

Autonomisation de la personne en situation de handicap: Résilience et assistance humanitaire

[Empowerment of persons with disabilities: Resilience and humanitarian assistance]

Jean Pierre Kasuku Kahuyege¹, Jules Razafiarijaona², Stefano Etienne Raherimalala³, Bénédicte Romaine Ramananarivo⁴, Sylvain Ramananarivo⁵, and Mahefasoa Randrianalijaona⁶

¹Doctorant, Université d'Antananarivo, Madagascar

²Professeur, Ecole doctorale Gestion des Ressources Naturelles et Développement, Université d'Antananarivo, Madagascar

³Professeur, Faculté des sciences économiques et sociales, Université d'Antananarivo, Madagascar

⁴Professeur Titulaire, Ecole doctorale Gestion des Ressources Naturelles et Développement, Université d'Antananarivo, Madagascar

⁵Professeur Titulaire, Ecole doctorale Gestion des Ressources Naturelles et Développement, Université d'Antananarivo, Madagascar

⁶Professeur, Faculté des sciences économiques et sociales, Université d'Antananarivo, Madagascar

Copyright © 2021 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: People with disabilities are vulnerable and need humanitarian assistance for their social inclusion. This facilitates their effective empowerment as actors in their own development, interacting with their living environment. In this way, they make use of their spontaneous/natural resilience to take ownership of any process that can strengthen their capacity for action. However, if, on the one hand, they are the hub of the success of the programs carried out in their favor, external contributions, as factors of induced/assisted resilience and reinforcement mentors, are indispensable to stabilize their empowerment. Programs of assistance, with a view to strengthening their capacity for action and choice, are implemented. They continue, unfortunately, to vegetate in dependency and to convey a culture of chronic poverty. Hence a questioning of the kind of humanitarian assistance policy that has been put in place.

Through an inductive approach that has combined field data with that of the bibliography, it emerges that humanitarian assistance remains at the level of survival. The results of the various programmes implemented are mixed. People with disabilities evolve in a vicious circle of non-emancipatory and complicit compassionate assistance.

To get out of this, a model of meso-centric policy is presented as an alternative, to help rehabilitation actors to set up better adapted support policies.

KEYWORDS: Humanitarian Assistance, Resilience, Capacities, Empowerment, Meso-centric, Compassionate.

RESUME: Les personnes avec handicap sont des vulnérables qui ont besoin de l'assistance humanitaire pour leur inclusion sociale. Ce qui facilite leur autonomisation effective en tant qu'actrices de leur épanouissement, interagissant avec leur environnement vital. Pour ainsi, elles font usage de leur résilience spontanée/naturelle, pour s'approprier tout processus de nature à renforcer leurs capacités d'action.

Cependant, si d'un côté, elles sont la plaque tournante de la réussite des programmes exécutés en leur faveur, les apports extérieurs, comme facteurs de résilience suscitée/assistée et tuteurs de renforcement, sont indispensables pour stabiliser leur autonomisation. Des programmes d'assistance, en vue du renforcement de leurs capacités d'action et de choix, sont implémentés. Elles continuent, malheureusement, à végéter dans la dépendance et à véhiculer une culture de pauvreté chronique. D'où un questionnement sur le genre de politique d'assistance humanitaire mise en place.

A travers une démarche inductive ayant combiné les données de terrain à celles de la référence, il ressort que l'assistance humanitaire reste au niveau de la survie. Les résultats issus de différents programmes implémentés, restent mitigés. Les personnes handicapées évoluent dans un cercle vicieux de l'assistance compassionnelle non émancipatoire et complice.

Pour s'en sortir, un modèle de politique méso-centrée, est présenté comme une alternative, pour aider les acteurs de la réadaptation à mettre en place des politiques d'accompagnement mieux adaptées.

MOTS-CLEFS: Assistance Humanitaire, Résilience, Capabilités, Autonomisation, méso-centré, compassionnelle.

1 INTRODUCTION

Les programmes de prise en charge ou d'accompagnement des personnes avec handicap, se réalisent en référence à deux approches: l'approche médicale et l'approche sociale. Alors que la première s'attèle sur la biomécanique dans la réparation ou la mise en place des supports à apporter au membre déficient, la seconde porte sur le handicap en tant que déficit de l'interaction avec l'environnement [1], [2], [3]. Dans ce contexte, l'interaction entre la personne et son environnement pose la pertinence d'identifier le genre d'obstacles en face desquels elle est exposée, selon qu'ils proviennent d'elle-même ou de son environnement social, culturel, économique, géophysique. Elle met aussi en place des mécanismes pour faire face et transcender les obstacles dans ses choix.

Les personnes avec handicap sont des vulnérables qui ont besoin de l'assistance humanitaire pour leur inclusion sociale. Ce qui facilite leur autonomisation effective en tant qu'actrices de leur épanouissement, interagissant avec leur environnement vital. Pour ainsi, elles font usage de leur résilience spontanée/naturelle, pour s'approprier tout processus de nature à renforcer leurs capacités d'action.

Cependant, si d'un côté, elles sont la plaque tournante de la réussite des programmes exécutés en leur faveur, les apports extérieurs, comme facteurs de résilience suscitée/assistée et tuteurs de renforcement, sont indispensables pour stabiliser leur autonomisation. Des programmes d'assistance, en vue du renforcement de leurs capacités d'action et de choix, sont implémentés. Elles continuent, malheureusement, à végéter dans la dépendance et à véhiculer une culture de pauvreté chronique. D'où un questionnement sur le genre de politique d'assistance humanitaire mise en place.

A travers une démarche inductive ayant combiné les données de terrain à celles de la référence, il ressort que l'assistance humanitaire en leur faveur est mitigée. Les résultats issus de différents programmes implémentés, restent mitigés. Ce qui explique une faiblesse au niveau des capacités d'autoprise en charge des personnes en situation de handicap, la dynamique de la résilience suscitée/assistée, ayant été viciée. Conséquemment à cela, elles évoluent dans un cercle vicieux de l'assistance compassionnelle non émancipatoire et complice.

Pour s'en sortir, cet article fait ressortir un modèle de politique méso-centrée, pour aider les acteurs de la réadaptation à mettre en place des politiques d'accompagnement et de prise en charge mieux adaptées.

2 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Confirmé par les chercheurs [4], [5], [6], l'environnement de la personne influe sur sa capacité à résister et à s'adapter. Le système dans lequel vit la personne, proche ou lointain, est déterminant sur sa résilience, quel que soit la nature du traumatisme dont elle a été ou est victime. Il peut à la fois garantir la protection de la personne, ou tout simplement être préjudiciable. Mais c'est en fonction d'un ensemble d'opportunités dont la personne est bénéficiaire.

La prise en compte des besoins des PSH, par les membres de la société, est souvent dominée par une forte ambivalence. Si elle n'est pas fonction des sentiments de compassion à leur endroit, elle est entachée d'une certaine condescendance. Ce qui explique certaines attitudes qui oscillent entre la bienveillance quant à leurs qualités personnelles et les préjugés négatifs lorsqu'il s'agit de leurs compétences réelles [7]. Cette ambivalence, pleine de préjugés, influe fortement sur tout programme de leur prise en charge ou de leur accompagnement. Et la poursuite de leur épanouissement en pâtit.

Les prestations dont elles bénéficient, sont par moment disparates à cause d'un manque de convergence et d'interdépendante des approches, en rapport avec différentes dimensions qui influent sur leur vie. Il s'agit de quatre dimensions qui répondent mieux à leur réalité existentielle. Elles marquent une relation indissociable entre *l'aspect matériel, les compétences ou atouts résiduels, l'environnement* et enfin, *l'implication de la personne* en tant qu'actrice. L'efficacité dans les trois premières dimensions, est fortement influencée par la quatrième. Ce qui veut dire que la condition « *participative* » est l'un des défis à relever dans le processus d'accompagnement des personnes en situation de handicap, à l'autonomisation.

Alors que l'année 1981 a marqué un tournant décisif dans le processus de promotion de leur bien-être, l'approche « réadaptation à base communautaire » (RBC), a consacré l'application de leur participation et de l'égalité de droits, dans une dynamique d'accompagnement personnalisé et « *d'échange contractuel* » [8]. Dans certains pays, notamment les pays du Nord, il y a eu un engagement effectif des institutions, à la mise en œuvre des politiques d'amélioration des conditions de vie de cette catégorie de personnes. Dans les pays du Sud, par contre, tel qu'en République Démocratique du Congo, il s'observe une forte léthargie au niveau des services sociaux de base dont elles devaient être bénéficiaires. Il y a une sorte de stagnation au point de vue: (i) politique, par

manque des mécanismes de prise en compte de leurs aspirations dans les différents programmes de la gouvernance locale. Il s'observe d'un côté un manque d'anticipation par rapport à l'augmentation de leur nombre et de nouvelles pathologies à la base du handicap; et de l'autre un déficit de prévision par rapport aux attentes et aux nouveaux défis relatifs à leur participation et à l'égalité; (ii) légal, une quasi absence de dispositions, en tant que soubassement de protection et de promotion de leurs droits. Les actions menées s'effectuent dans une dynamique « du spectaculaire et du ponctuel », sans cadre de référence bien défini. A ce niveau, la loi organique annoncée dans la constitution de la « RDC » depuis 2006, continue à se faire attendre, 14 ans après ; (iii) social, les stéréotypes dont elles font l'objet, ne favorisent pas leur intégration-inclusion, et inhibent toute initiative de leur part. Elles expriment continuellement des sentiments d'« *exclus et de victimes* »; (iv) enfin, au point de vue institutionnel, il y a une insuffisance flagrante de structures de prise en charge et d'accompagnement. Celles qui sont opérationnelles sont des œuvres des privées (essentiellement confessionnelles).

Les actions de soutien à leur auto-prise en charge, sont souvent exécutées dans une logique de l'immédiateté, privilégiant la satisfaction de courte durée. Ainsi, leur vulnérabilité vient extérioriser la faiblesse organisationnelle de l'environnement dans lequel elles vivent.

Alors qu'elles sont considérées comme une population à risque, elles vivent une forte indigence dans leur vulnérabilité, car très facilement exploitables et incapables de se défendre devant des fortes pressions extérieures. En plus elles sont souvent exposées à plusieurs menaces telles que la dépendance économique, le manque d'emploi, l'exploitation physique, la marginalisation, l'exclusion, une pauvreté chronique.

Le déficit local des mécanismes de prise en charge et d'accompagnement sont compensés par différentes sortes d'aides. Celles-ci viennent essentiellement des partenaires internationaux, dans le cadre de l'assistance humanitaire, et des bienfaiteurs anonymes ponctuels. Déterminantes pour la réadaptation des personnes en situation de handicap, les aides humanitaires sont perçues comme une opportunité pour leur faire accéder à leur autonomisation. Elles peuvent, ainsi jouir de la pleine participation à la construction de leur épanouissement.

Inscrites dans l'application de l'approche «réadaptation à base communautaire», ces aides visent le renforcement de la résilience des PSH et l'amélioration de leurs capacités. Elles sont de plusieurs natures, tantôt des appuis-conseils, tantôt financièrement, ou tout simplement à travers les outils et matériels professionnels.

Mais, dans quelle mesure ces appuis renforcent la résilience et les capacités des PSH, pour leur inclusion socio-économique ? Ces appuis garantissent-ils à la PSH, l'acquisition et l'exercice de plus de pouvoir des choix dans la recherche de leur épanouissement ? Les actions menées répondent-elles aux aspirations et attentes des bénéficiaires pour qu'ils deviennent des acteurs effectifs de développement ? Autant de questions qui suscitent un certain intérêt.

En effet, l'engagement des institutions de réadaptation dans les prestations en faveur des PSH, présage que ces dernières en sont bénéficiaires. Ensuite, elles sont suffisamment outillées pour assumer leur participation. Enfin, il y a lieu de dire que les assistances humanitaires se font en considérant leurs aspirations afin de renforcer leur compétence et les amener à une auto-prise en charge effective.

Cette étude poursuit un triple objectif. Elle veut savoir si: (i) les « aides ou assistances humanitaires » renforcent la résilience des PSH; (ii) elles facilitent effectivement l'accroissement de leur pouvoir de décision sur les choix qui doivent être les leurs, donc leur capacités; enfin (iii) si elles tiennent comptes des aspirations des PSH à être des acteurs de développement dans leur milieu de vie.

Cette réflexion a usé de la méthodologie explicative. Celle-ci a usé, à travers une démarche inductive et une analyse empirique, de la triangulation lors de la collecte des données primaires de terrain à celles secondaires pertinentes. Il y a eu pertinence de la mise en rapport avec la résilience des PSH et l'assistance humanitaire dont elles sont bénéficiaires, pour leur renforcement. Cette approche a été complétée par celle systémique, la résilience des personnes devant être circonscrite dans l'environnement dans lequel elles interagissent et qui a une influence sur leur autonomisation.

3 PERTINENCE COMPLÉMENTAIRE: RÉSILIENCE « SPONTANÉE-NATURELLE » ET RÉSILIENCE « SUSCITÉE-ASSISTÉE »

Pour éviter des débats sur l'origine et les différents usages du concept « résilience », cette étude se limite à la dimension opérationnelle dans un cadre de la situation des personnes handicapées. Ce qui n'empêche pas d'effleurer l'utilisation du concept, en lien avec les victimes des catastrophes ou des stress.

Les institutions qui interviennent dans des situations d'urgence ou des catastrophes, ont une considération de la résilience liée à des interventions qui évitent aux populations des situations irréversibles. Ainsi, pour la fédération internationale du croissant et de la croix rouge, si la résilience consiste dans la capacité des systèmes à répondre et à s'adapter efficacement à des situations nouvelles, elle est définie comme « *La capacité des individus, des communautés, des organisations ou des pays exposés à des catastrophes et des crises et aux facteurs de vulnérabilité sous-jacents à: à anticiper, à réduire l'impact, à faire face, à et se relever des effets de l'adversité sans compromettre le potentiel de développement à long terme* » [9]. Deux aspects importants ressortent de cette

définition: (i) la notion de crise et des facteurs de vulnérabilité sous-jacente, et aussi (ii) la notion d'anticipation et de réduction de l'impact.

Pour le FSIN [10], « *la résilience est la capacité qui garantit que des facteurs de stress et des chocs adverses n'aient pas de conséquences négatives durables sur le développement* ». Ici, l'accent est mis sur deux aspects fondamentaux. C'est, entre autres « les conséquences négatives durable » et « le développement ».

Considérée comme un processus, la résilience s'appréhende différemment selon les auteurs. Dans une étude sur la complexité de l'action humanitaire, Perrine Laissus et Benoît Lallau [11], parlent de deux formes de résilience : celle qu'ils appellent « la résilience spontanée qui est propre à la personne et de celle suscitée, qui provient de l'extérieur ». Cependant, pour le bien d'un individu, ces chercheurs posent la question de la compatibilité de ces deux dimensions de la résilience.

Ailleurs, Jourdan-Ionescu, citée par Julien-Gauthier et Jourdan-Ionescu, [12] parle de (i) *la résilience naturelle, bâtie à partir de caractéristiques individuelles et d'interactions intrafamiliales et avec des personnes de l'environnement du sujet, et de celle assistée « accompagnée par des Professionnels de santé mentale »*. Il y a une similitude pour les deux groupes, étant entendu qu'ils stigmatisent l'existence de la résilience qui est propre à la personne et de celle qui provient de l'environnement (proche ou lointain). La finalité de deux, c'est de renforcer les capacités de l'individu à s'assumer et à se prémunir contre les incertitudes du parcours.

Pour les personnes handicapées, si le handicap est déjà en soi un état pathologique chronique, il ne fait pas oublier les capacités résiduelles à valoriser pour sortir les personnes du cliché d'indigence dans lequel elles ont tendance à s'enfermer. Ce processus se réalise en cohérence avec le besoin d'épanouissement.

En effet, naître avec une déficience ou une malformation, tomber victime d'un accident, d'une mine ou d'autres effets et restes de guerre, subir une amputation d'un membre, sont là des situations « *catastrophes* » qui surgissent dans la vie de la personne. Leur détermination à s'en sortir et les forces intérieures qu'elles trouvent dans leur environnement immédiat, sont des atouts et opportunités indispensables. Il y a aussi les soutiens exogènes issus des actions menées par des institutions et qui rendent quelqu'un capable de surmonter les difficultés.

L'efficacité dans le rebond dépend de la volonté de la personne à s'approprier le processus et à faire des choix judicieux par rapport à ce qu'il veut devenir. Mais, pour autant qu'elle soit déjà limitée et diminuée par la déficience, le concours des acteurs extérieurs et de leur assistance, reste indispensable. Ainsi, le processus d'autonomisation de la personne en situation de handicap, bénéficie de la complémentarité de ces deux niveaux de résilience. L'amélioration de ses conditions de vie passe par la « participation », et donc l'engagement dans le processus, soutenu par les différents mécanismes institutionnels de la réadaptation.

4 RÉSILIENCE: PRENDRE EN CHARGE OU ACCOMPAGNER ?

Certaines limites peuvent, cependant, compromettre ou renforcer l'efficacité, selon l'orientation qui est prise. Dans le processus d'autonomisation de la PSH, deux voies sont souvent empruntées. Il s'agit de celle de la prise en charge et aussi celle d'accompagnement.

4.1 PRENDRE EN CHARGE LES PSH

La prise en charge, apparait comme le fait d'assumer une responsabilité à l'égard d'une tierce personne, dont on a le devoir de redevabilité. Elle implique une personne extérieure au bénéficiaire et qui assume une responsabilité, au bénéfice d'une autre. Le prestataire réfléchit pour elle, prend des décisions pour elle, met en place des actions, elle n'attend que de jouir des résultats. Ce modèle repose sur l'approche de « *ce qui vient d'en haut* ». Et ce n'est pas toujours de cœur que ceux qui s'occupent des autres le font. Il y a toujours un gène caché, lié à la routine de l'action, parce qu'entraînant une sorte de cercle vicieux. Selon Jean-François Chossy [13], « *la prise en charge ramène à la notion de fardeau lourd, encombrant, malaisé à manipuler et qui cause de l'embarras* ». Derrière, il y a une dimension d'infantilisation qui dépouille la personne « *de son droit d'agir, de toute prérogative* ». Elle vit dans une certaine passivité, dans un certain attentisme tourné vers le bon vouloir de ceux qui s'en occupent. Cette façon de faire ne permet pas à la personne en situation de handicap, d'acquiescer plus de pouvoir, pour s'assumer ou du moins être actrice dans ce qui se réalise en sa faveur. Si cette façon de faire permet de protéger cette catégorie de personne, le risque c'est la production des inadaptés sociaux, ne sachant plus vivre à l'extérieur, et dépendant totalement de l'institution de prise en charge.

La prise en charge est ainsi assimilée au « *modèle d'aide sociale* », tel que dit par Waddington et Diller, cité par la commission européenne [14]. Pour eux, ce modèle considère que « *les déficiences médicales se traduisent automatiquement en désavantages et en exclusion, qui peuvent être compensés par des prestations en espèces et autres politiques sociales* ». Dans ce contexte, l'aide est trop possessive et devient préjudiciable

La personne est considérée comme un indigent, quelqu'un qui ne peut rien faire pour elle, qui doit tout attendre des autres. C'est le processus lui-même, qui la met dans une situation attentiste et passive.

4.2 ACCOMPAGNER LES PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Le processus d'accompagnement, part de plusieurs concepts qui lui sont directement liés. C'est entre autre: counseling, coaching, sponsoring, tutorat, conseil, consultance, parrainage. Dans l'ensemble, ces concepts ne renferment pas la notion d'emprise sur les personnes handicapées. Ces concepts insinuent une plus grande souplesse quant à l'implication des concernés. La mesure de l'accompagnement protège leur dignité inaliénable, promeut leurs droits à la participation. Et malgré leur état de vulnérabilité, il leur reste des capacités résiduelles à exploiter et qui font d'elles, des partenaires.

La notion d'accompagnement veut que le prestataire ne donne plus de réponses extérieures. Il est au côté des démunis pour les aider à identifier les problèmes dont ils souffrent et y proposer des solutions. L'accompagnement n'impose pas, mais suggère et persuade les personnes de la pertinence de l'option à choisir. Les personnes sont partie prenante et actrices de premier ordre, dans l'implémentation des actions en leur faveur. En participant, les personnes assument et s'assument en tant qu'actrices. Bien que ce soit en tenant compte de leurs capacités résiduelles, leur implication, minime soit-elle, est indispensable dans ce qui se réalise en leur faveur.

Bien que le degré d'accompagnement varie d'un individu à l'autre, dans ce cadre, les prestataires sont des accompagnants. Ils sont à côté pour montrer le chemin, ils soutiennent, mais n'agissent plus en lieu et place. Dans le langage orthopédique, ils sont des aides de marches sur lesquelles s'appuient les personnes pour ordonner leur mobilité. Le processus d'accompagnement tient compte de l'implication de la personne afin de l'amener à plus d'indépendance, d'appropriation. C'est dans ce cadre que la résilience spontanée/naturelle est indispensable. Elle permet à l'individu d'éprouver ce dont il est capable face aux situations négatives qui lui arrivent.

5 RÉSILIENCE SPONTANÉE/NATURELLE OU LA « HANDI-RÉSILIENCE »

Les personnes en situation de handicap bataillent continuellement: pour la survie, pour se faire accepter, pour surmonter le moule stéréotypé dans lequel la société les cloisonne. L'une de leurs particularités, est cet effort à s'adapter à des situations hétérogènes, pas toujours tolérantes, pleines de préjugé, avec des embûches sociales, culturelles, économiques, et environnementales. Cette capacité à dompter l'incertitude et à s'adapter reste un atout qui les conduit à l'autonomisation et leur permet de survivre, face aux exigences de l'inclusion. Ce qui consolide leur résilience; cette résilience d'« *une personne ayant vécu ou vivant un événement à caractère traumatisant ou de l'adversité chronique, qui fait preuve d'une bonne adaptation* » [15].

Le bien être de la personne en situation de handicap, notamment son autonomisation, ne réussit que dans la mesure où elle est consciente (i) qu'elle est la plaque tournante de tout cheminement de son émancipation; (ii) qu'elle dispose des atouts nécessaires pour braver l'incertitude et accéder à plus de pouvoir de choix et d'orientation de sa vie. En effet, disent Sinai et al [16], « *la résilience est un concept positif qui redonne espoir en l'avenir, ouvre une voie pour l'action, et permet d'aller de l'avant. Il porte en lui cette capacité que nous avons à naviguer entre les épreuves, et à en sortir plus forts* ». Pour autant que la résilience comporte une notion « *de retour sur soi, et celle de rebondissement, de mouvement dynamique vers l'avant* » [17], elle interpelle la personne en situation de handicap à la capitalisation de ses capacités résiduelles. Elle s'éloigne ainsi de la résignation et du cliché de victime. Elle devient participante, à travers son engagement. Les prestations dont elle bénéficie, constituent des opportunités de renforcement de sa résilience. Se trouvant dans une situation pathologique, avec risque d'un choc permanent, il se crée chez elle une « résilience permanente » qu'on peut nommer le « *handi-résilience* ». Il s'agit de la tendance de la personne à infléchir la pesanteur négative « handicap », en une force positive à travers la valorisation des capacités résiduelles, se dépasser au profit de son bien-être. Elle n'est pas confrontée à un choc passager lié à une catastrophe ou à une situation fortuite, mais à une situation inscrite dans sa vie de tous les jours, et qui est itérative et permanente.

Contrairement à la considération mitigée selon laquelle elles sont des dépendantes chroniques, les PSH disposent de grandes capacités d'adaptation pour survivre et s'en sortir. Marginalisées ou surprotégées, les personnes perdent les opportunités nécessaires soit par manque des tuteurs ou tout simplement lorsqu'elles ont bénéficié des tuteurs dont les stratégies d'accompagnement et de soutien sont pervertis. Lorsque les tuteurs sont conséquents, soutenant dans un schéma objectif, les résultats sont probants. Dans le processus de leur apprentissage, des personnes en situation de handicap sans membres, inné ou acquis, ont appris à écrire, à peindre, à tailler, à soigner, ... Pour ne pas être englouties par le sentiment de désespoir et vivre dans la résignation, elles mettent en place des mécanismes qui leur permettent de s'approprier les opportunités environnementales et d'en faire un pouvoir en tant que partie prenante dans l'organisation de la société. Elles mettent, ainsi, à profit leur propre capacité à s'adapter, qu'on peut appeler « *la handi-résilience* ». Pour les personnes handicapées, la déficience inscrit un traumatisme permanent. Leur autonomisation étant un processus en interaction dynamique, elles font, chaque fois, un va et vient entre les situations traumatisantes permanentes du parcours et leur transcendance. Elles vivent, dans leur « *être* » tout entier, dans leur chair et au quotidien, la déficience. Les barrières liées à leur environnement, le regard négatif ou condescendant de leur entourage, les déboires de toutes sortes constituent un stress permanent auquel elles doivent continuellement faire face.

Elles passent ainsi à travers trois étapes: premièrement celle liée aux propres capacités internes de la personne, au fondement et prédispositions intérieures de la personne et qui constituerait son système personnel, que l'on appellerait "l'onto-système". Il s'agirait de ce qui est propre à l'individu, le système qu'il met lui-même en place pour se défendre de l'extérieur, par rapport à ce pour quoi il pense être outillé de l'intérieur; deuxièmement celle liée aux relations avec l'environnement proche, restreint, familial et portant sur "le proxi-système". Il porterait sur tous les mécanismes que son environnement de proximité a mis en place pour l'amener à s'adapter; enfin troisièmement, celle correspondant à l'environnement plus large (famille élargie, école, ...), l'exo-système. Il s'agit de système global qui l'influence, mais indirectement, et dont il ne peut échapper à l'emprise. Les deux derniers systèmes sont influencés par la particularité de la personne et par toutes les productions extérieures à elle. La personne ne peut les infléchir ou avoir une emprise sur eux, mais elle s'adapte au construit social en exploitant les opportunités qui lui sont offertes.

En s'inscrivant dans cette trilogie systémique, la personne se trouve confrontée: (i) à elle-même, dans ce sens qu'elle doit identifier d'abord, puis être conscient et convaincu de ses propres capacités à s'en sortir, à s'adapter, à s'intégrer pour son épanouissement, à urger les actions en sa faveur. En effet, la handi-résilience des personnes handicapées, c'est comme le disent Courade et de Suremain, cités par Sophie Rousseau [18], « *la capacité d'une personne à anticiper et réagir de façon à se dégager d'une menace potentielle mais prévisible* »; (ii) à l'environnement familial, au voisinage proche et à sa configuration. Si cet environnement ne va toujours pas s'adapter à ses besoins individuels pour autant qu'il implique une dimension au-delà de la personne en situation de handicap, cette dernière est obligée de s'y adapter pour ne pas disparaître. L'environnement a une forte emprise sur les individus si bien qu'il les met devant un choix qui garantit la survie ou la perte; (iii) à la société large à travers les constructions actuelles, les préjugés, les stéréotypes et les antagonismes de toutes sortes.

Dans cette dynamique, les personnes en situation de handicap valorisent leurs capacités résiduelles, font montre de leur volonté de s'en sortir, véhiculent et promeuvent une vision positive d'elles-mêmes.

Le Nord Kivu est une province de la RDC, qui connaît une insécurité récurrente et des affrontements inter-milices ou entre milices et l'armée, depuis plus de deux décennies. Plusieurs institutions d'assistance humanitaire y sont opérationnelles. Les personnes handicapées sont classées parmi les vulnérables à soutenir, pour amortir et braver les chocs situationnels. Les actions d'assistance humanitaire en leur faveur, s'inscrivent dans le cadre de la résilience suscitée-assistée. Sont-elles de nature à leur permettre l'inclusion et l'autonomisation ? La préoccupation reste fondamentale et demande une réflexion.

6 SERVICES D'APPUI, ASSISTANCE HUMANITAIRE ET RÉSILIENCE DE LA PSH

6.1 SERVICES D'APPUI À LA RÉSILIENCE DE LA PSH

La résilience de la PSH est soutenue par la conjugaison de plusieurs facteurs: (i) Facteurs liés à la réadaptation: l'accès à des prestations de réadaptation de qualité, la connaissance et l'application des lois de protection des PSH; l'existence des filets sociaux; l'existence d'une politique de prise en charge ou d'accompagnement; (ii) Facteurs économiques: accès à un emploi formel; amélioration des compétences l'apprentissage d'un métier, l'exercice d'un emploi informel; (iii) Facteurs socio-sanitaires: acceptation de la famille; accès aux soins appropriés; un encadrement affectif.

Ainsi donc, aux efforts des PSHM, il s'ajoute ceux qui proviennent de différentes assistances dont elles bénéficient. Amandine Theis [19] insiste « *sur la notion d'interaction, la résilience renvoyant à des facteurs de protection tant internes qu'externes* ». Le handicap étant une situation pathologique permanente, « *la résilience résulte de l'interaction entre l'individu lui-même et son entourage, entre les empreintes de son vécu antérieur et le contexte du moment en matière politique, économique, sociale, humaine* » [20].

6.2 ASSISTANCE HUMANITAIRE ET RÉSILIENCE DE LA PSH

6.2.1 RÉSILIENCE SUSCITÉE/PROVOQUÉE

Résilience suscitée ou résilience assistée, on comprend bien qu'il s'agit d'une incitation extérieure, à travers les apports des gens dans l'exo-système des personnes handicapées. Bien que la personne soit la plaque tournante dans le processus visant à résister et s'adapter au choc, il est à retenir cependant que le processus de résilience de la personne ne peut avoir lieu en dehors de ses multiples interactions avec son entourage de vie. La personne a besoin des tuteurs, ces supports indispensables aux efforts de l'individu. Ionescu disait « *la mise en œuvre de la résilience assistée permet de remplacer le caractère directif des interventions classiques par un véritable accompagnement qui, en facilitant l'actualisation des compétences de la personne, façonne la résilience.* » [21].

Une contrainte importante que rencontre les professionnels dans le travail en faveur des vulnérables que sont les PSH, c'est de ne pas établir les nuances fondamentales qui existent entre prendre en charge et accompagner. Les investigations de terrain, ont montré que les ONG humanitaires privilégient la notion de prise en charge. Celle-ci tire son fondement d'une dimension caractérisée

par la notion d'assistance. Ce que soulève Castel [22], en référence aux premières interventions spéciales de prise en charge des plus démunis. Il parle déjà du « *social-assistantiel* ».

Il s'observe, dans la dynamique de l'assistance humanitaire, que les rapports entre les institutions locales et les partenaires extérieurs, se définissent en tenant compte des normes proposées par les orientations de ceux qu'on appelle « des spécialistes ou experts ». Ces derniers, formés dans un terrain aux réalités différentes, s'en tiennent au modèle qu'ils transportent et veulent le transposer, qu'il soit conforme ou pas. Jean Yves Lavoie [23] faisait déjà une observation en ces termes: « *et sans préparation, l'expert étranger apparaît comme un aventurier qui découvre, à travers ses propres expériences, les réalités du développement. Il développe sa propre rhétorique, qu'il diffuse en pays africains* ». Ce n'est plus étonnant que les résultats atteints soient mitigés et moins performant.

Dans la province du Nord-Kivu, les institutions de réadaptation fonctionnent grâce aux aides humanitaires en provenance des partenaires étrangers. Les subventions de l'Etat sont quasi absentes. On assiste à plus d'interpellation de la communauté à travers les instruments juridiques internationaux, et différentes déclarations lors des célébrations relatives aux journées du handicap et des personnes en situation de handicap¹. Il y a une forte interpellation des personnes en situation de handicap à plus d'engagement, à travers l'accès à l'instruction.

En quoi alors la nature de l'aide renforce leur pouvoir de décision et d'orientation des choix? Leur capacité en sort plus efficace?

6.2.2 ASSISTANCE HUMANITAIRE: RENFORÇATRICE DE LA RÉSILIENCE SUSCITÉE ?

Le mécanisme opérationnel à travers lequel la prise en charge de la personne en situation de handicap se réalise fait penser à la prévalence d'une logique d'assistance basée sur la compassion et le consensus et non sur l'émancipation et la libération. Les investigations de terrain font apparaître un dysfonctionnement dans le processus visant l'autonomisation de la personne handicapée et dans les différents axes d'opérationnalisation des actions en sa faveur. Les enjeux des différents acteurs impliqués dans la réadaptation sont, soit en contradiction, évoluant dans une sorte d'antagonisme, ou tout simplement ne sont pas bien connus des uns et des autres. Chacun veut profiter au mieux de la présence des bailleurs des fonds et des opportunités qui s'offrent. La disponibilité des bailleurs de fonds est exploitée par les institutions partenaires de prise en charge pour asseoir une certaine complicité tacite avec les bénéficiaires qui, par rapport à ce qui leur est offert comme service, se réfugient derrière le dicton « mieux vaut un tien que deux tu l'auras ». Cette façon de faire repose sur le postulat selon lequel "autant il y aura des individus en besoin de l'aide pour survivre, autant l'aide sera permanente et circonscrite dans une logique minimaliste de *"l'indispensable"*. Ce qui va permettre aux vulnérables de continuer à vivre, et garantir aux institutions opérationnelles, d'être le plus possible présentes et de continuer leurs œuvres". L'assistance aux personnes en situation de handicap en souffre alors et est moins une obligation -en fonction de la recherche de son émancipation, de sa libération-, qu'une assistance dont le soubassement est la compassion qu'affichent les institutions de prise en charge. Ces insuffisances montrent, de façon flagrante, toute l'ampleur de l'exclusion dont fait objet la personne en situation de handicap, -pauvre parmi les pauvres-; telle que cela a été analysé par plusieurs auteurs qui y ont fait allusion de différentes manières [24]. Ailleurs, il s'observe que certaines populations sont dotées d'un statut spécial qui leur permet de coexister dans la communauté, mais qui les prive de certains droits et de la participation à certaines activités sociales, ce qui fait allusion au mépris social à l'égard des pauvres. Dans la même foulée, Serge Paugam [25], parlant des pauvres, il les appelle « *des disqualifiés sociaux* ».

En ce qui concerne le travail des ONGs humanitaires, Christian Troubé [26], fustige avec grands détails, leur fonctionnalité actuelle, fortement institutionnalisée et qui s'apparente à du business. Il souligne le fait qu'elles sont rares celles qui travaillent encore dans l'objectif premier d'apporter un soulagement aux vulnérables. La plupart d'entre elles sont soit des propriétés privées des individus dont la personne est confondue à la structure, soit un processus de marchandage de la vulnérabilité du pauvre pour accéder aux ressources. S'il n'est plus alors le centre d'intérêt par excellence de l'assistance, le pauvre doit assumer sa pauvreté et prendre comme tel, ce que les autres voudront mettre à sa disposition. Cette formule guide les réflexes actuels de l'environnement « *assistanciel*² ».

Il en est de même pour la personne en situation de handicap. La société ne voudrait pas qu'elle verse sur les autres, l'ignominie de sa déconfiture sociale, économique et environnementale. Ces genres de réflexes ne sont pas «un fait fortuit ou un jeu de hasard». En effet, la fonctionnalité de la quasi-totalité des institutions de réadaptation, parce qu'à fonds perdus et s'occupant d'une catégorie

¹ Le 9 octobre de chaque année commémore la journée mondiale du handicap (désavantage lié à une incapacité) alors que le 3 décembre célèbre la journée mondiale des personnes en situation de handicap (les personnes par rapport à la jouissance de leurs droits).

² Avec les guerres et l'insécurité récurrente dans la province du Nord-Kivu, plusieurs ONG ont mis en place la philosophie de la gratuité des services. Alors que la poursuite de l'autonomisation de la personne en situation de handicap vise qu'elle s'approprie la dynamique et participe au processus de sa mise en place, cette philosophie a installé une culture de pauvreté, la population étant considérée comme indigente devant attendre que les ONG réfléchissent à son bien-être.

de patients dont la chronicité des cas est éprouvée et flagrante, repose sur un vécu quotidien qui doit aussi garantir leur persistance. Et compte tenu de la chronicité de la limitation de la personne et de son incapacité à s'assumer de façon substantielle, les institutions sont et seront toujours convaincues de la nécessité d'apporter à la PSH une aide, à travers des fonds récoltés, dans une dynamique de survie et jamais d'autonomie.

Ceux qui assistent la PSH ne lui garantissent pas de services complets de nature à assurer son autonomie ou son affranchissement. Aussi, la PSH dépend totalement de ce soutien de façon permanente. Entre les deux, il y aurait une complicité implicite ou inconsciente. Il s'observe ainsi, la satisfaction des prestataires dans leurs actions, avec l'assistance sur mesure, et le réconfort de la PSH dans la nature des services à sa disposition. Dans ce contexte, elle participe à la consolidation du cercle vicieux de l'assistance compassionnelle aux « victimes ». A la logique assistancielle, s'ajoute celle de survie. La fonctionnalité de la résilience assistée repose alors sur une double pesanteur: d'un côté la persistance des services à offrir à la personne en situation de handicap pour sa survie et de l'autre l'existence des institutions dont la pérennisation dépend des services en faveur de la cible.

SCHEMATIQUEMENT

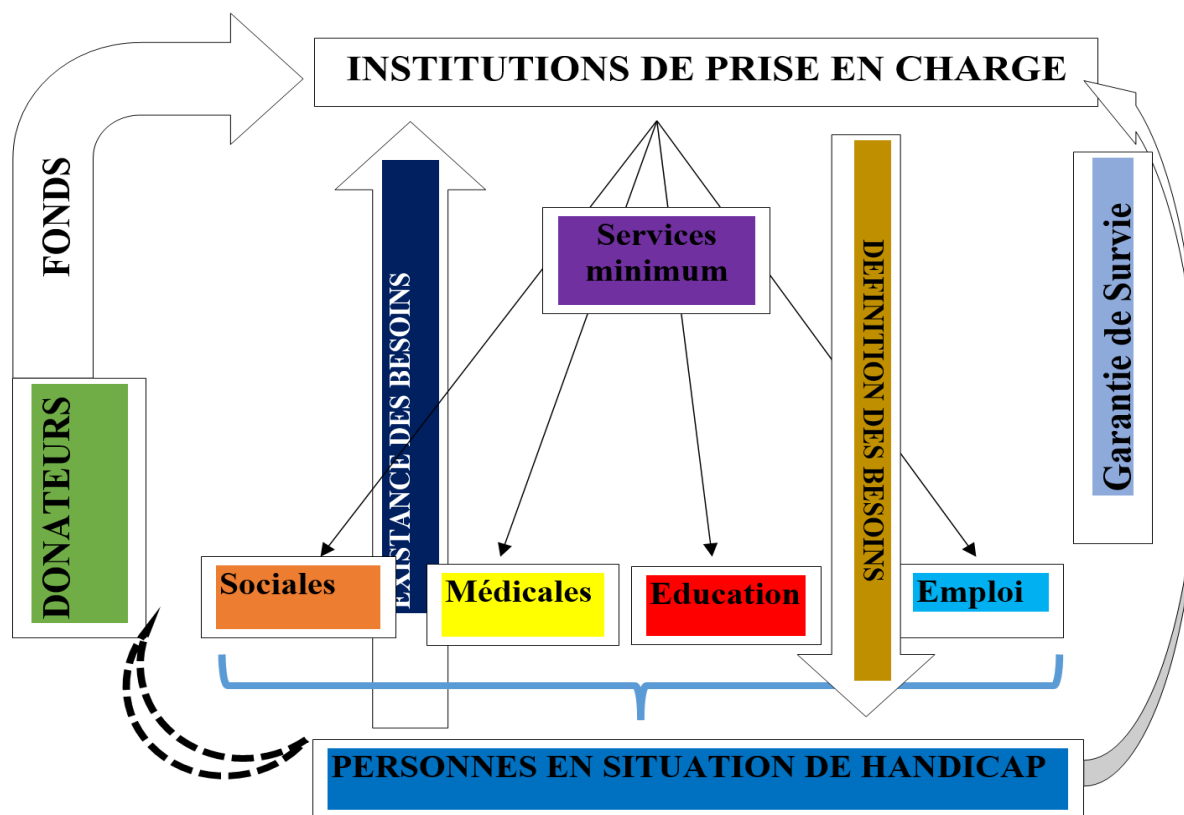


Fig. 1. Cercle vicieux de l'assistance compassionnelle aux personnes handicapées

La chronicité de la dépendance semble une aubaine en faveur de la structure d'assistance, pour la perpétuation de « ses services ». D'où une sorte d'interdépendance existentielle entre la personne morale (l'institution), et la personne physique « le handicapé ». Les institutions bénéficient des fonds qui visent globalement la mise en place des activités de prise en charge; jamais d'autonomisation et de renforcement de la résilience. Or, La résilience est, « au-delà d'une simple résistance, une notion dynamique, un processus, un travail toujours remis sur le chantier, une régulation complexe entre des zones de forces et des zones de vulnérabilité ... » [27].

Ce qui pervertit davantage le processus de résilience assistée/suscité, c'est la forte dépendance des institutions, aux ONG d'appui. La réalisation de leurs activités est tributaire de la compassion des bienfaiteurs. Ils peuvent ou ne pas appuyer. Leur geste est motivé par le degré de compassion qu'ils ont à l'égard des vulnérables, ceux-ci devant exprimer clairement leur indigence.

Les institutions mettent à la portée des personnes en situation de handicap « des prestations sur mesure », c'est-à-dire en fonction des activités telles que définies dans leurs projets de demande des fonds, et qu'elles estiment utiles pour les cibles. Ces dernières, sans autres opportunités, cautionnent la persistance des actions de survie. Ce qui consolide la persistance de l'approche de

l'assistance compassionnelle. Et selon l'état de vulnérabilité de la cible, c'est le « minimum vital » (dans une logique de prise en charge) qui est consenti. Et même à ce niveau, le contour du « minimum vital » n'est ni bien circonscrit, ni bien compris. Les actions se réalisent en dehors de toute logique de « l'indispensable » pour un réel bien-être (dans un processus d'accompagnement). Les opportunités mises en évidence dans le cadre de la résilience suscitée banalisent la dimension émancipatoire et libératrice.

Une récolte des données dans les institutions de réadaptation au Nord Kivu, renseigne sur certaines prestations en faveur des PSH, comme élément de la résilience suscitée et de nature à renforcer leur capacité à braver l'incertitude. Il s'agit, entre autre: des soins de rééducation de qualité, la couverture du coût des soins, un environnement vital approprié, la fourniture des appareils orthopédiques et autres aides de marche et aussi l'application de la CRDPH. Mais le mécanisme en application s'inscrit dans le cadre d'une aide humanitaire de satisfaction immédiate, dans une stratégie de survie. Il met à l'écart le « handi-résilience » ou la stratégie de la résilience de la personne en situation de handicap, qui s'inscrit dans un processus de long terme lié à la chronicité du cas. Ainsi « *les racines de l'inefficacité, voire parfois de l'ineffectivité de l'aide sont à rechercher autant dans l'ineptie des stratégies d'assistance que dans le système de fourniture de l'aide* » [28]. Ce système d'aide humanitaire est lui-même aléatoire, ne constitue plus une garantie pour le long terme. Donc il n'est pas une repose aux incertitudes qui jalonnent le parcours de la personne. Or, pour que le système soit une garantie pour ceux qui en sont bénéficiaires, il doit exprimer des signes de stabilité et de permanence. Comme le dit Vickers, cité par Bruno Barroca et al, [29] « *un système est résilient s'il perdure malgré les chocs et perturbations en provenance du milieu interne et/ou de l'environnement externe* ». Ce qui n'est pas le cas avec l'assistance humanitaire qui est de courte durée. Et c'est l'autonomisation de la PSH qui en pâtit. En plus, toute approche de résilience tient compte de l'influence qui peut provenir des perturbations et des changements au niveau du système, et aussi de comment sa fonctionnalité peut répondre aux besoins exprimés. Ce qui n'est pas le cas dans le cadre de l'assistance humanitaire en faveur des personnes en situation de handicap. Entraînées dans une certaine complicité passive, elles ont très peu de chance de s'émanciper. On observe la persistance de ce cercle vicieux qui promeut ce qu'on peut appeler, en définitive, « **assistance compassionnelle tronquée et non émancipatoire** », ou la « **logique ACOTRONE** ».

6.2.3 COMPLICITÉ IMPLICITE DES PSH

Habituées à recevoir, les PSH sont stériles d'initiatives. Elles évoluent dans et avec un esprit attentiste. Et dans une acceptation passive et résignée, elles sont convaincues que les autres vont faire pour elles. De là, une tendance à valider leur dépendance irréversible, aux actions ponctuelles et de courte durée. Ce qui compromet leur autonomisation. Elles développent la conviction de la nécessité de la dépendance utilitaire envers les institutions d'aide. Elles ne se soucient presque pas de leur affranchissement et d'une appropriation du processus. Dans la conduite des institutions de prise en charge, il s'observe la consolidation, d'un paradigme assistanciel. Et à la fin, les PSH se contentent de leur situation, comme des opprimés qui jouent « *le tango de l'opresseur* ».

7 MODÈLE MÉSO-CENTRÉ DE RENFORCEMENT DE LA RÉSILIENCE ET DES CAPABILITÉS DES PSH DANS LE PROCESSUS D'AUTONOMISATION

L'autonomisation de la PSH dépend de la complémentarité entre la résilience naturelle ou spontanée, propre à la personne, et celle suscitée ou assistée, issue de son environnement. Ce qui explique qu'au-delà de l'état pathologique chronique, la situation d'instabilité notoire met la PSH dans un cycle d'adaptation continue. Il faut noter aussi que leurs besoins divergent, selon la catégorie de handicap, le sexe, l'âge, la survenue du handicap, le milieu de résidence, Les capacités des personnes sont ainsi influencées par l'organisation sociale et le genre d'opportunité qui sont offertes. Ce qui devra significativement alimenter leur résilience.

Les efforts conjugués de la personne, aux engagements de son environnement, garantissent la réussite de l'inclusion et de l'autonomisation. Pour plus d'efficacité, un modèle méso- centré qui fait intervenir les acteurs sociaux communautaires, les leaders locaux, les réadaptateurs et les personnes situation de handicap elles-mêmes, est une solution efficace de complémentarité de la résilience spontanée/naturelle à celle suscitée/provoquée. Ce modèle d'application est tel que présenté par la figure 2.

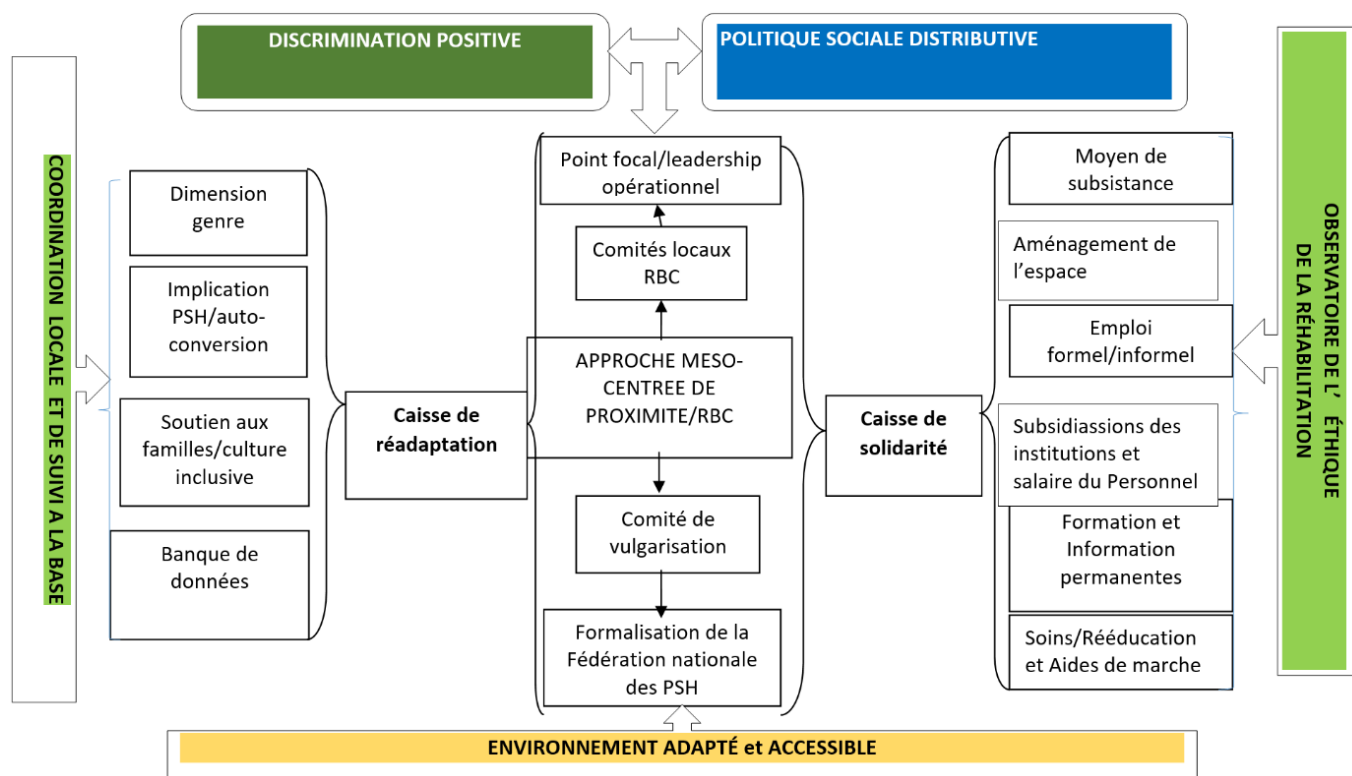


Fig. 2. Modèle d'Opérationnalisation méso-centrée de la politique d'inclusion/autonomisation des PSHM

8 CONCLUSION

Au Nord Kivu, les institutions de réadaptation sont opérationnelles depuis plus de 50 ans. En même temps qu'elles s'occupent des PSH, elles bénéficient des soutiens de différentes natures pour les amener à plus d'autonomisation. Différentes approches sont mises en application, allant de la prise en charge à l'accompagnement.

Etant classées dans les vulnérables, et dans un état de stress permanent, elles apparaissent comme l'un des centres d'intérêt des institutions d'assistance humanitaires. Pour la circonstance, ces dernières mettent en place des mécanismes visant au renforcement de leurs capacités, pour leur inclusion sociale, organisationnelle, économique et environnementale. Il se fait malheureusement que l'implémentation des programmes y relatifs porte plus sur l'approche de la prise en charge, dans laquelle il s'agit des solutions clé en mains. Dans ce contexte, les PSH sont de dépendantes chroniques, vivant dans un cycle attentiste. Leur résilience se voit ainsi fragilisée.

Pour être partie prenante, une approche méso-centrée est indispensables renforcer leur présence dans la gouvernance locale et leur assurer une inclusion sociale totale.

REFERENCES

- [1] P. Fougeyrollas, Comprendre le processus de production du handicap (pph) et agir pour la participation sociale, une responsabilité sociale et collective, IRDPQ, Éd., Québec: ANDESI, 2005.
- [2] P. Fougeyrollas et K. Roy, « Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap », *Service social*, Vol. 45, n°3, p. 31-54, 1996, [en ligne] sur <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>.
- [3] OMS, Classification internationale du fonctionnement, du handicap. et de la santé, Bibliothèque de l'OMS, Genève, 2001.
- [4] M. Delage, « Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques », *Médecine et Hygiène*, n° 23, Genève, 2003, [en ligne] sur <http://www.cairn.info/article.php?>.
- [5] A.Sinaï et al, *Petit traité de résilience locale*, Charles Léopold Mayer, Paris, 2015.
- [6] GOAL, Outil pour mesurer la résilience des communautés aux désastres. Honduras et Nicaragua, Office Humanitaire de la Communauté Européenne, 2015, [en ligne] sur web site: www.goa.
- [7] L.J. Cohen, Conséquence de la valeur sociale accordée aux personnes en situation de handicap sur les autodescriptions, les performances et les buts poursuivis, Thèse de doctorat, Université de Reims, Champagne-Ardenne, France, 2015.

- [8] M. Ehrhard et al., *Politiques et Pratiques sociales en Europe, valeurs et modèles institutionnelles*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, France, 1992.
- [9] CICR, *La clé de la résilience. Combiner secours et développement pour un avenir plus sûr*, Fédération Internationale des Sociétés de la Croix rouge et du Croissant rouge, Genève, Juin 2012, [en ligne] sur www.ifrc.org.
- [10] GTT-MR (Groupe de travail technique sur la mesure), *Principes de la mesure de la résilience: vers un programme pour la conception de la mesure*, Réseau d'information sur la sécurité alimentaire, 2014. [en ligne] sur www.fsincop.net/fr
- [11] P. Laissus et B. Lallau, « Résilience spontanée, résilience suscitée. Les complexes de l'action humanitaire en "zone LRA" (Est de la République Centrafricaine) », *Ethique économique*, vol.10, n°1, Université de Lille 1/Université de Bangui, 2013, [en ligne] sur <http://ethique-economique.net/>.
- [12] F. Julien-Gauthier et C. Jourdan-Ionescu, *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation*, Livres en ligne du CRIRES, Québec, 2015. [en ligne] sur <http://lel.crires.ulaval.ca/public/resilience.pdf>.
- [13] J.F.Choss, *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*, Paris, France, (2011). www.ladocumentationfrancaise.fr.
- [14] Commission Européenne, *Définitions du handicap en Europe: analyse comparative*, Sécurité sociale et insertion sociale, Bruxelles, 2004. [en ligne] sur <http://europa.eu.int>.
- [15] F. Julien-Gauthier et C. Jourdan-Ionescu, *Op.Cit.*, 2015.
- [16] A.Sinai et al, *Op.Cit.*, 2015.
- [17] A.Theis, *Approche psychodynamique de la résilience. Étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil*, Thèse de Doctorat en Psychologie nouveau régime Spécialité: Psychologie Clinique, Université de Nancy, 2006.
- [18] R.Sophie, « Vulnérabilité et résilience, analyse des entrées et sorties de la pauvreté: le cas de Manjakandriana à Madagascar », *Mondes en développement*, vol.140, pp. 25-44, 2007.
- [19] A.Theis, *Op.Cit.*, 2006.
- [20] A.Theis, *Op.Cit.*, 2006.
- [21] F. Julien-Gauthier et C. Jourdan-Ionescu, *Op.Cit.*, 2015.
- [22] R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, 1995.
- [23] J.Y. Lavoie, *la gestion étrangère de l'Afrique*, Presses Universitaires du Québec, Québec, 1986.
- [24] V. Chatel et R. Roy, *Penser la vulnérabilité, visage de la fragilisation du social*, Presses Universitaires du Québec, Québec, 2008.
- [25] S. Paugam, *la disqualification sociale*, PUF. Paris, 2009.
- [26] C. Troubé, *l'humanitaire, un business comme les autres*, Larousse, Paris, 2009.
- [27] M. Delage, *Op. Cit.*, n° 23, 2003.
- [28] T. Vircoulon, *les coulisses de l'aide internationale en République Démocratique du Congo*, Harmattan, Paris, 2010.
- [29] Bruno Barroca et al. « De la vulnérabilité à la résilience: mutation ou bouleversement ? » *EchoGéo*, vol. 24, pp. 1-15, avril-juin 2013. [en ligne] sur <http://echogeo.revues.org/13439>.