

Sociologie et Développement

Soubassements essentiels d'autonomisation des personnes en situation de handicap moteur au Nord-Kivu

Dr KASUKU KAHUYEGE Jean Pierre, PhD, (Université de Goma)
Ass.2 MASEMO ZAINA Blandine (Université de Goma)

Résumé

Comme toute personne, les personnes en situation de handicap moteur aspirent à l'acquisition de plus de pouvoir pour orienter leur vie. Il est cependant pertinent d'identifier les facteurs qui constituent le soubassement de leur autonomisation. Cette réflexion a bénéficié analyse factorielle discriminante (AFD) pour ressortir la typologie de l'autonomisation, d'une analyse en composante principale (ACP) pour le Calcul des scores de l'autonomisation, des Tests de Fisher, du Test KMO de vérification de la corrélation entre les items afin de mesurer la qualité de l'échantillon et d'une analyse structurelle de modélisation causale (AMOS) pour l'identification des opportunités ou fonctionnements de l'autonomisation. Plusieurs facteurs, notamment ceux sociodémographiques bien qu'à des niveaux relativement faibles, influent sur le degré d'autonomisation des PSHM.

Mots clés : Soubassement, autonomisation, Capabilités, Résilience, Handicap

Summary

Like any other person, people with motor disabilities aspire to acquire more power to direct their lives. However, it is relevant to identify the factors that form the basis of their empowerment. This reflection benefited from discriminant factor analysis (DFA) to highlight the typology of empowerment, a principal component analysis (PCA) for the calculation of empowerment scores, Fisher Tests, the KMO Test verification of the correlation between items in order to measure the quality of the sample and a structural causal modelling analysis (AMOS) for the identification of opportunities or functioning of empowerment. Several factors, including socio-demographic factors, although at relatively low levels, influence the degree of empowerment of PSHMs.

Keywords: Underpinning, empowerment, Capabilities, Resilience, Disability

Introduction

La situation des personnes handicapées est devenue davantage une préoccupation socio-environnementale que médicale. Si pendant plusieurs années, c'est l'aspect biomédical qui était le centre d'intérêt de toutes actions en leur faveur, la réalité actuelle a dépassé ce cadre et se focalise sur l'interaction avec leur environnement et l'accès aux différents droits humains. Avec la consécration de l'année 1981, plusieurs faits marquants ont jalonné le processus de leur réadaptation et réhabilitation. Depuis cette date, avènement de l'année internationale des PSH, les réflexions foisonnent dans le sens de sceller les bases d'une participation plus présente des personnes handicapées dans l'organisation socio communautaire. Dans un contexte inclusif⁸⁸, ces personnes agissent de plus en plus en tant qu'acteurs de développement. Ce qui marque l'accès à une certaine autonomisation, mieux un certain pouvoir d'orientation de leurs choix quant au genre de vie qu'elles doivent mener. Cependant, au regard de tous les stéréotypes, de tous les clichés condescendants en face desquels elles se trouvent, il se pose toujours la question des soubassements de leur autonomisation et de la mesure du degré dont elles jouissent, dans le milieu où elles interagissent. Cependant, la complexité et le caractère multidimensionnel du concept « *autonomisation* » ne facilitent pas l'opérationnalisation d'un outil de mesure y relative, surtout en ce qui concerne les personnes en situation de handicap, dans leur milieu d'activités. Différents aspects et dimensions sont pris en considération, étant entendu que les chercheurs sont confrontés à la particularité des circonstances, des cultures, des contextes et des cibles.

1. Contexte et Problématique de la recherche

À travers une revue de littérature sur les échelles de mesure de l'autonomie de la personne, un ensemble d'outils utilisés a été identifié, selon certaines pathologies. Pour accéder aux informations y relatives, les écrits en ligne sur internet, ont été exploités. Les concepts principaux introduits dans le moteur de recherche ont été « autonomie, autonomisation, auto-prise en charge, empowerment ». Ces recherches ont permis de sélectionner certaines études qui ont parues plus proches de la préoccupation relative à l'autonomisation des personnes en situation de handicap, en tenant compte de l'importance des sources où elles ont été publiées. C'est le cas, notamment de (Yann Le Bossé, Francine Dufort, Line Vandette, 2004), (Valentine M Moghadam et Lucie Senftova, 2005), (Chandan

⁸⁸Dans la compréhension de cet article, la dynamique d'intégration est à différencier de celle faisant allusion à l'inclusion. Si la première permet à la PSH d'être acceptée au sein de la société, elle l'enferme cependant dans le cliché de celui qui doit s'adapter. Alors que l'inclusion promeut l'a participation dans le sens d'« faire société ensemble » (Christel Prado, 2014)

Roy, Susmita Chatterjee, Sangita Dutta Gupta, 2018), (Simone Lombardini, Kimberly Bowman, Rosa Garwood, 2017), (Dee Jupp, Sohel Ibn Ali, Carlos Barahona, 2010). Dans une optique plus spécifique relative aux personnes en situation de handicap, quelques références ont permis d'approfondir la réflexion : Ninacs, cité par Valery Ridde et Ludovic Queuille (2006), Pim Kuipers (2013), Lutien Bakker et Wim H Van Brakel (2012) et Kenza Sassi (2014). La prise en charge de la PSH est un processus qui s'appréhende à travers plusieurs étapes. En 1975, il y a eu la proclamation, en 12 articles, de la déclaration des droits des personnes handicapées par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (1975). En 1976, par sa résolution 31/123, l'assemblée générale des Nations Unies (1976), a dédié l'année 1981 aux personnes en situation de handicap. La devise de cette année « *pleine participation et égalité* » est apparue comme tout un programme d'actions et de promotion en leur faveur. Elle a été suivie par plusieurs initiatives, dont la proclamation des journées du handicap (9 octobre) et des personnes handicapées (3 décembre), la décennie des personnes handicapées (1983-1992), le lancement de l'approche de la réhabilitation à base communautaire en 1998 (OMS, Banque mondiale, Unesco, 2011), et plus récemment, la promulgation de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées en 2006. Ce processus a donné un autre visage au cliché qui était celui des personnes en situation de handicap. Elles ne sont plus des marginaux ou des indigents qui vivent dans un attentisme pathologique, mais elles sont « *sujets de droit et acteurs de développement* » comme tout le monde. Cette étude se focalise sur l'autonomisation des personnes en situation de handicap moteur. En effet, bien que victime d'une déficience qui réduit leurs capacités, elles jouissent d'une certaine résilience. Ce qui leur permet une adaptation aux situations même plus difficiles. Elles expriment ainsi, une volonté réelle d'affranchissement de la dépendance chronique aux autres membres de famille. Elles aspirent à plus d'autonomisation.

Ce qui est une garantie d'inclusion sociale et d'expression de leurs capacités. Au vu de cette situation qui présage une avancée effective dans le processus de leur inclusion, la problématique posée est de savoir « comment s'assurer de l'autonomisation des personnes en situation de handicap moteur dans leur milieu actif? La clarification de cette problématique, passe à travers deux questions spécifiques. En premier lieu, quels sont les soubassements essentiels, en tant que facteurs influents, de l'autonomisation des personnes handicapées à mobilité réduite au Nord-Kivu ? En second lieu, quel est le degré de leur autonomisation ? En termes de réponse à ces questions, nous avons émis deux hypothèses. D'abord, les différents soubassements qui s'observent dans l'environnement du Nord Kivu, sont l'intégration

communautaire et l'accompagnement socio familial. En second lieu, il s'observe que les degrés d'auto prise en charge accusent des faiblesses et de partialités.

2. Démarche méthodologique

La démarche méthodologique a porté sur une triangulation de méthodes, en combinant la collecte des données et l'analyse. La revue bibliographique, basée sur des analyses empiriques en rapport avec le phénomène étudié, a été appuyée par la collecte des données de terrain, grâce à une démarche hypothético-deductive. En complément, l'approche par les capacités a été empruntée, ce qui a permis d'identifier les différents vecteurs de fonctionnement, en tant qu'opportunités sociales devant permettre aux PSHM d'orienter leurs choix de réalisation. Des entretiens individuels avec les personnes en situation de handicap ont été réalisés sur base d'un guide d'entretien inspiré de l'échelle de Likert. Cela, afin d'identifier les facteurs qu'elles considèrent comme indispensables à leur accomplissement. Quant à l'échantillonnage, il a été probabiliste aléatoire simple.

La détermination de l'échantillon a emprunté la formule de SCHWARTZ : $n = z^2 p (1-p) / e^2$

Avec : n = taille de l'échantillon

z = niveau de confiance selon la loi normale. Il est de 95%, pour z = 1.96

p = proportion estimée de la population qui présente la caractéristique.

50%

Il s'agit des personnes en situation de handicap moteur dont la proportion n'est pas connue. Et pour autant qu'il n'y a pas eu une pré-étude visant à connaître ce taux, l'approche a consisté à prendre la précaution forte (Ardilly, 2006) qui préconise une proportion de 50% (p=0,5), parce que pour un z donné et une marge d'erreur fixée de 5%, cette proportion permet de maximiser la taille de l'échantillon à 384. Cependant, en prévision du risque de déperdition lié à l'insécurité récurrente et aux difficultés d'accessibilité à la cible dans les milieux d'enquête, un réajustement de 20 % a été effectué, donnant alors un échantillon de 460 observations. Sur ce total, il n'y a eu que 451 fiches récoltées, dont 450 complètes. Elles ont été identifiées dans trois environnements dont 201 en milieu urbain, 64 en milieu périurbain et 185 en milieu rural (Tableau 1 : Répartition des PSHM enquêtées. Par milieu de

vie. Les circonscriptions administratives visées étaient la Ville de Goma, les Territoires de Masisi, de Nyiragongo et de Rutshuru.

Tableau 1 : Répartition des PSHM enquêtées. Par milieu de vie

| N° | Lieu/localisation | Sexe | | Total | |
|-------|----------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| | | Masculin | Féminin | Nombre | % |
| 1 | Milieu urbain et | 131 | 134 | 265 | 56,9 |
| | Ville de Goma | 94 | 107 | 201 | 44,7 |
| | Périphéries de la Ville de | 37 | 27 | 64 | 12,2 |
| 2 | Milieu rural | 123 | 62 | 185 | 41,1 |
| | Territoire de Nyiragongo | 24 | 14 | 38 | 8 |
| | Territoire de Rutshuru | 59 | 33 | 92 | 20 |
| | Territoire de Masisi / axe | 40 | 15 | 55 | 12 |
| Total | | 254 | 196 | 450 | 100 |

Certains critères d'inclusion ont été définis, notamment : être une personne en situation de handicap, être âgé de 18 ans et plus, être capable et disponible pour répondre aux questions, habiter dans l'un des milieux concernés. Le traitement des données a emprunté une analyse factorielle discriminante (AFD) pour ressortir la typologie de l'autonomisation, une analyse en composante principale (ACP) pour le Calcul des scores de l'autonomisation, des Tests de Fisher, du Test KMO de vérification de la corrélation entre les items afin de mesurer la qualité de l'échantillon et une analyse structurelle de modélisation causale (AMOS) pour l'identification des opportunités ou fonctionnements de l'autonomisation. Les logiciels utilisés pour la circonstance ont été le SPSS, EXCEL et XLSTAT.

3. Situer les concepts fondamentaux.

3.1. Autonomisation

Pour parler de l'autonomie, deux dimensions fondamentales semblant se juxtaposeront été privilégiées car étant complémentaires. Il s'agit notamment du groupe dans lequel la personne se meut et de l'autre de la personne par rapport aux interactions avec le groupe dans lequel elle veut s'intégrer en étant partie prenante aux activités réalisées. Pour ce faire, l'acquisition d'un certain « *pouvoir- d'agir* » (Yann Le Bossé, 2003) est une condition à laquelle elle doit souscrire, en communion avec les autres dans le respect d'un cadre normatif qui assure les équilibres dans la jouissance de ses propres prérogatives. Il s'agit d'augmenter les capacités de la personne à dépendre moins de son entourage. Dans leur livre sur l'autonomisation et la réduction de la pauvreté, Deepa Naraya et Sylvie Pesme

(2004), disent que le terme « *autonomisation* », en anglais « *empowerment* », revêt différentes significations. Mais tout compte fait, il vise « *l'accroissement des avoirs et des capacités des personnes pauvres, dans le but de leur permettre de mieux participer, négocier, influencer, maîtriser et responsabiliser les institutions qui ont une incidence sur leurs vies* » (Deepa Naraya et Sylvie Pesme, 2004). D'autres auteurs parlent de « *l'acquisition de plus de pouvoir de gestion de sa vie* » (Delphine Chauffaut, et al, 2003) ou de « *l'auto prise en charge* » (Yann Le Bossé, 2003). Ce dernier dit qu'il s'agit de « *la capacité des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent* » ; qu'il assimile à la notion de « *pouvoir d'agir* ».

Si l'autonomie est définie comme faire soi-même la loi à laquelle on obéit, elle porte sur l'affirmation de soi et la revendication d'une pleine et entière citoyenneté dans la cité. Dans ce contexte, sa portée reste limitée au résultat auquel la personne aspire sans référence au processus qui l'y a fait arriver. S'autonomiser sous-entend ainsi que « *les PSH doivent continûment lutter contre les aprioris défavorables* » (Gardou, C., 2021). Dans la présente étude, le concept « *autonomisation* » est préféré à celui « *d'autonomie* ». Il apparaît plus complet car exprimant en même temps le processus d'acquisition de plus de pouvoir et aussi les capacités de la personne dans la poursuite de sa réalisation.

3.2. Capabilités

L'approche par « *les capabilités* » (Amartya Sen, 1999) part du postulat qui propose de juger la qualité de la vie à partir de ce que les individus sont, de leur choix et de ce qu'ils sont en mesure de réaliser vraiment. C'est ce que Sen appelle « *les états et les actions* » et qui constituent l'ensemble des fonctionnements, sorte de modalité de vie appelé « *capabilités* ». L'approche par « *les capabilités* » peut être classée parmi les théories des opportunités puisqu'elle ne cherche à retenir ni les ressources ni les résultats atteints, mais bien « *des opportunités réelles qui s'offrent aux individus de mener le type de vie qu'ils ont choisi* » (Amartya Sen, 1999). Sophie Rousseau (2007) dit que : « *L'approche des capabilités suggère qu'il est possible de réduire la pauvreté en améliorant les capabilités des individus sur le long terme*. Il s'agit donc de mettre à la disposition des personnes, des opportunités en termes de compétence, des moyens, d'outils pour augmenter son savoir-faire. Il faut cependant tenir compte de certains choix qui facilitent une appropriation par la personne. Pour ce faire, il s'agira des caractéristiques personnelles qui définissent ce qui est inhérent à chaque être humain et le distingue de tous les autres et les opportunités socio-environnementales comprises comme un « *ensemble des règles formelles et informelles d'une société, biens*

publics » (Sophie Rousseau, 2007). D'autres auteurs, tel que Nussbaum⁹, cité par Reboud et al, (2008) en ont parlé. Pour Sophie (2007) « l'approche des capacités suggère qu'il est possible de réduire la pauvreté en améliorant les capacités des individus sur le long terme. Robeyns cité par Le Morellec (2014) a proposé un schéma (Figure 1 : Représentation schématique de l'approche par les capacités, d'après Robeyns (2000) cité par le Morellec(2014)) permettant de faciliter la compréhension de l'approche par les capacités.

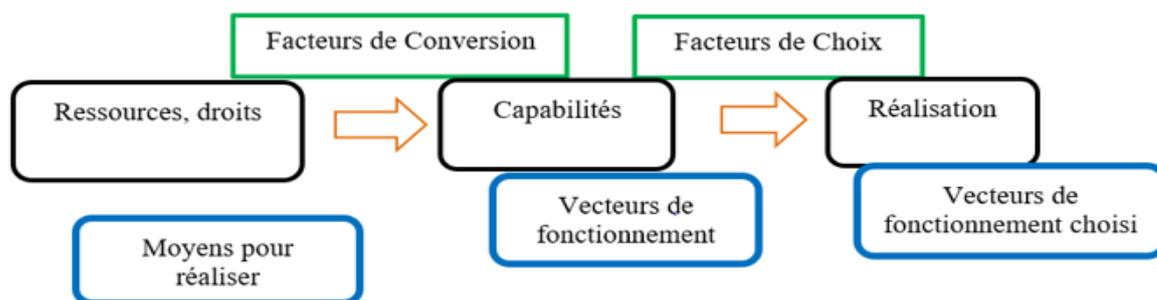


Figure 1 : Représentation schématique de l'approche par les capacités, d'après Robeyns (2000) cité par le Morellec(2014)

Appliquées à la personne en situation de handicap, celle-ci met à profit ses capacités, fait usage de sa liberté d'accepter ou pas un mode de vie, de choisir ce qui lui est important, affronter les vicissitudes de la vie et confirmer ainsi ses pouvoirs de discernement. C'est là qu'intervient toute la notion de « la pleine participation ».

3.3. Résilience

En parlant de la résilience, Marie Anaut (2005), dit que c'est un « processus dynamique impliquant l'adaptation positive dans le cadre d'une adversité significative ». Vanistandael, cité par Michel Delage (2003), parle-lui « de la capacité à réussir de manière acceptable pour la société en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative ». Cette capacité appelée « tendance actualisante » (M Sunil Deepak., 2012), (Jean Garneau, 2004), (Jean Francois Chossy, 2011) est une tendance qui permet à l'individu, en croyant en ses ressources et énergies internes, de faire face aux obstacles qui se créent devant lui et ensuite de les surmonter dans un processus d'adaptation continue. Cela, malgré l'aspect de vulnérabilité qu'il peut présenter. De ces définitions, se dégagent trois dimensions de la résilience :

⁹ Nussbaum propose une liste de dix capacités d'une bonne vie : une vie longue ; la santé du corps ; l'intégrité du corps ; les sens, l'imagination et la pensée ; les émotions ; la raison pratique ; la sociabilité (affiliation) ; l'aptitude à vivre avec d'autres espèces ; le jeu ; et le contrôle de son environnement.

- Celle liée aux propres capacités internes de la personne, à son fondement et ses prédispositions intérieures appelées « l'onto-système ».
- Celle liée aux relations avec l'environnement proche, restreint, familial et portant sur « le proxi-système ».
- Celle qui correspond à l'environnement plus large, lointain, son cercle de travail, appelée « l'exo-système ».

Les soubassements à la résilience sont, comme le disent Ionescu et *al* (2010) « des facteurs culturels de la résilience ». Pour Sinaï et *al.* (2015), « *la résilience c'est triompher de l'adversité avec les moyens dont on dispose* ». La personne, qui qu'elle soit, doit faire face continuellement aux obstacles et les braver, grâce aux tuteurs dont il est bénéficiaire. Il en est de même pour la personne en situation de handicap.

3.4. Le Handicap

Appréhender le concept « handicap¹⁰ » ramène aussi à s'interroger sur les différentes perceptions que l'environnement social se fait de la personne. Ce concept porte sur différentes représentations des phénomènes connus par la personne. Ils se centrent sur différents regards à son égard, tantôt sur la limitation fonctionnelle, sur la maladie, ou encore en rapport avec l'espace de vie. La Classification Internationale du Handicap et de la santé (CIH) le décrit « à travers l'atteinte du corps, bien sûr « déficiences », mais aussi les difficultés ou impossibilités à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ces déficiences « incapacités » et les problèmes sociaux qui en résultent « désavantages » (OMS, 2001). Ainsi le handicap est-il décomposé et décrit par ses différents éléments constitutifs : déficience, incapacité et désavantage » (Michel, 2002). Mais c'est la déficience et les limitations qui attirent l'attention en fonction « *des normes et des valeurs auxquelles la communauté adhère* » (Hirschauer-Rohmer, 2002). Il est une évidence que l'épanouissement de la personne est fonction de son interaction continue avec son milieu de vie en dehors duquel elle reste une marginale. Ce que De Stexhe (2015) appelle « *le paradigme environnemental ou sociétal* » selon lequel ces « *discapacités* » ne se constituent en handicap proprement dit qu'en fonction des difficultés ou des résistances opposées par le fonctionnement social à l'égalité de participation à la vie sociale des personnes qu'elles affectent, et à qui il faut malgré cela assurer un respect

10. Le français dispose de deux mots omniprésents pour parler du handicap, tandis que l'anglais en compte trois. Le français considère la déficience, qu'il différencie du handicap. Tandis que l'anglais considère l'impairment (la déficience), distinct de la disability (le handicap) et du handicap, qui signifie le désavantage social. L'impairment concerne donc le dysfonctionnement physiologique. La disability signifie l'inadéquation d'un fonctionnement physiologique ou comportemental défaillant avec son environnement quotidien, naturel et social. Le handicap signifie le désavantage de la personne handicapée, dans une situation sociale où elle est mise en compétition avec des personnes valides (Sanchez, 2009).

effectif de leurs droits en tant que sujets par principe égaux à tous les autres . Le handicap est perçu en tant que contrainte issue des caractéristiques particulières à la personne ainsi que de son environnement. Fougeyrollas (1998) a mieux explicité cette notion de handicap à travers un schéma mettant en relation la situation de l'individu au contexte socio environnemental (Figure 2 : Processus de production du handicap et modèle).

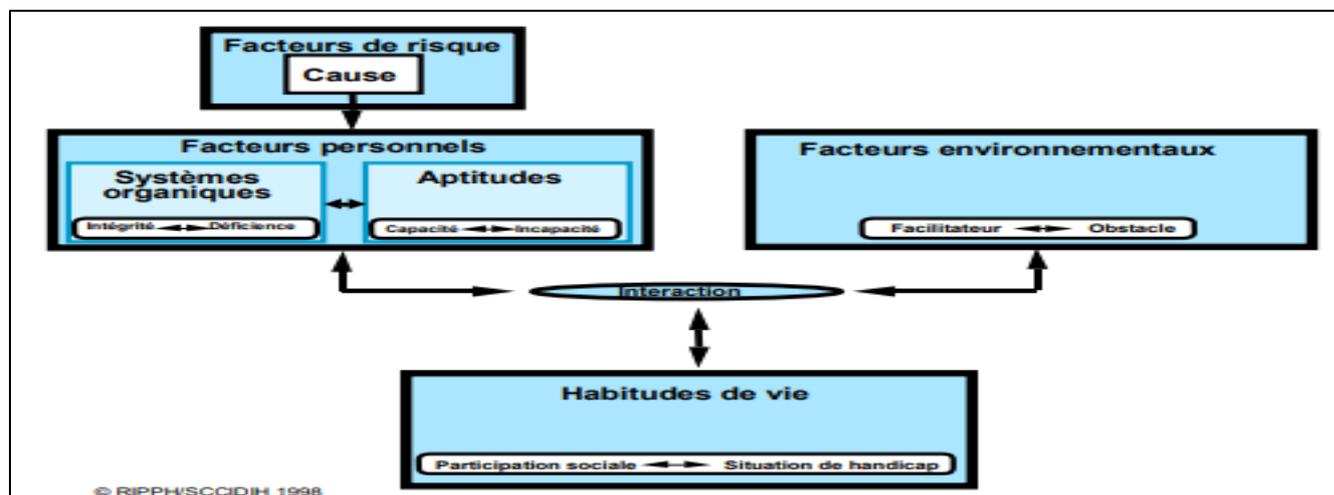


Figure 2 : Processus de production du handicap et modèle

Source : Fougeyrollas et al. 1998

4. Résultats de l'étude

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

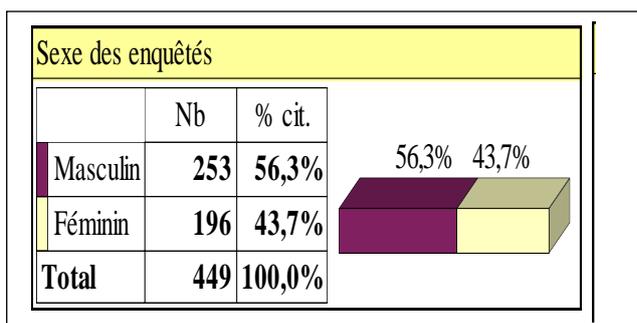


Figure 3 : Sexe des enquêtés

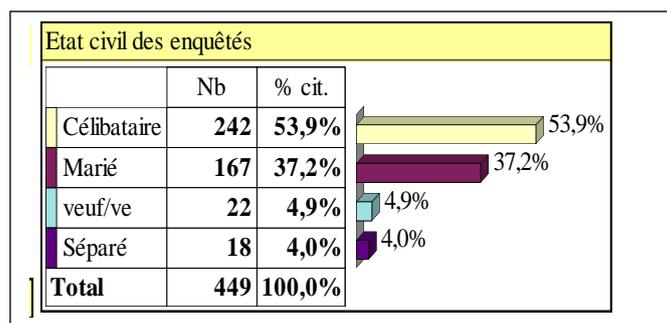


Figure 4 : Etat civil des enquêtés

Les hommes ont représentés 56,3% d'enquêtés, contre 43,7% de femmes (Figure 3 : Sexe des enquêtés

Figure 4 : Etat civil des enquêtés). Par contre les célibataires enquêtés représentent 53,9% contre 37,2% des mariés, 4,9% des veufs (ves) et 4% des séparés (Figure 3 : Sexe des enquêtés

Figure 4 : Etat civil des enquêtés).

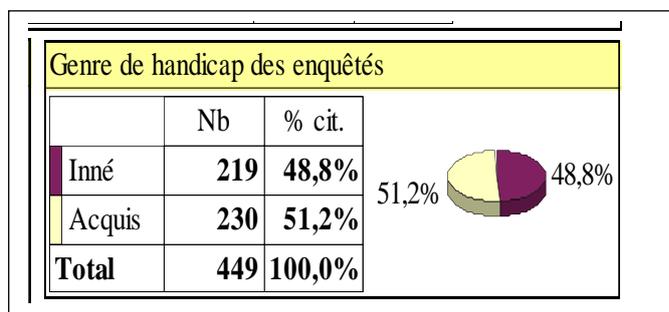


Figure 5 : Genre de handicap

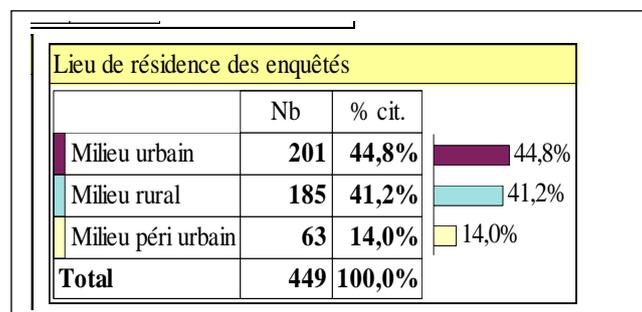


Figure 6 : Milieu de résidence

Suivant le genre de handicap, 48,8% sont innés contre 51,2% dont le handicap est acquis (Figure 5 : Genre de handicap, Figure 6 : Milieu de résidence), alors que selon le milieu de résidence, 44,8% restent en ville, 41,2% en milieu rural et seulement 14% en milieu périurbain (Figure 5 : Genre de handicap, Figure 6 : Milieu de résidence).

4.2. Les soubassements de l'autonomisation de la personne en situation de handicap.

La variance totale calculée (Annexe 1) n'a retenu que 9 composantes dont la valeur propre a été ≥ 1 . Leur poids, au regard de la variance totale calculée, a représenté 65,4% d'informations par rapport au processus d'autonomisation. Les enquêtés ont estimé que ces neuf composantes exprimaient mieux les facteurs sur lesquels repose leur accès à plus de pouvoir. Telles que ressorties dans la rotation des matrices (Annexe 2), il s'est agi de : (i) Implication et participation à la gouvernance sociale locale, (ii) Respect et jouissance des droits, (iii) Responsabilités familiales et Fondation d'un foyer, (iv) Connaissance de la , (v) Opportunités d'emplois formel/informel, (vi) Filets sociaux (assistance et assurance sociale), (vii) Environnement familial favorable, (viii) Accès à la rééducation et enfin, (ix) Perception positive de la famille. Une analyse factorielle discriminante (AFD) a été empruntée pour la typologie de l'autonomisation.

Le regroupement avec l'application AMOS du logiciel SPSS a fait un regroupement de chaque variable manifeste par rapport à deux variables latentes ressorties comme soubassement essentiels de l'autonomisation. Le logiciel AMOS, d'analyse structurelle, a aidé à faire un regroupement des facteurs dont les 5 premiers expriment les soubassements de

l'intégration des PSHM en rapport avec le milieu tandis que les quatre autres font allusion à l'accompagnement au sein de la famille :

- La variable latente « intégration » est liée aux 5 variables manifestes, à savoir « ImplicatGouverLocale, Respjouisancedroits, ResponsabFamiliales, ConnaissCRDPH et OpportunitEmplois » chacune avec sa proportion d'implication dans l'intégration.
- La variable latente « accompagnement » est influencée par 4 variables manifestes, à savoir « PerceptSoc, AcceReeducat ; EnvironSocioFamilialFav et FiletsSociaux ».

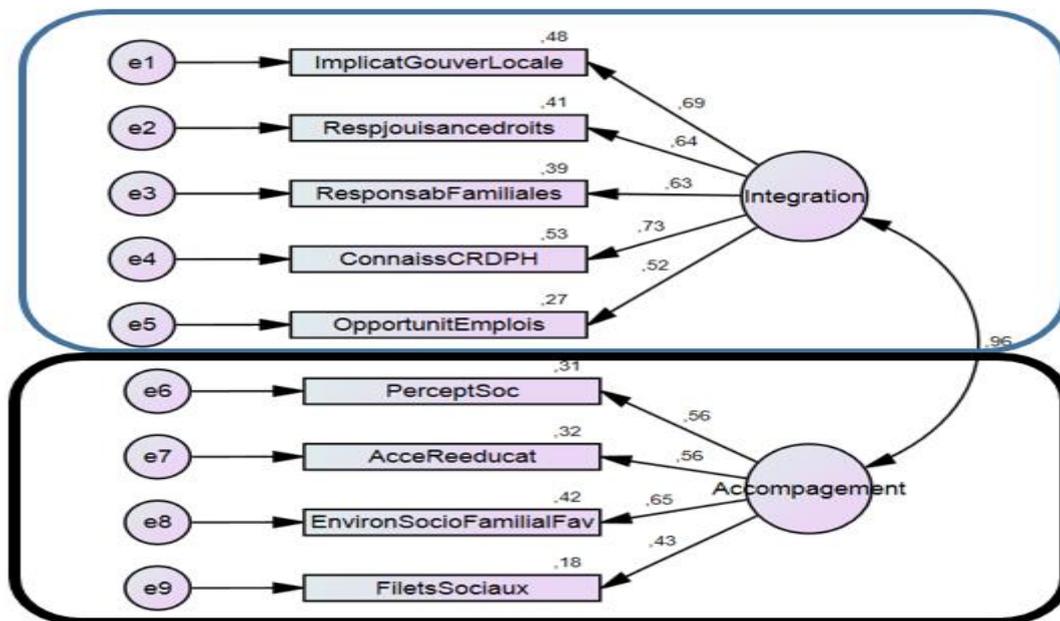


Figure 7: Diagramme du modèle structurel de la relation entre intégration et accompagnement des PSHM

4.3. Degré de l'autonomisation

A partir de l'indice d'autonomisation obtenu par la transformation des données qualitatives en données quantitatives, les niveaux d'appréciation des degrés d'autonomisation sont de quatre ordres (Figure 8 : Catégorisation des niveaux d'appréciation de l' d'autonomisation).

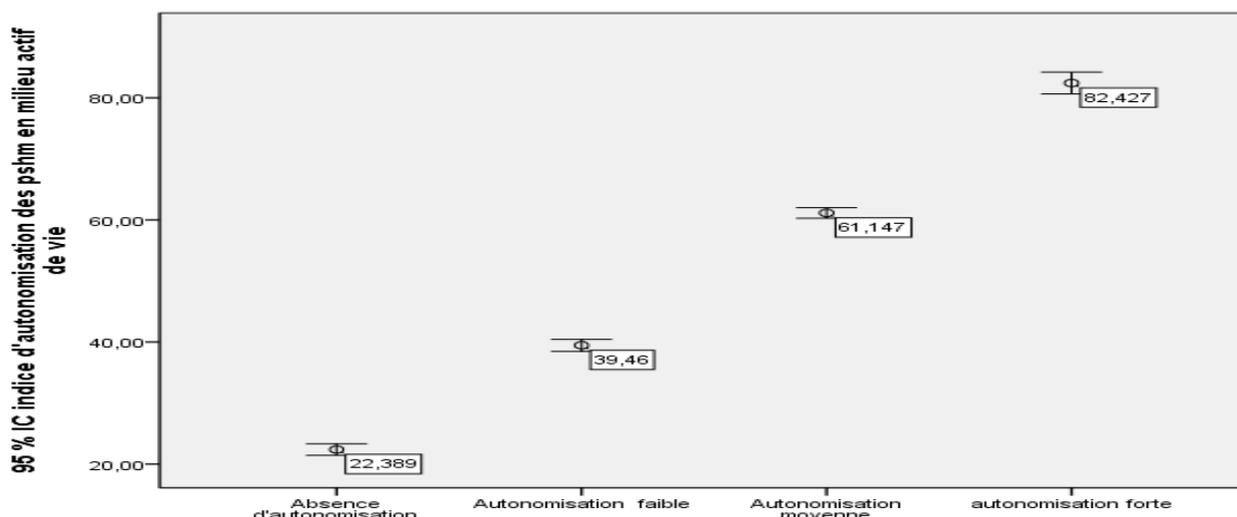


Figure 8 : Catégorisation des niveaux d'appréciation de l'autonomisation

- De 0 à 25%, Dépendance totale. Il s'agit des personnes handicapées totalement dépendantes. Elles ne peuvent rien faire d'elles-mêmes. Ce sont les autres qui réalisent tout pour elles. Leur autonomisation est nulle.
- De 26 à 50%, Dépendance moyenne : des personnes qui réalisent certaines activités, mais toujours avec le soutien et la présence d'une autre personne. Leur autonomisation est très faible.
- De 51 à 75%, Dépendance faible : des personnes qui réalisent des actions, sans attendre les orientations des autres. L'appui extérieur est nécessaire, momentané, et pas indispensable. Elles connaissent des restrictions moins préjudiciables, dans leurs activités essentielles d'interaction avec leur environnement. Leur autonomisation est partielle ou moyenne.
- Au-delà de 75%, dépendance très faible. Il s'agit des personnes handicapées avec forte autonomisation. elles peuvent mener leur vie sans le soutien des autres. Elles peuvent rencontrer de petites restrictions sans conséquences déterminantes. Elles restent activement en interaction avec les autres membres de la société.

4.4. Appréciation de l'autonomisation selon les caractéristiques sociodémographiques

4.4.1. Autonomisation selon les milieux de vie

L'acquisition de plus de pouvoir de décision chez les PSH dépend du milieu dans lequel elle évolue. Selon le milieu de résidence, le degré d'autonomisation des PSHM reste faible aussi bien en milieu urbain, périurbain que rural bien que se manifestant avec quelques nuances.

La proportion des personnes selon les quartiles d'autonomisation : forte, moyenne, faible et absence d'autonomisation (Figure 9 : Autonomisation par catégorie selon les milieux de vie, varie respectivement pour chaque milieu :

- Milieu urbain : entre 2,7% ; 16,3% ; 45,5% et 35,1%
- Milieu rural : 13,9% ; 47,8% ; 24,7% et 13,4%
- Milieu périurbain : 3,2% ; 23,8% ; 57,1% et 15,9%.

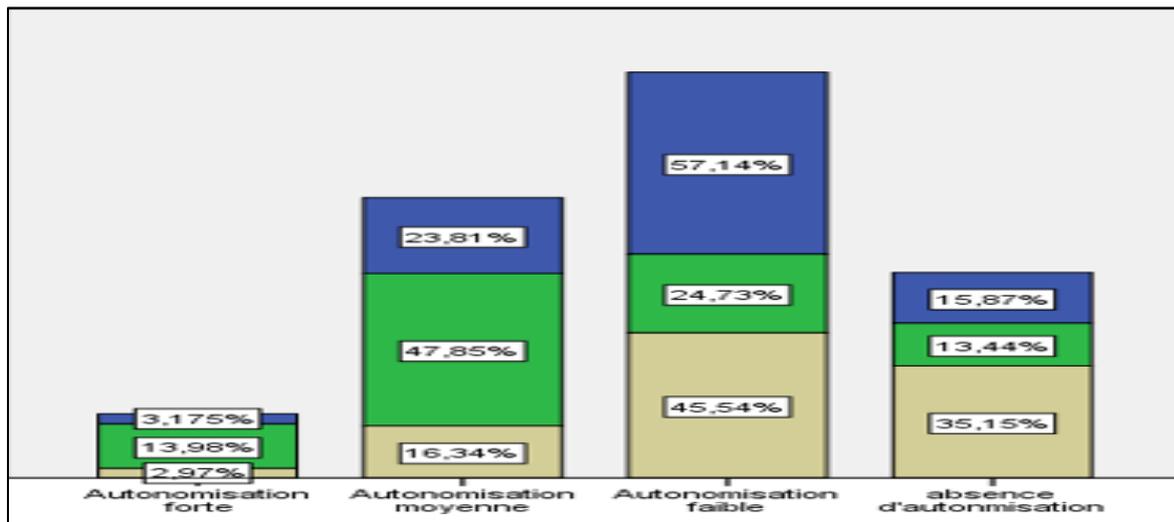


Figure 9 : Autonomisation par catégorie selon les milieux de vie

4.4.2. Par Sexe et Âge

Les différents degrés d'autonomisation expriment jusqu'à quel niveau les PSHM rendent opérationnelles leurs capacités, en termes de fonctionnement et d'accomplissement. Les degrés d'autonomisation des personnes de sexe masculin, pour les différents âges pris en considération, est de 32,21%, contre 29,69% pour celle de sexe féminin. Concernant les âges, hommes et femmes confondus, alors que pour les PSHM entre 36 et 40 ans, le degré d'autonomisation est de 33,14%, pour celles de 26 à 30 ans, il atteint la proportion de 32,21%, suivie de celles de 21 à 25 ans avec 31,82%. Au bas de l'échelle, il y a les plus de 40 ans avec 29,40% et enfin, celles de moins de 20 ans qui sont resté à 27,70% (Tableau 2 : Degré d'autonomisation par Sexe et Age). Mathématiquement, ces degrés d'autonomisation sont proches et sans grande différence.

Tableau 2 : Degré d'autonomisation par Sexe et Age

| Sexe | Age | Moyenne | N | Ecart type |
|----------|--------------------|---------|-----|------------|
| Masculin | moins de 20 ans | 27,64 | 44 | 7,720 |
| | entre 21 et 25 ans | 34,42 | 51 | 9,760 |
| | entre 26 et 30 ans | 32,72 | 70 | 7,050 |
| | entre 31 et 35 ans | 31,46 | 1 | . |
| | entre 36 et 40 ans | 33,21 | 53 | 7,487 |
| | plus de 40 ans | 32,19 | 34 | 4,752 |
| | Total | 32,21 | 253 | 7,882 |
| Féminin | moins de 20 ans | 27,79 | 33 | 7,145 |
| | entre 21 et 25 ans | 29,56 | 59 | 7,037 |
| | entre 26 et 30 ans | 31,51 | 51 | 7,175 |
| | entre 31 et 35 ans | 30,15 | 2 | ,218 |
| | entre 36 et 40 ans | 32,97 | 24 | 6,281 |
| | plus de 40 ans | 25,89 | 27 | 4,646 |
| | Total | 29,69 | 196 | 6,975 |

Mais avec une valeur de Fisher = 12,45 et un Sig. 0,000 < 0,05, statistiquement il existe une différence significative d'autonomisation entre les sexes et les âges des personnes en situation de handicap (Tableau 3: Significativité de la différence d'autonomisation entre les sexes).

Tableau 3: Significativité de la différence d'autonomisation entre les sexes

| | | | Somme des | Ddl | Carré moyen | F | Si g. |
|---|----------------------|-------------------|-----------|-----|-------------|--------|-------|
| <i>Indice de l'Autonomisation des PSHM * Sexe</i> | <i>Intergroupes</i> | <i>(Combinée)</i> | 700,271 | 1 | 700,271 | 12,451 | 0,000 |
| | <i>Intra-groupes</i> | | 25139,949 | 447 | 56,241 | | |
| | <i>Total</i> | | 25840,219 | 448 | | | |

4.4.3. Selon l'Etat civil

Selon l'état civil, les PSHM vivant en couple ou mariées jouissent de l'autonomisation à 32,03% contre 30,68% pour les célibataires ; 28,85% pour les veuf (ve) s et 31,07% pour celles qui sont séparées.

4.4.4. Selon le Genre de handicap et le membre (organe) atteint

Alors que les Personnes handicapées victimes d'un handicap inné du membre inférieur jouissent d'un degré d'autonomisation de 31,11% ; le degré de celui acquis, de

la même catégorie, reste dans les mêmes marges avec 31,76 %. Quant aux victimes du membre supérieur, le degré d'autonomisation est de 31,67% pour le handicap inné, contre 28,50% pour celui acquis. Bien qu'avec un Fisher de 2,941, un Sig. de 0,087 > 0,05 (

Tableau 4 : Différence d'autonomisation selon le genre de handicap) les catégories de handicap ainsi que les membres atteints n'influencent pas l'autonomisation, la différence est néanmoins significative pour un seuil de 10% qui est tout aussi acceptable statistiquement (Cohen, 1988 ; Kline, 2004, cités par Bourque et *al.*, 2009).

Tableau 4 : Différence d'autonomisation selon le genre de handicap

| | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|---|---------------------------|------------------|-----|-------------|-------|-------|
| Indice de l'Autonomisation des PSHM * Membre ou organe déficient | Inter- (Combinée) groupes | 168,926 | 1 | 168,926 | 2,941 | 0,087 |
| | Intra-groupes | 25671,293 | 447 | 57,430 | | |
| | Total | 25840,219 | 448 | | | |

4.4.5. Selon le secteur/domaine d'emploi

Les données de la Figure 10 : Degré d'autonomisation selon le secteur d'emploi montrent que les degrés d'autonomisation tournent essentiellement autour d'une même moyenne, entre 29 et 35%.

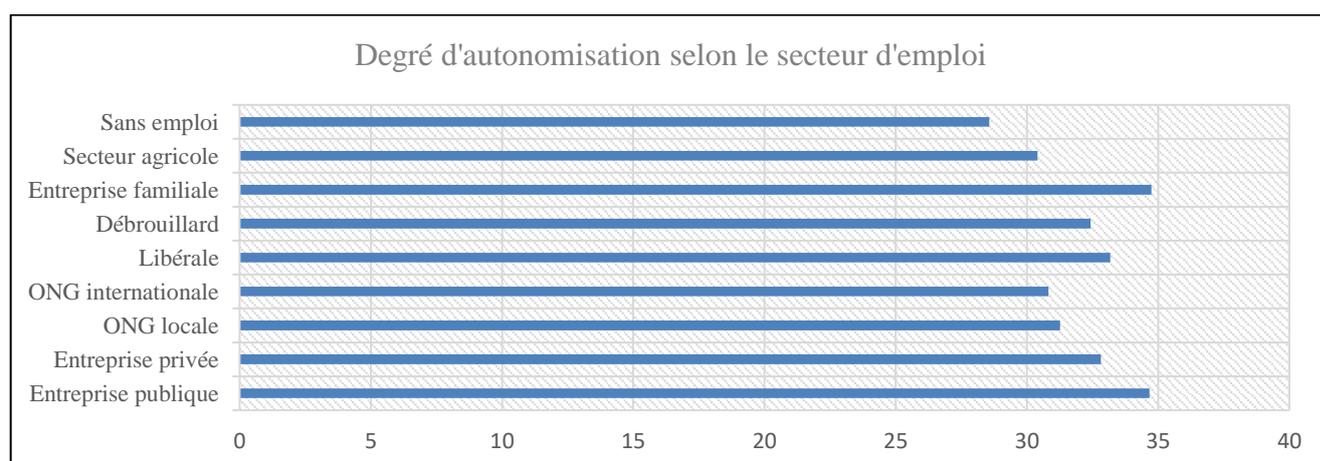


Figure 10 : Degré d'autonomisation selon le secteur d'emploi

Cependant, malgré le rapprochement des moyennes, le test de Fisher de 4,443 et un Sig. de 0,000 < 0,05 exprime que le secteur ou le domaine d'emploi dans lequel la personne est opérationnelle influence significativement l'autonomisation.

4.4.6. Selon le niveau d'études

Il est dit que les études confèrent aux personnes handicapées plus de capacité d'interaction avec leur milieu de vie. Le Fisher de 12,451 et un Sig. de 0,000 < 0,05, montre que les niveaux d'études influencent significativement l'autonomisation des personnes en situation de handicap.

Tableau 5: Différence d'autonomisation selon le niveau d'études

| | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|---|----------------------------|------------------|-----|-------------|--------|-------|
| Indice de l'Autonomisation des PSHM * sexe | Inter- (Combinée groupes) | 700,271 | 1 | 700,271 | 12,451 | 0,000 |
| | Intra-groupes | 25139,949 | 447 | 56,241 | | |
| | Total | 25840,219 | 448 | | | |

4.4.7. Selon le sexe et l'emploi/profession

Le degré d'autonomisation des PSHM, selon le sexe et l'emploi ou la profession exercée montre globalement une autonomisation à 32,21% pour les hommes contre 29,69% pour les femmes. Les deux sexes pris en considération, mathématiquement le degré d'autonomisation est de 31,11%. Cependant, la comparaison des variables, avec un Fisher de 12,451 avec Sig.0,000 < 0,05, montre statistiquement une différence de signification quant au niveau des degrés d'autonomisation selon le sexe et la profession.

5. Discussion des résultats

La préoccupation initiale de cet article consistait en la mise en évidence des soubassements essentiels et les degrés de l'autonomisation de la personne en situation de handicap moteur en milieu actif. Les résultats auxquels nous avons abouti permettent certaines confirmations.

5.1. A propos des soubassements de l'autonomisation

L'analyse structurelle des données récoltées a permis de sortir deux variables latentes en tant que soubassements de l'autonomisation, notamment l'intégration et l'accompagnement ; avec 4 variables manifestes pour l'intégration et 5 pour l'accompagnement (Figure 7: Diagramme du modèle structurel de la relation entre intégration et accompagnement des PSHM. Ces soubassements posent cependant des défis pertinents, par rapport au contexte et à l'environnement dans lequel la personne se meut.

- L'implication et la participation à la gouvernance sociale : Le bien-être auquel aspire la PSH passe par la compréhension ou la maîtrise des pesanteurs sur lesquelles repose l'organisation sociale. Ce qui permet à la personne soit de subir ou ne pas subir les effets de normes qui existent et qui transcendent ses capacités d'action. Les PSH témoignent des atouts prédisposant à leur inclusion. Cela leur permet le dépassement de la victimisation dans laquelle elles ont tendance à s'enfermer.
- Respect et jouissance des droits : Bien qu'il y ait des instruments juridiques de promotion et protection de la PSH, l'ignorance ou la sous information des acteurs réduisent leur implémentation. Or, la connaissance des droits permet d'être partie prenante dans les plaidoyers quotidiens sur la CRDPH. En plus, en la respectant, la personne la fait respecter. Ce qui rejoint la devise de l'année internationale des PSH « pleine participation et égalité » (Nations Unies, 1976). Cependant, trois conditions complémentaires sont indispensables : accessibilité aux lois, la connaissance des lois et enfin leur vulgarisation. Les acteurs de réadaptions en ont entendu parler, mais rare sont ceux qui chercher à y accéder.
- Responsabilités familiales et fondation d'un foyer : Les PSHM font, de plus en plus, des choix quant à la fondation et la tenue d'une famille. Ce droit est soulevé dans la CRDPH, en son article 23, relatif au « respect du domicile et de la famille » (Nations Unies, 2006). Une enquête effectuée au Niger corrobore la dimension concernant la prise de responsabilité et la fondation du foyer par les PSH (Gapto Mai Moussa, 2006). Les possibilités offertes par le milieu social renforcent cette prise de responsabilité. Avec l'engagement des PSHM dans des activités communautaires, il s'observe une réduction du doute qui plane sur leurs capacités à s'assumer et assumer les autres. Et la forte résilience qu'elles expriment, renforce davantage leur intégration sociale. Ce qui consolide en même temps leur pouvoir

d'autodétermination et change le regard des autres, qui perçoivent leur capacité à s'assumer.

- Opportunités d'emploi formel et choix professionnels (emploi informels) : Le droit à l'emploi est garanti aussi bien par les instruments juridiques internationaux de protection des PSH, que par des législations nationales. Dans certains pays, la loi fixe ou définit les mécanismes d'accessibilité à l'emploi par les PSH. C'est notamment en France, avec la loi du 11/2/2005 (République Française, 2005). Ce qui est une garantie d'épanouissement et de résistance à plusieurs aléas sociocommunautaire. En RDC, la constitution reconnaît théoriquement le droit au travail à tous. Dans ses articles 135 et 137, la législation sociale (RDC, 2016) souligne la nécessité de recruter les PSH. Cependant, dans le secteur formel, il persiste un dysfonctionnement institutionnel, dans leur application. Ce qui n'empêche pas les PSH de mettre en place des mécanismes de production du revenu, afin d'échapper à la dépendance économique pathologique. Elles s'investissent dans les secteurs informels, dans la professionnalisation, dans les activités associatives. Ce qui renforce le degré d'accomplissement de la personne et son implication en tant qu'acteur de développement.
- Des filets sociaux : assistance ou assurance sociales : L'accessibilité aux ressources est une condition essentielle dans la démarche de l'accomplissement et de la réalisation de la personne. Pour les PSH, c'est un outil de consolidation de l'application de l'équité sur la redistribution des ressources collectives, à travers l'assistance et l'assurance sociales. En tant que membre de la société, elles jouissent autant que les autres de mêmes prérogatives à l'accès aux ressources pour une vie de qualité. Les opportunités concrètes ne sont, malheureusement, pas offertes. La carence des politiques sociale y relative constitue une grande pierre d'achoppement à la consolidation des capacités des PSH.
- Environnement familial favorable : La littérature renseigne que le handicap est la résultante du dysfonctionnement dans la relation entre la personne en situation de handicap et les facteurs environnementaux (Patrick Fougeyrollas, 2005). Ne pas en tenir compte, réduit l'inclusion de la personne. Il est évident que
- Accès aux services de réadaptation/rééducation : Le processus de réadaptation des PSHM est un assemblage des maillons qui compénètrent de façon successive les uns après les autres, constituant ainsi la solidité de la chaîne. Les soins dispensés sont un déterminant indispensable, en amont, et qui facilite le cheminement dans le

processus. Tel que le disent (Yawovi Tublu et al 2009) « *les soins de réadaptation sont une nouvelle chance donnée aux personnes amputées dans le sens d'une meilleure participation sociale et d'une meilleure réalisation de leurs habitudes de vie* ».

- Perception positive et environnement favorable : L'ignorance, la superstition et les considérations métaphysiques sont des obstacles majeurs à l'accomplissement des PSH. . Les différents profils sont de nature à renforcer la confiance et la résilience de la personne ou inhiber la recherche de tout accomplissement et réduire les capacités à s'assumer. Selon que le groupe voit la personne telle qu'elle est, cela renforce la confiance en elle-même. Une perception positive permet de prévenir « *les situations de risque comme l'isolement, l'aggravation du handicap, la perte de capacités, ...* » (Patrick Gohet, 2013). Ensuite, « *les comportements repérés face au handicap, partout dans le monde, relèvent de spécificités culturelles mais semblent ancrés dans des invariants, tel le rejet de l'altérité* »(Idriss Diop, 2012). Les représentations sociales que se fait l'entourage, sur la PSH, peuvent constituer un mobile d'accompagnement ou même de rejet. Il ressort aussi que plus la personne est assistée, moins elle se sent libre d'opérer des choix. Par contre dans un environnement où elle bénéficie d'une dynamique inclusive et d'émulation, tel que dans les centres d'encadrement, elle bénéficie de plus de liberté pour choisir comment se réaliser.

Ainsi, les capacités et la résiliences des personnes, peuvent en être renforcées, ou tous simplement en subir le choc.

5.2. À propos des degrés d'autonomisation des PSHM au Nord-Kivu

Dans un environnement caractérisé par la débrouillardise, et où la grande masse de la population dépend de l'informel, la dépendance des personnes en situation de handicap est très prononcée. Il n'est pas étonnant que leurs degrés d'autonomisation, toute catégorie confondue, ne franchisse pas le cap de 40%. Bien qu'ils soient faibles, ils sont significativement différents. En effet, « *le taux d'emploi des femmes et des hommes en âge de travailler présente un écart important (67,6 % pour les hommes et 60,9 % pour les femmes)* » (Nassera Bechrouri, 2016). Elles sont en plus victimes d'une discrimination à plusieurs visages : en plus d'être femmes, elles sont pauvres et handicapées .

Selon le genre de handicap et le membre atteint : Aussi bien pour handicap inné que celui acquis, avec 30,99%, contre 31,23%, il n'y a pas de différence significative des degrés

d'autonomisation. Il en est de même quant au membre atteint : supérieur ou inférieur. Ces catégories sont circonscrites dans les handicaps à mobilité réduite et connaissent des désagréments similaires face aux exigences de la vie. Les discours, face au handicap, sont toujours divergents : d'un côté la compassion et de l'autre une pratique d'évitement. Il s'agit d'une ambivalence liée au fait que la présence de la personne gêne.

Selon le milieu d'emploi et l'accessibilité au revenu : Par la production du revenu, l'emploi est un socle important dans le processus de l'autonomisation. Bien qu'il y ait une différence significative d'autonomisation selon les secteurs d'activités ou de la profession exercée, leurs degrés, varient entre 28,57% et 34,67%, montre la persistance d'une grande dépendance à l'entourage. Cependant, l'exercice d'un emploi, est indispensable pour sécuriser le processus d'affranchissement. C'est aussi un vecteur d'estime de soi, de la valorisation des capacités résiduelles et de renforcement de l'intégration sociale. Dans bien de circonstance, l'incapacité productive des PSH est à la base de tous les déboires et désappointements qui freinent leur épanouissement. De politiques spécifiques sont indispensables, afin de stabiliser et consolider le processus d'autonomisation.

Selon le niveau d'étude et la profession : Le niveau d'étude de la PSH n'apparaît pas comme un gage d'accès à plus de pouvoir de choix, quant à l'accomplissement et l'orientation de la vie. Les PSH qui sont du niveau secondaire, comme universitaire jouissent du degré d'autonomisation au seuil respectif de 32,44% pour les premiers et de 34,02% pour les seconds. L'entourage considère les études comme un tremplin pour s'assumer. Or, ne pas dépasser le seuil de 50%, suppose l'existence d'un ensemble de défis qui se cachent derrière la relativisation de la mise en place d'une politique de valorisation des capacités résiduelles et de promotion des aspirations des PSH.

Selon le milieu de résidence dans le rapport Ville-Campagne : Le degré d'autonomisation en milieu urbain est de 34,52%, alors qu'il n'est que de 27,35 en milieu rural. En effet, les environnements de vie de la personne influent différemment sur son autonomisation. Ils mettent en place des tuteurs importants qui renforcent la résilience de la personne. Dans les milieux ruraux, les actions y sont effectués de façon ponctuelle ou dans le cadre d'actions d'urgence. Avec des arrêts de longue durée, il n'y a pas de suivi systématique dans l'exécution et des évaluations en fonction de la redevabilité communautaire. Ce qui réduit leur impact sur les vulnérables. en plus, les rapports entre ville-campagne sont restés déséquilibré. Les institutions de prise en charge sont installées en

ville ; les stratégies d'accompagnement y sont décidées. Pour bénéficier des soubassements et capitaliser les tuteurs de l'autonomisation, les personnes en situation de handicap se concentrent en ville et dans les périphéries des institutions de prise en charge. Enfin, dans une économie rurale de subsistance, les capacités des personnes sont fortement réduites. En dehors du secteur agricole, les opportunités d'accomplissement sont quasi inexistantes, leur pouvoir de choix est presque nul. En conséquence, les personnes handicapées vivant en milieu rural, se préoccupent essentiellement de la recherche de satisfaction des besoins de survie.

6. Conclusion

À travers l'opérationnalisation de l'outil de mesure « OMAMA », cet article a permis de circonscrire les dimensions essentielles de l'autonomisation des PSHM, ainsi que les différents degrés y relatifs. Les démarches d'analyse appliquées, ont facilité la mise en exergue des soubassements essentiels à partir desquels les PSHM peuvent disposer de plus de capacités et exprimer leur accomplissement, à travers des choix judicieux. Ce qui est de nature à assurer un affranchissement progressif de la dépendance sociale, mais aussi l'implication dans la gouvernance et l'organisation sociale locales. Cependant, à partir de l'indice d'autonomisation calculé, pour l'ensemble de personnes enquêtées, les degrés d'autonomisation sont faibles et partiels. Cette faiblesse et cette partialité de l'autonomisation apparaissent dans la forte dépendance des PSHM à leur famille et à la société dans laquelle elles vivent. Il s'observe une insuffisance quant à la conjonction des efforts collectifs à la volonté des PSHM, qui continuent d'évoluer dans une dynamique attentiste caractérisé par la culture de la pauvreté. Leur résilience se voit ainsi mise à l'épreuve. C'est évident donc, que leur accomplissement doit bénéficier des mécanismes sociaux de consolidation. Ainsi, les soubassements essentiels ont besoin des tuteurs qui devront faciliter l'aboutissement du processus, notamment des politiques publiques rationnelles en faveur des personnes handicapées. Ce qui permet aux PSHM, d'absorber le choc, de s'adapter à l'environnement en constante évolution et de devenir ainsi, des acteurs effectifs de développement. Cette transformation est à la base de la transcendance du cliché négatif de dépendant dans lequel l'entourage les enferme. Malheureusement, les politiques publiques adaptées à la situation de handicap constitue un manque flagrant dans l'environnement RD Congolais.

Références

- Agnes Sinai, Raphael Stevens, Hugon Carton, Pablo Ser. 2015. Petit traité de résilience locale. Paris: Charles Léopold Mayer.

- Amartya Sen .1999. Santé et développement. Allocution d'orientation prononcée à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. Genève: OMS.18 mai.
- Chandan Roy,Susmita Chatterjee,Sangita Dutta Gupta. 2018. Women Empowerment Index: Construction of a Tool to Measure Rural Women Empowerment Level in India. International journal of management(AIJM),1, 199-212, doi: 10.15410/aijm/2018/v7i1/119887.
- Christel Prado. 2014. Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité. Paris: Les éditions des Journaux Officiels.
- Dee Jupp,Sohel Ibn Ali,Carlos Barahona. 2010. Measuring Empowerment? Ask Them. Quantifying qualitative outcomes from people's own analysis. Sida, 2010, Bangladesh: Edita, 2010. www.sida.se/publications.
- Deepa Naraya Sylvie Pesme. 2004. Autonomisation et réduction de la pauvreté, outils et solutions pratiques. Montréal;Paris: Saint-Martin;Nouveaux Horizons.
- Delphine Chaffaut,Elodie David,Isa Aldeghi, Valérie Cohen-Scali, Typhaine Mahe. 2003. La Notion d'autonomie dans le travail social: L'exemple du RMI. Paris: Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CReDOC). <http://www.credoc.fr>.
- Fanny Le Morellec.2014. L'approche par les capacités un nouveau cadre pour l'analyse de l'accessibilité universelle : application à la mobilité des personnes vieillissantes, Thèse de doctorat, Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), France.
- Gapto Mai Moussa, (2006). Analyse des résultats définitifs du 3ème recensement général de la population et de l'habitat: situation économique des personnes handicapées, Niamey: Union Européenne.
- Idriss Diop. 2012. Handicap et représentations sociales en Afrique. (Cairn, Éd.) Le Français aujourd'hui, vol.2, n°177, pp. 19-27. <https://www.cairn.info/revue-le-francais-aujourd-hui-2012-2-page-19.htm>.
- Jean François Chossy.2011.Rapport sur Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées. Passer de la prise en charge... à la prise en compte, à l'intention du premier ministre.
- Jean Garneau. 2004. La résilience, reflet de notre époque. la lettre dy psy, vol.8. 9.
- Jean Stafford et Paul Bodson.2006. L'analyse multivariée avec SPSS. Québec. Presses de l'Université du Québec.
- Kenza Sassi. (2014). Comparaison conceptuelle entre trois outils d'évaluation de l'autonomie utilisés auprès d'une clientèle neurologique: la MIF, le MPAI-4 et le SMAF. Mémoire de maîtrise professionnelle en ergothérapie, Université de Montréal.
- Lutien Bakker,Wim H Van Brakel. (2012). Empowerment Assessment tools in People with Disabilities in Developing Countries. A systematic literature review. Lepr Rev(83), pp.129–153.
- M Sunil Deepak. (2012). Favoriser l'autonomisation:La recherche émancipatrice dans les Programmes de réadaptation à base communautaire. Guide à l'intention des Directeurs de Programmes de RBC. Association italienne Amici di Raoul Follereau - AIFO. Bologne.
- Marie Anaut. 2005). le concept de résilience et ses applications cliniques. recherche en soins infirmiers.82, pp. 4-11.
- Michel Delage. (2003). Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques. Thérapie familiale. 3. pp. 269-287.

- Nassera Bechrouri et al. 2016. L'emploi des femmes en situation de handicap. Analyse exploratoire sur les discriminations multiples. Défenseurs des droits. Paris. www.defenseurdesdroits.fr.
- Nations Unies. 1975. Résolution 3447 « XXX ». New York.
- Nations Unies. 1976. Résolution 31/123. 97^{ème} séance plénière. New York.
- Nations Unies. 2006. Convention relative aux droits de la personne handicapée et le Protocole facultatif. New York: Nations Unies.
- Normand Boucher, David Fiset, Yves Lachapelle, Patric. 2013. Projet d'expérimentation de la MHAVIE en sites-pilotes des centres de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, trouble envahissant du développement et des centres de santé et de services sociaux, volet soutien à domicile. Québec: Institut Universitaire de réadaptation (IRDPO) et Centre interdisciplinaire de recherche de réadaptation et intégration sociale.
- OMS, Banque mondiale, Unesco. 2011. Réadaptation à base communautaire, guide de RBC, Genève : Editions de l'OMS.
- Patrick Fougere. 2005. Comprendre le processus de production du handicap (pph) et agir pour la participation sociale, une responsabilité sociale et collective. la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Synthèse de conférence lors de la Journée d'étude 15 juin 2005 ANDESI. Québec.
- Patrick Gohet. 2013. L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion. Rapport RM2013-163P, à l'attention de l'inspection générale des affaires sociales.
- Pim Kuipers. 2013. Empowerment in Community-based Rehabilitation and Disability-inclusive Development. 24(4), pp.24-42. www.dcidj.org doi:10.5463/DCID.v24i4.274.
- RDC. 2016. loi n° 010 du 15 octobre 2016 portant Code de travail. Kinshasa: RDC.
- République Française. 2005. loi du 11/2/2005. <https://www.handirect.fr> accessibilité.
- Simone Lombardini; Kimberly Bowman; Rosa Garwood. 2017. A 'How to' guide to measuring women's empowerment: sharing experience from Oxfam's impact evaluations. Oxfam GB. doi:DOI: 10.21201/2017.9750.
- Sophie Rousseau. 2001. Vulnérabilité et résilience, analyse des entrées et sorties de la pauvreté: le cas de Manjakandriana à Madagascar. Mondes en développement. 140., pp. 25-44. doi:10.3917/med.140.0025.
- Valentine M Moghadam et Lucie Senftova. (2005). Mesurer l'autonomisation des femmes : participation et droits dans les domaines civil, politique, social, économique et culturel. Revue internationale des sciences sociales. 184. pp.423-449. <https://www.cairn.info/revue-internationale-des-sciences-sociales-2005-2pages423.htm>.
- Valery Ridde, Ludovic Queuille. 2006. Un outil d'évaluation de l'empowerment : une tentative en Haïti. The Canadian Journal of Program Evaluation. 3. pp. 173-180.
- Yann Le Bossé. 2003. De l'"habilitation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion de l'empowerment. Nouvelles pratiques sociales. 2. pp. 30-51. doi:http://www.erudit.org/documentation/eruditPolitiqueUtilisation.pdf.
- Yann Le Bossé, Francine Dufort, Line Vandette. 2004. L'évaluation de l'empowerment des personnes: développement d'une mesure d'indices

psychologiques du pouvoir d'agir (MIPPA). Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire.

- yann.lebosse@fse.ulaval.ca;francine.dufort@psy.ulaval.ca;line.vandette@fse.ulaval.ca.
- Yawovi Tublu et al. 2009. Impact des soins de readaptation sur l'insertion sociale des personnes handicapées au togo : Enquête auprès de 30 personnes amputées de membre inférieur. Lomé-TOGO: Handicap International.
- Gardou C. 2021., La société inclusive, parlons-en ! Il n'ya pas de vie minuscule, Toulouse : Eres, p94
- **Acronymes**

| | |
|--------|---|
| AFD | Analyse factorielle discriminante |
| ACP | Analyse en composante principale |
| KMO | Kaiser-Meyer-Olkin (indice) |
| PSHM | Personne en Situation de Handicap Moteur. |
| PSH | Personne en Situation de Handicap |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| UNESCO | : <i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> |
| CIH | Classification Internationale du Handicap et de la Santé |
| CRDPH | Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées |
| RDC | République Démocratique du Congo |