analyse stratégique pense que l'identification des jeux de pouvoir permettra de mieux comprendre le fonctionnement au sein du système.En s'inspirant de cette théorie, les problèmes de fonctionnement de la RBC liés à la famille du handicapé deviennent plus précis. Les femmes sont à une position inférieure ce qui ne leur permet pas de réagir devant les attitudes incongrues de leur mari. Ceci est un obstacle à la bonne marche de l'entreprise RBC étant donné le rôle important que doit jouer la famille. Effectivement, les parents des enfants infirmes moteurs cérébraux souffrent et les mères de façon particulière surtout dans leur scolarisation.

5-1-1-5- IMPACTS DU HANDICAP SUR LA FAMILLE

La pauvreté est un phénomène multidimensionnel sur lequel influe un éventail de facteurs. La présence de handicap dans une famille apporte de stress, d'angoisse, de souci, de tension et peut aggraver la pauvreté. Nous l'avons constaté à travers les données collectées auprès des interrogés. Les impacts du handicap sur la famille s'énoncent : la présence du handicap nécessite un surinvestissement des parents

(100%) ; la présence du handicap réduit le temps d'activité économique des parents (97 sur 104 ont dit oui, 7 sur 104 ont dit non) ; la présence du handicap nécessite plus de dépense financière des parents (100%) ; la présence du handicap perturbe les relations des parents (100%).

Tous les interrogés (100%) ont reconnu que la présence du handicap leur demande plus de démarche qu'un enfant normal. Il y a un **surinvestissement de leur part dans l'éducation des enfants handicapés**. Si ce n'est pas tel guérisseur traditionnel qui est consulté, ce serait tel médecin moderne si bien qu'à tout moment, les parents courent dans tous les sens à la recherche de la guérison.

Les interlocuteurs dans une proportion de 93,27% ont reconnu que **la présence du handicap réduit leur temps d'activité économique** et 6,73% pensent qu'elle n'a pas d'influence sur leur temps d'activité. Cette dernière catégorie concerne ceux qui ont engagé de domestique pour la garde du handicapé. Il faut remarquer que la catégorie des 93,27% est composée uniquement de femmes. Elles sacrifient leur temps pour apporter les soins nécessaires à l'enfant handicapé pendant que les hommes se vaquent à leurs occupations. Une mère explique dans cette logique « *Comme j'ai repris la fréquentation du centre de rééducation, je dois suspendre mes activités champêtres. Mon champ est très éloigné de ma maison et j'ai l'habitude de séjourner làbas. Voilà que chaque semaine, je dois me présenter au centre social. Je suis tenue donc de rester au village, abandonnant tout pour amener l'enfant à la rééducation* » (Madame G. Y, mère de 48ans, Zakpota, 14/03/15).

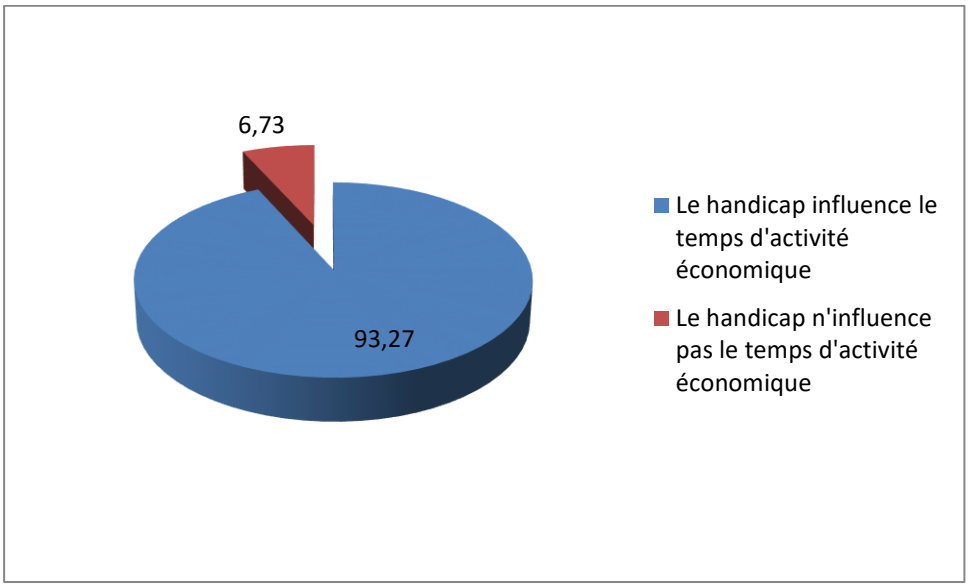
L'augmentation de dépense financière due à la présence du handicap est acceptée par tous les interviewés (100%). Ceux qui ont engagé de domestique ont non seulement évoqué les dépenses mais aussi les difficultés à trouver de bonnes domestiques pour pouvoir concilier présence du handicap et exercice de la profession (dans le cas où les deux parents sont des salariés). Certaines sages-femmes, pour limiter les cas de tuerie des enfants à infirmité motrice cérébrale par les parents du fait des dépenses financières qu'ils leur exigent, alertent les agents RBC juste à leur naissance.

Tous les répondants (100%) ont affirmé que **la présence du handicap pertube leurs relations**. Certaines femmes ont été abandonnées du fait de la présence du

handicap dans le foyer. D'autres sont tenues responsables de la présence du handicap et vivent le martyr à défaut d'être renvoyées. Les parents sont isolés à cause du handicap de leurs enfants. Ils sont accusés. Leur faute est d'avoir enfanté un «monstre». La fratrie du handicapé est aussi frappée du même sort. Les frères et sœurs du handicapé sont considérés comme porteurs du même gène.

Pour échapper à ces effets pervers de la présence du handicapé dans la famille, certaines stratégies sont développées par les parents. Etant donné que l'enfant handicapé est protégé par la loi, les pratiques de tuerie reconnues par la tradition ne sont plus permises car, le pouvoir des autorités traditionnelles avec l'avènement de l'administration moderne et son nouvel ordre social, s'est affaibli et ceci de façon notoire (Pliya, 1980). Cependant, une autre pratique insidieuse de tuerie consiste pour les parents soit à affamer les enfants porteurs de handicap soit à les abandonner en cas de maladie pour se débarasser d'eux à en croire les agents RBC interrogés. De telles pratiques interpellent l'Etat en charge de la protection de tous et surtout à respecter les principes de compensation des charges dues au handicap contenus dans la loi du 11 Février 2005. En dehors de l'Etat, il y a aussi les élus locaux qui, avec l'avènement de la décentralisation (2002) au Bénin sont responsables du développement à la base. Pourtant, dans les plans de développement des communes du Zou, aucune place digne n'est accordée aux handicapés. Les charges des enfants porteurs de handicap ne concernent que leurs parents qui à bout du souffle cherchent à se débarasser de leur chair malgré eux. Ces résultats obtenus, confirment les travaux éffectués par Manuel (2009) qui ont abouti à la conclusion que la présence du handicap influe négativement sur tous les membres de la famille. Nombreux sont les parents qui réduisent leurs activités économiques du fait de la présence d'enfant infirme moteur cérébral comme le montre le graphique suivant.

Graphique n° 5 : **Positions des parents au sujet de l'impact du handicap**



5-1-2- PRISE EN CHARGE PAR LES HANDICAPES EUX-MEMES

Les associations de personnes handicapées depuis plusieurs décennies déplorent le manque de volonté politique du gouvernement béninois. Elles mènent beaucoup d'actions sur le terrain et font preuve d'imagination pour faire évoluer leurs droits à leur pleine citoyenneté. Il leur avait été demandé dans les années 1990 de se fédérer pour avoir un interlocuteur valable face à l'administration. Ainsi sont nées la Fédération des Associations des Personnes Handicapées du Bénin (FAPHB) et la Fédération Handi Sport du Bénin (FHSB). Malheureusement, les espoirs n'ont pas été comblés, ces fédérations n'ont jamais vraiment bien fonctionné, leurs attentes ont été déçues, pas de subventions, ni local, ni ressources humaines etc.

En 1991, les responsables de la FAPHB ont élaboré avec la Direction des Affaires Sociales (DAS) d'alors, un projet de politique et de législation en faveur des personnes handicapées du Bénin, mais ce projet n'a jamais progressé. De même, en 1995, alors que la DAS dépendait du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, il avait été initié un protocole d'accord entre le gouvernement du Bénin et la fédération qui n'a également jamais vu le jour.

A ce jour, la FAPHB a mis en place des réseaux départementaux d'association de personnes handicapées dont elle renforce les capacités sur la sensibilisation à la

Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées. Ces réseaux départementaux sont aussi appelés à faire le plaidoyer envers les communes sur les normes d'accessibilité à respecter dans la construction des infrastructures socio-communautaires. C'est la raison d'être du RAPHZC c'est-à-dire Réseau des Associations des Personnes Handicapées du Zou et des Collines. Dans la perspective de leur intégration sociale, il est aussi né une association des scolaires et étudiants handicapés du Bénin (ASEHB) dont les activités principales consistent en la formation en entreprenariat, en informatique et en l'organisation des journées nationales des scolaires et étudiants handicapés.

Par ailleurs, il faut signaler que dans la commune de Bohicon, existe un groupement dénommé union fait la force des handicapés qui, refusant la mendicité, s'occupe du maraîchage depuis une vingtaine d'années. Les handicapés du Bénin espéraient aussi que le gouvernement leur accorderait un certains nombre d'avantage par rapport à l'emploi, la nomination à des postes de responsabilité, de conseillers.

Au regard des accords ratifiés, le gouvernement béninois a pu mener quelques actions dans le sens de l'amélioration des conditions de vie des handicapés.

5-1-3- PRISE EN CHARGE DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX PAR LE GOUVERNEMENT

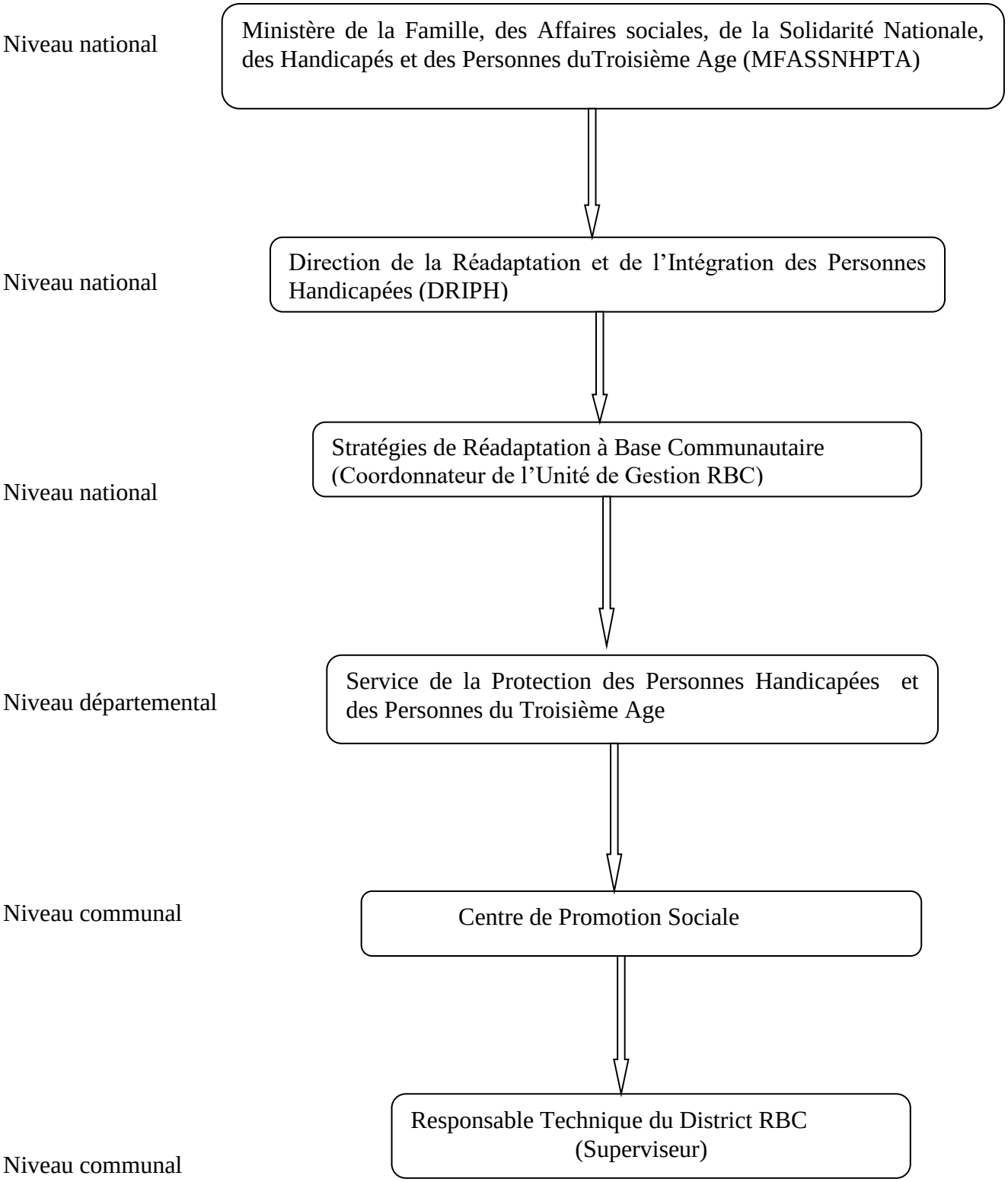
Actuellement, il n'existe que des points parcellaires relatifs aux droits des personnes handicapées dans la constitution du 11 Décembre 1990. L'avant-projet de loi portant Protection et Promotion des droits des personnes handicapées est encore intact à l'Assemblée Nationale. Il existe une Politique Nationale de Protection et d'Intégration des Personnes Handicapées (PNPIPH) dont le plan d'action réalisé en 2014, étudié et validé en 2015 par les différents acteurs du monde du handicap est en instance d'être introduit en Conseil des Ministres pour adoption du décret y afférent.

Cependant, compte tenu des engagements extérieurs pris au sujet des handicapés, le gouvernement a adopté une stratégie de prise en charge des handicapés dénommée ''Réadaptation à Base Communautaire (RBC)'', initiée par l'OMS dans les années 1970, une prise en charge des personnes handicapées dans la communauté et par la communauté. La réadaptation à base communautaire (RBC) est une stratégie de bon sens qui vise à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées. Ce but est

poursuivi en s'attachant à l'amélioration des services en leur faveur, de façon à satisfaire leurs besoins en leur assurant des opportunités plus équitables et par la promotion et la protection de leurs droits. Le but de la RBC est d'apporter un changement, de développer un système capable d'atteindre toutes les personnes handicapées qui en ont besoin et d'éduquer ainsi que d'impliquer le gouvernement et le public. La RBC devrait être soutenue dans chaque pays en utilisant un niveau de ressources réaliste et soutenable… » (Jadin, 2002).

A travers les définitions et descriptions ci-dessus, nous voyons que la RBC est un outil à la portée des pays en développement comme le Bénin, caractérisés par le manque de ressources et de personnels spécialisés. Afin qu'elle soit respectée, il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour que la personne handicapée puisse jouir de ses droits les plus élémentaires telle que l'éducation. C'est ainsi que depuis 1989 où elle s'est implantée au Bénin sous la tutelle du ministère de la famille, elle a priorisé l'éducation intégrée. En 2015, on compte quarante six (46) districts RBC. Au Bénin, la RBC est structurée comme suit :

Figure N°2 : Structure de la RRC au Bénin



Source **: Terrain 2015**

Dans cette hiérarchisation, le travail de terrain se fait au niveau communal sous la supervision du responsable technique de district RBC.Un comité est formé, composé des représentants de tous les acteurs : personnes handicapées, organisations non gouvernementales, organisations des jeunes, les confessions religieuses, les organisations des femmes, les parents des handicapés, les enseignants, les artisans d'après les propos recueillis auprès des interrogés. Le comité siège mensuellement pour suivre l'évolution des activités prévues dans l'année. Le comité est autonome dans sa gestion et ne peut bénéficier que de l'encadrement technique de la part du responsable RBC. Cette autonomie pousse parfois les membres du comité à usurper des attributions du responsable RBC amenant souvent des conflits défavorables à la bonne marche du système.

Théoriquement, les activités à mener par le comité sont définies:

- identifier les problèmes et les besoins ;
- mettre en relation les problèmes avec les facteurs limitants et les facteurs modifiables et les facteurs modifiables ;
- définir les problèmes-cibles et les moyens que l'on vise, sélectionner les mesures appropriées ;
- planifier, mettre en œuvre et coordonner les interventions ;
- évaluer les résultats (Version remaniée du cycle de la réadaptation).

Mais dans la pratique, les rencontres mensuelles et mêmes annuelles souffrent de beaucoup d'absences et de négligences car, elles ne sont pas motivées (les participants n'ont officiellement droit à aucun sou) selon les questionnés. Dans la logique de ponction pécuniaire, ces acteurs développent des stratégies d'absence aux rencontres afin d'atteindre leurs intérêts.

L'une des principales activités du superviseur RBC est le rétablissement ou la compensation de la perte fonctionnelle chez les handicapés.

5-1-3-1- PRISE EN CHARGE SANITAIRE : LA REEDUCATION FONCTIONNELLE DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX

La rééducation fonctionnelle vise à rétablir ou à compenser la perte fonctionnelle, ainsi qu'à prévenir ou ralentir la dégradation fonctionnelle dans tous les

aspects de la vie d'une personne.Les thérapeutes en rééducation fonctionnelle et réadaptation comprennent les ergothérapeutes, les orthésistes, les physiothérapeutes, les prothésistes, les psychologues, les auxiliaires de réadaptation et assistants techniques, les travailleurs sociaux, les orthophonistes.

Les mesures de rééducation fonctionnelle englobent :

- des mouvements, des exercices et des stratégies de compensation ;
- des mesures éducatives ;
- du soutien et des conseils ;
- des aménagements de l'environnement ;
- la mise à disposition de ressources et d'aides techniques. Les photos ci-dessous présentent quelques étapes de la rééducation fonctionnelle dans les centres RBC.

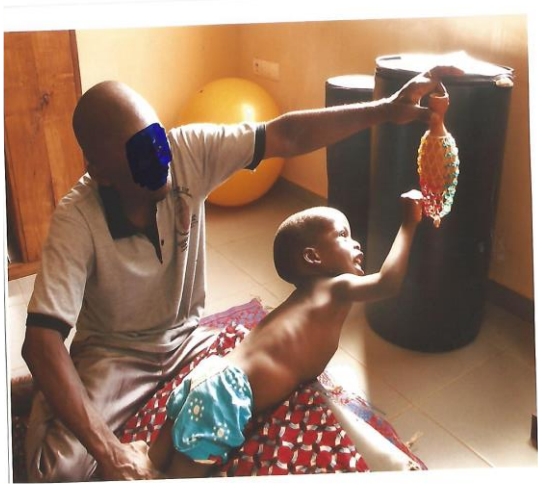
Photo 5 : rééducation des articulations



Cette photo présente un agent RBC en pleine séance de rééducation. Il s'agit pour lui ici de faire travailler les articulations du handicapé pour éviter la rétraction des membres et le durcissement des articulations.

Source : **Zingbè, Zakpota, 2015**

Photo 6: rééducation de la colonne vertébrale



Ici, il est question d'amener le handicapé par des moyens à redresser la colonne vertébrale qui du fait du statisme de l'enfant, peut subir des déformations.

Source **: Zingbè, Zakpota, 2015**

Photo 7 : Apprentissage du rampement



Cette photo montre un infirme moteur cérébral s'exerçant à ramper.Cette activité est une étape de la rééducation.

Source : **Zingbè, Zakpota, 2015**

Dans cette perspective, il est demandé aux parents de handicapé, un frais d'inscription qui varie de deux cents francs (200F) à deux mille francs (2000F) selon les districts RBC. Ainsi, les superviseurs RBC prennent en charge la rééducation des handicapés de façon hebdomadaire. Ils disent avoir les compétences pour faire face à la rééducation fonctionnelle sauf le rôle des psychologues. Il est vrai que les médecins qui disposent de compétences particulières en réadaptation médicale (La médecine de réadaptation vise à améliorer le niveau fonctionnel d'un individu par le diagnostic et le traitement de ses problèmes de santé, à réduire ses déficiences et à prévenir ou traiter

les complications) sont les médecins de rééducation fonctionnelle, les spécialistes de la réadaptation ou les médecins de médecine physique et de réadaptation. Ces médecins se font aider parfois d'autres spécialistes tels que les psychiatres, les pédiatres, les gériatres, les ophtalmologues, les neurochirurgiens et les chirurgiens orthopédiques, ainsi qu'un large éventail de thérapeutes (kiné/ergothérapeutes, orthophonistes…).

Mais, les superviseurs RBC pensent qu'ils n'ont rien à envier à ces spécialistes (les médecins de rééducation fonctionnelle). Dans leur mission, les superviseurs RBC font appel à des non-spécialistes, tels que les volontaires du fait du grand nombre de cas à gérér et de la vétusté des motos de service. Ces non-spécialistes aident les responsables techniques dans leur rôle car, la réadaptation repose sur un continuum de soins allant des soins à l'hôpital à la réadaptation à base communautaire, en vue de l'amélioration de l'état de santé des handicapés. La réadaptation diminue les coûts en raccourcissant les hospitalisations, en réduisant le handicap, améliorant ainsi la qualité de vie. Elle n'est pas forcément onéreuse. C'est ce qui justifie l'intervention des volontaires sans lesquels le superviseur RBC ne peut réussir seul sa mission. Ils s'occupent généralement des handicapés qui résident à proximité de leur domicile. Les aides des responsables RBC dans la logique du gain financier dramatisent la situation du handicapé afin d'obliger ses parents à demander de l'aide. Ces derniers dans la logique d'obtention de la satisfaction utilisent la stratégie corruptive pour atteindre leurs intérêts. Curieusement, les parents de handicapé en général, sont démunis et ne peuvent faire face aux besoins des handicapés. L'Etat béninois conscient de cette situation, a pris des engagements.

5-1-3-2- LA GESTION DE L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ETAT BENINOIS DANS LE PROCESSUS DE L'INTEGRATION SCOLAIRE DES ENFANTS A INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE

Depuis 2009, il est institué un fonds d'un milliard de francs CFA (1.000.000.000F) par le gouvernement Béninois uniquement pour les questions des handicapés. Les autorités de l'ex Ministère de la Famille, des Affaires sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes du Troisième Age (MFASSNHPTA) ont déclaré que l'Etat n'a jamais déboursé le milliard de francs CFA annoncé publiquement au profit des handicapés. Elles expliquent que les responsables

du Ministère de l'Economie et des Finances ont trouvé que c'est du gaspillage que de donner un milliard de francs CFA aux handicapés étant donné qu'ils ne produisent rien. Le milliard de francs est donc ramené à trois cent millions (300.000.000 F CFA) dans lesquels la structure en charge de sa gestion opère les appuis suivants :

1- appui à la scolarisation (enseignement primaire et secondaire) ;
2- appui à l'Education (Universitaire) ;
3- appui à la formation professionnelle ;
4- appui à l'installation ;
5- appui aux soins ;
6- appui aux activités génératrices de revenus ;
7- appui en aides techniques.

Les besoins d'aide (technique comme financier) sont pris en compte dans ce fonds compensatoire des charges supplémentaires des parents induites par le handicap de l'enfant. Selon les informateurs, il arrive parfois que le handicapé soit dans le besoin d'une aide technique[6]. Beaucoup de handicapés en ont besoin pour leur scolarisation. Mais, il semble que les besoins des bénéficiaires sont restés presque non satisfaits.

En effet, selon les responsables de la réadaption à base communautaire (RBC), intermédiaires entre les personnes handicapées et les autorités en charge de la gestion du fonds annuel alloué, l'aide financière accordée par district c'est-à-dire centre de réadaptation ne dépasse pas soixante-quinze mille francs (75.000FCFA). Dans cette même enveloppe financière, les parents des bénéficiaires sont financés pour les activités génératrices de revenus afin d'entretenir le handicapé sur le plan alimentaire. Contrairement à ce dont l'aide financière est destinée, les parents dépensent cette somme à d'autres fins. Très souvent, ce sont les hommes qui s'emparent de la maigre enveloppe financière en tant que chefs du ménage et la dilapident. En milieu traditionnel fon, c'est l'homme qui est le chef de ménage et a droit d'influence sur la femme. Ce statut de l'homme fait que les mères se trouvent dépossédées du fruit de

6- Une aide technique peut être définie comme tout instrument, appareil, équipement ou produit, acheté dans le commerce, modifié ou personnalisé, qui sert à accroître, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles d'une personne handicapée (quelques exemples d'aides techniques courantes : béquilles, prothèses, orthèses, fauteuils roulants et tricycles pour les personnes à mobilité réduite). Les aides techniques se révèlent de puissants outils pour améliorer l'autonomie et la participation de l'utilisateur dès lors qu'elles sont adaptées à ses besoins et à son environnement.[6]

leurs propres efforts. Elles veulent être bien vues non seulement par leur époux mais aussi par leur belle famille car, selon la tradition fon la vraie épouse doit se soumettre à son époux et lui porter les aides en cas de besoin. Les besoins d'aide technique (tricycle, prothèse, béquille...) exprimés, sont pris en compte de façon très insignifiante (moins de 10%). Dans tous les cas, à en croire les interviewés, tous les besoins satisfaits (financier, technique) cumulés par commune ne dépassent pas cinq cent mille francs (500.000f CFA).

En dehors de cette diminution suicidaire de l'assistance financière accordée aux handicapés, les interrogés ont évoqué le problème des volontaires. Ces derniers sont formés par les responsables de la RBC pour les suppléer dans leur localité s'agissant des exercices d'adaptation ou de rééducation. Ils se déplacent de maison en maison, de quartier en quartier, en mettant du carburant dans leurs motos et en abandonnant leur travail pour la rééducation des enfants à infirmité motrice cérébrale. Leur rôle est très important car, selon les interlocuteurs, plus la rééducation est régulière, plus les organes rééduqués s'adaptent. Pourtant, ils ne perçoivent rien dans la somme accordée aux handicapés pour améliorer leurs conditions de vie. Ce désintéressement pourrait non seulement les pousser à abandonner le travail, mais aussi les amener à gruger les parents de handicapé déjà ruinés par le handicap. Les interrogés ont voulu que dans l'enveloppe financière octroyée annuellement aux handicapés par le gouvernement, un geste de motivation puisse être fait à leur endroit pour le bonheur des bénéficiaires.

Ils fustigent cette gestion opaque du montant octroyé chaque année aux handicapés par un comité formé au sommet (niveau national), mais ils ne peuvent le dire car, ils craignent les sanctions (obéissance au supérieur dans la relation administrative). Ces acteurs au niveau du sommet dans leur logique de gain financier illicite, développent des stratégies d'intimidation, d'absence de communication ou de reddition des comptes. De même, les responsables RBC dans le souci du gain financier utilisent des stratégies de non reddition des comptes aux bénéficiaires. Ils se passent aussi pour des ‘‘sauveurs’’ des parents de handicapé à qui ceux-ci ne doivent pas de reproches. La position des responsables Rbc à la base les oblige à se soumettre et à s'adapter aux conditions infligées. Il en est de même pour les handicapés qui, dans le système, n'ont pas de force pour s'imposer. Dans la gestion de la RBC, on constate à

la lumière de l'analyse stratégique de Crozier (1977) que les superviseurs de la RBC sont influencés par les responsables au sommet. C'est aussi le cas entre les parents de handicapé et les aides des superviseurs RBC, les superviseurs RBC mêmes. Dans ces conditions, la prise en charge peut-elle être bénéfique aux enfants porteurs de handicap ? Car, comme l'a souligné Gautheron (1999), l'objectif final de la prise en charge est d'amener l'enfant à l'âge adulte avec un projet de vie autonome, dans une situation médico-chirurgicale et psychique stabilisée voire améliorée. Mais il ne s'agit là que de la prise en charge sanitaire. Qu'en est-il pour la prise en charge scolaire des handicapés par le gouvernement ?

5-1-3-3 - PRISE EN CHARGE SCOLAIRE DES HANDICAPES PAR LE GOUVERNEMENT

Dans le souci de promouvoir la scolarisation des handicapés, plusieurs actions sont menées par le gouvernement comme la création de la Direction de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées (DRIPH) ayant à sa tête une personne handicapée. En le faisant, le gouvernement a permis que les préoccupations des handicapés soient bien défendues par un concerné. En respect à l'Article 1 de la loi N° 2003-17 du 11 Novembre 2003, le Plan Décennal de Développement du Secteur Educatif 2006-2015 (PDDSE) et le PAN/EPT, selon les autorités rencontrées ont tenu compte de l'éducation des enfants et jeunes en situation de handicap à travers l'éducation des enfants ayant des besoins éducatifs spéciaux pour honorer les engagements pris face à la communauté internationale à Salamanque en Espagne en 1994 et à Dakar au Sénégal en 2000. La création d'un service à la DEP chargé de la formation permanente et de l'intégration scolaire des handicapés est une concrétisation de la prise en compte des handicapés dans le Plan Décennal de Développement du Secteur Educatif.

Il en est de même pour la prise d'un décret autorisant certains élèves à passer le CEP dans des conditions particulières liées à leur handicap. Dans la même ligne, il y a eu élaboration de modules de formation sur l'intégration scolaire pour les Ecoles Normales Intégrées (ENI) pour familiariser les enseignants futurs à la gestion des handicapés. Les dépenses supplémentaires des parents sur les handicapés sont prises en charge à travers l'institutionnalisation en 2009 d'un fonds d'un milliard de francs CFA annoncé par le Chef de l'Etat mais réduit à 300000000 CFA. Ceci a suscité

beaucoup d'émoi de la part de certains interrogés pour qui cela peut constituer un bon départ pour la prise en compte des problèmes liés au handicap dans le budget national. D'autres initiatives sont également prises pour l'amélioration des conditions de vie des handicapés en général et des infirmes moteurs cérébraux en particulier. Il s'agit de la recherche de partenariats pour mieux s'occuper des questions de l'éducation. Parmi ceux-ci, figure le Danemark. Avec lui, le Bénin s'est mis en coopération pour une expérimentation de l'intégration scolaire des handicapés à travers un Programme d'Appui au Secteur Educatif au Bénin (PASEB). Quelles sont les actions qui ont été menées dans le sens de cette coopération?

➢**L'apport du Programme d'Appui au Secteur Educatif au Bénin (PASEB)**

Dans la quête de scolarisation de leurs enfants handicapés, les parents sont confrontés au refus des enseignants de les accepter. Cependant, les handicapés parrainés par le PASEB sont acceptés du fait de la motivation financière de l'enseignant pour les travaux supplémentaires. A ce jour, les positions sont mitigées sur le respect des engagements du PASEB. Certains interrogés disent qu'au début du programme, la prise en charge scolaire des handicapés n'est que partielle et presque insignifiante. D'autres, contrairement, louent les actions du PASEB et affirment que c'est vers la fin de l'appui du Danemark que les aides ont commencé à diminuer. Dans tous les cas, après le retrait du Danemark, le Bénin a noué un autre partenariat dénommé Fonds Commun Budgétaire-Partenariat Mondial de l'Education (FCB-PME) pour la poursuite du Programme. Cette structure avec des moyens financiers plus réduits que le Danemark s'occuperait des charges financières de l'intégration scolaire des enfants handicapés. Les enfants choisis bénéficient de certains avantages car tous les enfants handicapés ne sont pas pris. Nombreux sont ceux qui sont d'ailleurs laissés à la charge de leurs parents.du fait de manque de moyens financiers. Les choix sont souvent portés sur les enfants sourds et à infirmité motrice cérébrale. Dans ces conditions où l'offre dépasse la demande c'est-à-dire qu'il y a plus d'enfants handicapés qu'on en veut, les parents se voient contraints de corrompre les sélectionneurs (agents RBC). Cependant, en ce qui concerne les handicapés, les résultats scolaires présentés le vendredi 29 juillet 2016 au siège du volet ISEH/PASEB

à Bohicon par chaque acteur de terrain sur les enfants qu'il a suivis durant cette année scolaire ne sont pas encourageants. Ils se résument dans les tableaux suivants :

Tableau 11: Résultats scolaires des handicapés parrainés par le PASEB dans le zou

N°	Communes	Cours Primaire			
		Succès	**Reprise**	**Abandon**	**Nombre total**
01	Abomey	01	03	00	04
02	Agbangnizoun	00	01	00	01
03	Bohicon	04	02	00	06
04	Covè	00	04	00	04
05	Djidja	04	04	00	08
06	Ouinhi	03	03	00	06
07	Za-Kpota	02	09	00	11
08	Zangnanado	03	07	00	10
09	Zogbodomey	01	00	00	01
Total		18	33	00	51
Pourcentage		35,29%	64,71%	0,00%	100%

Source : **DEP/MEMP**

La lecture du tableau ci-dessus permet de dire que la majorité des handicapés ont connu d'échec pour le passage en classe supérieure. Cet échec aurait été plus écrasant s'il s'était agi uniquement des enfants à infirmité motrice cérébrale car, selon les interrogés, ces résultats concernent tous les types de handicap. On a pu constater aussi qu'il n'y a eu aucun abandon dans le rang des enfants pris en charge durant l'année scolaire 2015-2016. Cela suppose que tous les acteurs concernés par la scolarisation des handicapés ont veillé à leur présence à l'école.

Tableau 12: Résultats au CEP 2016 des enfants handicapés Parrainés par le PASEB dans le zou

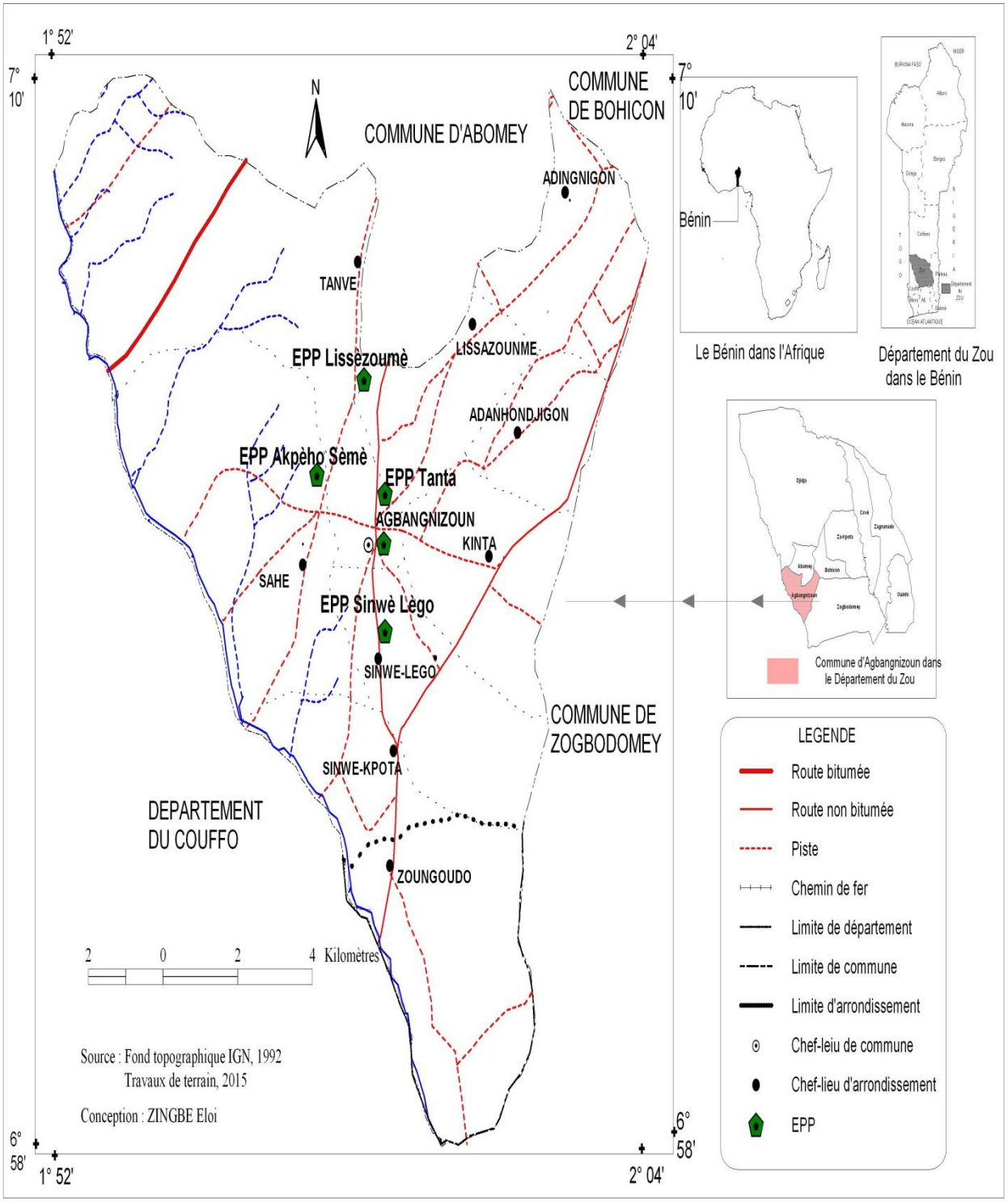
N°	Communes	Résultats CEP 2016		
		Ayant composé	Succès	Echecs
01	Abomey	02	00	02
02	Agbangnizoun	00	00	00
03	Bohicon	02	00	02
04	Covè	03	00	03
05	Djidja	00	00	00
06	Ouinhi	04	02	02
07	Za-Kpota	05	00	05
08	Zangnanado	01	00	01
09	Zogbodomey	01	01	00
Total		18	03	15
Pourcentage		100%	16,67%	83,33%

Source : **DEC/MEMP**

Ces résultats présentés ne sont pas spécifiques aux infirmes moteurs cérébraux mais regroupent tous les types de handicapés. Cependant, ils sont catastrophiques au regard des statistiques présentées dans le tableau ci-dessus. Les quelques succès mentionnés pourraient être dus à la nature du handicap c'est-à-dire que le handicap peut ne pas empêcher le porteur de lire, comprendre, écrire, réfléchir….

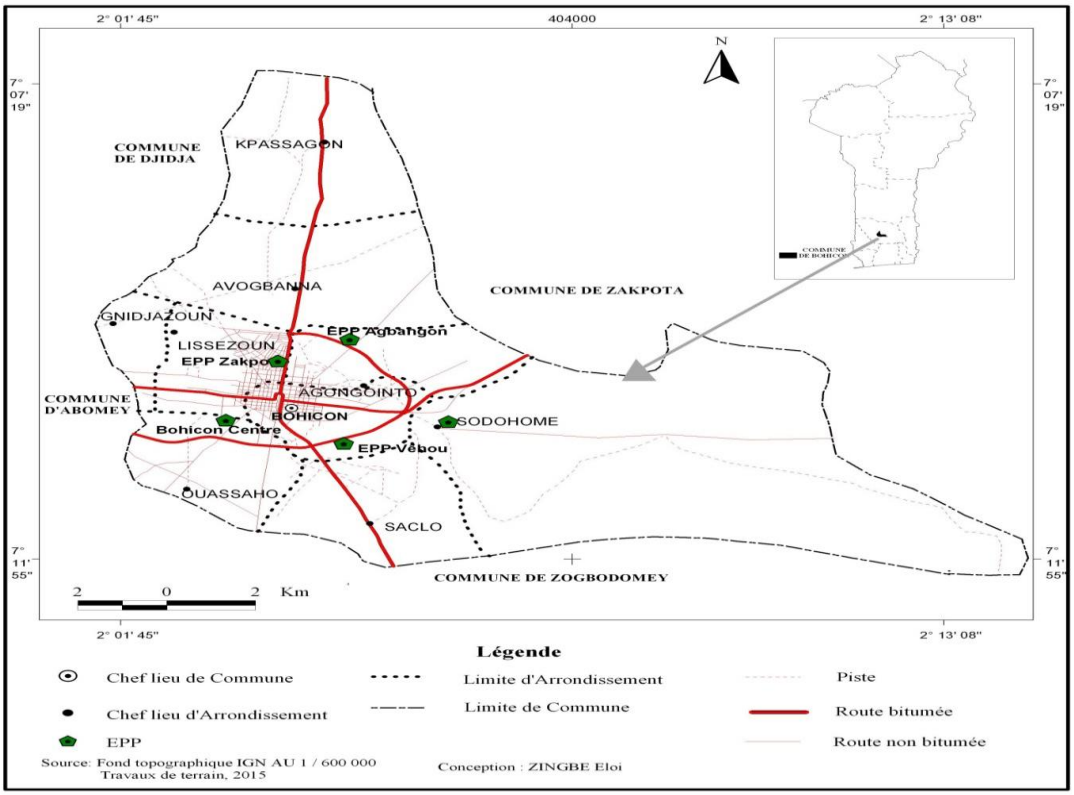
Dans le souci de voir spécifiquement les difficultés des infirmes moteurs cérébraux en milieu scolaire ordinaire, il a été initié une étude de cas de quelques écoles dans trois communes du Zou. Les cartes ci-dessous présentent non seulement ces écoles mais permettent aussi de les localiser dans les communes.

Carte n°2: Les écoles parcourues dans la commune d'Agbangnizoun



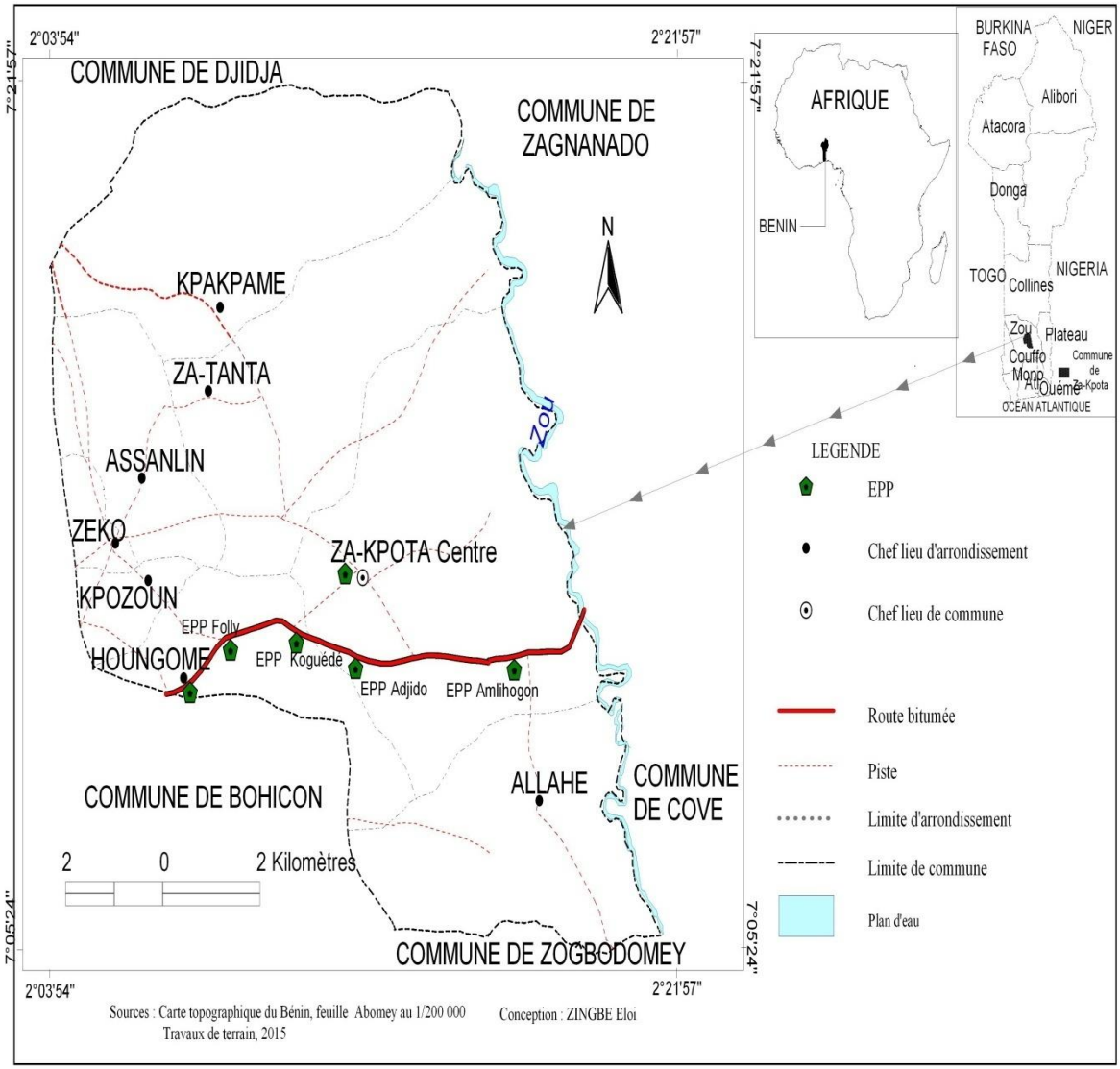
Dans la commune d'Agbangnizoun, cinq écoles primaires publiques ont été parcourues : Agbangnizoun centre, Akpèho-sèmè, Lissazounmè, Sinwé-lègo, Tanta.

Carte n°3 : Les écoles parcourues dans la commune de Bohicon



Dans la commune de Bohicon, des écoles primaires publiques ont été également parcourues. Il s'agit des écoles primaires primaires publiques : Bohicon centre, Zakpo, Agbangon, Sodohomè, Vèhou.

Carte n°4 : Les écoles parcourues dans la commune de Zakpota



Les écoles primaires publiques de la commune de Zakpota qui ont été parcourues sont : Amlihogon, Adjido, Houngomè, Koguédé et Zakpota –centre.

Le tableau ci-dessous présente la situation du taux de scolarisation des enfants handicapés dans ces écoles.

TABLEAU 13: Effectifs des enfants IMC et normaux dans quelques écoles d'Agbangnizoun, de Bohicon et de Zakpota

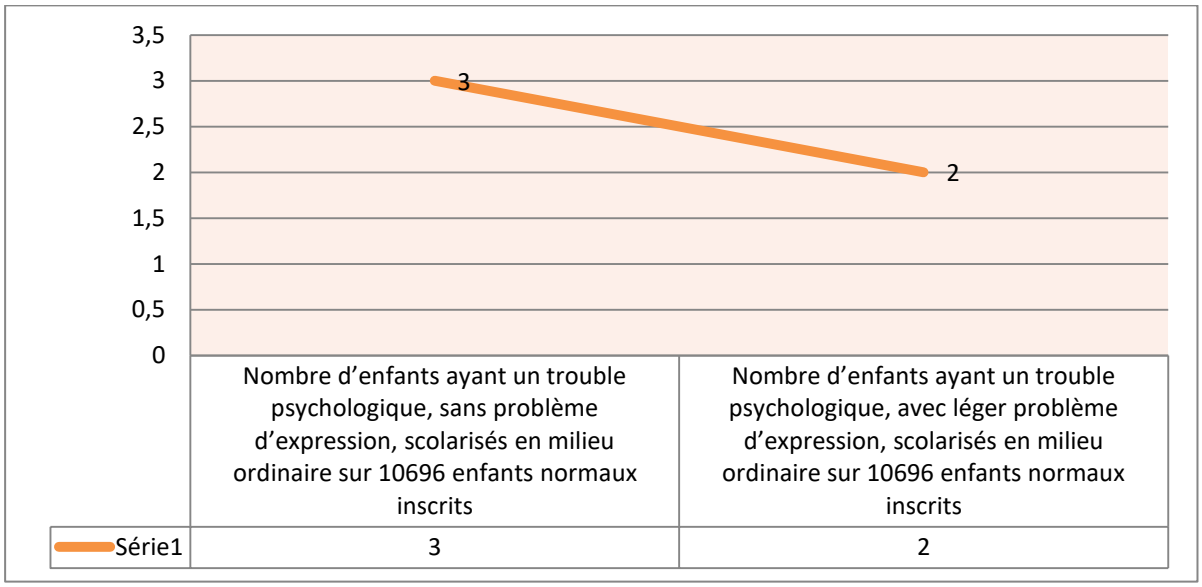
Communes	Ecoles primaires publiques	Nombre d'enfants ayant un trouble psychologique, sans problème d'expression, scolarisés en milieu ordinaire. (préhension facile)	Nombre d'enfants ayant un trouble psychologique, avec léger problème d'expression, scolarisés en milieu ordinaire. (préhension facile)	Effectifs des élèves normaux	Effectifs d'enfants IMC enregistrés dans les centres de réadaptation
Agbangnizoun	EPP Agbangnizoun Centre	00	00	883	24
	EPP Akpèho-Sèmè	00	00	559	
	EPP Lissazounmè	01	00	1040	
	EPP Sinwé-Lègo	00	01	314	
	EPP Tanta	00	00	439	
Bohicon	EPP Bohicon-centre	01	01	1278	63
	EPP Zakpo	00	00	1021	
	EPP Agbangon	00	00	793	
	EPP Sodohomè	00	00	1104	
	EPP Vèhou	00	00	950	
Zakpota	EPP Amlihogon	00	00	136	75
	EPP Adjido	00	00	356	
	EPP Houngomè	00	00	419	
	EPP Koguédé	00	00	579	
	EPP Zakpota-centre	01	00	825	
Total		03	02	10696	162

Source **: Données de terrain 2015**

Deux catégories d'enfants à infirmité motrice cérébrale observés dans le tableau ci-dessus : enfants ayant un trouble psychologique, sans problème d'expression,

(préhension facile) et enfants ayant un trouble psychologique, avec léger problème d'expression, (préhension facile). L'effectif de la première catégorie de handicapé est trois (03), celui de la deuxième est de deux (02). Mais, l'effectif le plus petit dans les écoles prospectées est de cent trente six (136) et le plus grand au nombre de mille quarante (1040).Globalement, sur dix mille six cent quatre-vingt seize (10696) écoliers normaux, on retrouve cinq (05) écoliers à infirmité motrice cérébrale. Cependant, les enfants à infirmité motrice cérébrale identifiés dans les communes prospectées sont au nombre de cent soixante deux (162). Il y a donc une absence presque totale des enfants à infirmité motrice cérébrale dans le milieu scolaire ordinaire. Le graphique suivant illustre encore mieux la situation.

Graphique n°6 : **Effectifs des Enfants handicapés inscrits dans les écoles ordinaires propectées dans Agbangnizoun, Bohicon et Zakpota sur 10696 enfants normaux inscrits**



De la lecture des données des tableaux 11, 12 et surtout 13, on peut dire que les infirmes moteurs cérébraux sont presque absents en milieu scolaire ordinaire. Après avoir constaté la faible fréquentation du milieu scolaire par les infirmes moteurs cérébraux, il importe de voir leurs résultats dans ce milieu. Les tableaux ci-dessous résument les résultats des types d'infirme moteur cérébral identifiés.

Tableau14: Evolution scolaire d'enfants ayant un trouble psychologique, sans problème d'expression

Désignation	Nombre de redoublements						Scolarité
	CI	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	
A	00	01	02	01	01		8ans
B	00	01	02	02			10ans
C	00	02	03	02			11ans

Source **: Données de terrain 2015**

A mesure que le handicap s'alourdit, les difficultés s'accroissent selon les résultats présentés dans le tableau ci-dessous.

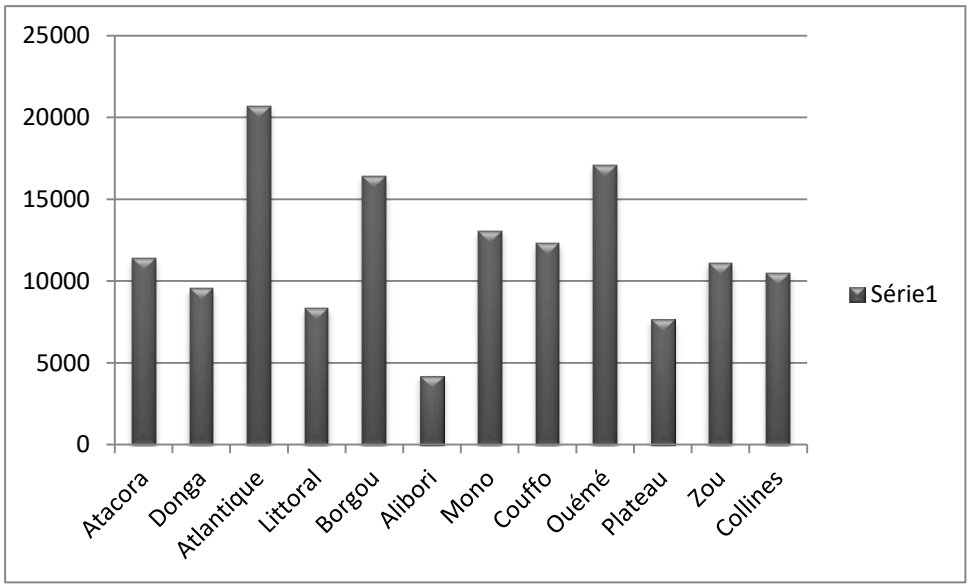
Tableau15 : Evolution scolaire d'enfants ayant un trouble psychologique, avec problème d'expression

Désignation	Nombre de redoublements						Scolarité
	CI	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	
X	00	03					5ans
Y	00	03	04				10ans

Source : **Données de terrain 2015**

Pour ne pas tirer la conclusion hâtive de ce que l'évaluation scolaire en milieu ordinaire serait l'une des difficultés d'intégration des infirmes moteurs cérébraux, il est important de comparer les taux de redoublement chez les normaux avec ceux des handicapés. Les graphiques ci-dessous traduisent les redoublements des années scolaires : 2006- 2007, 2008-2009, 2009-2010 et 2012- 2013. (Voir tableaux 16, 17, 18, 19 dans l'annexe1).

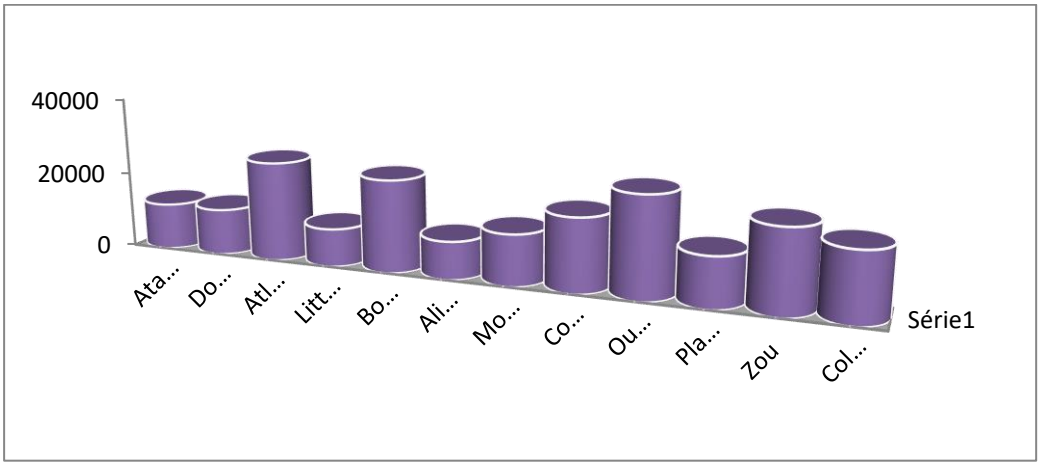
Graphique N°7 : **Evolution par département des redoublants de l'année 2007 au Bénin**



Source : **Données de l'annuaire statistique MEPS 2006-2007**

Le nombre de redoublement en année scolaire 2006-2007 dans les douze départements du Bénin va de 4208 à 20668. Le nombre de redoublants au Bénin en cette année est de 142251 sur un effectif de 1290602 soit 11% des inscrits.

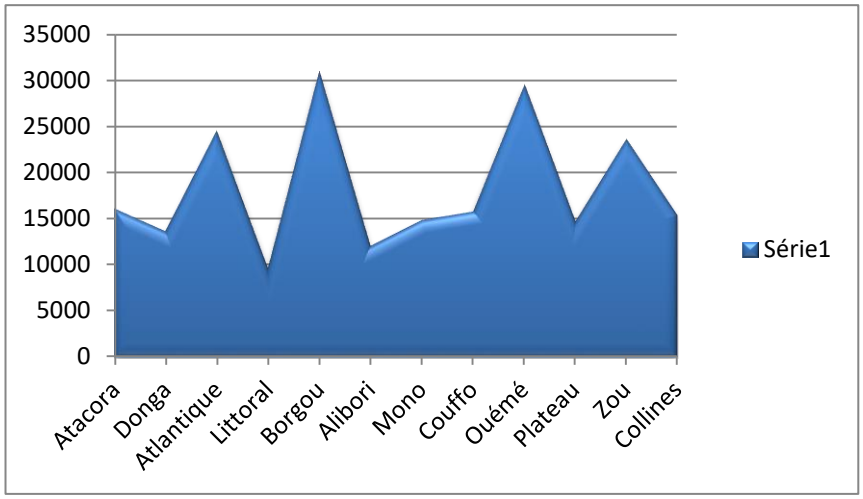
Graphique N°8: **Evolution par département des redoublants de l'année 2009 au Bénin**



Source : Données l'annuaire statistique MEMP de l'année 2009

En 2009, le nombre a oscillé entre 9950 et 26298 dans les départements. Le Bénin a enregistré 206179 redoublants soit 12% des inscrits.

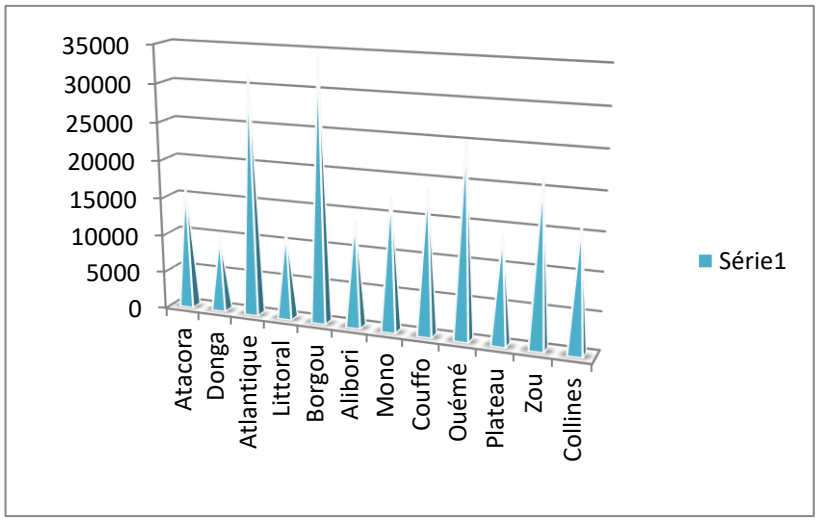
Graphique N°9: **Evolution par département des redoublants de l'année 2010 au Bénin**



Source : **Données l'annuaire statistique MEMP de l'année 2010**

A propos de l'année scolaire 2009- 2010, ce nombre est allé de 9695 à 31028 au niveau des départements. Dans tout le pays, on a obtenu 221497 redoublants avec 1551995 inscrits soit 14% de l'effectif.

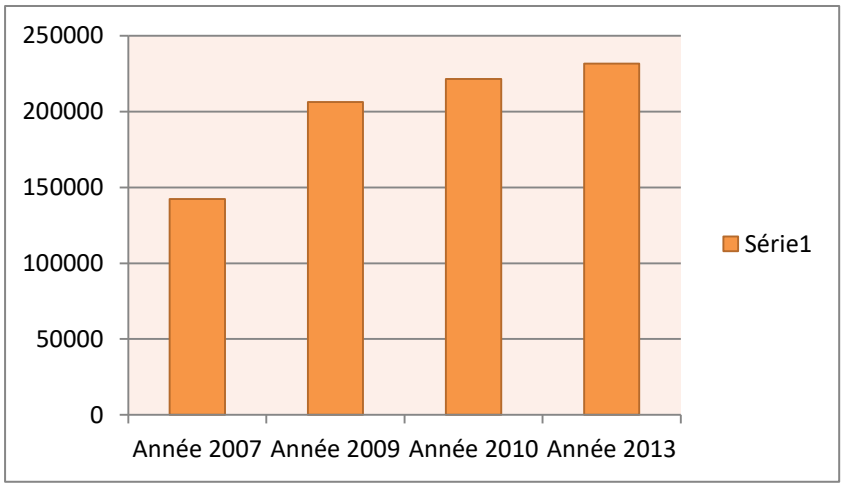
Graphique N°10: **Evolution par département des redoublants de l'année 2013 au Bénin**



Source : **Données l'annuaire statistique MEMP 2012-2013**

S'agissant de l'année scolaire 2012-2013, le nombre de redoublants a varié de 9760 à 34228 dans les départements. Dans l'ensemble du pays, on a 231614 redoublants ou 14% des inscrits.

Graphique N°11 : Evolution par année des redoublants au Bénin



Source : **Données des annuaires statistiques de 2007, 2009, 2010, 2013**

Les taux de redoublants sur ces années scolaires citées en haut sont inférieurs ou égaux à 14%. Après la description de la prise en charge scolaire des handicapés par le gouvernement béninois, il en suit les stratégies développées par agents RBC et parents d'enfants handicapés pour atteindre leurs objectifs.

➢Le complot entre parents de handicapé et superviseurs RBC : vers une captation pécuniaire du handicap

Dans le processus d'intégration scolaire de l'enfant porteur du handicap, les fournitures scolaires, le petit déjeuner et même les soins de santé sont pris en charge par le PASEB. Dans la logique de ponction pécuniaire, les responsables RBC dramatisent la maladie du handicapé pour atteindre leurs intérêts. Etant donné qu'ils ont l'information, ils gardent le pouvoir sur les parents d'enfants handicapés.

En effet, les frais engagés dans le traitement médical du handicapé sont remboursés intégralement par le PASEB sur présentation des papiers justificatifs. Or,

l'intermédiaire des parents du handicapé et le PASEB est bien sûr le responsable technique de district RBC. Ce dernier, de connivence avec l'agent soignant, avec tout ce que cela comporte comme surfacturation, rassemble les pièces justifiant le traitement de l'enfant qu'il remet au PASEB. Le PASEB rembourse les parents du handicapé et ces derniers se retrouvent avec le responsable de district RBC pour le partage du butin. Les parents dont les enfants sont pris en charge par le PASEB sont normalement des parents démunis. Le responsable de district a donc de l'ascendant sur eux. Les parents ne peuvent que se contenter de ce qui leur est remis car les superviseurs RBC sont à leurs yeux les "sauveurs". A ce niveau aussi, les parents de handicapé sont influencés par les superviseurs RBC.

Malgré les vingt six (26) ans d'existence de la RBC au Bénin en 2015, beaucoup de personnes ignorent tout de ce programme. Il est alors utile de savoir ce que pensent les populations par rapport à la sensibilition par les responsables RBC sur le handicap.

5-1-3-4- POINTS DE VUE DES PARENTS CONCERNANT LA SENSIBILISATION SUR LE HANDICAP

Le manque de sensibilisation, l'éloignement du centre d'accueil sont les constats sur lesquels les interrogés ont porté des critiques. Les personnes interrogées (65 sur 104 soit 62,5%), ont déploré l'absence d'agents de santé capables de diagnostiquer tôt le handicap afin qu'on puisse empêcher son développement. La majorité de celles-ci, 91 sur 104 soit 87,5%, ont déclaré ne pas savoir à temps où se rendre avec leurs enfants pour un suivi digne de ce nom. Les interrogées ont ajouté que le manque d'information sur le centre d'accueil ou mieux le retard accusé avant la découverte du centre RBC, a fait que le handicap a eu le temps de s'enraciner.

5-1-3-4-1- LES DECLARATIONS SUR LE MANQUE DE SENSIBILISATION

La sensibilisation se fait à travers les masses médias : la radio, la télévision et à travers les affiches, les rencontres, de même que les personnes ayant une grande mobilité comme les « Zemidjans ». Mais les moyens ne permettent pas d'utiliser tous ces canaux de vulgarisation pour la sensibilisation des parents ayant à charge des enfants handicapés selon un agent de la RBC. Selon ce dernier, on fait ce qu'on peut. Cette déclaration corrobore les propos d'une mère : « *Mon enfant a trainé son*

handicap pendant dix ans. C'était l'une de mes amies qui de passage dans ma maison me proposait de l'amener au centre de promotion sociale. C'est à partir de là que j'ai su qu'il y a un centre où on peut amener les handicapés. Pourtant nous avons un poste radio que nous allumons tous les jours. On a rien appris sur l'existence d'un centre de réadaptation à base communautaire. Si j'étais vite informée, peut être ma fille ne serait pas dans cet état et serait déjà scolarisée a- t- elle conclu. (Madame F.R, mère de 54ans, Djidja, 17/02/2015).

Une autre mère plus marquée raconte : « *Nous vivons dans la ferme, loin des infrastructures de l'Etat. Mais nous sommes aussi enfants de ce pays. S'il était agi du vote pour la députation ou pour la présidentielle, ils auraient tout fait pour nous atteindre. C'est nous les parents d'enfants handicapés qui avons seulement de problèmes. Je ne savais rien du centre RBC et même là où il se trouve. C'est un enseignant qui au cours d'une visite, nous a expliqué qu'on peut lui trouver une solution dans un centre de réadaptation*. (Madame M.J, mère de 49ans, Djidja, 17/02/15) ». Les parents de handicapé regrettent le retard mis pour commencer à faire soigner leurs enfants. Ce sentiment est justifié par le fait que, plus la réadaptation commence tôt, plus elle permet d'atteindre de meilleurs résultats fonctionnels pour la quasi-totalité des problèmes de santé associés au handicap. L'efficacité de l'intervention précoce est particulièrement sensible pour les enfants qui présentent ou risquent de présenter un retard de développement, et il a été démontré qu'elle améliorait les acquis sur le plan de l'éducation et du développement.

Ces propos des parents de handicapé montrent que la sensibilisation par rapport à la prise en charge du handicap par l'Etat n'est pas encore une chose satisfaisante. Cela interpelle les agents de la RBC en charge d'une telle opération. Malgré les raisons évoquées pour justifier le manque de sensibilisation de la population, il est à noter que sans cette opération, la volonté de l'Etat à réduire la pauvreté des parents ayant des enfants handicapés ne serait que du leurre.

5-1-3-4-2- L'ELOIGNEMENT DU CENTRE D'ACCUEIL

L'éloignement du centre d'accueil des handicapés constitue un grief principal que les personnes interviewées ont formulé contre l'Etat, (99 sur 104 ou 95,19%).

Tous ont évoqué le problème de déplacement. Ceux qui sont dans les rayons de moins de dix kilomètres se plaignent également en insistant sur le manque de moyens financier. Il est vrai que sur les neuf communes du département du Zou, il ya cinq qui disposent de centre de réadaptation. Les communes d'Abomey, de Covè, de Zangnanado et de Ouinhi sont celles qui n'ont pas encore un centre de réadaptation. Une mère raconte : « *Le centre de réadaptation se trouve à plus de cinquante kilomètres de nous. Le père de cet enfant se trouve à l'instant même au Nigéria. Il n'envoie rien à la maison. Je suis la seule à m'occuper de ce handicapé et de ses frères et sœurs. Vous comprenez que je n'aurai pas les moyens pour me rendre régulièrement au centre de réadaptation ? Si cet enfant est de la vie, il vivra. Mais dans le cas contraire, il repartira d'où il est venu*» (Madame V.N, mère de 51ans, Zakpota, 05/03/15).

Les propos de cette mère montrent les problèmes liés à la mise en œuvre de la réadaptation initiée par l'Etat pour soulager les peines des parents ayant d'enfant handicapé. Les agents de la RBC brandissent comme argument, le manque de moyen pour exercer convenablement leur travail. Cette situation joue sur l'amélioration de la santé du handicapé et par conséquent sur sa chance d'être scolarisé.

En synthèse aux données présentées et analysées dans ce chapitre, il se dégage systématiquement que des efforts sont faits tant sur le plan traditionnel que moderne pour prendre en charge les infirmes moteurs cérébraux. C'est dans ce contexte que s'incrivent les aides apportées par les partenaires techniques et financiers ainsi que les programmes éducatifs singulièrement tournés vers les handicapés.

Toutefois, il y a une logique économique qui menace (ou met en péril) tous ces efforts. En effet, la scolarisation comme processus de transmission du savoir pour la formation du capital humain nécessite un coût. A partir de ce moment là, les parents investtissent sur les écoliers, c'est-à-dire dans la scolarisation parce qu'ils espèrent un retour sur investissement. Autrement dit, au nom de la cohésion familiale de type africain, l'enfant qui aurait émergé dans les études doit pouvoir venir en aide aux autres (frères, parents, cousins (es), etc.). Or, l'infirme taxé des stéréotypes d'infériorité et réduit à un incapable, ne saurait du coup ; porter l'espoir socio-économique des parents. Ainsi le calcul devient systématique chez beaucoup de

parents d'enfants handicapés en milieu fon en termes de : « qu'est ce que nous gagnerons en inscrivant l'enfant handicapé à l'école, vu encore la cherté de l'instruction de nos jours ? ».

C'est dire donc qu'à la lumière des travaux de Becker (1975) cité par Mbom (2012 : 70) que « *l'individu ou le ménage doit donc faire un calcul coût-avantage résultant d'un choix entre le gain futur escompté de l'éducation et le coût qu'elle engendre dans le présent* ». Malheureusement, ce calcul aboutit le plus souvent par un résultat qui crée la non scolarisation des enfants handicapés. Du coup, l'espoir est placé sur les enfants normaux sur qui les investissements se font au détriment des handicapés. C'est ce qui explique le fait que beaucoup d'enfants handicapés sont orientés vers les ateliers pour se faire former dans l'artisanat. Les propos de T. M, un handicapé rencontré à Bohicon confiment bien cette analyse lorsqu'il rapportait que : *« moi, après mon CEP en 1995, mon père m'a dit qu'il ne sait pas ce qu'il gagnerait à supporter les frais liés à mon entrée au collège. Depuis ce jour, il m'a envoyé apprendre la couture que je fais actuellement. J'aurais bien voulu continuer comme mes autres frères mais hélas…ça me fait mal quand même ».*

L'analyse des données présentées dans ce chapitre, fait comprendre qu'il y a plusieurs acteurs autour de la gestion du programme en charge de l'amélioration des conditions de vie des handicapés moteurs cérébraux. Ils développent des stratégies qui entrent malheureusement en collision à cause de la divergence de leurs intérêts. L'une des conséquences de cet état de chose réside dans le fait que les agents RBC à la base manquent de moyens (financiers, matériels) pour jouer convenablement leurs rôles. Du coup, les séances de rééducation et d'éducation deviennent irrégulières. Ce qui annihile la stratégie de l'Etat qui vise l'amélioration des conditions de vie des handicapés. On en conclut que l'objectif du programme RBC n'est pas atteint car on retrouve des adultes dont l'état « médico-social, physique et psychique » n'est ni amélioré ni stabilisé selon l'indicateur de Gauthéron (1999). Au vu de ce développement l'hypothèse selon laquelle « la mise en œuvre des stratégies de l'Etat pour l'intégration sociale des infirmes moteurs cérébraux ne favorise pas réellement leur scolarisation », est corroborée.

Mais que deviennent les enfants infirmes moteurs cérébraux qui restent dans le milieu scolaire malgré tous obstacles ci-dessus cités ? C’est ce dont il est question dans le chapitre suivant (chapitre VI).

CHAPITRE VI : ANALYSE SUR LE DEVENIR DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX EN MILIEU SCOLAIRE

La question de l'éducation scolaire est aussi préoccupante que celle du développement. Elle constitue un maillon fondamental dans le processus du développement. Sur ce, l'école est perçue comme l'un des leviers ou plutôt le principal de la mobilité sociale. Malheureusement, l'observation des systèmes éducatifs scolaires révèle de profondes crises qui se traduisent par des réformes successives intervenues depuis les indépendances. Celle actuellement en cours d'exécution est appelée Nouveaux Programmes d'Etudes. Avec ses systèmes d'enseignement/apprentissage/ évaluation, représentent-ils un frein à l'intégration scolaire des handicapés et par ricochet à leur insertion professionnelle ? Telle est la substance du présent chapitre.

6-1- LIEN ENTRE LES CAPACITES PHYSICO-COGNITIVES DES HANDICAPES ET LES METHODES D'ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE/EVALUATION EN MILIEU SCOLAIRE ORDINAIRE

Selon l'article 1 de la loi N° 2003-17 du 11 Novembre 2003 portant orientation de l'éducation nationale en république du Bénin, l'éducation constitue et demeure la première priorité nationale. Dans cette perspective, le Bénin a opéré une grande réforme éducative en ce sens qu'elle tient compte de l'égalisation des chances pour tous en priorité à l'enseignement primaire. Avec la **pédagogie différenciée** qu'elle privilégie, tous les enfants dans leurs différences devraient avoir accès aux savoirs. Mais le taux d'enfants infirmes moteurs cérébraux scolarisés demeure très faible. C'est du moins ce que révèlent les données du tableau 13 ci-dessus. Or parmi les objectifs du millénaire pour le développement, il y a l'éducation pour tous. Ainsi, tous les enfants (y compris les handicapés) ont non seulement le droit à l'éducation (art 24 de la convention relative aux droits des personnes handicapées) mais cela participe du développement. Plus haut, on a pu montrer que les représentations socioculturelles et la mise en œuvre des stratégies de l'Etat expliquent l'absence de ces handicapés en milieu scolaire ordinaire.

Mais, les conséquences des évaluations scolaires sont aussi fâcheuses pour les infirmes moteurs cérébraux dans ce milieu. L'observation des données du tableau 14 montre qu'en dehors du cours d'initiation (CI), les infirmes moteurs cérébraux ayant **un trouble psychologique, sans problème d'expression** ont repris tous les autres cours. En réalité, il est demandé aux enseignants de faire passer tous les enfants ayant été réguliers lors de l'année scolaire de la classe du CI au cours préparatoire (CP). A partir du CP, les redoublements ont varié de 1 à 3, ce qui montre que des difficutés se posent à ces handicapés au plan restitution du savoir ou apprentissage des savoirs. Selon les réponses données par leurs maîtres, les handicapés ayant un trouble psychologique, sans problème d'expression rencontrent des difficultés dans presque tous les champs de formation à l'exception de l'Education Artistique. De plus, ils n'arrivent pas à réussir les évaluations. Pour les enfants ayant **un trouble psychologique, avec problème d'expression**, l'observation des données du tableau 15 montre les mêmes résultats que le tableau 14. La différence se situe au niveau du niveau d'étude atteint. Il semble que les handicapés de cette catégorie ont atteint leur apogée car ils sont bloqués au cours élémentaire (CE1). Les causes de ces redoublements sont pareilles à celles évoquées ci-dessus.

Cependant, l'observation des graphiques 7 à 11 présentant les redoublements au titre des années scolaires 2006- 2007, 2008-2009, 2009-2010 et 2012- 2013, permet de dire que les départements de l'Alibori, de la Donga et du Littoral ont enregistré les plus faibles taux de redoublement et que ceux du Borgou, de l'Atlantique et de l'Ouémé, en ont enregistré les plus forts. Bien plus, le taux de redoublement au Bénin des années citées ci-dessus, a évolué de façon croissante pour se stagner au taux de 14%.

En comparaison, on a pu observer également que les taux de redoublants ont varié de 11% à 14% chez les enfants "normaux" alors que chez les handicapés, ils sont de 100% (selon les données des tableaux 14 et 15). A quoi peuvent donc être liés l'échec des infirmes moteurs cérébraux en milieu scolaire ordinaire ?

Les enseignants disent qu'ils ne sont pas formés même ceux qui sont en charge de leur encadrement scolaire pris en compte par le PASEB (Programme d'appui au secteur de l'éducation). Ils évoquent aussi le manque de suivi par les parents, de

fournitures et livres scolaires, de répétiteurs et d'organition des cours de vacances, de fonds. Il est vrai qu'à ce jour, la majorité des enseignants n'ont pas une bonne qualification d'une part et d'autre part sont sans vocation. Pour eux, l'enseignement n'est qu'un pis-aller.

Pourtant, c'est dans cette atmosphère que sur plusieurs années scolaires, le taux de redoublants des normaux est toujours inférieur ou égal à 14% sur toute l'étendue du territoire béninois alors qu'aucun infirme moteur cérébral observé sur plusieurs années n'a pu réussir sans avoir repris la classe. Logiquement, soit les méthodes d'enseignement sont inaccessibles aux handicapés, ce qui fait qu'ils ne réussissent pas les évaluations soit les évaluations ne tiennent pas compte de leurs potentialités. De ces difficultés constatées au niveau des infirmes moteurs cérébraux dans le passage en classe supérieure, il s'avère nécessaire d'appréhender les méthodes d'enseignement/ apprentissage/ évaluation.

6-1-1 LES METHODES D'ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE

Elles reposent sur des stratégies fondamentales à savoir :

-travail individuel ;

-travail en groupe ;

-travail collectif ;

-recherche documentaire ;

-enquête ;

-résolution de problème ;

-stratégie de lecture (mot-reconnaissance globale-image-syllabe-avant-après etc…) etc…

La réalité à étudier doit fait partir de l'environnement de l'apprenant selon les principes des nouveaux programmes, ce qui ne constitue pas un problème pour l'enfant IMC mais au contraire l'avantage. Un autre principe est que la construction du savoir doit se faire par l'apprenant lui-même. Pour y parvenir, l'enseignant donne une tâche qui doit se faire d'abord individuellement, ensuite en groupe et enfin collectivement pour dégager la synthèse à retenir. Les apprenants doivent adopter une

disposition spatiale pour faire la tâche. Or, les mobiliers ne répondent pas souvent aux besoins des handicapés. De plus, son déséquilibre et la rigidité de ses muscles ne lui permettent pas de suivre les rythmes des normaux. Théoriquement, l'enseignant est appeler à différencier son enseignement. Mais combien sont-ils à respecter cette pédagogie ? Prennent-ils le temps de détecter les difficultés de chaque apprenant ?

Les stratégies de lecture demandent une certaine attention du regard alors que les caractéristiques du handicapé ne lui permettent pas de mobiliser les ressources en la matière. De même à la résolution de problèmes qui est une stratégie surtout utilisée en mathématique, il faut manipuler le matériel, le représenter par des images et passer à l'abstraction qui est de dégager la règle. De part la nature physico-cognitive de l'enfant à infirmité motrice cérébrale, il ne lui est pas souvent facile de réussir. Ces quelques observations montrent les difficultés pour l'infirme moteur cérébral à suivre le rythme des normaux. Après cette brève description des méthodes d'enseignement/apprentissage, il apparaît utile de voir les méthodes d'évaluation en milieu scolaire ordinaire.

6-1-2- LES METHODES DE L'EVALUATION SOMMATIVE

Les devoirs de classe, les évaluations de fin d'année, les examens sont destinés à contrôler les connaissances des apprenants et s'opposent aux tests qui servent à renseigner sur les dispositions morales, les aptitudes.

6-1-2-1- LES DEVOIRS DE CLASSE

Ils sont très organisés pour évaluer les acquis des apprenants au cours primaire. En effet, après l'enseignement d'une situation d'apprentissage, les apprenants sont soumis à un devoir de classe. Mais dans la pratique, les apprenants sont soumis au moins à deux devoirs de classe par jour : un devoir en français, un devoir en mathématique pour non seulement justifier la présence de l'enseignement à l'école mais aussi pour renforcer les acquis des apprenants dans ces deux champs. Des devoirs sont donnés aux apprenants à effectuer dans les cahiers de devoirs. Son objectif est de voir si les apprenants ont bien assimilé les connaissances données. On peut lire par exemple dans les cahiers les appréciations : Très bien ou 9/10 ; Bien ou 8/10 ; Assez

bien ou 6 /10 ; Passable ou 5/10 ; Médiocre ou 3/10 ; Mal ou 2/10 ; Très mal ou 1/10 ; Nul ou 0/10. On remarque que l'évaluation se fait au moyen de note ou d'appréciation.

6-1-2-2- LES EVALUATIONS DE FIN D'ANNEE

Dans les écoles primaires, les évaluations de fin d'année sont un moyen qui permet aux enseignants de voir si les connaissances données du début de l'année à la fin sont bien assimilées. Les épreuves de ces évaluations sont élaborées au niveau de la circonscription scolaire par un comité formé à cet effet. Il n'y a souvent pas une étude au préalable qui tient compte du niveau atteint par chaque enseignant de la circonscription scolaire dans sa classe pour élaborer les épreuves. Cette situation amène les enseignants à accélérer dans l'apprentissage sans la moindre attention aux apprenants pour pouvoir terminer le programme. D'autres enseignants conscients du retard accumulé dans les programmes, préfèrent organiser à leur niveau leurs évaluations dans la précipitation, au mépris de l'apprenant. Ce qui n'est pas intéressant, c'est le caractère extrêmement brutal des épreuves qui prétendent juger les connaissances de toute une année et surtout l'élimination des « inaptes » à laquelle ces évaluations conduisent.

En revanche, s'il convenait d'évaluer les connaissances des apprenants et que toute leçon doit être une réponse, il n'en demeure pas moins que cette réponse doit être une réponse aux problèmes, aux problèmes réels et quotidiens de l'apprenant. C'est donc à lui que revient l'initiative première, c'est à lui qu'il appartient de poser des questions, de découvrir et de révéler à l'enseignant ses difficultés. Et non seulement il faut que la direction spontanée de ses activités révèle ses problèmes, mais aussi il est nécessaire, si ses curiosités doivent être tenues en éveil et en haleine, qu'il soit l'artisan de la recherche de solution à ses problèmes, au lieu de les recevoir toutes faites de son maître et de n'avoir qu'à enregistrer paresseusement. Pour rendre l'école rentable, il faudrait une réflexion pour évacuer les pratiques qui ne permettent pas la promotion de tous les apprenants et l'on substituera à de telles expulsions une orientation scolaire et professionnelle en fonction des capacités intellectuelles de l'apprenant.

6-1-2-3- LES EXAMENS DE FIN D'ANNEE

Les examens constituent une méthode par excellence pour apprécier les acquis des apprenants. Ils sont aussi utilisés dans un cadre extrascolaire. En effet, pour l'entrée dans certaines écoles et pour certains emplois, recours est fait aux examens. Il faut certes, un moyen technique pour déceler les qualifications et les aptitudes. Selon les interviewés, ces examens sont « … notoirement incomplets car ils mesurent seulement deux ou trois techniques comme si elles étaient pour tous les individus l'expression idéale de la culture en ce milieu du XXIème siècle. Cela était peut-être vrai au début du siècle. Mais aujourd'hui, la vie est faite de bien d'autres éléments majeurs. La formation des enfants est obligatoirement plus complexe qu'il y a cinquante ans et certaines formes d'intelligence et de connaissances sont totalement négligées au contrôle… ». A en croire une personne ressource, « …L'actuel Certificat d'Etudes Primaire (CEP) n'a plus la valeur qu'il avait il y a quarante ans du fait de l'évolution des conditions matérielles et techniques. Sur ce, une révision, une modernisation de ces examens s'impose. Ce qui est dit pour le Certificat d'Etudes Primaire (CEP) est valable pour le Baccalauréat et les examens universitaires. Ils mesurent partiellement sans doute, un certain nombre d'acquisitions et d'aptitudes scolaires, mais ces acquisitions et ces aptitudes sont souvent mineures dans la vie active. On mesure alors l'accessoire et on néglige l'essentiel… ». Cette insuffisance apparaîtrait de façon limpide si on pouvait par une enquête objective et scientifique établir la liste des qualités et aptitudes techniques, sociales, culturelles et humaines que réclame la société actuelle. Pour le faire, il faudrait éviter de s'adresser seule à l'école et aux éducateurs. Il faut voir aussi les parents, administrateurs, employeurs, consommateurs, les différentes couches sociales. Rien n'assure que les élèves nantis du CEP sont les meilleurs de leur promotion. Ils sont sans doute les meilleurs en mathématique, la compréhension de l'écrit, l'expression écrite par exemple. Ils ne sont pas les plus aptes à faire carrière dans la vie. Il y a indéniablement des éléments majeurs dont l'examen ne tient pas compte. L'examen n'est-il pas de cette remarque en partie fausse, injuste et dangereuse?

En dehors des fausses orientations dans lesquelles les résultats des examens donnent, on voit moins un grave danger psychique, un danger humain à la persistance

de ces insuffisances que portent les examens : ils n'apprécient et ne jugent qu'une forme de connaissance, qu'une forme d'intelligence plus particulièrement scolaire. L'apprenant qui n'en dispose pas est rangé dans la catégorie des inintelligents et des incapables comme le témoignent les résultats de fin d'année de 2007,2009, 2010 et 2013 ci-dessous au Bénin (cf tableaux 16, 17, 18 et 19 dans annexe 1).

Le système d'évaluation scolaire au Bénin ne tient pas compte ni du potentiel individuel ni des aptitudes intellectuelles de chaque apprenant. En effet, au niveau du cycle primaire, comme signalé plus haut, les méthodes d'évaluations lèsent les enfants à infirmité motrice cérébrale. Les observations sur le terrain permettent de constater que les épreuves d'évaluations trimestrielles et de fin d'année sont non seulement élaborées soit dans les circonscriptions scolaires ou dans les directions départementales mais aussi par un comité ne connaissant rien des réalités de chaque classe. Comme l'a souligné Hoyas (2004), si les handicapés n'ont pas les capacités physiques et cognitives requises pour suivre un « cursus normal », ils doivent être scolarisés dans un milieu plus adapté. Mais, il se fait que l'objectif premier de l'intégration des handicapés n'est pas de les voir décrocher de grands diplômes. Ils veulent apprendre le vivre -ensemble, pour facilement s'insérer dans la société plus tard. Encore, faudrait-il un emploi pour facilement s'insérer dans la société, ce qui suppose l'apprentissage d'un métier à l'école. Si le milieu social le permet, en agissant sur les méthodes d'enseignement/apprentissage/évaluation, l'enfant handicapé peut être intégré en milieu scolaire ordinaire pour la facilité de son insertion sociale.

6-2- IMPACTS NEGATIFS DU SYSTEME D'EVALUATION SCOLAIRE

Dans le système d'évaluation scolaire, les connaissances données par l'enseignant sont mesurées à travers la restitution des leçons consignées dans les cahiers. Cette façon d'évaluer selon un parent d'élève a de conséquences sur l'apprenant. Selon ce parent, «*même s'il convient de reconnaître que les évaluations mesurent un certain nombre de connaissances chez l'élève, il n'en demeure pas moins que cette méthode n'est pas suffisante pour identifier les aptitudes et capacités d'un enfant dans la vie active* » (Inspecteur à l'enseignement primaire de 59 ans à la retraite, Bohicon, 14/02/15). Un autre répond que « *c'est le système d'évaluation*

scolaire qui est un grand problème pour les enfants à IMC, principale cause de leur déperdition scolaire» (Enseignant à l'EPP Zakpota, 10/03/15).

Au fait, le phénomène de la déperdition scolaire s'appréhende sous plusieurs angles. Au sens large, le phénomène de la déperdition scolaire dans l'enseignement scolaire se traduit selon Fiske (2000) par le nombre considérable d'enfants qui, pour une raison ou une autre, ne réussissent pas à acquérir l'ensemble des compétences enseignées au cours du cycle primaire. Sa manifestation la plus grave et la plus néfaste, ce sont ces milliers d'enfants en âge d'aller à l'école primaire qui ne sont pas scolarisés. Sous une autre forme moins frappante, la déperdition scolaire concerne aussi « *les élèves qui ont fait des études primaires mais n'ont pas réussi à acquérir les connaissances et les compétences intellectuelles, sociales, culturelles et techniques que l'école doit dispenser* » (Fiske, 1998). En termes plus opérationnels, la déperdition scolaire se rapporte aux « élèves qui n'achèvent pas leur scolarité dans le nombre d'année prescrit soit parce qu'ils redoublent une ou plusieurs classes ».

6-3- REDOUBLEMENT ET ABANDON : CONSEQUENCES POUR LE DEVELOPPEMENT

Le redoublement et l'abandon entravent de façon significative l'un des objectifs du millénaire pour le développement qu'est l'éducation pour tous. Actuellement, les enseignants et les parents d'élèves continuent de se plaindre pour insuffisance de salle de classe pour les élèves. A cette difficulté vient s'ajouter les effectifs pléthoriques orchestrés par le système de redoublement. Cette situation met l'enseignant dans des conditions difficiles pour son travail. C'est aussi une double dépense pour l'Etat par rapport à l'octroi de manuels et cahiers d'activités pour chaque élève. Il est vrai qu'actuellement, le redoublement n'est possible que dans le deuxième cours de chaque niveau au cours primaire c'est-à-dire aux cours préparatoire (CP), cours élémentaire deux (CE2), cours moyen deux (CM2). Mais toujours est-il que le redoublement continue de faire des victimes.

L'abandon conduit l'élève à l'analphabétisme avec les conséquences pour le développement. Les apprenants qui interrompent leur scolarité avant d'avoir acquis de solides compétences, retombent dans l'analphabétisme. De ce fait, l'abandon scolaire sape tous les efforts entrepris pour réduire l'analphabétisme des adultes. En dehors

des infirmes moteurs cérébraux, les apprenants “normaux“ qui sont renvoyés à cause de l’insuffisance du travail, sont plus vulnérables aux tentations de la rue et l’attrait des bandes de jeunes, ce qui accroît les problèmes de délinquance et de criminalité. Les redoublants aussi, suite au découragement, rentrent dans le groupe des abandons.

6-4- EDUQUER OU EXCLURE LES HANDICAPES IMC ?

Il existe plusieurs institutions d’éducation parmi lesquelles on peut citer l’école. L’éducation à l’école est un bien pour tous. L’école est par excellence l’espace privilégié d’éducation formelle (selon Durkheim), de la formation et l’un des attributs de la citoyenneté est le droit donné aux citoyens d’avoir accès à l’éducation et à la formation. Mais il est constaté que, vis-à-vis de ce droit, les handicapés IMC en général et ceux du département du Zou en particulier sont en mauvaise position car ils sont confrontés à une marginalisation qui se manifeste à travers un système d’apprentissage qui ne tient pas compte de leurs difficultés et sont victimes de l’exclusion. Or, aujourd’hui, il existe plusieurs méthodes d’enseignement pour tous les types d’enfants. Celle développée par Maria Montessori semble mieux répondre à la question des infirmes moteurs cérébraux.

En effet, rendue célèbre par sa pédagogie humaniste, Maria Montessori (1870-1952), éducatrice de son Etat, a mis l’accent sur le développement spirituel de l’enfant. Elle postule que si le processus d’apprentissage ne libère pas l’âme de l’enfant, c’est que tout résultat obtenu ne vaut pas la peine. Selon l’éducatrice, l’enfant n’est pas un objet que l’on doit former, développer, préparer et éduquer, mais le créateur de sa propre personnalité. L’observation scientifique selon Montessori (1946), a établi que l’éducation n’est pas ce que donne le maître, mais un processus naturel qui se développe spontanément dans l’individu humain et s’acquiert, non en écoutant des mots, mais en faisant des expériences avec et dans un environnement. Le travail du maître consiste à préparer une série de motifs d’activité culturelle disposés dans un environnement spécialement préparé, et ensuite à s’abstenir d’interventions intempestives. Les maîtres humains peuvent seulement aider le grand travail qui se fait, comme des serviteurs aidant leur maître. En agissant ainsi, ils seront les témoins du déploiement de l’âme humaine et de la naissance de l’Homme Nouveau, qui ne sera

pas la victime des événements mais aura une vision claire pour diriger et modeler la société humaine de demain. Maria Montessori met l'accent sur l'importance de l'environnement d'apprentissage. Elle responsabilise les enseignants dans la création de cet environnement qui satisfera les besoins croissants de l'enfant au plan physique, mais aussi et surtout intellectuel, moral et émotionnel.

6-5- ACCESSIBILITE DES HANDICAPES IMC AUX INFRASTRUCTURES IMMOBILIERES ET MOBILIERS

Au regard de la politique éducative du gouvernement béninois à l'endroit des handicapés, la question de l'accessibilité physique des écoles n'est pas satisfaite. Cependant, il est dit dans le *Journal officiel de la République Française* du 12 Février 2005 où la loi n°2005-102 du 11Février 2005 pour l'égalité des droits et chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées que : « Les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public » (*Art. L. 111-7-3.*). Selon l'article 9 de la convention relative aux droits des personnes handicapées, l'accès à tous les édifices publics doit être assuré aux handicapés Dans cette logique, le Bénin a élaboré aussi en 2006, un document de Politique Nationale de Protection et d'Intégration des Personnes Handicapées. Cette politique dont le plan d'action n'est pas encore validé vise entre autres : l'amélioration des conditions d'accès des personnes handicapées aux édifices et leur sécurité dans la circulation et la promotion de l'accès des personnes handicapées à l'éducation et à la formation professionnelle.

6-5-1- ACCES AUX BATIMENTS

Les salles de classe que nous avons vues ne favorisent pas l'apprentissage chez les enfants en général et ceux handicapés en particulier. Les terrasses sont très élevées avec une entrée souvent en escalier sans respect des normes admises[7]. Les quelques rares entrées en plan incliné sont souvent abruptes. A l'intérieur des classes, existent

[7]Largeur de porte >80 cm, moins de 3 marches, hauteur des marches inférieure à 16 cm, pente <5 %.

çà et là des trous empêchant une bonne circulation des personnes en fauteuil roulant. Elles sont aussi parfois mal aérées.

En ce qui concerne les latrines, elles sont pour la plupart inaccessibles aux handicapés IMC. La position sur les latrines n'est pas au choix. Les entrées sont souvent faites en escalier.Par ailleurs, à certains endroits, la cour de l'école est jonchée de cailloux, de bosses, de trous, et ne permet pas une circulation aisée des handicapées à la marche déséquilibrée.

6-5-2- LES MOBILIERS

En ce qui concerne les mobiliers, ils ne posent pas de problèmes aux handicapés. Les mobiliers peuvent être fabriqués suivant le type de handicap. En effet, les chaises et tables sont individuelles et adaptées à la taille des élèves qui peuvent les déplacer aisément afin de travailler en groupe. Un responsable d'école nous a révélé qu'il y avait un élève IMC, à qui il leur avait fallu fabriquer une table en plan incliné, comme une table d'architecte. Il avait besoin de rester debout pour travailler. C'était l'unique manière pour lui de trouver un certain équilibre car il tremblait sans cesse.Un autre enfant IMC, qui n'arrivait vraiment pas à écrire à cause de son problème de motricité important a été initié grâce, à l'aide d'un ergothérapeute. Il nous semble important de noter qu'il est possible avec un peu d'imagination de faire face à des situations insolites avec un peu de bonne volonté. En effet, lors de nos investigations sur le terrain, nous avons rencontré un enfant IMC dans une école primaire publique qui écrivait avec les orteils. Sa maîtresse, lui avait fabriqué une table à même le sol et l'avait placé devant.

Au terme de ce chapitre on déduit que les handicapés IMC sont victimes de plusieurs problèmes en milieu scolaire ordinaire. Ces derniers sont entre autres : les méthodes d'enseignement/apprentissage/évaluation, les infrastructures mobilières et immobilières. Cette situation met en difficultés les rares handicapés IMC qui ne tardent pas souvent à abandonner les classes vu la pénibilité des conditions d'accueil. C'est ce qui a amené Hoyas (2004) à envisager une éducation spécialisée où les conditions de vie seront en phase avec les capacités physique et cognitive des handicapés. On déduit que l'hypothèse selon laquelle « la faible scolarisation des

infirmes moteurs cérébraux s'explique par les problèmes d'accès au milieu scolaire ordinaire » est vérifiée.

6-6- DIAGNOSTICS ET PERSPECTIVES FACE A LA SCOLARISATION DES ENFANTS A INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE

6-6-1 DIAGNOTIC STRATEGIQUE

Le diagnostic stratégique se présente dans le cadre de cette thèse comme un outil qui permet de faire la photograghie du phénomène en étude afin que des perspectives de recherches cruciales en soient dégagées. Il s'est agi ici de mettre en exergue les neuf (09) variablesdu système ESPECT pour une meilleure compréhension des obstacles que rencontre la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou. Ces variables sont entre autres : les faits porteurs, les acteurs, les incertitudes critiques,les tendances lourdes, les stratégies, les forces, les faiblesses, les opportunités, les menaces

- ✓ **Matrice de diagnostic stratégique relatif à la situation de scolarisation des infirmes cérébraux du Zou**

A l'issue du terrain et de la confrontation des données empiriques aux données livresques, il a été présenté un tableau récapitulatif susceptible de nous éclairer sur les paliers en profondeur de la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux

Tableau16: Matrice de diagnostic stratégique relatif à la situation de scolarisation des infirmes cérébraux du Zou

Variables / ESPECT/G	**Faits porteurs**	**Acteurs**	**Incertitudes critiques**	**Tendances lourdes**	**stratégies**	**SWOT**			
						Forces	**Faiblesses**	**Opportunités**	**Menaces**
Economique	-Institution du FARIPH (allocations d'assistance aux handicapés) -Aides financières extérieures -Appuis financiers ONG	-Gouvernement -ONGs -PTF -élus locaux -associations de défense des handicapés	-Capacité du gouvernement à compenser les charges financières dues au handicap – Avenir de la gestion des fonds alloués aux handicapés -Evolution des aides extérieures	Détournement des fonds alloués aux handicapés	-Investissements à hauteur des charges dues au handicap de la part du gouvernement et des élus locaux -Développement des micro-entreprises d'accompagnement des personnes handicapées	-Structuration des mécanismes de transaction financière dans le système RBC -le Bénin dispose de projets visant la prise en charge des personnes marginalisées	-Mauvaise gestion des ressources financières affectées au programme RBC - la mauvaise gestion des ressources financières de l'Etat -la	-institutionnalisation d'une journée internationale des handicapés -Interventions des ONG spécialisées dans le handicap	-la persistance du faible pouvoir d'achat des parents de handicapés -
Social	-Accompagnement du	-Agents RBC -Agents MEMP	-capacité à contrôler l'engagement des	-Manque de formation des enseignants	-Formation des enseignants et des spécialistes	-Existence de méthodes d'enseignem	-Manque de cohésion entre les	Partenariats intercommunaux et	-Recrutement des

	gouvernement dans la scolarisation à travers le PASEB -Exécution du programme RBC en vue de l'intégration des handicapés	-Enseignants -enfants IMC -parents handicapés -ONG -Agents de santé -organisations des personnes handicapées -responsable des femmes-volontaires -Parrains des enfants handicapées	parents de handicapés -capacité à contrôler l'engagement des enseignants -Capacité du système à assurer une éducation inclusive	-Pauvreté des parents de handicapés -Quémandage des handicapés	de la rééducation fonctionnelle par le gouvernement	ent/apprentissage/évaluation appropriées. -Disponibilité d'agents RBC pour la rééducation fonctionnelle Existence des ENI	agents RBC et les comités communaux de gestion RBC -le non aménagement des édifices scolaires publics -le manque de formation des enseignants -le manque de synergie dans les actions menées par les différents acteurs en vue de la scolarisation des handicapés -Insuffisance des centres de santé	gouvernementaux dans les domaines éducatif et sanitaire -Déclaration des droits des personnes handicapées - Existence d'une médecine traditionnelle	enseignants non qualifiés et sans vocation

							-Manque de main d'œuvre qualifiée dans le domaine de santé		
Politique	-Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous -Constitution du 11 Décembre 1990 -Ratification par le gouvernement de plusieurs conventions internationales en faveur de l'intégration des handicapés	-Gouvernement -l'Assemblée Nationale -Organisations des personnes handicapées UNICEF -OCDE -MEMP	Mobilisation des autorités gouvernementales autour de l'amélioration des conditions de vie des handicapés -Avenir de la scolarisation inclusive	-Politisation du recrutement des agents RBC.	- Vote d'une loi spécifique de protection et d'intégration des handicapés	-Volonté du gouvernement à mettre l'éducation à la première place de ses préoccupations	-l'impunité et le laxisme dans l'application des textes et lois en vigueur liés à la protection des handicapés - Manque d'une loi spécifique de protection et d'intégration des handicapés au Bénin	Les accords internationaux sur le handicap	Rejet à l'international des projets fantaisistes liés au handicap
Environnement	Augmentation des infrastructures scolaires	-Etat -parents handicapés -agents RBC -enseignants	Aménagement pour la circulation des handicapés dans les édifices publics	-Equipements scolaires	-Réfection des infrastructures hors normes et prise en compte	-Existence des génies civiles pour la réfection	-le manque d'infrastructures scolaires	Projets de construction de salle de classe	Persistance de la construction de

		-comité de gestion RBC -handicapés Organisations des personnes handicapées (OPH)			de l'accessibilité des handicapés dans les nouvelles constructions.	et la construction des infrastructures - Disponibilité de l'espace	accessibles aux handicapés		nouvelles salles de classe sans prise en compte des normes d'accessibilité
Culture	Institution de la réprimande de l'infanticide par l'Etat	-Responsables de cultes endogènes -Personnes n'ayant pas de handicapés -Parents de handicapés -OPH -enseignants -Agents RBC	Avenir des représentations culturelles du handicap	Les représentations socio-culturelles (logique de dépendance)	Education de la jeune génération à la représentation du handicap -Formation des handicapés	Création des réseaux de formation des handicapés	La marginalisation des handicapés	L'entraide et la solidarité reconnues aux Béninois et aux africains.	L'usage exclusif de la langue française dans les situations d'enseignement -Imposition des curricula extérieurs
Technologie	-Avènement de la technologie de l'information et de la communication	-Agents RBC -Agents de la santé -volontaires -parents de handicapés	Adéquation entre la mission des agents RBC et les moyens technologiques	Analphabétisme face aux TIC	Appropriation de la fabrication des moyens de compensation du handicap	-Utilisation des TIC dans le domaine de l'éducation	Absence de base de données sur les handicapés -Absence d'études approfondies et actualisées sur le phénomène du handicap au	-Les médias et les Nouvelles technologies de l'information et de la communication	-inadaptation des moyens techniques

							Bénin		
Genre	Exécution de l'opération « tous les enfants à l'école » par l'Etat.	-Enseignants -Parents de handicapés -Agents RBC -Enseignants itinérants (chargés du suivi des handicapés)	Equité des rapports entre apprenants	Marginalisation des IMC	Accueil des handicapés dans le système scolaire ordinaire	Existence des spécialistes de l'éducation inclusive	Absence de textes spécifiques contre la marginalisation des IMC	Existence des associations pour la défense des droits des handicapés	Mondialisation culturelle

Source : **Données du terrain 2015**

Partant de ce tableau qui se présente comme un miroir, il importe de présenter quelques perspectives en vue de la scolarisation des infirmes moteurs cérébraux

6-6-2 PERSPECTIVES FACE A LA SCOLARISATION DES ENFANTS A INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE

6-6-2-1 EDUCATION POUR TOUS

Il n'est un secret pour personne que la deuxième guerre mondiale a causé d'immenses dégâts et que toute la communauté internationale était d'accord sur le fait que le développement ne pouvait se faire qu'à travers l'éducation. C'est ce qui explique que la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 a postulé que « Toute personne a droit à l'éducation ». Malheureusement, la situation, loin de s'améliorer, n'a fait que s'aggraver, ce qui a suscité un mouvement d'envergure mondiale « pour répondre aux besoins éducatifs fondamentaux de tous, enfants, jeunes et adultes, et pour enrayer la sérieuse dégradation des services éducatifs fondamentaux observée depuis quelques années dans de nombreux pays » (Commission inter institutions, 1990, p. 1). C'est dans ce contexte que s'est tenu la Conférence mondiale sur l'Education pour tous à Jomtien (Thaïlande) en 1990 qui a abouti sur la Déclaration mondiale sur l'Education pour tous (EPT). Le travail de la conférence reposait sur une analyse pessimiste de la situation de l'éducation de base dans le monde. Nombre de pays, selon les conclusions de la conférence, rencontraient trois problèmes fondamentaux :

- des possibilités limitées en matière d'éducation, trop de personnes n'ayant qu'un médiocre accès, voire pas d'accès du tout, à l'éducation ;
- l'éducation de base y est pensée de façon restrictive quant à l'acquisition de l'écrit et du calcul, au lieu d'être conçue dans un sens plus large, comme la base de toute une vie d'apprentissage et de citoyenneté et
- certains groupes marginalisés, personnes ayant des handicaps, personnes appartenant à des minorités ethniques et linguistiques, filles et femmes, etc… étaient particulièrement menacés par le risque d'exclusion pure et simple de l'éducation (Dossier sur l'éducation intégratrice de l'UNESCO).

Le mouvement en faveur de l'Education pour tous vise à garantir à tous l'accès à l'éducation de base comme explicité dans l'article I, paragraphe 1 de la Déclaration mondiale sur l'Education pour tous : « *Toute personne, enfant, adolescent ou adulte doit pouvoir bénéficier d'une formation conçue pour répondre à ses besoins éducatifs fondamentaux…pour développer toutes ses facultés, pour vivre et travailler dans la dignité, pour participer pleinement au développement, pour améliorer la qualité de son existence, pour prendre des décisions éclairées et pour continuer à apprendre. Le champ des besoins éducatifs fondamentaux et la manière dont il convient d'y répondre varient selon les pays et les cultures et évoluent inévitablement selon le temps* ». Et de manière plus spécifique, elle précise au paragraphe 5 de l'article III que « *Les besoins éducatifs des handicapés exigent une attention spéciale. Il est nécessaire de prendre des mesures pour assurer, dans le cadre même du système éducatif, l'égalité d'accès à l'éducation de toutes les catégories de personnes handicapées* ».

Il existe une alternative pour atteindre cet objectif, soit l'éducation spécialisée ou l'éducation intégratrice

6-6-2-1-1 EDUCATION SPECIALISEE

Cette éducation repose sur des méthodes coûteuses que le Bénin ne peut entreprendre à présent. Elle est encore appelée éducation spéciale et peut-être définie comme l'ensemble des méthodes pédagogiques et thérapeutiques destinées à des sujets soumis à l'obligation scolaire mais qui ne peuvent progresser en fonction des instructions officielles et des usages de l'école ordinaire. Cette population est très hétérogène, puisqu'elle comporte, entre autres, aussi bien des débiles profonds que des caractériels intelligents. Il existe des écoles d'éducateurs spécialisés préparant au diplôme correspondant (Doron, Parot, 1998). Selon le Grand Dictionnaire de la Psychologie (1992), c'est l'«*Education destinée aux personnes qui ne réussissent pas ou ne réussiront vraisemblablement pas à atteindre, dans le cadre de l'enseignement ordinaire, les niveaux éducatifs, social et autres qui correspondent à leur âge* ». Pour répondre aux besoins éducatifs spéciaux des enfants handicapés en général et ceux atteints de déficience intellectuelle en particulier, l'éducation spéciale, en tout cas dans les pays développés jusqu'à un passé récent, était la seule alternative. L'éducation

spécialisée leur fait bénéficier des actions d'éducation et de rééducation, en associant des actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et paramédicales. Dans les établissements spécialisés, tous les spécialistes sont disponibles sur place ou à l'extérieur, du moins dans les pays développés. L'enfant qui a un besoin spécifique ne rencontre aucun problème pour sa satisfaction, tout est prévu et planifié. Dans les pays non développés comme le Bénin, il existe quelques centres spécialisés mais ils ne disposent pas du minimum de ressources nécessaires, qu'elles soient humaines, matérielles ou financières. Les promoteurs se débrouillent au vrai sens du terme pour apporter un rudiment d'éducation aux personnes handicapées qu'ils ont à charge. Ces dernières ne sont pas nombreuses car la capacité des centres est très limitée d'une part et d'autre part ils n'existent que dans quelques villes comme Cotonou, Porto Novo, Bohicon, Parakou et Natitingou et tous les types de handicap ne sont pas pris en compte.

Viennent maintenent les possibilités offertes par la réadaptation à base communautaire (RBC) identifiée comme méthode simple et moins coûteuse pour les pays en développement comme le Bénin pour améliorer les conditions de vie des handicapés.

6-6-2-1-2 EDUCATION INTEGRATRICE

Afin de faire avancer l'objectif de l'Education pour tous, 92 représentants de gouvernement et de 25 organisations internationales à la Conférence mondiale sur l'éducation et les besoins éducatifs spéciaux réunis à Salamanque en Espagne du 7 au 10 juin 1994, ont déclaré : nous *« réaffirmons par la présente notre engagement en faveur de l'Education pour tous, conscients qu'il est nécessaire et urgent d'assurer l'éducation, dans le système éducatif normal, des enfants, des jeunes et des adultes ayant des besoins éducatifs spéciaux et approuvons le Cadre d'action pour l'éducation et les besoins éducatifs spéciaux, espérant que l'esprit de ces dispositions et recommandations guidera les gouvernements et les organisations*. » Et s'appuyant sur le fait que l'éducation n'est pas le privilège d'un petit nombre, mais un droit pour tous, un droit fondamental pour tout être humain, c'est une question de justice sociale que tous les enfants, handicapés ou non, aient un accès égal à une scolarisation de qualité.

C’est pourquoi en accord avec Bengt Lindqvist, rapporteur spécial de l’ONU sur la situation des personnes handicapées disant que « *Ce sont tous les enfants et les adolescents du monde qui ont droit à l’éducation, et non nos systèmes éducatifs qui ont droit à certains types d’enfants. C’est le système scolaire d’un pays qu’il faut adapter pour répondre aux besoins de tous les enfants* », il nous semble que la mise en œuvre de l’éducation intégratrice qui a pour objectif de permettre aux écoles ordinaires de surmonter les obstacles qui empêchent les enfants handicapés d’y aller, ou encore d’éduquer les enfants handicapés dans les écoles ordinaires, dans la même classe que ceux qui ne sont pas porteur de handicap, en tenant compte de leurs besoins spécifiques pourrait être la meilleure option.

Reportons nous à l’article 7 du Cadre d’Action de Salamanque pour comprendre l’esprit de l’éducation intégratrice : « *Les écoles intégratrices partent du principe fondamental que tous les élèves d’une communauté doivent apprendre ensemble, dans la mesure du possible, quels que soient leurs handicaps et leurs difficultés. Elles doivent reconnaître et prendre en compte la diversité des besoins de leurs élèves, s’adapter à des styles et à des rythmes d’apprentissage différents et assurer une éducation de qualité grâce à des plans d’études, une organisation scolaire et une utilisation des ressources adaptées, ainsi qu’à un partenariat avec la communauté. Il faut assurer que l’appui et les services fournis correspondent exactement aux besoins spéciaux quels que soient leurs niveaux* ».

Un atout de l’éducation intégratrice est que, la prise en considération des difficultés vécues par certains élèves et les efforts accomplis pour améliorer les conditions d’apprentissage sont susceptibles d’avantager les autres enfants de la classe. Ils bénéficient ainsi de l’éducation intégrée puisque celle-ci se conçoit en tant qu’éducation répondant à la diversité des élèves en général et facilite l’apprentissage de tous. C’est donc une manière d’améliorer l’école et de la rendre accueillante pour tous.

Dans cette perspective, la gestion pédagogique des infirmes moteurs cérébraux nécessite la prise en compte de, certaines considérations: le potentiel individuel, les aptitudes intellectuelles et le domaine dans lequel l’apprenant a le plus progressé pour de ce fait préparer son insertion professionnelle.

- ✓ **Système d'évaluation scolaire basé sur le potentiel individuel**

Selon l'activité qui retient son attention, au sein du groupe et du sous-groupe social dans lequel il a grandit, il est porté vers tel ou tel métier de préférence. Peu à peu se développent en lui, par la force du désir, des qualités intellectuelles indispensables à la formation ultérieure, des qualités pratiques et physiques que nécessite l'exercice de ce métier. Il est souvent dit d'une personne qui choisit tel métier plutôt que tel autre en a la vocation. Chez la majorité des apprenants, cette vocation se dessine assez tôt, inconsciemment souvent ; sur les bancs de l'école déjà, l'enfant manifeste bien souvent une inclination notable pour tel ou tel sujet, traite une question mieux que l'autre, phénomène de prédilection que le maître peut découvrir. Les enseignants souvent, pendant qu'ils fassent les leçons avec un effectif écrasant de gosses, ne prennent pas attention à leurs aptitudes. Ils ne perçoivent pas la capacité de tel ou tel apprenant dans tel ou tel domaine. Ainsi, les apprenants n'ayant pas atteint le seuil de réussite pendant les évaluations sont taxés de « bon à rien », « étourdis ».

- ✓ **Aptitudes intellectuelles des apprenants**

Il est de plus en plus souhaité que chaque apprenant soit évalué selon ses aptitudes. Du fait de la diversité des métiers dans une société, autant que chaque enfant présente une particularité intellectuelle étonnante, de même chacun incarne une vocation, une activité bien spécifique : l'ensemble des vocations, l'ensemble des activités, constituent le potentiel intellectuel et technique de la société. Cependant, que sait-on des aptitudes individuelles des apprenants ? Ces aptitudes ont-elles été définies ? A-t-on cherché la possibilité de les utiliser ? La réponse est bien sûre non.

Comme Alfred Binet (1973), on peut dire qu'au Bénin, les aptitudes intellectuelles ont été comme agressées, violées jusqu'à présent. On confond tous les enfants, quels qu'ils soient dans la même classe. On semble admettre qu'il existe un enfant type et auquel tous ressemblent plus ou moins et on méconnaît ainsi toutes les différences qui existent entre non seulement leurs caractères mais aussi leurs aptitudes intellectuelles. Ainsi, le système scolaire impose aux enfants d'une manière catégorielle l'acquisition de certaines connaissances, de certains enseignements et procède à l'élimination d'une partie importante d'effectifs qu'il qualifie

d' « inintelligents », de « cancres », à travers un examen. Rien n'est plus intéressant que de chercher à connaître la psychologie de ces cancres, il faut les examiner sur toutes les facettes, l'une après l'autre, savoir pour quelle raison ils occupent ce rang inférieur, si c'est par défaut d'intelligence et si leur état peut être amélioré. Mais combien sont-ils à observer cette attention à l'égard des apprenants ? Il semble qu'au Bénin, l'école ne fait rien pour détecter les compétences individuelles. On sait qu'un enseignement ne peut s'occuper que des aptitudes individuelles parce qu'il y a des valeurs universelles aussi auxquelles il faut éduquer et d'autres réalités auxquelles il faut s'adapter. L'instruction et l'éducation, qui ont pour but de faciliter cette adaptation, doivent nécessairement tenir compte à la fois de ces deux données : le milieu avec ses exigences (on n'est pas les seuls au monde d'où la nécessité de s'ouvrir au monde), l'être humain avec ses ressources, ses potentialités. Toutefois, la détermination des aptitudes des enfants paraît primordiale car, c'est d'après leurs aptitudes qu'on doit les instruire.

- ✓ **Education fonctionnelle**

Le recours à la remarque de Bloch(1983) selon laquelle l'éducation n'est pas quelque chose que l'on doit inculquer du dehors à l'enfant, mais consiste dans le développement de dons que tout être humain apporte avec lui en naissant, permet de dire que même si l'éducation est l'action des aînés sur ceux qui ne sont pas encore mûrs pour la vie Durkheim (1992), l'être humain n'est pas un objet à conformer au désir d'autrui. Il est un sujet à informer de la valeur de son être au monde et de son rôle irremplaçable d'esprit pensant, selon ses expériences et ses jugements propres, toujours différents des autres. Ainsi, au lieu de la rivalité vis-à-vis d'autrui, c'est la valorisation de l'identité de chaque enfant, tel qu'il est, confiant en lui-même, aimé tel qu'il est avec ses caractéristiques passives et actives, c'est cela qu'on devrait soutenir comme valeur dans chaque enfant. Ce sont les progrès qu'il fait par rapport au désir qu'il a d'acquérir tel ou tel niveau, par rapport à sa curiosité dans une discipline à laquelle il doit être éveillé à s'intéresser, c'est la courbe de ses progrès à lui et sans se comparer ni aux autres ni à leur rythme. On peut faire comprendre cela à chaque enfant, comme étant ce qu'il ya de plus important pour lui, beaucoup plus que la

rivalité avec un autre pour le classement et les notes, chaque être humain étant différent et cette différence étant enracinée dans son origine familiale, éthique et dans sa nature psychologique. Sous cet angle, la question pratiquement essentielle est de savoir quelles devront être au point de départ l'attitude et l'orientation de l'éducation ?

Le point de vue épousé est beaucoup plus celui de Bloch(1983) qui pense que le centre de gravité doit être placé dans le côté personnel, subjectif et non dans le système objectif de la culture. La transmission de la culture, si elle ne prend pas appui sur les forces vives de l'enfant, ne peut ni éveiller ses forces ni former des personnalités. Donc, les méthodes et les programmes doivent graviter autour de l'enfant et non plus l'enfant qui doit tourner tant bien que mal autour d'un programme arrêté en dehors de lui. C'est dire donc que le système scolaire doit être amené à faire plus de place aux activités manuelles ou pratiques et il faut que celles-ci intéressent l'enfant. Pour les handicapés souffrant de l'infirmité motrice cérébrale, l'approche pédagogique de Maria Montessori est très utile ici.

Ceci pourrait atténuer les polémiques autour des évaluations car, tout enfant naît avec des aptitudes à servir à quelque chose et avec l'évolution de la science et de la technologie, même si le développement de ces aptitudes est hypothéqué par un handicap, solution pourrait être trouvé. Le contenu des NPE est donc relativement accessible aux handicapés mais souffre de l'insuffisance que les compétences à acquérir par l'apprenant sont définies sans lui, sans marge de manœuvre posant toujours le problème de l'évaluation qui élimine ceux n'ayant atteint le seuil de réussite.

- ✓ **De l'école à l'insertion professionnelle des infirmes moteurs cérébraux**

Au Bénin, les différents systèmes éducatifs n'ont été que le prolongement d'une politique de formation élitiste. Cette forme d'éducation conduit des effectifs importants vers des études longues sans s'appliquer à découvrir dans chaque enfant, des dispositions pour tel ou tel métier. Or, l'école est l'institution prévue par la société pour orienter les enfants et leur donner les moyens de tenir une place dans la vie active.

Au sujet de l'orientation, l'école à en croire Vogue (1983), est comparable à un arbre avec un tronc, des branches qui s'écartent, s'entrecroisent et sur lesquelles s'appuient parfois des passerelles pour joindre entre eux deux rameaux éloignés. Tous les enfants grimpent ensemble pendant un certain temps. Au cours de la montée, ils développent leurs forces, leurs aptitudes, leurs goûts, leurs faiblesses. Ainsi, à chaque fourche, ils décident d'escalader une branche plutôt qu'une autre. Certains prennent les chemins qui mènent à la cime de l'arbre, d'autres s'arrêtent à mi-hauteur, mais en cours de route, tous peuvent en principe corriger leur direction et emprunter une passerelle. Les enfants ne se diversifient pas uniquement parce qu'ils rencontrent à un moment une bifurcation qui les oblige à s'engager plus avant. Ils se distinguent surtout les uns des autres parce qu'ils aboutissent à ces carrefours chargés d'une expérience : des acquisitions, des apprentissages que l'école propose à tous, chacun prend ce qu'il peut et ce qu'il veut aussi (Bourdieu, 1970).

Mais comment comprendre l'orientation ? Comment apprécier les aptitudes sans les assimiler aux résultats scolaires, comment alors ne pas retomber dans l'arbitraire de l'examen ? La perception de Vogue (1983) retient l'attention. Pour cette dernière, orienter, ce n'est pas seulement aménager les paliers dans la progression scolaire, sorte de haltes où les spécialistes étudieraient des performances d'un enfant, dresseraient le bilan de ses activités passées et en déduiraient l'itinéraire qui lui convient. En effet, s'il était ainsi, l'acte d'orientation ressemblerait plus au verdict de la sélection qu'à une aide apportée à l'enfant afin qu'il se détermine au mieux de ses facultés. Orienter, c'est avant tout pour Vogue (1983) analyser les facteurs qui pèsent sur le cheminement scolaire des élèves. Cette définition permet de comprendre qu'en fait, un enfant peut ne plus suivre le rythme de sa classe et ceci pour une infinité de raisons très différentes les unes des autres : il peut n'avoir atteint le stade de maturation intellectuelle indispensable à l'acquisition de certaines connaissances, il peut vivre dans une famille qui se désintéresse de la vie scolaire ou qui s'accommode de sa médiocrité. Lorsque tous ces facteurs sont dénombrés, il s'agit d'en jouer, un peu comme si l'on voulait équilibrer les deux plateaux d'une balance sans disposer de poids étalonnés, rajoutant un objet d'un côté, en retirant de l'autre, tâtonnant ainsi jusqu'au résultat escompté. Donc la mission de l'orientation est de hisser chaque élève

jusqu'au niveau qu'il est capable d'atteindre. Il ne s'agit pas alors pour le maître de déverser (comme ça se passe jusqu'à présent) sur l'élève la dose programmée de culture que celui-ci doit assimiler dans l'année ; il s'agit de répondre aux besoins d'un enfant, de lui en faire prendre conscience s'il le faut et d'en susciter d'autres. Dès lors, les enseignants ne sont pas là pour compter les points ou les mérites mais pour relever et développer les aptitudes. Les matières du programme à partir de cet instant, ne sont plus conçues pour augmenter le bagage culturel d'un enfant mais pour qu'il s'essaie à toutes les démarches, à tous les mécanismes intellectuels et reconnaisse ceux qui lui sont les plus naturels.

L'école est donc moins le lieu où l'on apprend que celui où l'on découvre ce que l'on veut apprendre et où l'on acquiert les méthodes pour y parvenir.

Par ailleurs, il n'est plus possible aujourd'hui d'isoler l'évolution scolaire d'un enfant de son histoire physique, affective et sociale. Mais on constate qu'au Bénin, le problème d'orientation n'a jamais été l'objet de l'école. La forme ancienne d'orientation qui existe est celle observée dans nos collèges d'enseignement général (CEG) où le professeur principal (PP) de chaque classe est donc le personnage chargé de rassembler toutes les informations : il est coordonnateur désigné par l'institution scolaire. Mais il ne peut suffire à cette tâche, simplement parce qu'il est demandé un comportement auquel rien ne l'a préparé. Pour tenir dans ce rôle, il lui faut être tout à la fois, ce qui lui est presque irréalisable. Pour un tel travail, il faut plutôt un conseil d'orientation.

Le point de vue de Vogue (1983) paraît pertinent dans la mesure où, pour lui, le conseil d'orientation sera une équipe éducative pluridisciplinaire au sein de laquelle on trouvera les différentes personnalités à savoir : pédagogue, psychologue, économiste, sociologue etc. Son rôle sera d'aider par toute une série de techniques à déchiffrer les aspirations profondes derrière celles qui sont exprimées, à dépister les difficultés, à situer le niveau d'un enfant et traduire ainsi les appréciations de chaque maître dans un langage commun. Le conseil peut encore pallier le manque d'informations des enseignants : pour conseiller un enfant de suivre une voie plutôt qu'une autre, il est indispensable de connaître auparavant tous les parcours scolaires et professionnels. Un enseignant n'en a ni le temps ni les moyens. Le conseil d'orientation, lui, étudie, étape

par étape, chaque filière jusqu'à l'entrée dans la vie active ; il recherche les débouchés possibles, il inventorie les passerelles qui rejoignent d'autres enseignements, il soude les qualités des jeunes gens qui se sont adaptés au travail pour lequel ils avaient été formés, il dénombre ceux qui se sont perdus en chemin. Bref, il amasse dossiers, fiches et dresse au mieux la carte de tous les réseaux scolaires et professionnels. Dans chaque cas concret, il peut aussi suggérer les voies ouvertes et celles qui sont plus risquées.

Mais le conseil d'orientation s'arrête à cette forme de coopération purement technique, il élargirait certes le champ d'investigation, mais il n'en ferait pas éclater les limites : l'enfant même plus complexe, serait toujours celui que l'on jauge, mesure, modèle pour qu'il s'ajuste à l'une ou l'autre des structures de l'école. L'orientation demeurait dans ce cas comme une sélection maquillée. A partir du moment où des voies rigides sont tracées, des rythmes et des programmes imposés, on aura beau fouiller l'inconscient d'un enfant, deviner ses aspirations, dresser de lui un portrait aussi subtil que mouvant, il n'en restera pas moins qu'il devra se plier ou échouer.
Le conseil d'orientation avec tout son arsenal de techniques, n'aidera jamais qu'à différencier plus précisément les élèves pour les canaliser vers les réseaux préétablis : il ne pratiquera rien d'autre qu'une série de sélections successives.

Mais à partir du moment où l'école renoncera à fournir tout le poids de connaissance dont un adulte a besoin à travers son existence, où elle contentera d'aiguiser les mécanismes intellectuels, à partir du moment où l'entrée dans la vie active ne sera plus la porte claquée au savoir, les notions de filières, de diplômes, de réussite ou d'échec changeront de contenu : l'enfant, plus tard l'adulte, qui butera sur un apprentissage n'aura plus à faire une croix dessus et à descendre d'un cran dans la hiérarchie des réseaux, il pourra contourner l'obstacle, poursuivre l'étude des matières dans lesquelles il réussit et reprendre les autres à leurs bases. Alors l'orientation prendra une autre dimension : elle ne sera plus une technique de contact, aussi pénétrante soit-elle, elle deviendra une méthode éducative. Chaque fléchissement décelé dans une discipline, chaque réaction de désintérêt, d'étourderie ou de refus appellera une parade et ce sera aux enseignants et au conseil d'orientation de l'inventer ensemble. Il ne s'agira plus de prévoir qui est capable de franchir tel obstacle et qui trébuchera demain, il s'agira de faire en sorte que chacun accomplisse le parcours dont

il est capable, au rythme qu'il supporte. Le conseil d'orientation ne sera donc plus le jury perçu comme une menace par l'enfant et sa famille, il sera l'équipe éducative qui se concerte pour appliquer une pédagogie adaptée à chaque enfant.

Pour remédier aux préjudices des évaluations scolaires surtout les examens, il serait mieux d'inventer un nouveau système de promotion. Pour ce faire, il conviendrait de créer dans les écoles primaires, presque toutes les branches de la connaissance correspondant à toutes les vocations, à tous les métiers possibles : sport, artisanat, agriculture, musique, initiation à l'art dramatique, initiation à la poésie, à la chanson, à l'art ménager, initiation à tous les travaux manuels. Ce système permettra à l'école de prendre en charge intégralement l'enfant, de ne pas abandonner ces « cancres » qu'elle élimine. Cet enseignement primaire pluridisciplinaire est non seulement capable d'éveiller tout à fait le goût de l'enfant pour tel ou tel métier, mais peut aussi lui permettre, si par hasard il interrompt ses études pour quelque raison que ce soit, de pouvoir, devant les nécessités de la vie, se débrouiller pour gagner honnêtement sa substance et éviter le chômage, l'oisiveté et le vol. Et puis en initiant l'enfant à la pratique d'un métier, d'une activité sociale de son propre choix, ce système d'enseignement pratique évitera à coup sûr de produire des gens inefficaces. Donc, l'idéal en matière d'éducation serait de permettre avec beaucoup d'équité à chaque enfant, d'arriver à quelque chose selon ses capacités intellectuelles et à partir d'une orientation à l'école. Alors comment procéder pour que l'école béninoise n'élimine plus une partie importante de son effectif ?

En effet, l'enfant entre à l'école à un âge raisonnable. La démarche consistera à le faire passer ses classes jusqu'au Cours Moyen deuxième année (CM2), sans le faire redoubler comme de tradition jusqu'à présent quand il ne répond pas aux exigences de l'examen de passage. De ces classes, l'enfant ne conservera, qui le suivront partout sous forme de dossier, que des bulletins de renseignements, d'appréciations de ses maîtres, les résultats de ses efforts, dont le service national d'orientation s'inspirera, avec l'avis des maîtres et des parents, pour le faire passer en classe de sixième de quelque lycée ou collège, dans une école professionnelle ou dans un centre d'apprentissage. Telle sera la première appréciation qui peut ne pas supprimer le passage de l'examen du Certificat d'Etudes Primaire (CEP). Cet examen ne constituera

pas un obstacle pour la promotion de l'enfant. Dans ces conditions, point de problèmes graves pour les enfants de cette promotion, surtout pour ceux qui auront le bonheur de se voir diriger rapidement vers l'apprentissage d'un métier. Pour la formation, des durées seront fixées. Ainsi, au terme de leurs formations respectives de deux à quatre ans (ouvriers dans les ateliers, agriculteurs dans les coopératives, ménagères dans les hôtels et restaurants, aides-soignantes dans les hôpitaux, cliniques et centres sanitaires, éleveurs etc.), ils auront vite fait d'exercer un métier et de gagner leur vie.

En résumé de ce chapitre, on retient que depuis les indépendances, le Bénin a connu plusieurs réformes éducatives. Cela montre l'attachement des différents gouvernants au problème de l'éducation. L'école a pour mission de donner une formation générale de base de même niveau pour l'ensemble de la nation. Seule, la réforme scolaire de 1990, tient à l'égalisation des chances d'accès à l'éducation pour tous en priorité l'enseignement primaire. Sa particularité est qu'elle privilégie la pédagogie différenciée qui normalement devrait résoudre tous les problèmes de différences des apprenants, liés aux apprentissages. Mais, le constat est que les enseignants ne sont pas formés ou bien s'ils sont formés, n'arrivent pas à mettre en application, la pédagogie dite différenciée.

6-6-2-2 PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES HANDICAPES PAR L'ETAT ET LES ELUS LOCAUX

Prendre en charge les handicapés suppose maîtriser premièrement leur prévalence. Malheureusement aucune base de données fiables n'existe sur les handicapés en général et sur les infirmes moteurs cérébraux en particulier. La première démarche consiste donc à repérer chaque handicapé sur le territoire béninois.

Pour y parvenir, il va falloir mettre les médias et les crieurs publics à profit pour un appel au recensement de chaque cas identifié auprès du chef de quartier qui fera remonter les données au niveau de l'arrondissement puis de la commune.

Le nombre de handicapés une fois connu par type de handicap au Bénin, un plan d'aide rigoureux pourrait être élaboré. L'aide aux parents pourrait se faire soit individuellement au regard de la lourdeur du handicap de l'enfant ou en les regroupant pour octroyer des instruments qui pourraient les aider dans la production. De toutes les façons, lorque les parents rentrent directement en possession de la compensation, la

probalité d'en recevoir en totalité est plus forte que passer par plusieurs intermédiaires. A cette mesure, il faut aussi ajouter la reddition de compte aux bénéficiaires. Il est aussi nécessaire d'instaurer des mécanisnes pour une dépense effective par les parents, de l'allocation sur les enfants handicapés

A propos de la compensation par l'Etat des charges dues au handicap, cette méthode quoique porteuse de faiblesses soulagerait la majorité des parents démunis, incapables de faire face à la scolarisation des enfants porteurs de handicap. Les élus locaux, puis qu'il s'agit du développement à la base, dans cette entreprise joueraient également leur partition. Ils pourraient même être évalués sur la base des actions menées dans ce domaine par leurs mandants et cela déterminerait le renouvellement ou pas de leur mandat.

CONCLUSION

L'éducation scolaire des personnes handicapées est l'un des défis majeurs du siècle car : *« Aucun pays ne peut se permettre de tourner le dos à 10 % de sa population »* (proclamation de l'OIT/UNESCO/UNICEF/OMS, Décembre 1997). De plus, un bébé sur 300 environ naît ou devient IMC (Werner ,1991). La *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (CRDPH) des Nations Unies reconnaît le droit de tous les enfants handicapés à la scolarisation et à bénéficier de l'accompagnement individuel dont ils ont besoin. Face à la question de l'éducation scolaire, des approches de solution de façon globale, ont été trouvées. Il reste que dans chaque pays, la notion du handicap n'est pas la même d'où la difficulté d'uniformiser les réponses à leur éducation scolaire. Le Bénin ayant ratifié des accords portant sur l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées, a aussi engagé des actions dans ce sens.

La contribution à une telle entreprise à travers cette thèse, est de comprendre, face à l'éducation scolaire des infirmes moteurs cérébraux, le poids des représentations socio-culturelles du handicap, leur accessibilité au système scolaire et les problèmes de mise en œuvre des stratégies adoptées par l'Etat dans le contexte du milieu fon du Zou. Car, malgré les diverses actions que mènent les différents acteurs pour l'intégration des personnes handicapées, leur situation demeure insatisfaite.

La démarche méthodologique adoptée pour la recherche conduit à l'utilisation d'une approche à dominance qualitative avec l'utilisation des techniques et outils appropriés. A la phase qualitative, il a été question d'abord de la recherche documentaire, ensuite de l'interview individuelle et de focus groups et enfin de l'observation directe. Les groupes cibles concernés par la recherche sont : les handicapés IMC, les parents ayant de handicapé IMC, les enseignants, les responsables d'organisation de personnes handicapées, les agents RBC, les chefs de cultes modernes et traditionnels, les parents n'ayant pas de handicapé. L'analyse des données collectées auprès des différentes catégories d'acteurs a conduit à trois grands résultats à savoir que :

- les représentations socio-culturelles liées aux infirmes moteurs cérébraux en milieu fon du Zou, influencent leur scolarisation;

- la faible scolarisation des infirmes moteurs cérébraux s'explique par les problèmes d'accès au milieu scolaire ordinaire;
- la mise en œuvre des stratégies de l'Etat pour l'intégration sociale des infirmes moteurs cérébraux ne favorise pas réellement leur scolarisation. Ainsi, les hypothèses émises dans la problématique de cette recherche ont été corroborées par les observations sur le terrain.

Les données collectées sur le terrain montrent l'existence de représentations sociales du handicap qui stigmatisent les handicapés et jouent négativement sur leur intégration sociale. En dehors de ces représentations sociales, il y a aussi des représentations culturelles qui proviennent des valeurs promues dans les milieux familiaux. Elles déstabilisent le foyer conjugal et de ce fait ne favorisent pas l'intégration des handicapés.Quant à l'accès au système scolaire des infirmes moteurs cérébraux, il a été constaté que les différents asystèmes éducatifs connus au Bénin, malgré leurs différences, les caractères élitiste et sélectif leur sont transversaux. Les modes d'évaluation sont les principaux moyens de la perpétuation de ces caractères. Ils ne tiennent pas compte des capacités de chaque individu. C'est un obstacle à l'émergence scolaire des infirmes moteurs cérébraux. La lecture de différents documents et les recherches sur l'internet ont permis de se rendre compte qu'il existe des méthodes d'apprentissages appropriées aux Infirmes moteurs cérébraux qui ne sont pas mises en pratique dans les écoles ordinaires. En dehors des travaux intéressants effectués par les chercheurs, la célèbre Maria MONTESSORI a développé des méthodes pédagogiques générales, que tous les professionnels de la petite enfance appliquent aujourd'hui, à partir de travaux avec les enfants trisomiques. Les outils développés par Maria Montessori répondent aux critères de caractéristique unique (apprentissage d'une chose à la fois), d'auto-apprentissage (l'enfant apprend par lui-même). Ces principes sont toujours d'actualité et pourront être très bénéfiques encore de nos jours dans l'intégration scolaire des enfants mentalement retardés en général et les infirmes moteurs cérébraux en particulier.

La mise en œuvre des stratégies adoptées par l'Etat ne favorise pas l'intégration sociale des infirmes moteurs cérébraux en ce sens qu'il existe des cas de détournement, une marginalisation dans la prise en charge financière des handicapés,

un manque de motivations des volontaires et des conflits d'attribution entre les membres de comité de gestion RBC au niveau communal et les responsables communaux RBC.

Les théories du système d'enseignement ou de l'habitus, de la stigmatisation, du capital humain et l'analyse stratégique de Crozier utilisées dans cette recherche ont permis d'analyser les informations recueillies auprès des acteurs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

01 AHODEKON C.C.S., 2008, « Usage et enseignement des langues nationales au Bénin : contribution au développement et conséquences pour laplanification linguistique », *in Ann.Univ. de Lomé*, Sér.Lett., Tome XXVIII-2, Déc. 2008.

02 AINSCOW M., 2001, *«* Comment relier réussite et inclusion : nouvelles chances et nouvelles résistances *», Nouvelle Revue de l'AIS* 16.

03 ANDRE F., 1970, *Les tests à l'école*, Paris, Armand Colin.

04 ARENILLA L. et al, 1999, *Dictionnaire de Pédagogie*, Paris, Bordas

05 ATKINSON A. B., 1998 'Exclusion, Employment and Opportunity', *in CASEpaper 4, Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics.*

06 BARDIN L., 1986, *L'analyse de contenu*, 4eme édition, Paris, P.U.F.

07 BAX M., 1964, *Terminology and classification of cerebral palsy*. *Dev Med Child Neurol* 1964.

08 BECKER, G. S., 1975, *Human Capital*. Washington D.C. : National Bureau of Economic Research

09 BERNIER V. et al, 2010, Insertion sociale et professionnelle des jeunes adultes IMC. Intérêts de facteurs prédictifs dès l'enfance pour ajuster leur projet de vie.*Motricité cérébrale, réadaptation, neurologie du développemen*t, Vol 31, n°3.

10 BINET A., 1973, *Les idées modernes sur les enfants*, Paris, Flammarion.

11 BLOCH M. A., 1973, *Philosophie de l'éducation nouvelle*, Paris, presses universitaires de France.

12 BLOCH M. A., 1983*, Nouvelle éducation et réforme de l'enseignement*, Paris, Nathan.

13 BONNIOL J.J. 1981, « *Déterminants et mécanismes des comportements d'évaluation d'épreuves scolaires* ». Thèse de doctorat, Université Bordeaux II.

14 BOURDIEU et al, 1970, *La reproduction : Eléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, éditions de minuit.

14 BOURDIEU P., 1989, *le sens pratique*, les éditions Minuit.

15 BOUDON R., 1979, *L'inégalité des chances*, Paris, Hachette littératures.

16 BOURDON P., 1999 *Quelle intégration pour les élèves handicapés, Cahiers pédagogiques*, N° 372, mars, CRAP, Paris.

17 BRESSOUX P., 2001, *« Réflexions sur l'effet-maître et l'étude des pratiques enseignantes »*. Les Dossiers des sciences de l'Education.

18 BRESSOUX P., 2002, Contribution à l'analyse de l'effet-maître et des pratiques de classe. In J.Fijalkow et T. Nault, *La gestion de la classe*.

19 BRU M., 1997, « *Connaître l'acte d'enseigner* ». *Documents du LARIDD*, 12

(Faculté de l'éducation : Université de Sherbrooke, Québec).

20 BRUNER J., 1996, l'Education, *entrée dans la culture*Traduction : Yves Éditions Retz., pour la traduction française.

21 BUCHS C. et al, 2011, *L'évaluation, une menace ?* Paris : PUF.

22 CARDINET J. et al, 2001, « L'activité évaluative en éducation: évolutions des préoccupations des deux côtés de l'atlantique». In G. Figari et M. Achouche, *L'activité évaluative réinterrogée.* Bruxelles : De Boeck Supérieur, Pédagogies en développement.

23 CHAMPY P. et al, 2008, *Dictionnaire Encyclopédique de l'éducation et de la formation*, Nathan.

24 CHOSSY J. F, 2011, *Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées***.**

25 CICCONE A., 1999, *La transmission psychique inconsciente*, Paris, Dunod.

26 CROZIER M. et al, 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Éditions du Seuil.

27 DAVID B., 2000, Regard d'enseignant, d'Education Physique et Sportive sur la certification, In DAVID B, EPS *: la certification au baccalauréat*, Paris, INRP.

28 DE GAULEJAC V., 1996, *Les sources de la honte*, Paris, Éditions Desclée de Brouwer.

29 DE KETELE J.M., 1998, Pédagogies en développement, Bruxelles, De Boeck.

30 DE LANDSHEERE G. et al, 1976, *La formation des enseignants demain*, Paris, Casterman.

31 DELORME. C, 1987, *L'évaluation en question*, paris, ESF.

32 DEMAIN O., 2007, « *Vivre le handicap au Cameroun »*; Mémoire Master professionnel en Déficiences et Activités Physiques Adaptées, Université Marc Bloch, Strasbourg.

33 DORON R. et al, 1998, *Dictionnaire de la psychologie*, PUF

34 DUBET F., 1999, École, citoyenneté, intégration. In : J. Bourdon, C. Thelot, *Éducation et formation.* Paris : CNRS Éditions.

35 DUBET F., 2009, *Le travail des sociétés*, édition du Seuil, Denis Clerc Alternatives Economiques N°281

36 DUFFY, K., 1995, Social *Exclusion and Human Dignity in Europe*. Council of Europe.

37 DURKHEIM E., 1992, *L'éducation morale*, Paris, PUF.

38 DURU-BELLAT M. et al, 1993 *Pour une approche analytique du fonctionnement éducatif.* Paris : PUF.

39 EDWARD B., 1998, *Quand l'école faillit à sa mission*, France, UNESCO.

40 ERNY P., 1987, *l'enfant et son milieu en Afrique Noire*, Paris, l'Harmattan.

41 EVANS, P., 1995, Les enfants et adolescents « à risque » dans OCDE, Les enfanst à risque, *Centre pour la recherche d'innovation dans l'enseignement*, Paris : Réunion

d'experts de l'OCDE sur les enfants face à l'exclusion sociale.
42 FOUCAULT M., 2008, *Surveiller et punir*, Gallimard.
43 FREUD S, 1914 "Pour introduire le narcissisme", in *La vie sexuelle*, Paris, PUF.
44 GAFFIE B., 2005, Confrontations des représentations sociales et construction de la réalité, Paris, *Journal International sur les représentations sociales*, vol.2 n°1.
45 GARDOU C., 1998: « L'intégration scolaire des enfants handicapés au seuil d'une nouvelle phase. Ou comment passer des intentions aux actes », *Revue Européenne du Handicap Mental*, Vol 5, N° 17, S.N.A.P.E.I.
46 GAUTHERON V.et al, 1999, *Polyhandicap et polyhandicapés ; stratégies d'avenir, « non à la contemplation, oui à l'innovation »*. FMC, J Réadapt Méd.
47 GERARD É., 2003, « L'éducation : un droit dans l'impasse. Entre l'Éducation pour tous (EPT) et la logique de marché, l'école marocaine en réforme », in G. Henaff & P. Merle éd., *Droit à l'école. De la règle aux pratiques,* Rennes, PUR.
48 GOFFMAN E., 1975, Stigmates, *les usages sociaux du handicap*, Paris, Editions de Minuit. 1ère édition : 1963
49 GOFFMAN E., 2007, *Asiles : étude sur les conditions des malades mentaux et autres reclus*, Les éditions de minuit.
50 GOODMAN L.A., 1961, *Snowball sampling: The Annals of Mathematical Statistics*, v. 32, no. 1.
51 GOUEM W. M. S., 2005, *« Statut familial et scolarisation des enfants au Burkina Faso »*, Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé.
52 GREHAIGNE J.-F. et al, 1990. *EP et didactique des APS*. Paris : AEEPS
53 GUTTMAN C., 2001, L'université doit s'engager. La justice sociale devrait être au premier rang des préoccupations des universitaires, in *Pouvoir et argent. Chercheurs sous pression*, Le Courrier Unesco, Novembre.
54 Granjon E., 1990, "Alliance et aliénation, ou les avatars de la transmission psychique intergénérationnelle", in*Dialogue, 108.*
55 Granjon E., 1994, "L'élaboration du temps généalogique dans l'espace de la cure de thérapie familiale psychanalytique", in *Le groupe familial en psychothérapie*, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2, Erès.
56 Grawitz M., 2004, *Lexique des sciences sociales*, Dalloz, Paris ,8ème édition.
57 HADJI C., 1989, *Evaluation, les règles du jeu*, ESF
58 HADJI C., 1997, *Evaluation démystifiée*, ESF, coll, pratiques et jeux pédagogiques
59 HASTINGS J.T. et al. 1971, *Handbook on formative and summative evaluation ofstudent learning*. New York: McGraw-Hill.
60 HOYAS S. et al, 2004, *L'outil informatique et l'intégration d'un enfant IMC en milieu scolaire ordinaire*
61 JUMEL B., 2005, *Comprendre et aider l'enfant dyslexique*. Paris : Dunod.
62 KANKWENDA M. et al, 1999, *La lutte contre la pauvreté en Afrique Subsaharienne*, édition ECONOMICA, Paris.

63 KI-ZERBO J., 1990, *Eduquer ou périr*, Paris, UNICEF-UNESCO.
64 KLASEN, S., 1998, Social Exclusion and Childrenin *OECD Countries: Some Conceptual Issues*, Paper presented to the OECD Experts' Seminar. 1998
65 KOBIANE, J F., 1998, Essai de construction d'un profil de pauvreté des ménages à Ouagadougou à partir des caractéristiques de l'habitat, in: Francis Gendreau (éd.), *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays duSud*, AUPELF-UREF, Éditions ESTEM, Paris.
66 KOBIANE, J F., 2002. *Ménages et scolarisation des enfants au Burkina Faso : à la recherche des déterminants de la demande scolaire*, Thèse de doctorat en démographie, Université Catholique de Louvain.
67 KOBIANE, J F., 2003, Pauvreté, structures familiales et stratégies éducativesà Ouagadougou, in: Maria Cosio, Richard Marcoux, Marc Pilon et André Quesnel (éd.), *Éducation, famille et dynamiques démographiques.* Actes du séminaire international organisé à Ouagadougou du 15 au 19 novembre 1999, CICREDUERD- FNUAP.

68 KOUAKOU K. R., 2007, *« Les déterminants familiaux de la non fréquentation scolaire des enfants au primaire en Côte d'Ivoire »,* Mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du diplôme de Master Professionnel en Démographie, IFORD, Yaoundé.
69 KPATCHAVI C. A**,** 2011, *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les fon et waci du Bénin*, Cotonou, édition Ablodè.

70 LAROUSSE, 2008, *Dictionnaire Maxipoche*

71 L'ECUYER R, 1990, *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu Méthode GPS et concept de soi*. Québec : Presse universitaire.

72 LEGENDRE R, 2005, *Dictionnaire Actuel de l'Education,* 3e éditionGuérin, Montréal

73 LENOIR R, 1989, *Les exclus : un français sur dix*, Paris, Seuil, 4ème édition.
74 LENOIR R., 1993, Regard sur les rapports entre savoirs et didactiques: différents sens pour les didactiques. InP. Jonnaert et Y. Lenoir (dir.), *Sens des didactiques et didactique du sens,* Sherbrooke: Editions du CRP.

75 LESAIN-DELABARRE J.-M, 2003, *« Les parents et la scolarisation des enfants en situation de handicap : un aperçu des recherches en sciences de l'éducation »*, Nouvelle Revue de l'AIS, no 24.
76 LEROY-MALHERBE V, 2010, Orientation et organisation de la scolarité du jeune IMC**.** *Motricité cérébrale*, t. 31, n° 1.
77 MANUEL F., 2009, *Enfant handicapé, famille, travail, parentalité: Une conciliation impossible ?*

78 MARCOUX, R., 1995, « Fréquentation scolaire et structures démographiques des ménages en milieu urbain au Mali », in *Cahiers des Sciences Humaines*, vol. 31, n° 3.
79 MCCARTHY R., 2007, «Sport and Children with Disabilities », dans*international disability in sport working group.* Sport in the United Nations Convention on the Rights ofPersons with Disabilities, Centre for Study of Sport in Society, Northeastern University.
80 MERLE P. 1998, *Sociologie de l'évaluation scolaire*, PUF, Que sais-je ? N°3278.
81 MONTEIL J.-M, 1990, *Eduquer et former*. Grenoble : PUG.
82 MONTESSORI M, 1946, *Education for a new world*, Editions Kalakshetra, Madras, Inde.
83 MOUGENOT L, 2013, *L'évaluation scolaire en question : de l'activité des enseignants aux conduites des élèves : impact des évaluations proposées et des modalités de groupement sur les conduites des élèves du secondaire en éducation physique et sportive*. Education. Université René Descartes - Paris V, 2013.
84 MUSOKE G. et al, 2013, *RBC, HANDICAP ET READAPTATION*, édité par le Réseau Africain de RBC.
85 NEYRAND G., 2004, *L'enfant face à la séparation des parents*, la découverte.
86 N'GO MELHA E, 2011, Egalité des chances à l'école et politiques éducatives d'inclusion en Afrique Sub Saharienne : de la réthorique à la réalité pratique.Saly-Portugal-Mbour Sénégal. IUM Aix-Marseille.
87 OLIVIER DE SARDAN J.-P, 1995, *Anthropologie et développement*, Paris, Karthala.
88 OLIVIER DE SARDAN J.-P, 2003, *Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
89 PAUL R, 2000, *Le Nouveau Petit Robert*, Paris
90 PERRENOUD P. 1984, *La fabrication de l'excellence scolaire*, Genève : Droz.
91 PERRENOUD P., 1998, *L'évaluation des élèves*, Paris, De Boeock Université.
92 PETONNET C, 1982, « L'observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien », *L'Homme*, vol. 22, n° 4.
93 PIAGET J., 1988, *Où va l'éducation*, Paris, Denoël/Gonhier.
94 PIERON H, 1963, *Examens et docimologie*, Paris PUF.
95 PLAISANCE E. et al, 2001, «Situations de handicaps et institution scolaire», *Revue française de pédagogie*n°134, Lyon : IRNP.
96 RAYNAL F. ET AL, 1978, *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*. Paris : ESF.
97 RICHIER J, 2011, *Croire à la normalité : Les représentations sociales des parents de l'enfant déficient intellectuel***,** Presses Universitaires de Grenoble.
98 RINGLER M, 2004, *Comprendre l'enfant handicapé et sa famille*, Paris : Dunod.
99 ROGERS C.R, 1969, *Freedom to Learn : a View of What Education Might Become*, Columbus, OH, Charles E. Merrill, paru en français sous le titre *Liberté pour apprendre*, Paris, 1971.
100 ROOM G, 1995, *Beyond the Threshold. The Measurement and Analysis of Social*

Exclusion. Bristol: Polity Press.
101 ROSENTHAL R. et al, 1968, « Teacher expectation for the disadvantaged ». *ScientificAmerican*, vol 218, 4.
102 RWEHERA M, 1999, *L'éducation dans les "pays les moins avancés: quelle marge de manœuvre ?*L'harmattan, Educations et Société.
103 SCELLES R, 1997, *Fratrie et handicap : l'influence du handicap d'une personne sur ses frères et soeurs*, Paris : l'Harmattan.
104 SCRIVEN M, 1967, The methodology of evaluation, In Tyler R., Gagné RM. Et Scriven M, *perspectives of curriculum evaluation*, Chicago, Rand Mac, Nally.
105 STIKER H. et al, 1982, *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Aubier Montaigne.
106 TALBOT L, 2012, Les recherches sur les pratiques enseignantes efficaces, synthèses, limites et perspectives.*Questions Vives*, Vol.6 n°18
107 TINGBE-AZALOU A., 2010, La lutte contre la pauvreté à l'épreuve des OMD au Bénin : un autre regard sur l'impact des stratégies mises en œuvre, *IMO-IRIKISI*, 2 (1).
108 TOCHON F, 1989, Peut-on former les enseignants novices A La Réflexion Des Experts *?* In *Recherche et formation* N°5.
109 VANTOUROUT M. ET AL., 2011, *« Correction de dissertation en SES* ». *Idées*.
110 VESLIN J, 1992, *corriger des copies*, Hachette éducation.
111 VIGNERON C, 2004, « *La construction des inégalités de réussite en EPS au baccalauréat entre filles et garçons*. Thèse de doctorat, Univ. de Bourgogne (Dijon).
112 VILLE I, 2002, « Identité, représentations sociales et handicap » in *Déficiences motrices e situations de handicaps*, Paris : APF.
113 VOGUE, 1983, *L'orientation*, paris, Armand Colin.
114 WALKER A, 1997, 'Poverty in the UK' in Walker, Alan and Carol Walker: *Britain Divided: The Growth of Social Exclusion in the 1980s and 1990s* (London: Child Poverty Action Group)
115 WERNER D., 1988, *L'enfant handicapé au village,* deuxième Edition Handicap International.
116 ZAFFRAN J, 1997, *L'intégration scolaire des handicapés*, Paris : L'Harmattan.
117 ZUCMAN E, 1980, *L'intégration individuelle des jeunes handicapés en classe ordinaire. Journées d'études*, CTNERHI Éditions, Paris.

Publications et autres textes internationaux et africains:

118 ONU, 1948, *Déclaration universelle des Droits de l'Homme*.
119 OUA, 1981, *Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples*.
120 ONU, 1983, *Programme d'action mondial en faveur des personnes handicapées*.
121 ONU, 1983, *Déclaration de la décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées*.

122 BIT, 1993, *Rapport de recherche sur les conditions de vie et les activités économiques de personnes handicapées au Bénin, au Burkina Faso et en Guinée,* Genève.
123 OCDE, 2002, *Regards sur l'éducation.* Les indicateurs de l'OCDE, Édition 2002, Paris
124 UNICEF, 1989, *La convention relative aux droits de l'enfant*.
125 UNESCO, 2003, *Un défi et une vision-Vaincre l'exclusion par des approches intégratrices dans l'éducation*.
126 UNESCO, 1990, *Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous*, Jomtien.
127 OIT, 2003, *Heure de l'égalité au travail*, Genève
128 ONU, 1993, *Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des personnes handicapées*
129 UNESCO, 2000, *l'éducation pour tous : tenir nos engagements collectifs*, Cadre d'action de Dakar.
130 ONU, 2006, Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Publications de l'UNESCO :

131 UNESCO, 1986, *Travailler ensemble ou comment associer les efforts des professionnels et des parents d'enfants ou de jeunes handicapés*.
132 UNESCO, 1989, *Les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale grave : Guide pour leur éducation*, cahiers d'éducation N°7
133 UNESCO, 1994, *L'éducation des enfants et des adolescents handicapés Principes et pratiques*.
134 UNESCO, 2003, *Matériels de soutien à l'usage des directeurs et administrateurs*.
135 UNESCO, 2007, *Education Pour Tous en Afrique*
136 UNESCO, 2003, *Un défi et une vision-La marginalisation, une menace pour la société*.
137 UNESCO, 2003, *Un défi et une vision-Vaincre l'exclusion par des approches intégratrices dans l'éducation*.

Textes du Bénin

138 *Plan d'Actions national du Bénin pour la mise en œuvre du programme Education Pour Tous*, Cotonou, octobre 2003.
139 *La situation des personnes handicapées au Bénin - Diagnostic et propositions d'action*, 9 juin 2004.
140 *Plan Décennal de Développement du Secteur Educatif* 2006-2015, Tome 1, Cotonou, 30 Décembre 2005.

141 *Plan Décennal de Développement du Secteur Educatif* 2006-2015, Tome 2, Plan d'Actions, Cotonou, 30 Décembre 2005.
142 *Projet de Plan Stratégique* Draft 2006-2010, Mars 2006.
143 *Politique Nationale de Protection et d'Intégration des Personnes Handicapées du Bénin* (PNPIPHB) 2007-2016, juillet 2006
144 *Constitution du 11 Décembre 1990*
145 *Politique Nationale de lutte contre les Maladies Non Transmissibles au Bénin, 2008*

Références Webographiques

146 Banque mondiale http://www.worldbank.org/disability[consulté le 27/01/14]

147 Center for Studies on Inclusive Education (CSIE) http://www.inclusion.uwe.ac.uk[consulté le 06/01/14 à 21h 14mn]

148 European Agency for Development in *Special Needs Education*http://www.european-agency.org[consulté le 30/12/13]

149 UNESCO/Education intégratrice http://www.unesco.org/education/sne [consulté le 06/01/2014 à 19h 05mn]
150 UNICEF http://www.unicef.org[consulté le 30/12/13]
151 UNESCOhttp://www.unesco.org/education[consulté le 06/01/14]

ANNEXES

ANNEXE : 1

Tableau 17: Répartition des redoublants selon le genre et par département, du CI au CMII en 2007 au Bénin

Désignations	Effectif des redoublants			Total des inscrits	Pourcentage des redoubants
	Fille	Garçon	Total des redoublants		
Atacora	5109	6291	11400		
Donga	4346	5211	9557		
Atlantique	8794	11874	20668		
Littoral	4065	4270	8335		
Borgou	8033	8350	16383		
Alibori	2012	2196	4208		
Mono	5962	7102	13064		
Couffo	5821	6499	12320		
Ouémé	7393	9666	17059		11%
Plateau	3256	4405	7661		
Zou	4883	6233	11116		
Collines	4958	5522	10480		
Bénin	64632	77619	142251	1.290.602	

Source : **Annuaire statistique MEPS 2006-2007**

Tableau 18: Répartition des redoublants selon le genre et par département, du CI au CMII en 2009 au Bénin

Désignations	Effectif			Total des inscrits	Pourcentage des redoublants
	Fille	Garçon	Total des redoublants		
Atacora	5522	6638	12160		
Donga	5576	6537	12113		
Atlantique	11319	14671	25990		
Littoral	5074	4911	9985		
Borgou	11699	12490	24189		

Alibori	4617	5333	9950		12%
Mono	6218	7237	13455		
Couffo	8980	10263	19243		
Ouémé	11804	14494	26298		
Plateau	5776	7328	13104		
Zou	9754	11914	21668		
Collines	8394	9630	18024		
Bénin	94733	111446	206179	1719390	

Source : **Annuaire statistique MEMP 2008-2009**

Tableau 19: Répartition des redoublants selon le genre et par département, du CI au CMII en 2010 au Bénin

Désignations	**Effectif**			**Total des inscrits**	**Pourcentage des redoublants**
	Fille	**Garçon**	**Total**		
Atacora	7443	8741	16184		
Donga	6321	7392	13713		
Atlantique	10778	13805	24583		
Littoral	4756	4939	9695		
Borgou	15314	15714	31028		
Alibori	5958	6156	12114		
Mono	6845	8081	14926		
Couffo	7201	8614	15815		
Ouémé	13434	16125	29559		
Plateau	6517	8252	14769		14%
Zou	10731	12940	23671		
Collines	7278	8162	15440		
Bénin	102576	118921	221497	1551995	

Source : **Annuaire statistique MEMP 2009-2010**

Tableau 20: Répartition des redoublants selon le genre et département, du CI au CMII en 2013 au Bénin

Désignations	Effectif			Total des inscrits	Pourcentage des redoublants
	Fille	Garçon	Total		
Atacora	7417	8677	16094		
Donga	4412	5348	9760		
Atlantique	13941	17387	31328		
Littoral	5614	5926	11540		
Borgou	17228	17000	34228		
Alibori	7041	7099	14140		14%
Mono	8227	9530	17757		
Couffo	8768	10416	19184		
Ouémé	11746	13583	25329		
Plateau	6256	7915	14171		
Zou	10212	11467	21679		
Collines	7809	8595	16404		
Bénin	108671	122943	231614	1713926	

Source : **Annuaire statistique MEMP 2012-2013**

Tableau 21: Effectifs des redoublants de 2007, 2009, 2010, 2013 au Bénin

Années	2007	2009	2010	2013
Total des redoublants	142251	206179	221497	231614
Total des inscrits	1290602	1719390	1551995	1713926
Pourcentage des redoublants	11%	12%	14%	14%

Source : **Annuaires statistiques de 2007, 2009, 2010, 2013**

Tableau 22: Taux d'abandon selon le genre et par département

Désignations	Effectif		
	Fille	Garçon	Total
Atacora	13,16%	11,96%	12,46%
Donga	12,87%	9,02%	10,72%
Atlantique	9,43%	7,12%	8,1%
Littoral	1,1%	1,08%	1,09%
Borgou	6,77%	7,08%	6 ,94%
Alibori	9 ,48%	13,03%	11,40%
Mono	11,83%	9,39%	10,45%
Couffo	15,33%	14,40%	9,62%
Ouémé	5,44%	4,18%	4,73%
Plateau	11,38%	8,88%	9,92%
Zou	9,94%	9,11%	9,47%
Collines	7,41%	5,8%	6,51%
Bénin	9,80%	8,76%	9,22%

Source : **Annuaire statistique MEPS 2006-2007**

Tableau 23: Taux d'abandon selon le genre et par département, du CI au CMII en 2008 au Bénin

Désignations	Effectif		
	Fille	Garçon	Total
Atacora	14,91%	15,23%	15,10%
Donga	14,01%	11,61%	12,68%
Atlantique	11,55%	10,81%	11,13%
Littoral	8,06%	8,63%	8,34%
Borgou	9,18%	8,15%	8,64%
Alibori	12,60%	11,19%	11,86%
Mono	15,82%	15,03%	15,38%
Couffo	14,24%	12,00%	10,91%
Ouémé	9,48%	9,04%	9,23%
Plateau	12,97%	11,09%	11,88%
Zou	12,87%	11,84%	12,29%
Collines	11,71%	10,19%	10,87%
Bénin	11,76%	10,96%	11,32%

Source : **Annuaire statistique MEMP 2007-2008**

Tableau 24: Taux d'abandon selon le genre et par département, du CI au CMII en 2009 au Bénin

Désignations	Effectif		
	Fille	Garçon	Total
Atacora	14,72%	12,01%	13,19%
Donga	16,25%	12,74%	14,31%
Atlantique	7,69%	8,42%	8,09%
Littoral	3,42%	3,83%	3,62%
Borgou	10,44%	9,85%	10,14%
Alibori	14 ,98%	13,00%	13,94%
Mono	12,91%	11,22%	11,98%
Couffo	15,79%	11,72%	13,55%
Ouémé	8,08%	8,60%	8,36%
Plateau	13,42%	12,78%	13,05%
Zou	12,32%	10,17%	11,13%
Collines	13,29%	10,94%	12,01%
Bénin	11,36%	10,18%	10,72%

Source : **Annuaire statistique MEMP 2008-2009**

Tableau 25 : Taux d'abandon selon le genre et par département, du CI au CMII en 2013 au Bénin

Désignations	Effectif		
	Fille	Garçon	Total
Atacora	17,69%	16,19%	16,87%
Donga	18,20%	15,59%	16,77%
Atlantique	12,54%	12,61%	12,57%
Littoral	11,15%	10,75%	10,95%
Borgou	12 ,50%	11,20%	11,84%
Alibori	16,43%	20,03%	18,34%
Mono	15,71%	14,11%	14,85%
Couffo	19,22%	16,27%	17,61%
Ouémé	10,68%	11,26%	10,98%
Plateau	15,11%	14,35%	14,69%
Zou	13,91%	13,20%	13,53%
Collines	12,63%	11,51%	12,03%
Bénin	14,07%	13,48%	13,76%

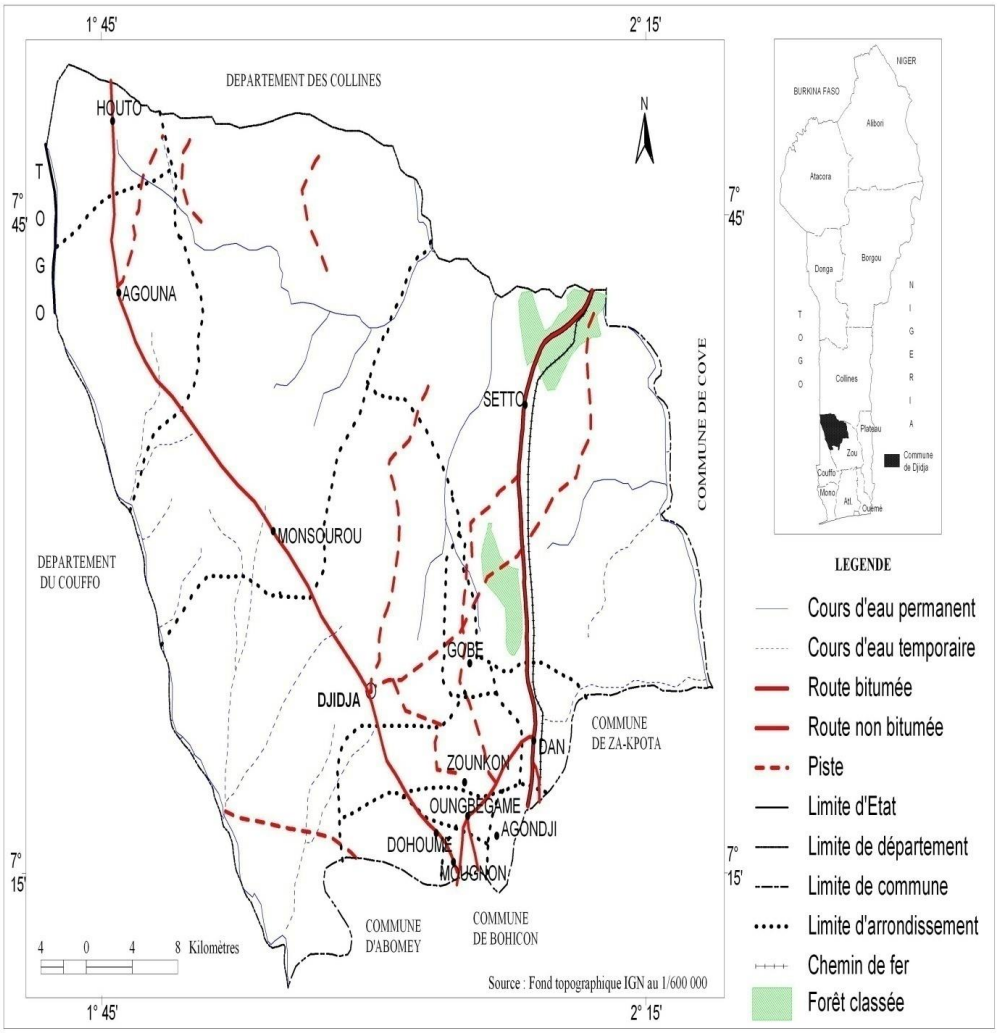
Source : **Annuaire statistique MEMP 2012-2013**

Tableau 26 : Taux national d'abandon dans les annéees 2007, 2008, 2009, 2013

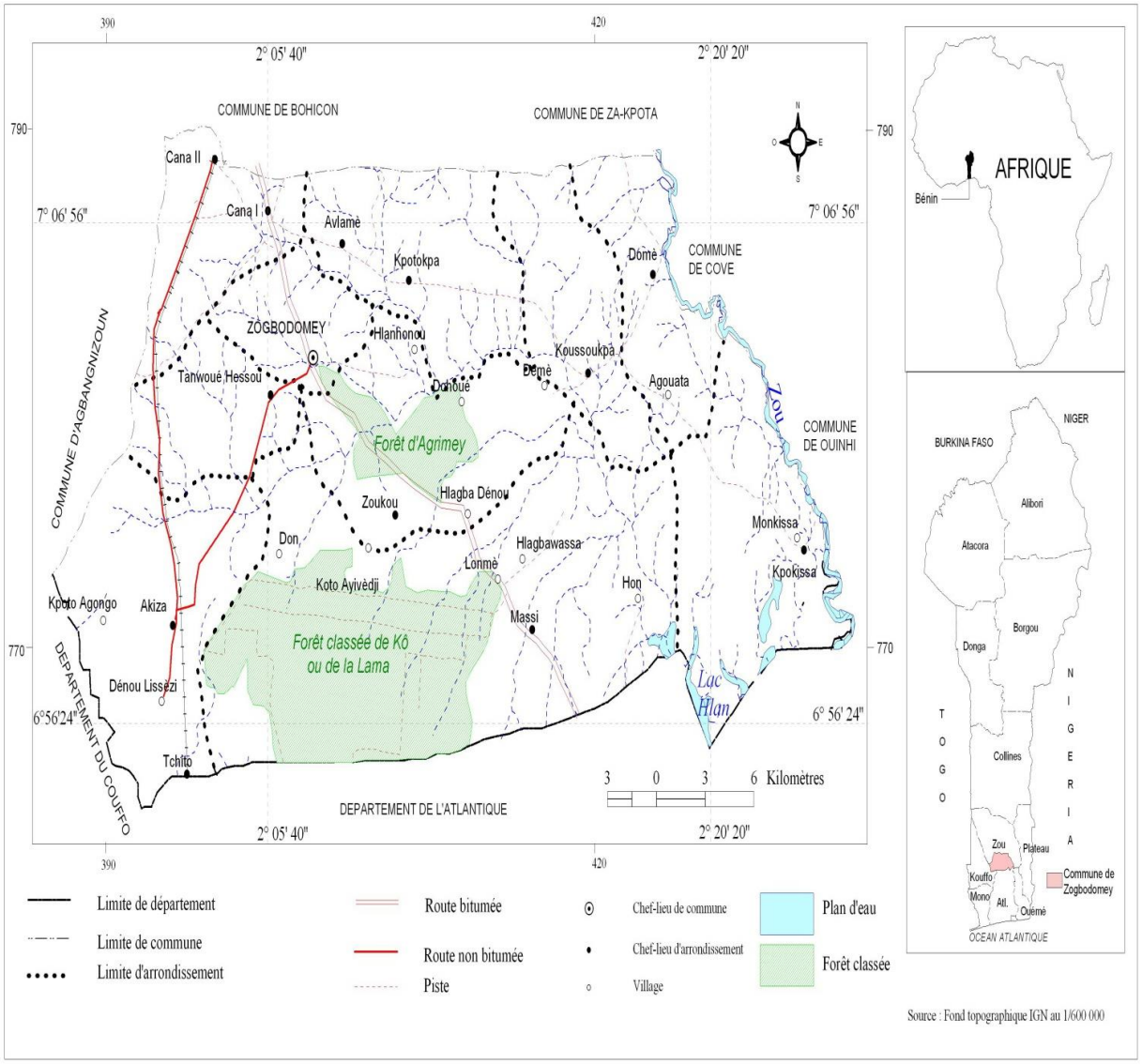
Années	2007	2008	2009	2013
Taux national d'abandon	9,22%	11,32%	10,72%	13,76%

Source : **Annuaires statistiques des années 2007, 2008, 2009, 2013**

Carte n°5 : **La situation géographique de la commune de Djidja**



Carte n°6 : La situation géographique de Zogbodomey



ANNEXE 2 :

Guides d'entretien utilisé à l'endroit des parents et personnes ressources

I. Profils sociaux de l'enquêté (e)

Enquêté(e) :

Age :

Sexe :

Situation matrimoniale:

Profession :

Niveau d'étude :

Localité :

Contacts :

Zone de collecte de données :

II. Connaissances sur les disparités d'accès à l'école

- Scolarisation différentielle des enfants en milieu fɔn ;
- Causes de la faible scolarisation des enfants handicapés au Bénin ;
- Conséqences de l'exclusion éducative des infirmes moteurs cérébraux.

III. Représentations socioculturelles du handicap

- Perceptions sociales relatives de l'infirmité
- Attitudes des parents à l'endroit des enfants infirmes ;
- Intégration sociale des handicapés ;
- Logiques sociétales liées au traitement des enfants infirmes moteurs cérébraux ;
- Investissement et scolarisation des enfants infirmes moteurs cérébraux ;
- Motivations des enseignants à encadrer les handicapés ;
- Interactions des infirmes moteurs cérébraux avec leurs milieux de vie.

IV. Politiques de reduction des disparités d'accès à l'école

- Apports et limites des projets d'augmentation du taux de scolarisation des infirmes moteurs cérébraux au Bénin ;
- Défis des programmes éducatifs au Bénin face à la scolarisation des handicapés ;
- Acteurs du monde éducatif et rôles face à la réduction des inégalités sociales liées à l'éducation.

V. Intégration socio- professionnelle des infimres

- Enjeux et défis de l'intégration socio-professionnelle des infimres moteurs cérébraux ;
- Perspectives sur la réduction de la scolarisation différentielle des infirmes moteurs cérébraux;
- Instruction des infirmes et développepemnt
- Reformes du système éducatif.

Guide d'entretien utilisé à l'endroit des infirmes moteurs cérébraux

I. Profils sociaux de l'enquêté (e)

Enquêté(e) :
Age :
Sexe :
Situation matrimoniale:
Profession :
Niveau d'étude :
Localité :
Contacts :
Zone de collecte de données (localisation) :

II. Représentations socio-culturelles de l'infirmité

- Infirmité et estime de soi chez les infirmes moteurs cérébraux ;
- Infirmité et relations familiales ;
- Intégration socio économique des infirmes moteurs cérébraux ;
- Motivations des enseignants à encadrer les handicapés.

III. Aspirations et Scolarisation des infirmes moteurs cérébraux

- Aspirations du handicapé liées à l'éducation;
- Aspirations du handicapé liées à son intégration socio-économique ;
- Perspectives pour une réduction de la faible scolarisation des infirmes moteurs cérécraux.

Thématiques en mises exergue dans les entretiens réalisés avec les agents de la RBC

N° d'ordre	Thématiques	Informations obtenues
01	Perception du handicap	
02	Prise en charge de l'Etat dans la scolarisation des handicapés	
03	Pratiques qui empêchent la scolarisation des handicapés	

Thématiques mises exergue dans les entretiens réalisés avec les dignitaires religieux

N° d'ordre	Thématiques	Informations obtenues
01	Perception sur l'infirme moteur cérébal	
02	Gestion de l'infirme moteur cérébal	

Thématiques mises en exergue dans les entretiens réalisés avec les chefs de ménages ayant de handicapé

Contacts :

N° d'ordre	Thématiques	Réponses
01	Perception du handicap	
02	Prise en charge familiale	
03	Prise en charge par l'Etat	
04	Causes de la non scolarisation du handicapé	
05	Impacts du handicap sur la famille et attentes auprès de l'Etat	

Thématiques mises exergue dans les entretiens réalisés avec les enseignants et les concepteurs du primaire

N°	Questions	Choix multiples	Réponses
01	Pour vous, qu'est-ce que l'évaluation ?		
02	Quels sont les moyens de contrôle ou d'évaluation utilisés ?		
03	Selon vous, ces méthodes permettent-elles de rendre compte des aptitudes individuelles des apprenants ?		
04	Les enfants atteints de l'infirmité motrice cérébrale arrivent-ils à s'en sortir ? Sinon, pourquoi ?		
05	Comment l'école béninoise peut-elle former tous les enfants à la vie sociale ?	1-En tenant compte de l'intelligence des enfants ?	
		2-En tenant compte de la diversité de nature des enfants ?	
		3-En tenant compte des compétences de l'enfant ?	
		4-En tenant compte de ses besoins ?	
		5-En tenant compte de ses aptitudes ?	
06	Comment l'école pourrait-elle être utile à chaque enfant qui y entre ?	a- Ouvrir plusieurs branches pour toutes les vocations et tous les métiers ?	
		b- Créer des cellules d'orientation scolaire et professionnelle ?	
07	Compréhension des apprentissages par le handicapé en classe		
08	Mesures prises pour aider le handicapé à surmonter les difficultés		

Grille d'observation de l'infirme moteur cérébral dans le milieu scolaire :

Unités d'observation	Caractéristiques à observer
Salle de classe	**Attitudes de l'enseignant et des élèves pendant la prestation du handicapé**
En dehors de la classe	**Acceptation des autres élèves du handicapé (les jeux partagés, les conversations, …) et l'accessibilité aux infrastructures (toilettes,..)**

ANNEXE 3 : AUTORISATIONS ECRITES D'UTILISATION DE PHOTOS

Autorisation N°1 :

Autorisation d'utilisation de photos

Je soussigné LISSANON Dohounssi, père de l'enfant prêtre du «fa », reconnais avoir autorisé Monsieur Zingbè Eloi , Doctorant en Sociologie du Développement à la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey - Calavi (UAC) à prendre les photos de mon enfant pour renforcer le contenu de sa thèse.

L'utilisation de ces photos est accordée à Monsieur Zingbè Eloi seulement pour la publication de ses résultats.

En foi de quoi, cette pièce est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Abomey, le 20 octobre 2015

Dohounssi LISSANON

Autorisation N°2

Autorisation d'utilisation de photos

Je soussignée Agbantché Suzanne, mère de l'enfant, reconnais avoir autorisé Monsieur Zingbè Eloi , Doctorant en Sociologie du Développement à la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey -Calavi (UAC) à prendre les photos de mon enfant pour renforcer le contenu de sa thèse.

L'utilisation de ces photos est accordée à Monsieur Zingbè Eloi seulement pour la publication de ses résultats.

En foi de quoi, cette pièce est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Zakpota, le 24 octobre 2015

Suzanne AGBANTCHÉ

Autorisation N°3

Autorisation d'utilisation de photos

Je soussignée Zokpon Alokpessi, mère de l'enfant, reconnais avoir autorisé Monsieur Zingbè Eloi , Doctorant en Sociologie du Développement à la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey -Calavi (UAC) à prendre les photos de mon enfant pour renforcer le contenu de sa thèse.

L'utilisation de ces photos est accordée à Monsieur Zingbè Eloi seulement pour la publication de ses résultats.

En foi de quoi, cette pièce est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Zakpota, le 24 octobre 2015

Alokpessi ZOKPON

ANNEXE : 4

Contenu du Guide de RBC

Le Guide est composé de cinq grandes composantes: santé, éducation, moyens de subsistance, social et autonomisation (*'empowerment'*). Hormis ces cinq éléments,le guide de RBC se concentre également sur la gestion de certaines questionsspécifiques, comme la RBC et le VIH / Sida, la RBCet la lèpre, la RBC et la santé mentale et la RBC dans les situations de crises humanitaires.Ce guide fournit des orientations sur la manière de: développer et renforcer les programmes de RBC; promouvoir la RBC comme stratégie de développementà base communautaire impliquant les personnes handicapées; soutenir lesacteurs en répondant aux besoins essentiels et en améliorant la qualité de vie des personnes handicapées et de leurs familles; et encourager l'autonomisation des personnes handicapées et de leurs familles.Le guide décrit une approche multisectorielle, pluri- handicap, fondée sur les droits, soutenant les intervenants pour accéder à l'éventail complet des services et des opportunités d'ordre général ou spécifiques au handicap. Chaque chapitre donne un aperçu des concepts clés, identifie les objectifs et les résultats, et propose des activités pour atteindre ces objectifs. La matrice qui accompagne ce guide illustre la nature globale et multi-sectorielle de la RBC. Son cadre met l'accent sur les domaines clés du bien-être et du développement: la santé, l'éducation, les moyens d'existence et le bien être social. Il identifie également l'autonomisation (*'empowerment'*) des personnes handicapées et de leurs familles, comme étantla base des programmes de RBC et comme étant le sésame pour accéder aux bénéfices dans ces domaines.Comme l'indique le Guide de RBC, le fondement de la RBC comprend les huit principes fondament aux de la Convention relative aux droits des personnes handicapées:

1. Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris laliberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes;
2. La non-discrimination;
3. La participation et l'intégration pleines et effectives à la société;
4. Le respect de la différence, et l'acceptation des personnes handicapées comme

faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité;

5. L'égalité des chances;

6. L'accessibilité;

7. L'égalité entre les hommes et les femmes ; et

8. Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respectdu droit des enfants handicapés à préserver leur identité.Deux principes supplémentaires tiennent une place centrale dans le travail en RBC: l'autonomisation (ou *'empowerment'*) -y compris l'auto-plaidoyer-, et la pérennité.Des changements significatifs se sont produits au cours des deux dernières décennies dans le domaine du handicap, avec l'amélioration de la législation, de meilleurs outils et de nouvelles approches. Mais les personnes handicapées elles-mêmes continuent à faire face à d'importants obstacles à une participation égale dans leurs communautés. La Convention relative aux droits des personnes handicapées est un appel à la mobilisation, qui propose des normes claires enmatière de droits de l'homme, d'inclusion et d'égalité. Le renforcement des capacités des personnes handicapées, de leurs organisations et des communautés est essentiel si l'on veut que les droits et les libertés des personnes handicapées puissent être acquis.Aujourd'hui la RBC est pratiquée dans plus de 90 pays, et elle est de plus enplus perçue comme une stratégie efficace pour un développement inclusif et,plus récemment, comme un moyen de mise en oeuvre de la Convention relativeaux droits des personnes handicapées. Le concept de développement inclusif apris de l'ampleur au cours de ces dernières années, avec plus de gouvernements donateurs et d'organisations de développement s'engageant à mettre en œuvre des programmes qui incluent les personnes handicapées. La stratégie de la RBC constitue un mécanisme important pour assurer que les politiques de développement inclusives aient un impact positif au niveau local, ainsi que sur les populations handicapées les plus pauvres et les plus marginalisées.

Le rôle de la communauté

La convention des Nations Unies relative aux Droits des personnes handicapées

La CDPH crée de nouvelles obligations pour les États, de promouvoir, protéger et réaliser les droits de l'homme des personnes handicapées, et de s'assurer qu'elles accèdent à des opportunités sur un pied d'égalité avec les autres. Àla fois instrument des droits de l'homme et outil de développement, cette convention internationale attire l'attention sur le lien qui existe entre handicapet pauvreté. Elle appelle à l'action pour trouver des solutions adaptées aux paysen développement, où vit la majorité des personnes handicapées. En réponse àcela, des interventions de RBC, participatives et basées sur les droits, offrent une stratégie envisageable pour réaliser la CDPH dans les pays en développement.Pour les pays donateurs, l'article 32 sur la coopération internationale impliqueque tous les efforts d'aide au développement ou d'aide humanitaire doivent être inclusifs et accessibles aux personnes handicapées. Cela fournit un motif supplémentaire à la promotion de la RBC comme stratégie au sein-même du développement général de la communauté, contribuant à la réalisation des droits inhérents à la CDPH. L'article 19 sur l'*Autonomie de vie et l'inclusion dans la société* est une autre référence importante appelant à des mesures pour garantir que les personnes handicapées "aient accès à une gamme de services à domicile, ou en établissement, et aux autres services sociaux d'accompagnement, y compris l'aidepersonnelle nécessaire pour leur permettre de vivre dans la société et s'y insérer»et que« les services et les équipements destinés à la population générale soientmis à la disposition des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, et soient adaptés à leurs besoins ».Dans le contexte africain, les conditions sociales, culturelles et économiques dansla plupart des communautés en Afrique, peuvent aider à générer une cohésion sociale et des réseaux. Mais le modèle de la RBC basée sur les droits peut sembler lointain et théorique ou trop «individualiste» pour de nombreuses communautés africaines. Par conséquent, un défi reste à relever, pour 'Africaniser' la RBC en établissant un lien entre la RBC et les activistes de droits de l'homme africains.Il faudrait que le mouvement des personnes handicapées en Afrique

adopte un plaidoyer dynamique et des stratégies de communication qui parlent du handicap dans une perspective africaine.

Les réformes pour la décentralisation

Ces dernières décennies, les pays en développement ont eu une tendance croissante à mener des réformes de décentralisation. De nouvelles responsabilités sont ainsi confiées aux autorités locales, qui décident des priorités de l'agenda de développement communautaire et du budget correspondant à la mise en oeuvre des actions. Cette évolution s'est accompagnée d'une augmentation des initiatives de coopération de décentralisation, grâce à des partenariats entre les gouvernements locaux dans les pays du Sud et leurs homologues dans lespays du Nord. Cependant les gouvernements locaux bénéficient rarement dusoutien correspondant pour assumer ces nouvelles responsabilités, notammentles responsabilités sociales envers tous les acteurs de la collectivité, y compris les personnes handicapées. Par conséquent, ils n'ont pas les capacités de répondre aux besoins des groupes qui sont traditionnellement exclus. Ce contexte offre de nouvelles opportunités pour promouvoir la RBC comme moyen pour les collectivités locales de s'engager, pour la communauté qu'ils administrent, dansune planification participative et inclusive du développement. Ainsi, la RBC peut pleinement remplir sa mission de ''stratégie au sein du développement communautaire général pour la réadaptation, l'égalisation des chances et l'inclusion sociale de toutes les personnes handicapées".

Vers un développement local inclusif

S'appuyant sur ces opportunités, de nouvelles solutions et de nouveaux mécanismes peuvent été explorés afin de relever le défi de rendre la RBC plus participative, plus holistique, plus pérenne, et de faire en sorte qu'elle soit basée sur les droits. Par exemple, au lieu de concevoir une stratégie axée sur les personnes handicapées, pour laquelle la communauté devra ensuite se mobiliser, il serait intéressant d'étudier la stratégie de développement de la communauté (par exemple, le plan de développement local), et collaborer avec les acteurs de la communauté concernés, afin d'élaborer ou d'adapter ce plan de développementaux priorités des

personnes handicapées. C'est sur cette approche que s'appuient les projets de développement local inclusif de Handicap International. Cela met un nouvel accent sur la participation des personnes handicapées en tant que citoyens et acteurs actifs de leur communauté, du fait qu'ils peuvent ainsi influersur les décisions communautaires (conformément, en particulier,aux articles 3,4.3 et 29 de la CDPH).

Les acteurs et les rôles de la communauté

La stratégie est ancrée dans le système décentralisé, et vise l'ensemble de ses acteurs principaux. Une communauté quelle que soit la définition que nous retenons est composée d'une diversité de personnes, d'institutions et d'organisations qui travaillent en tant que système. Elles peuvent être regroupées en trois grandsgroupes, en fonction de leur rôle : (1) celles qui représentent les personnes handicapées, à savoir les personnes handicapées elles-mêmes, leurs familles et leurs organisations représentatives; (2) celles définissant et réglementant les priorités et les orientations stratégiques de la communauté, à savoir les décideurs de la communauté, les gouvernements locaux ou les autorités traditionnelles ; et (3) celles qui assurent l'éventail des prestations de service disponibles, nécessaires pour que tous les membres de la communauté profitent pleinement de la vie, àsavoir : les acteurs de développement local dans tous les domaines, y compris les organisations locales à base communautaire (OBC), les ONG, les prestataires de services publics et privés. Il est essentiel que chaque type d'acteur joue son rôle pour le bon fonctionnement de la communauté.Les actions de RBC devraient donc se préoccuper: (1) de renforcer les capacités des personnes handicapées, de leurs familles et des communautés à participer aux décisions de la communauté, et à s'engager dans une action stratégiquede plaidoyer au niveau local; (2) de renforcer les capacités des autorités de la communauté / des gouvernements locaux à gérer efficacement leur communauté et à régler les principales questions d'exclusion; et (3) de renforcer les capacités des acteurs locaux de développement pour accueillir et intégrer les personnes handicapées sur un pied d'égalité avec les autres. En outre, les relations et les partenariats sont essentiels pour garantir qu'une réponse co-ordonnée, globale et inclusive soit fournie pour répondre aux besoins des communautés, y compris les besoins des personnes

handicapées. De même queles flèches reliant les cases de la matrice de la RBC sont importantes, les mécanismes de co-ordination entre les intervenants communautaires sont tout aussi essentiels.

Comment impliquer les acteurs communautaires à travailler ensemble au succès de la RBC?

En RBC, le travail avec les communautés est exigeant. Comme nous l'avonsvu plus haut, cela nécessite des stratégies pour une mobilisation effective des personnes, et requiert de travailler avec une pluralité d'acteurs communautaires, afin de les aider à remplir leur rôle. Cela exige en outre une co-ordination entre ces acteurs, afin que la communauté devienne un système facilitateur, qui permettela participation des personnes en situation de handicap. Voici trois exemples ci-dessous qui illustrent la façon dont cela peut être réalisé à différentes étapes d'un projet de RBC. Au début d'un projet de RBC, une analyse conjointe de la situation des personnes handicapées peut être réalisée. Ce *diagnostic participatif local ou évaluation participative de la communauté* mobilise les autorités locales, les personnes handicapées et les acteurs du développement local, pour identifier la façon dontles personnes handicapées vivent réellement dans cette communauté et quellessont leurs expériences. Au Mali, ce diagnostic a été mené dans 10 conseils de district dans la région de Gourma Rharous. Un comité de pilotage, constitué de décideurs et d'OPH élus localement, a décidé de la méthodologie et des objectifs, et des équipes d'enquêteurs, constituées de 2 personnes dont une personne ayantune déficience, ont recueilli des informations auprès d'un échantillonnage de110 personnes handicapées, 20 OPH, 9 écoles et 5 centres de santé. Les résultats ont été présentés lors d'un atelier au sein de la communauté, réunissant les différentes parties prenantes. Le diagnostic a par exemple montré que 99% des personnes handicapées estimaient que leurs besoins prioritaires n'étaient pas étérespectés, que les 9 écoles ayant fait l'objet de l'enquête ne sont pas accessibles physiquement, etc. Ceci a constitué le point de départ pour que la communauté, y compris les autorités locales, identifient les priorités et commencent à réfléchirà des solutions possibles.Une autre initiative visant à favoriser la collaboration entre les acteurs de la communauté autour des questions de handicap, est l'élaboration *d'un*

plan dedéveloppement local inclusif, ou d'un plan d'action communautaire sur le handicap.Après le diagnostic local participatif au Mali, les OPH locales ont participé à des consultations pour élaborer le plan d'action de développement du conseil de district. Cela a été réalisé en collaboration avec les autorités locales, les prestataires de services et d'autres acteurs de développement, conformément aux modalités de la réforme de décentralisation. Sur la base de leur analyse de la situation localedes personnes handicapées, les priorités liées au handicap ont été incluses dans chacun des plans d'action des 10 conseils de district de la région de Gourma Rharous. Les budgets correspondants ont été attribués, ce qui s'est traduit par de nouvelles infrastructures communautaires rendues accessibles, par un meilleur accès à l'école pour les enfants handicapés, par plus d'opportunités d'emploi oupar une réduction de la stigmatisation, selon la priorité des activités.Enfin, la coordination entre les acteurs communautaires est également essentielle pour assurer un continuum de services pour les personnes handicapées, ce qui est nécessaire pour couvrir les besoins d'une personne qui varient et évoluent constamment tout au long de sa vie. Ceci peut être facilité par la création *auniveau communautaire, de mécanismes d'orientation intersectoriels*. Suite à un diagnostic local participatif similaire au Mozambique (à Maputo et Matola), une attention particulière a été portée à l'accès aux services par les personnes handicapées. Un répertoire des services communautaires généraux existants a été élaboré, en utilisant des pictogrammes pour indiquer l'accessibilité des services. Ce répertoire est maintenant particulièrement utilisé par les agents desservices sociaux communautaires, qui jouent un rôle majeur dans l'information et l'orientation des personnes handicapées vers les services appropriés.

Rôle des acteurs communautaires

Dans ce paragraphe, les auteurs proposent de mettre l'accent sur les spécificités de chaque type d'acteur communautaire.

Le rôle des autorités dela communauté

Discuter de RBC à partir d'une perspective de droits de l'homme nous rappelle que c'est la responsabilité du gouvernement de veiller à ce que les personnes

handicapées puissent jouir de ces droits de l'homme sur un pied d'égalité avec les autres. Les États - en particulier ceux qui ont ratifié la CDPH, et par conséquent qui ont de nouvelles obligations internationales - doivent s'assurer que tous les types de services, y compris les services de réadaptation, sont disponibles, inclusifs et accessibles aux personnes handicapées. Cela implique également une responsabilité financière, dont une partie peut être transférée aux gouvernements locaux à travers des réformes de décentralisation. Cette responsabilité ultime de l'État de veiller à ce que les droits de l'homme soient promus, respectés et garantis pour tous, ne signifie pas nécessairement que le gouvernement- au niveau national ou local - doit tout faire. La mise en œuvre peut être déléguée à d'autres acteurs, y compris les ONG et les organisations à base communautaire (OBC). Au niveau de la communauté, et dans le contexte des réformes de décentralisation, *il est essentiel que les stratégies de RBC soient planifiées et surveillées en étroite collaboration avec le gouvernement, eten particulier les gouvernements locaux.* Cela concerne son rôle de réguler l'offre de services, et deveiller à ce que tous puissent jouir de leurs droits. C'est également un principe clé pour garantir le sentiment d'appropriation par la communauté et la pérennité, à un niveau minimal, des interventions de RBC, et ce principe doit être pris en considération quel que soit le contexte. *Ce qui peut varier en fonction du contexte est l'implication du gouvernement dans la mise en oeuvre de la RBC.* Il ya des avantages et des inconvénients à cela. Le côté positifest que la RBC mise en oeuvre par le gouvernement est susceptible d'être plus pérenne, y compris pour l'emploi du personnel à long terme. Il permet d'accéder facilement à d'autres services gouvernement aux ordinaires annexes tels que la santé ou l'éducation. Le côté négatif est que la RBC menée par le gouvernement peut parfois manquer de souplesse, et dans certains contextes, risque de ne pas être en mesure d'atteindre les populations à la base de l'échelle sociale. Il est important de toujours évaluer soigneusement les avantages et les inconvénients, et d'anticiper le risque qu'une ONG crée un système parallèle qui dégagerait le gouvernement de ses responsabilités ou en réduise la pérennité.

Le rôle des organisations à base communautaire

Les organisations à base communautaire (OBC) peuvent parfois être responsablesde la mise en oeuvre d'un programme de RBC au niveau de la communauté. Dans la mesure du possible, cela devrait se faire en étroite collaboration avec les instances communautaires, pour s'assurer que la délégation de la responsabilité du gouvernement local soit bien intégrée dans la stratégie de développement de la communauté, et reçoive le soutien financier adapté. Comme cela a été discuté ci-dessus, il existe plusieurs modèles de RBC et les organisations à base communautaires (OBC) ne seront pas nécessairement les principales responsables de sa mise en oeuvre. Les OBC ont cependant un rôleimportant à jouer dans toute intervention de RBC. En tant que groupe organisant une partie de la population d'une communauté autour d'un objectif commun, elles sont des interlocuteurs essentiels à mobiliser, vu que la RBCs' efforce d'intégrer le handicap comme une priorité dans l'ordre du jour et les préoccupations de la communauté. Les OBC comprennent par exemple les organisations confessionnelles, les groupes sociaux, les associations sportives, les groupes de jeunes ou d'étudiants, les syndicats, les OPH, les partis politiques, les groupes de femmes, etc. La RBC reconnaissant les identités individuelles multiples, elle se doit de travailler avec ces groupes pour une meilleure intégration des enfants handicapés parmi les enfants, pour une meilleure représentation des travailleurs en situation de handicap au sein des syndicats, etc. Les OBC sont des facteurs importants de socialisation, d'acceptation sociale, et reflètent le niveau d'inclusion d'une communauté. Elles peuvent véhiculer des messages importants liés à la prévention, peuvent transmettre des informations sur le handicap et faire la démonstration pratique que la pleine participation des personnes handicapées est non seulement possible, mais aussi bénéfique pour la communauté.

Le rôle des personnes handicapées et de leurs organisations

En leur qualité d'OBC spécifiques, les organisations de personnes handicapées(OPH) sont des acteurs très particulier sde la RBC. Représentant la voix des personnes handicapées, elles sont des interlocuteurs essentiels qui devraient avoir leur mot à dire dans la conception, la mise en oeuvre et le suivi de la RBC.En

exprimant les préoccupations des personnes handicapées, elles contribuent à apporter une réponse en matière de RBC qui concorde réellement aux priorités et aux besoins des personnes en situation de handicap. Quand les OPH ne sontpas encore créées ou organisées en tant que tel, les groupes d'entraide peuvent jouer un rôle similaire. Les associations de parents ou de familles des personnes handicapées peuvent également constituer des relais d'information pertinents, pour s'assurer que le point de vue de ceux que la RBC vise, est bien au coeur de la planification et de la mise en oeuvre du programme de RBC. Le guide de RBC incite à cette implication systématique comme une manière de se conformer aux principes généraux de la CDPH, en particulier à l'article 3 et 4.3. Une attention particulière a été accordée à cet aspect dans le module ''Autonomisation''(''*Empowerment*'') du guide, module qui est présenté comme étant transversal à tous les autres (santé, éducation, moyens de subsistance et social). Bien que ce ne soit pas l'objectif principal de ce chapitre, les auteurs tiennent à rappeler que la participation des OPH à la RBC doit être systématique et abordée comme une stratégie d'autonomisation (*d'''empowement''*). Dans de nombreux pays africains, actuellement, les droits des personnes handicapées sur une vague positive. Ce chapitre se veut aussi un appel à la mobilisation du mouvement des personnes handicapées en Afrique, pour qu'il prenne le leadership dans lamise en oeuvre de stratégies de communication et de plaidoyer, pour faire du handicap une préoccupation majeure. Les OPH peuvent et doivent jouer un rôle essentiel en tant que catalyseurs, pour faire en sorte les personnes handicapées prennent conscience de leurs droits et participent activement afin que la RBC ne soit plus uniquement menée par les acteurs du développement. Cette partie essentielle de la RBC doit être réalisée par des personnes handicapées pour dire aux communautés comment elles veulent être considérées, et pour faire ensorte que les intervenants communautaires adhèrent à leur combat. Trouver des interventions appropriées qui répondent à la perspective africaine du handicap, nécessite des approches d'adaptation pilotées par des activistes africains du domaine du handicap.

Le rôle des familles

Enfin, en tant que soutien direct et étroit des personnes handicapées, les familles constituent également des acteurs essentiels en RBC. Les familles peuvent jouer un rôle clé dans le soutien, la défense des droits de leur parent handicapé, trouverdes solutions créatives, faciliter la participation au sein de la communauté, etc. De façon à ce qu'elles puissent le faire de manière efficace, on doit renforcer les capacités de ces familles. Cela signifie par conséquent qu'il faut s'assurer qu'il existe bien un lien entre les différentes familles, qu'il faut renforcer leur estime et leur confiance en elles, faire en sorte qu'elles acquièrent des compétences de base afin de développer les capacités des personnes handicapées à domicile, et faire en sorte qu'elles accèdent à des connaissances suffisantes pour qu'elles puissent soutenir et informer leurs proches quant aux solutions et aux options d'assistance existant. La situation n'est cependant pas toujours facile. Pour les enfants handicapés, qui sont particulièrement vulnérables, la maltraitance peut venir de l'intérieur de la famille. Les causes sont multiples: la pauvreté, le manque de connaissances, la honte et le fait d'essayer de maintenir des relations avec la communauté; le fait de considérer l'enfant comme asexué, le manque d'accès aux services d'éducation et à la justice, toutes ces raisons peuvent conduire à la maltraitance. Le handicap peut également être une cause. Travailler avec les familles est donc essentiel pour les programmes de RBC, afin de prévenir et d'identifier la maltraitance, et de trouver des solutions appropriées pour protéger les enfants. Travailler à promouvoir l'acceptation de l'enfant avec un handicap par sa propre famille constitue une forme majeure de protection de l'enfance. En agissant sur d'autres causes, les programmes et le personnel de RBC peuvent également réduire les causes de maltraitance (par exemple la pauvreté ou le manque d'accès aux services), en collaborant avec les familles comme alliées. Les OPH et les groupes d'enfants sont également pour beaucoup d'enfants handicapés, le lieu où ils se rendent compte que la violence commise à leur encontre n'était pas tolérable et où ils trouvent le courage de s'extirper d'un environnement violent. Les familles peuvent jouer un rôle de premier plan pour améliorer l'accès aux enfants handicapés par lesOPH. Les familles doivent également jouer un rôle prépondérant, en aidant lesprogrammes de RBC à faciliter

l’accès aux services, et à faciliter le plein respect et la protection des droits de leurs proches en situation de handicap.

ANNEXE 5 : TABLEAU MONTRANT LES HANDICAPES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX INSCRITS DANS LES CENTRES DE RBC JUSQU'EN SEPTEMBRE 2014 DANS LE DEPARTEMENT DU ZOU.

Centre de Zakpota

Date de naissance	Contacts	Domicile des parents	Description du handicap par les Parents
1999	66355330	Adjido Djèvogon	Difficultés à s'asseoir, à se redresser, à aller à 4 pattes,et à marcher associés aux problèmes d'aphasie
01/03/06		Adjido Djèvogon	Ne marche pas
31/10/10	66435790	Sowekpa maison Helehouin	Ne marche pas
25/07/11		Doutin maison Ahloumessou	-Ne tient pas le cou -peut pas se retourner quand il est couhé -Ne marche pas à 4 pattes -Glisse ses fesses par terre
21/07/1997	99469835	Agondokpoé	Ne marche
12/09/05		Adjokan m/VATE	
17/06/2007	66408498	Kpozoun m/GBOGBLENOU	-Ne marche pas -Ne parle pas bien -Instable
Vers 1998		Somè Womè Arrond/Kpakpamè	Ne marche pas
27/06/13		Houkanmè m/Djanhounmè	-Ne s'assoit pas -Respire avec roque le plongeant dans une crise
26/10/2000		Zakpota m/Adodjo	-Ne parle pas -Bave
01/12/2002	94969921/95886169	Kpozoun	Difficultés à parler et à marcher
28/09/94		Agbakou m/Sadji	Ne marche pas Ne parle pas bien
Vers 2002		Dokpa m/HLE	Ne peut plus bouger Paralysie des membres
Vers 1995		Détèkpa	Paralysie des membres
Vers 1990	97822251	Détèkpa m/Adjinan	Rétraction des membres
06/01/2012	66671126	Kodota Blèhouénon Loin du puits	Ne marche pas Rapide battement du cœur
Vers 1976	94389178/95967397	Houngomè m/Tchatchabloukou	Difficultés à s'asseoir, marcher, parler

1990	96449433/66147980	Adovi Kpozoun m/Sohoué	Rétraction sévère des genoux
24/01/2004		Aligoudo	Paralysie des membres
2004		Adjido	Paralysie des membres
02/03/10		Aligoudo lacalité Zogbasséhoué	Difficultés à s'asseoir, à se redresser et incoordination axiale
27/11/2OO7		Zakpota m/Atchékpé	Retard de croissance et du développement intellectuel
12/09/2009	97816275	Ouinhi Tohouè Acassa m/Tohiyo	Ne marche pas Ne parle pas
18/05/1996		Kodota m/Alladassi	Ne parle pas bien Ne marche pas bien
04/05/2006		Adjido	Paralysie des membres
23/11/2006		Zakpota m/Kponhinto	Ne reste debout Ne parle pas bien
Octobre 2009		Zakpota m/Koudji	Ne marche pas Ne parle
04/10/2010		Tangbé m/Dokon	Ne marche pas Ne parle pas
24/06/2006		Adjido quartier Kinta	Paralysie des membres
08/01/1998	94082733	Kèmondji m/Azoui	Difficultés à marcher
20/02/2001		Zakpota m/Hounon	Ne marche pas, bave
Vers 2002		Ahononhoué Agondokpoé	Retard mental
05/10/1997		Aligoudo m/Awèdjo	Difficultés à marcher
23/04/04		Adicogon	Difficultés à marcher et des pleurs réguliers
06/10/05	96774734/96552958	Adicogon	Difficultés à marcher
03/06/2009		Djoitin m/Agonkpa	Difficultés à marcher
12/12/02		Kpozoun Kpakpassa	Difficultés à marcher

21/04/2010	95105676/95402928	Covè Naogon quartierHouéton	Ne parle pas Ne s'assoit pas Ne marche pas
05/08/11	95039003	Hounso Covè	Ne marche pas
01/04/12	95271234	Naogon Covè	Bave Ne parle pas Ne marche pas
10/04/10	95840324/96148679	Za-Dramè	Ne parle pas Ne marche pas
26/04/08	94819430	Dogbanlin Atchouinzounkpa m/Doha après Dogbanlin	Difficultés à marcher
22/04/11		Zakpota m/Kponhinto	Ne s'assoit pas Ne marche Ne parle pas
04/04/12		Maikpin m/Gbahoundjagui	Ne s'assoit pas Ne marche pas
04/02/12	94007996	Naogon Attogon m/Gountonmè	Ne parle pas Ne marche pas
04/09/13	64517142	Kpozoun Zoungoudo	Se tient debout par revers des pieds
18/09/13		Zakékéré m/Adjado	Ne parle pas Ne rampe pas
26/03/12	98906120/96776360	Zakékéré Dohounmè	Courbée assise Mou Main gauche ne bouge pas
10/02/2009		Doutin m/Gbehouhou	Difficultés à marcher
27/11/03	97020552	Kpozoun Zoungoudo	Ne marche Ne parle pas
1997		Kpozoun	Ne marche pas Ne parle pas Rétraction sévère des muscles
01/01/1983		Kpozoun	Difficultés à bien parler et marcher
29/12/04		Adicogon	Difficultés à marcher
13/02/2006		Houkanmè m/Gouta	Difficultés à marcher
22/04/1994	64517903	Zakpota m/Affo	Ne parle pas Bave Ne marche pas
2010		Sodohomè Dadogon(à la ferme) m/à	Bave Ne parle pas

		Kpozoun	Ne marche pas
1995		Houngomè	
1997		Adovi m/Adovinon	Ne parle pas Ne marche pas
24/05/01	95042669	Lontonkpa m/Dedjidja	Difficultés à marcher
18/05/05	98629415	Za-kpota maison Agbaklouedji	Prise en charge rééducative
Vers 1997		Agbogbomè	Troubles athétosiques
Vers 1997	94283288	Kèmondji maison Yevokan	Prise en charge rééducative par une autonomisation du cas.
01/01/1997	94049864	Dotan Kpozoun	Manque d'autonome
13/03/2009	68241476	Za-kpota maison Aïkpé Concession Agbohounto	Ne marche pas, lave avec démarche spastique
07/11/2006		Aligoudo maison Adjagoué près du marché Avossanhi	Hypotonie musculaire
29/03/04		Aligoudo maison Aigbèkan	Soins en rééducation fonctionnelle
04/10/2006	94126438	Yohoué Zogbègon	Marche difficile
14/02/2011		Agonkanmè maison Sahou	Ne marche pas, ne parle pas, tremble les mains au manger, marche à 4 pattes points fermés.
1990		Koguégé maison Gankpon	Demande fauteuil roulant
1989		Adicogon Hounli	Rééducation et tricycle
17/06/1997	64573563	Kpozoun Kpakpassa maison Agbanlinzonon	Marche très difficile et retard dans le langage
Vers 2003		Djoïtin	Troubler de langage et problème de station
20/02/2005	64767433	Zagbokpa Hameau Aïnonkanton	Marche en genou fléchir et tombe
13/01/98		Za-kpota maison Kponhinto	
Vers 2000		Allahè Lègbaholi	

Centre de Bohicon

Date et lieu de naissance	contacts	Domicile des parents	Description du handicap
2006	95714775	Quartier Avogbannan m/Tchoutchouminan	Difficultés à parler et à marcher
	95714775	m/Tchoutchouminan	Difficultés à parler et à marcher
17/01/2006	94723732 95536842	Lissèzoun-Houndon m/Gbowoui Jonas derrière EPP Houndon	Difficultés à parler, à marcher, à s'asseoir
1995		VEHOU m/Ayadji	Trouble de langage, marche déséquilibrée
2000	97548988 66421657	Sokpadeli m/Assokouhoué	Difficultés à parler et à marcher
2001		Avogbannan m/Azokpota	Ne parle pas (gros MC).
2010	96856963	Quartier Agbadja m/Kanlinsou	Difficultés à parler et à marcher
2010	95184536	Gankon m/Akpé	Difficultés à parler et à marcher
13/09/10		Ahouamè Ahito m/face ONG DAPI-BENIN	Marcher
06/02/06		Sokpadeli Parafon m/Assokon	Difficultés à parler Hémiplégie gauche
2009	97457725	Abomey Ahouaja m/Avocan	Difficultés à marcher
0712/2008	64387068 95763389	Agbanwémè m/agbessi	Difficultés à marcher et à parler
2005	95399199	GNIDJAZOUN Centre m/AKPOLI	Difficultés à marcher et à parler
2011	64920573	Quartier Agbanwémè m/Dannon	Difficultés à s'asseoir, à marcher, à parler
2010	95837653	Adamè Ahito Bohicon II m/Dannoudo	Difficultés à s'asseoir, à marcher, à parler
07/09/10	95902231	Quartier Kpokon m/Bango Lidia	Difficultés à parler
22/08/2010	96290653 97710860	Linèzoun centre m/Yassa hoho	
28/01/1993	97532721 97 53 27 21	m/derrière Charles lwanga	Rétraction musculaire Difficultés à parler
22/03/2006	96447239	Wassaho-Houawé	Difficultés à parler et à marcher
19/10/09	93998005	Zakpo Ahouamè m/Sikirou Taïrou	Ne tient pas debout
22/08/1996	95450748	Qtier Aganmalomè Zoungoudo m/Babi Atanase	Rétraction musculaire, Difficultés à parler
01/11/99		Zakpo Houndanou Von face à la Colombe :	Ne peut tenir debout, ni ramper.

		Dossahoué.	
16/01/10		Adingnigon	Râle, ne tient pas assis
01/02/05		Agbatanhoué (Zakpo-Ahilo)	Ne peut ni marcher Ne peut ramper
	95457098	Quartier Djognagbo m/guènounon	Difficultés à marcher
Août 2008	67375847	Zakpo m/sènangnon	Difficultés à parler et à marcher
07/07/2009	96454972 65060525	Passagon Tovigomè	Difficultés à parler et à marcher
04/11/10	95445345	Abomey quartier Ahouaga	Difficultés à s'asseoir à tenir debout et à marcher
15/05/07	94441779	Sèmè	Difficultés à parler
2002	94 74 17 49	Houawé m/gandémè	Difficultés à parler, et prendre
16/11/2004	97318211	Honmèho m/Zondo Rigobert	Ne parle pas, ne s'asseoir pas, n'a pas le port de tête
2009		Quartier Zakpo m/Papa Houngbèga	Difficultés à s'asseoir, à parler, à marcher
2005		Honmèho 2 m/ATTAKI	Difficultés à parler
2011	97793477	Adagamè m/Adjakossa	Corps mou flasque.
2011	94186032 94815280	HEZONHO	Difficultés à tenir le cou, à s'asseoir, à marcher, à parler
05/11/2009	95754601 64241750	HEZONHO m/LADENON	Difficultés à parler
2011	95241748	Sohouè m/Aclobo	Difficultés à s'asseoir, à marcher,
01/02/12	64608189 95864132	Zakpo m/Gbogbokini	Difficultés à marcher
25/10/2002	97222804	Gnidjazoun, village adamè m/Agbadato	Difficultés à parler
22/01/12	93014293	Quartier Zakpo	Difficultés à s'asseoir et à parler
2011	95379568	ZAKPO m/Kpossa	Difficultés à s'asseoir et à parler
05/06/2003	95544761 93411341	ZAKPO Ahouamè m/DJEME	Hémiplégique, difficultés à parler
1999		Avogbanna Adamè m/Avogbannannon	Ne parle pas Marche déséquilibrée Bave beaucoup
28/12/01		Agbadjagon m/Agbadjagon m/agbadjahoué	Ne parle pas
2011	97525425	Sodohomè m/Dado	Difficultés à s'asseoir et à parler
13/05/1998		LOKOZOUN DAVE m/DOHOU	Difficultés à parler
20/01/04		AVOGBANAN Ahouali Ekpédjihoué	Ne peut s'asseoir Ne rampe pas
05/02/2002	97532229 95866261	Gbanhicon, Dokon m/Aggbohougbé	Ne parle pas Hémiplégie droite

	67205846	Appolinaire	
16/08/12	94846217	Avogbannan gbéto m/Agbohouto	Pieds ayant de problème
2004	95714549 97739797	Honmèho m/Guédou	Difficultés à marcher, et à parler
19/05/05	95348985	Agondounto m/Bossikponon	Difficultés à marcher, à parler
19/11/11	94363336	Agongouinto	Difficultés à marcher, à parler
1999		Avogbannan Ahouali m/ATCHEGUI	Difficultés à parler (IMC)
25/03/2000	95849213	Zakpo- adamè m/EBO Victorin	Difficultés à marcher, à parler
27/10/2008	95704505	Sodohomè Vèhou m/Agon tel S/C maman Genatan	
17/08/01		Agbadjagon m/AKpatafo	Boite, bras droit non usagé louche de son œil droit
2004	97638502	Siliho m/Kpohoué	Difficultés à marcher, à parler
120/07/94	95575029	Sodohomè m/Déguénon	Difficultés à marcher, à parler
27/07/02	64950012 90958269	KPATACOLI m/AGBODEDJI	Difficultés à marcher, à parler
2005		Sogba	
2004	95430981	Béhnazin m/Nantofoton	Difficultés à s'asseoir, à parler
1994	97316980 95714763	Zakpo adamè m/Akpali	Retard mental, difficultés à s'exprimer.
2003	95168702	Zakpo Adamè	Difficultés à se consentir et à parler.

Centre de Agbangnizoun

Date et lieu de naissance	contacts	Domicile des parents	Description du handicap
19/09/1997		Agbangnizoun village kpagoudo Maison Azanma	Rééducation fonctionnelle
1999		Ahigoudo Maison Kpoglé	Hémiplégie gauche
2707/1993		Sinwé-Zounmè Houndin Arrondissement de Sinwé Kpota	Ne bouge pas Ne parle pas
12/08/1977		Sinwé lègo Maison AYIYENOU	Problème mental
28/02/1994		Houndo, maison Gakounto dans Lissazounmè	Difficultés à marcher
11/06/91		Tanta maison Yobode	Difficultés à bouger
28/02/2010		Adanhondjigon	Difficultés à parler, et à marcher
19/05/1998		Akpèho Sèmè Maison Avalamè	Difficultés à parler Manque de coordination
07/06/1991		Tanta, maison Ayossou	Déplacement difficile Parler difficile
15/03/2004		Sinwé lègo maison Agbon	Difficultés à parler, et à marcher
01/01/2010		Sinwé lègo maison Glèlè	Difficultés à se déplacer Difficultés à parler
18/09/1987		Kinta quartier Agbidimè maison Vigan	Difficultés à bouger et à parler
05/08/2004		Sohouè Dovota maison Yédédji	Difficultés à parler
31/09/1994		Sinwé lègo maison agbidinoukoun	Difficultés à tenir le cou, à s'asseoir, et à parler
14/02/2008		Adingnigon (makpehogon) proche de l'école primaire avant d'entrer dans Bohicon	Difficultés à marcher, et à parler
27/05/2002		Gboli Kpodji maison Takpase	Difficultés à marche, et à s'exprimer
24/04/08		Tanta Maison Azifan	Ne s'assoit pas, ne marche pas, ne regarde pas dans une direction
02/01/2004		Abomey quartier Agnangnan maison Gohonou	Difficultés à se déplacer
02/03/199		Gboli Kpodji maison Zodogo	Ne parle pas bien, ne marche pas
26/03/2004		Sahè Coukpè maison Daahou	Ne marche pas bien Ne parle pas bien
07/05/1992		Tanta maison Houngnibo	Ne marche pas

		non loin de l'école	Ne parle pas bien Manque de coordination
05/09/1992		Agbangnizoun Fonly maison GBEDOKPA Jacob	Appareill2, ne parle pas bien, spastidé faible.
05/09/2003		ZOUNGBO Tossota Maison Kpanzoun	Difficultés à marcher, et à parler
08/10/1990		ADANHONDJIGON Maison houngbonou	Ne marche pas Ne parle pas

Centre de Zogbodomè

Date et lieu de naissance	Contacts	Domicile des parents	Description du handicap
05/12/1994		Haya	Difficultés à parler, et à marcher même à écrire
2001	95306330 61477757	Cana Mignonhito	Difficultés à marcher
2001	95306330 61477757	Cana Mignonhito	Difficultés à marcher
2003		Village Tègon Zassa	Difficultés à parler avec Difficultés à marcher
Vers 1996		Alladaho maison Adanvoessi	Ne parle pas bien Ne marche pas bien Bave
Vers 1995	95616881 97226290	Maison face à l'école privée ''Zo-Flambeau''	Ne parle pas Ne marche pas
		Haya maison trois citernes Arrondissement Zogbodomey	Ne s'assoit pas
95453034		Haya maison gbèdiga	Ne s'assoit pas Ne marche pas Ne parle pas
2003	95578502 66145700	Village Tègon Todo maison Hounli	
2007		Maison SAGBADJA prèt du marché Zogbodomey	Ne parle pas Ne marche pas, et bave
	95179142	Zogbomey quartier Haya	Ne s'asseoir pas Ne parle pas
2007		Maison Nanhouèhouè Arrondissement Tanwè-Hessou	Ne parle pas bien Ne marche pas bien
10/08/2009		Quartier Agaga Naglahon Maison Alékpohoun	Ne parle pas bien Ne marche pas bien
2005		Arrondissement Zogbodomey	Ne parle pas Ne marche pas

		Maison KINDJANHOUNDE Quartier Haya	
2006		Alladaho maison ATTAKPA	Ne parle pas bien
2009		Tègon maison Bokononhoué Arrondissement Tanwé Hesson	Ne parle pas bien
2004		Arrondissement Zogbodomey maison Ayokou	Marche avec canne parce que opérée
22/01/2013		Adagon maison Agassounon Julien Arrondissement Zogbodomey	Ne s'asseoit pas
2009	67418684	Hlanhonou Gnanli Maison Akouégnimabou Arrondissement Zoukou	Ne parle pas bien Ne marche pas bien
1991		Haya	Ne parle pas bien Ne marche pas bien

Centre de DJIDJA

Date et lieu de naissance	Contacts	Domicile des parents	Description du handicap
Vers 2006	95896443	Mougnon AKLE Père Charpentier	Ne peut pas tenir la tête (difficile) S'asseoir difficile Se tenir debout difficile Parler difficile
29/12/1990	94394945	Mougnon maison Agossou	Marcher difficile
28/07/2008	64610880	Mougnon, lèlèAdato	Tenir debout difficile Rampe difficilement Parle difficilement
Vers 2008	95725171	Mougnon, village Kpakpanènè Maison VOKA	S'asseoir difficile Station debout difficile Marche difficilement Parle difficilement
Vers 1996	96771839	Arrondissement agondji Village fonkpamè Maison Ahouandjinou	Bouger, tenir debout, coordonner les actions difficiles
Vers 1984		Arrondissement Gobaix, Village Bookou, Zagueli	Marcher et S'assoir difficile
Vers 2001		Village Bookou, Gobaix Zagueli	Parler, marcher difficile
1er /03/2005	64797197	Gobaix, Village Lakpo Ahouazèkpon, maison Tokpassi	Station debout, marcher difficile
31/01/2004	97823495	Lakpo, maison Adilodji	Ne parle pas Ne marche pas
	67785371	AGOUNA, Awotrélé maison	Difficile à bouger

		KANLIN	
Vers 2007	65368276	AGOUNA, Awotrélé maison KANLIN	Marcher, ramper,parler difficile
2012		AGOUNA, Awotrélé maison Ayodoukou	Parler, marcher, prendre difficile
17/09/2010	97077871 67111132	Arrondissement OUNGBEGA Village AÏouidji, Gbofi maison TOGBE	Parler et marcher difficile
23/8/1994		Gbofi , AÏouidji, Oungbéga	Parler , marcher, tenir, prendre difficile(MC Loué)
27/01/2002		Arrondissement Oungbéga, Village Sozoun	Deplacer difficile ,épilètique regulier
10/03/1997		Oungbega, Village Tannouho, maison Avolonto	Bave, ne parle pas, agiter, perte de connaissance jusqu'à 5 h
22/07/2013	96453684 67204394	Arrondissement DAN, Village Monchi, après CEG DAN maison LEGBASSI	Station debout, s'assoir, tenir longtemps la tête difficile
10/07/2006	95406801	Arrondissement DAN, Village Daanon kpota, maison AGBOLEWAFI	Ne parle bien
27/06/2008	97531394 64086200	Village Dridji, Arrond DAN, maison Akabassi	Tenir la tête, s'asseoir, parler difficile
Vers 2001	96776423	Arrond DAH, village Assantoun m/AHONON	Menace de crise épileptique, marcher, parler, tenir debout difficiles
08/04/2009		DAN, Wokou, maison GNANGANON	Tenir le cou, marcher, s'asseoir, parler difficiles
	97544899 97424321	Arrond DAN Village Montchi m/TOHOUN	Tenir debout, parler difficile
30/03/2007	64011063	Village Hêvi, And Dohouimè m/Houéglo	Ne parle pas, ne marche pas
21/05/2004		Dohouinmè, Woukpa, m/Agbodan	Parler difficile
03/05/2008	95881884 93156268	Honhoun m/Agbidimè	Crises convulsives, parler, marcher difficiles
02/09/2011	94441789	Arrond Dohouimè, village Woukpa, m/Agbodan	Tenir la tête, s'asseoir difficiles
Vers 1998	96391334	Village Lahoungbon DEGANGON, maison DEGAN	Marche difficile, tenir debout impossible
Vers 2005	66353323	Monsourou, village Kakatèhou, hameau Amanto m/GBEKPON	Bave, parler difficile Prendre difficile
Vers 2003	97005427	Arrond DJIDJA, village Aligoudo m/AKEYE	Parler difficile
30/04/2001	95398221 96724010	Arrond Djidja, Honvi Maison AKOGBE	S'asseoir, tenir debout, marcher, parler difficiles
10/09/2006	94392115	Arrond Djidja, Sawlakpa hameau Agonmè	Prendre, marcher difficiles
18/08/1993	97368492	Village Madjavi, maison Zogblatin	Problème mental
2000		Dénou, maison Adjovi Djidja	Problème mental et hémiplégie
07/08/2008		WOGBAYE (DEKANME)	Marcher, parler
10/04/1983		Aligoudo m/Tantinon arrond Djidja	Marcher difficile
05/10/2008	945985/84	Zinkanme (LEGBAMA) m/Agassounon	Marcher, s'asseoir difficiles

09/01/2005	95010781	Madjavi, Djidja centre m/EDIBO	Jamais parlé, entendu depuis naissance.
Vers 1992		Djidja Arrond, village Yè m/Dissou	Bouger, tenir debout, lever le bras droit difficiles
28/01/2013		DJIDJA, Yè m/AZIZA	S'asseoir, tenir debout, marche, tenir la tête, maitrise de l'attention difficiles
11/08/2000	67205977	Arrond DJIDJA, Village Aligoudo (Agblomè) m/Gnangnido	Ne marche pas, ne coordonne pas ses mvts, ne parle pas bien
	96719582	DJIDJA, Madjavi m/DJODJO	Bouge difficilement
05/09/2009	9731462	Arrond DAN, village Ahito, m/AGBLELE	Tenir debout, prendre, articuler, marcher difficiles
22/08/2012	67116590 67861041	Arrond Mougnon, village Aké, m/AMLI	Voir, tenir debout, ramper, articuler difficiles
24/03/1999	95081413 96779961	Village Zinkanmè m/Magnon	Marcher difficile
19/03/1993		Village Tannouho m/Kotanmi Arrond oungbèga	Ne s'asseoir pas bien Ne tient pas le cou
31/10/1991	67414558	Arrond Mougnon, village AKE, M/AKE	Difficulté à marcher Et à se déplacer
2007		AGOUNA , DENOU Hontowou m/minanon	Marcher, parler, tenir debout difficiles
30/10/2012	65432641	DJIDJA, Wogbayè Dovokpa m/ALLOKE	Parler, marcher, tenir debout, s'asseoir difficiles
12/09/2005	95974026	Oungbèga, village SOZOUN m/SEGBOZO	Tenir debout, marcher difficiles
2003	95339369 67067863	Village Madjavi (Aho dédji)	Ramper, tenir debout, marcher difficiles

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 2

DEDICACE 3

REMERCIEMENTS 4

SIGLES ET ACRONYMES 6

LISTE DES CARTES 7

LISTE DES GRAPHIQUES 7

LISTE DES FIGURES 8

LISTE DES PHOTOS 8

LISTE DES TABLEAUX 8

RESUME 10

ABSTRACT 11

INTRODUCTION 13

PREMIERE PARTIE: CONSIDERATIONS THEORIQUES, METHODOLOGIQUES ET CARACTERISTIQUES DU MILIEU DE RECHERCHE 16

CHAPITRE I : CONSIDERATIONS THEORIQUES 17

11-PROBLEMATIQUE 17

1-1-1-CONSTATS : 17

1-1-3-HYPOTHESES DE LA RECHERCHE 24

1-1-2-2 HYPOTHESES 24

1-1-4- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE 25

1-1-4-1- OBJECTIF GENERAL 25

1-1-4-2- OBJECTIFS SPECIFIQUES 25

1-1-5- CADRE CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE 25

1-2- ETAT DE LA QUESTION 27

1-2-1- LES FACTEURS INTERNES AU SYSTEME EDUCATIF 27

1-2-1-1-THEORIE DE L'HABITUS OU DE L'ENSEIGNEMENT 27

1-2-2- LES FACTEURS EXTERNES AU SYSTEME EDUCATIF 29

1-2-2-1- THEORIE DE LA STIGMATISATION 3029

1-2-2-2- THEORIE DU CAPITAL HUMAIN ET SCOLARISATION DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX 30

1-2-3- POSITIONNEMENT THEORIQUE DE LA THESE 32

1-2-4- ORIGINALITE DE LA RECHERCHE 32

1-2-5- MODELES D'ANALYSE ..... 33'

1-2-6-VARIABLES ET INDICATEURS DE RECHERCHE 35

1-3- CLARIFICATION CONCEPTUELLE 37

1-4- MOTIVATIONS DU CHOIX DU SUJET ET DU MILIEU DE RECHERCHE 44

1-4-1- MOTIVATIONS DU CHOIX DU SUJET 44

1-4-1-1-Raisons subjectives 44
1-4-1-2- Raisons objectives 45
1-4-2- Motivations du choix du milieu de recherche 46
CHAPITRE II: DEMARCHE METHODOLOGIQUE 48
2-1- Nature de la recherche 48
2-2- La recherche documentaire 49
2-3- Les techniques de collecte des donnees 49
2-3-1-Observation directe 49
2-3-2- L'entretien 50
2-3-2-1- L'entretien semi-directif 50
2-3-2-2- Focus groups 50
2-3-2-3- Entretiens telephoniques 51
2-3-3- Outils de collecte de donnees 51
2-4- Groupes cibles, echantillonnage et taille de l'echantillon 51
2-4-1- Groupes cibles et choix des structures administratives 51
2-4-3- Taille de l'echantillon 52
2-5- Collecte et analyse des donnees 55
2-5-1- Collecte des donnees 55
2-5-1-1-Pre-enquete 55
2-5-1-2- Deroulement de la collecte des donnees 56
2-5-2- Analyse des donnees 56
2-6- Duree de la recherche 57
2-7- Difficultes et approches de solutions 57
CHAPITRE III : CARACTERISTIQUES DU MILIEU DE RECHERCHE 60
3- Delimitation du cadre geographique d'investigation 60
3-1- Presentation de la zone de recherche : le zou 60
Caractéristiques démographiques 60
Infrastructures sociocommunautaires 61
3-2 Caracteristiques des communes dans lesquelles la RBC est implantee 63
3-2-1 Delimitations et groupes ethniques des communes 63
3-2-2- Activites economiques 64
3-2-3- Education 65
3-2-4- Medecine moderne 67
3-2-5- Medecine traditionnelle 70
3-2-6- Action sociale 71
3-2-7- Synthese des donnees defavorisant la scolarisation des IMC dans les cinq communes 71

3-3-1-3-1- LES REFORMES EDUCATIVES DES INDEPENDANCES A 1990 77
La réforme de 1964 78
La réforme de 1971 78
La réforme de 1975 dite Ecole Nouvelle 78
La réforme de 1990 dite nouveaux programmes d'étude (NPE) 79
Les Nouveaux Programmes d'Etudes : Analyse de la situation..... 81
Pertinence des réformes (approche analytique) 83
3-3-1-3-2- EVALUATION SCOLAIRE 84
Formes d'évaluation scolaire 85
DEUXIEME PARTIE: LES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX EN MILIEU FƆN DU ZOU : DE LA STIGMATISATION A LEUR INTEGRATION. 98
CHAPITRE IV : LES DIFFERENTES PERCEPTIONS DE LA SOCIETE SUR LES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX 100
4-1- PRINCIPAUX TYPES CLINIQUES D'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE 100
4-2- EXPLICATION DE LA MEDECINE MODERNE DE L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE 104
4-3- PERCEPTIONS DES GENS EN MILIEU FƆN DU ZOU 105
4-3-1- REPRESENTATIONS SOCIALES DU HANDICAP PAR DES PARENTS DU HANDICAPE..... 105
4-3-1-1- UN HANDICAPE IMC EST « UN ETRE INUTILE » 106
4-3-1-2- UN HANDICAPE IMC EST « UN ETRE ANORMAL » 108
4-3-2- REPRESENTATIONS CULTURELLES DU HANDICAP PAR LES PERSONNES N'AYANT PAS DE HANDICAPE..... 109
4-3-3- PREJUGES DES HANDICAPES EUX-MEMES 114
4-3-5- ECHEC DES MOYENS DE DISCIPLINE DEVANT LA STIGMATISATION EN MILIEU SCOLAIRE DES ENFANTS A INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE 118
CHAPITRE V: INTEGRATION DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX EN MILIEU SCOLAIRE 123
5-1- LES MECANISMES DE PRISE EN CHARGE DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX 123
5-1-1- PRISE EN CHARGE DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX DANS L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL..... 123
5-1-1-2- NON ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTE AUTOUR DE LA QUESTION DU HANDICAP : VECU DES PARENTS DANS LES HOPITAUX..... 127
5-1-1-2-1- LES MOTS UTILISES 127
5-1-1-2-2- L'ESPACE ET LE TEMPS..... 130
5-1-1-2-3- LES COMPORTEMENTS DE DESINTERESSEMENT CHEZ LES AGENTS DE SANTE . 130
5-1-1-3- PRISE EN CHARGE SCOLAIRE PAR LES PARENTS 132
5-1-1-4- LA FUITE DE RESPONSABILITE DES HOMMES..... 134
5-1-2- PRISE EN CHARGE PAR LES HANDICAPES EUX-MEMES 139
5-1-3- PRISE EN CHARGE DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX PAR LE GOUVERNEMENT 140

5-1-3-1- PRISE EN CHARGE SANITAIRE : LA REEDUCATION FONCTIONNELLE DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX 143
5-1-3-3 - PRISE EN CHARGE SCOLAIRE DES HANDICAPES PAR LE GOUVERNEMENT 149
5-1-3-4- POINTS DE VUE DES PARENTS CONCERNANT LA SENSIBILISATION SUR LE HANDICAP 162
5-1-3-4-1- LES DECLARATIONS SUR LE MANQUE DE SENSIBILISATION 162
5-1-3-4-2- L'ELOIGNEMENT DU CENTRE D'ACCUEIL 163
CHAPITRE VI : ANALYSE SUR LE DEVENIR DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX EN MILIEU SCOLAIRE 167
6-1-2- LES METHODES DE L'EVALUATION SOMMATIVE 170
6-1-2-1- LES DEVOIRS DE CLASSE 170
6-1-2-2- LES EVALUATIONS DE FIN D'ANNEE 171
6-1-2-3- LES EXAMENS DE FIN D'ANNEE 172
6-2- IMPACTS NEGATIFS DU SYSTEME D'EVALUATION SCOLAIRE 173
6-3- REDOUBLEMENT ET ABANDON : CONSEQUENCES POUR LE DEVELOPPEMENT 174
6-4- EDUQUER OU EXCLURE LES HANDICAPES IMC ? 175
6-5- ACCESSIBILITE DES HANDICAPES IMC AUX INFRASTRUCTURES IMMOBILIERES ET MOBILIERS 176
6-5-1- ACCES AUX BATIMENTS 176
6-5-2- LES MOBILIERS 177
6-6- DIAGNOSTICS ET PERSPECTIVES FACE A LA SCOLARISATION DES ENFANTS A INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE 178
6-6-1- DIAGNOSTIC STRATEGIQUE……..……...178
6-6-2- PERSPECTIVES FACE A LA SCOLARISATION DES ENFANTS A INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE……..178
6-6- 2-1- EDUCATION POUR TOUS
……....1784
6-6- 2-1-1- EDUCATION SPÉCIALISÉE……...1785
6-6-2-1-2- EDUCATION INTÉGRATRICE……1786
6-6- 2-2- PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES HANDICAPES PAR L'ETAT ET LES ELUS LOCAUX..17895

CONCLUSION 197
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 198
ANNEXES 198