

L'autonomisation

Michael L. Wehmeyer

Hyun-Jeong Cho

University of Kansas

L'autonomisation [*empowerment*] est un thème central et récurrent en réadaptation. Par exemple, au cours de la commémoration du 70^e anniversaire de la *Vocational Rehabilitation Act* (VC Act) aux États-Unis, l'ancien commissaire à l'administration des services de réadaptation, Nell Carney, a insisté sur le fait que le « programme de réadaptation professionnelle couvre sept décennies d'espoir, de formation, d'emploi, de possibilités, d'indépendance et d'*autonomisation* pour les millions d'Américains ayant des incapacités » [italique ajouté] (1990, p. 6). De la même manière, l'objectif fondamental du programme *Independent Living* financé aux termes de la VC Act est défini comme le moyen de « maximiser le leadership, l'*autonomisation*, l'indépendance et la productivité des personnes ayant des incapacités » [italique ajouté] (Département de l'Éducation des États-Unis 2007, p. 43).

L'*American Heritage Dictionary of the English Language* (2000) définit le nom *empowerment* (autonomisation) comme « *to invest with power* » (octroyer le pouvoir). La note d'usage figurant dans cette entrée affirme ce qui suit à l'égard du mot *empower*:

Bien qu'il s'agisse d'un terme contemporain à la mode, le mot *empower* n'est pas récent, car il est apparu vers la moitié du 17^e siècle en ayant le sens legaliste de « *to invest with authority, authorize* » [octroyer l'autorité, autoriser]. Peu après, on a commencé à l'utiliser avec un infinitif dans le sens plus général de « rendre apte ou permettre ». Ces deux usages ont survécu jusqu'à aujourd'hui, mais ils ont été surpassés par l'usage du mot dans le domaine de la politique et de la psychologie populaire. Son usage moderne a pris naissance avec le mouvement pour les droits civils qui cherchait à obtenir l'autonomisation politique [*political empowerment*] pour ses partisans. Le mot a ensuite été repris par le mouvement des femmes et son attrait n'a jamais faibli. Depuis que les personnes de toutes allégeances politiques ont besoin d'un terme permettant à leurs électeurs de se sentir maîtres de leur destin ou sur le point de l'être davantage, le mot *empower* [autonomisation] a été adopté par les conservateurs, de même que les réformistes sociaux. Son usage a même migré hors de l'arène politique vers d'autres domaines. (p. 586-587).

Cet « usage moderne » du terme « *empower* » dont a traité le comité sur l'usage de l'*American Heritage Dictionary* se rapporte au sens d'« octroyer le pouvoir ». Cet usage prévaut dans les disciplines universitaires liées aux mouvements sociaux, peut-être plus particulièrement dans les domaines des études sur la condition des personnes handicapées, de la psychologie communautaire et de la prévention sociale. Julian Rappaport, l'un des fondateurs de la discipline de la psychologie communautaire, a écrit en 1981 à propos de l'accent mis sur cette nouvelle discipline:

Être engagé dans un programme d'autonomisation sociale et s'y conformer dans le cadre d'une approche de la théorie des sciences sociales, de la recherche et de l'action, c'est aussi s'engager à identifier, à favoriser ou à créer des contextes dans lesquels les personnes jusqu'ici silencieuses et isolées et les personnes « étrangères » aux situations, aux organismes et aux communautés diverses, acquièrent une compréhension, un droit de parole et une influence sur les décisions qui touchent leurs vies (Rappaport 1981, p. 52).

Dans des écrits plus récents, John F. Kosciulek, psychologue de la Michigan State University qui introduisit la théorie de l'autonomisation axée sur les clients dans le domaine de la réadaptation, définit l'autonomisation comme:

... le processus par lequel les personnes devenues impuissantes ou marginalisées développent les compétences nécessaires pour prendre leur vie et leur environnement en main (Kosciulek 1999, p. 197).

Comme tout premier objectif de base au sein du mouvement de défense des droits des personnes ayant des incapacités, la notion d'autonomisation est ancrée dans des questions relatives à l'obtention d'un plus grand pouvoir et d'une plus grande maîtrise de leur vie. Kosciulek remarque encore une fois:

... une croyance de plus en plus répandue a émergé dans les dernières années selon laquelle les clients de services de réadaptation devraient avoir plus de pouvoir sur les services qu'ils reçoivent et, ce faisant, prendre ou reprendre en main leur vie (Kosciulek 1999, p. 198).

Au sein du mouvement de défense des personnes ayant des incapacités, l'autonomisation est utilisée pour refléter une compréhension modifiée de la personne et de sa place dans la société, un accent privilégié par le fait que la science et la société adoptent, quoique ce soit de manière progressive, des moyens de comprendre le handicap lui-même qui met l'accent sur le rôle que l'environnement et le contexte jouent dans la conceptualisation de la signification même du handicap. Pour une bonne partie de l'histoire, le handicap a été compris de manière négative; comme une pathologie, une aberration, quelque chose d'inhabituel. Les personnes ayant des incapacités elles-mêmes étaient perçues comme, en quelque sorte, malades, endommagées ou ayant besoin d'être réparées. Vers la fin du 20^e siècle, ces conceptualisations ont commencé à être remplacées par des modes de pensée mettant l'accent sur le handicap en tant que fonction de l'interaction entre la capacité de la personne et le contexte dans lequel elle vit, étudie, travaille et s'amuse. Le modèle fonctionnel du handicap le plus visible, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé, est un modèle biopsychosocial du handicap dans lequel le handicap et le fonctionnement sont vus comme le résultat des interactions entre les problèmes de santé (maladies, troubles et blessures) et les facteurs contextuels. Ces facteurs contextuels comprennent les facteurs environnementaux et personnels. La CIF propose trois niveaux du fonctionnement humain sur lesquels les problèmes de santé et les facteurs contextuels agissent: les fonctions organiques et les structures anatomiques se rapportant aux fonctions physiologiques des systèmes organiques et les parties du corps, comme les organes et les membres; les activités, ou l'exécution de tâches ou d'actions

par une personne, et la participation, se rapportant au fait de prendre part à une situation de vie réelle. Les répercussions des problèmes de santé et des facteurs contextuels sur les fonctions organiques et les structures anatomiques peuvent occasionner des déficiences, que l'on définit comme des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, alors que les répercussions sur les facteurs liés aux activités et à la participation peuvent occasionner des limitations d'activité ou des restrictions de participation. L'élément central de la CIF est le concept selon lequel le handicap est une fonction issue de la relation ou de la compatibilité entre la personne, son problème de santé et son contexte social.

En définissant le *handicap* comme une fonction de l'interaction réciproque entre l'environnement et les limitations fonctionnelles de la personne comme le fait la CIF, l'accent sur le « problème » passe du déficit intrinsèque à la personne à la relation entre le fonctionnement de la personne et son environnement et, en conséquence, à la détermination et la conception de systèmes de soutien pour aborder le fonctionnement de la personne au sein de ce contexte. L'accent mis sur l'autonomisation devient donc plus pertinent, car la responsabilité de favoriser le fonctionnement optimal passe, en quelque sorte, de la seule et unique responsabilité de la personne vers une plus grande importance accordée à l'adaptation de son environnement ou du contexte dans lequel cette personne doit fonctionner. Ce principe est réalisé par le biais d'initiatives stratégiques et législatives, de modifications aux tâches que la personne doit accomplir et par l'adaptation de l'environnement afin d'assurer à la personne l'accès à la technologie et favoriser son utilisation pour atténuer les restrictions induites par son incapacité, et ainsi de suite.

L'adoption d'une approche d'autonomisation crée une impasse pour beaucoup de professionnels de la réadaptation. Ce problème vient du fait que toute compréhension du sens « octroyer le pouvoir » de l'autonomisation comporte, à la base, le principe qu'une personne qui détient le pouvoir est aussi libre de l'« octroyer » à quelqu'un d'autre (ou non). Lorsque l'on détient le pouvoir d'octroyer le pouvoir ou le contrôle à une autre personne, on détient également le pouvoir, manifestement, de le lui enlever. Le pouvoir et le contrôle restent ceux de l'octroyeur dans ce cas (Wehmeyer 2004). L'autre sens du mot *empowerment* [autonomisation] offert par l'*American Heritage Dictionary*, « habiliter ou permettre », guide probablement une compréhension de l'autonomisation qui va à l'encontre des difficultés du problème d'« octroyer le pouvoir » et saisit le concept tel qu'il est compris par le mouvement d'entraide des personnes ayant des incapacités dans la défense de leurs droits. La première partie de la définition, la notion de « permission », présente les mêmes problèmes inhérents à la définition d'« octroi du pouvoir ». C'est le second sens, la notion de rendre apte ou d'habilitation, qui fournit aux professionnels de la réadaptation les moyens d'adopter une approche de la prestation de services et de soutien qui présente réellement un accent mis sur l'autonomisation. « Habilitier » signifie « donner les moyens, les connaissances et les possibilités de faire quelque chose; rendre possible, faire que quelque chose soit réalisable » (NDT : traduction des extraits de l'*American Heritage Dictionary*).

Donc, le moyen de sortir de l'impasse de l'« octroi du pouvoir » passe par le déploiement d'efforts pour *habiliter* les personnes ayant des incapacités à devenir maîtres de leur vie et, en fonction de ces mesures, à devenir autonomes dans la réalisation de ce contrôle dans une plus large mesure. Pour les professionnels de la réadaptation, la route menant à l'« habilitation » est

atteinte en offrant des possibilités et du soutien qui favorisent et améliorent l'auto-détermination des personnes ayant des incapacités, mettant ainsi l'accent sur le choix et le contrôle, et qui engagent ces dernières dans le rôle d'agent agissant sur les circonstances de leur vie (Wehmeyer 2005). (Pour plus de détails, voir l'article à propos de l'autodétermination de l'encyclopédie.)

S'inspirant des travaux d'Emener (1991), Kosciulek a établi quatre « principes philosophiques » qui s'avèrent nécessaires dans une approche en matière d'autonomisation de la réadaptation:

1. Toute personne a son importance et sa dignité.
2. Toute personne devrait avoir droit à des chances égales de maximiser ses capacités et mériter l'assistance de la société afin d'y arriver.
3. De manière générale, les personnes luttent afin de s'épanouir et d'infléchir positivement l'orientation des changements dans leur vie.
4. Les personnes devraient pouvoir décider librement de gérer leur vie comme elles l'entendent.

Les thèmes sur lesquels repose une approche en matière d'autonomisation de la réadaptation comprennent la supervision du client, la participation à la planification et à la prise de décisions relatives à l'habilitation, le choix des possibilités, un accent mis sur les préférences personnelles et l'application de stratégies de discipline personnelle et de gestion de soi. Parmi les exemples d'exploitation de ces thèmes aux États-Unis se trouvent le déploiement d'efforts visant l'accroissement de la supervision des clients dans la planification personnalisée menant à l'établissement de plans en matière d'emploi (Wehmeyer et al. 2003), à la collecte de fonds par les clients pour assurer le financement des programmes de réadaptation (Hardina 2003), ainsi qu'à l'introduction d'un langage propre au libre choix et à l'autodétermination dans le processus de réitération d'autorisations de la loi sur la réadaptation. À ce titre, on pouvait lire à propos de la nouvelle autorisation de 1992 dans les constatations du Congrès [article 2 (29 USC. 701)] que:

- 1) des millions d'Américains vivent avec une ou plus d'une déficience physique ou mentale et que le nombre d'Américains ayant des incapacités est à la hausse;
- 2) les personnes ayant des incapacités constituent l'un des groupes les plus désavantagés de la société;
- 3) l'incapacité fait naturellement partie de l'expérience humaine et ne diminue en rien le droit des personnes de:
 - a) vivre de façon autonome;
 - b) *profiter de leur autodétermination*;
 - c) effectuer des choix;
 - d) participer à la société;
 - e) poursuivre des carrières intéressantes; et,
 - f) jouir de l'intégration totale au sein de la vie économique, politique, sociale, culturelle et éducationnelle de la société américaine;

et

- 6) les objectifs nationaux englobent également l'objectif de fournir aux personnes ayant des incapacités des outils nécessaires pour:

- a) effectuer des choix et prendre des décisions éclairées; et pour réaliser l'égalité des chances, l'intégration totale à la société et au marché de l'emploi, l'autonomie économique et sociale.

Les modifications de 1998 à la *State Vocational Rehabilitation Services Program Act* ont permis de renforcer et de souligner la centralité du choix éclairé dans le processus de réadaptation.

La théorie de l'autonomisation dirigée par la clientèle (Kosciulek 1999, 2005; Kosciulek et Merz 2001) tente de modéliser ces thèmes de manière à extraire les variables menant à l'autonomisation et, au-delà de l'autonomisation, à l'amélioration de la qualité de vie. Cette théorie repose sur la proposition selon laquelle « une supervision accrue du client dans la formulation des politiques relatives aux personnes ayant des incapacités et la prestation des services de réadaptation entraîneront une meilleure intégration au sein de la communauté, l'autonomisation et une meilleure qualité de vie chez les personnes ayant des incapacités » (Kosciulek 2005, p. 41). Le modèle structural de la théorie, évalué à plusieurs reprises (Kosciulek 2005; Kosciulek and Merz 2001), laisse entendre que la supervision de la clientèle (des services à la clientèle supervisés, une vaste gamme de choix de services, une prestation d'information et de soutien adéquate et une participation active à l'élaboration des politiques) entraîne l'amélioration de l'intégration communautaire (domicile/famille, sociale/loisirs, activité productive/travail), et que la supervision de la clientèle et l'intégration communautaire mènent toutes deux à l'autonomisation, qui permet à son tour une amélioration de la qualité de vie.

Il est intéressant de constater que Kosciulek conçoit l'autonomisation selon deux cadres différents: un cadre interne ou psychologique et un cadre contextuel ou social. Les éléments psychologiques de sa théorie comprennent les sentiments d'aptitude, de confiance, de responsabilité, un désir de participer aux interactions avec autrui tributaire à la réalisation des objectifs choisis, ainsi qu'un point de contrôle interne. Un intérêt dans la planification de l'avenir, la capacité et les compétences pour recourir à des mesures d'adaptation au besoin, l'initiative de prendre en main l'élaboration et le suivi des plans et un désir de recourir aux technologies d'adaptation au besoin sont aussi des éléments importants. Les éléments contextuels de l'autonomisation comprennent la possession de compétences pour interagir efficacement avec autrui, organiser, planifier, prendre des décisions et superviser les ressources, ou l'occasion d'apprendre de telles compétences. De plus, les éléments environnementaux tels que la mobilité permettant d'interagir avec la communauté, d'accéder à l'information, de bénéficier de conditions de vie acceptables, de soutien social et d'un statut social respectable sont également des éléments importants de l'autonomisation. Les compétences requises peuvent être acquises par la personne ayant des incapacités, mais elle n'est pas en mesure de contrôler entièrement ses conditions de vie et ses conditions sociales, faisant donc en sorte qu'elle doive prendre des mesures pour créer le changement. Dans cette perspective, les « compétences » possiblement les plus importantes qu'une personne puisse acquérir sont liées à sa capacité d'être le catalyseur du changement dans la société, l'environnement ou le contexte dans lequel elle doit fonctionner.

Les groupes d'entraide et favorisant l'autonomie sociale qui sont dirigés par des personnes ayant des incapacités dans le but de les aider à réaliser leurs objectifs personnels et ceux du groupe améliorent souvent l'autonomisation sur les plans individuel et collectif. L'aspect contextuel de

l'autonomisation de nombreuses personnes ayant des incapacités s'améliore grâce à des lois comme la *Americans with Disabilities Act (ADA)* et autres lois semblables en matière de droits de la personne, offrant ainsi une vaste protection aux personnes ayant des incapacités dans les secteurs de l'éducation, de l'emploi, des services publics, des mesures d'adaptation publiques, du transport et des télécommunications; interdisant toute forme de discrimination dans les programmes, les activités et les services des États et des autorités locales.

Le rôle de la réadaptation dans l'autonomisation

Dans le passé, le rôle de la réadaptation était lié aux efforts déployés pour restaurer les compétences et les capacités des personnes qui, à la suite d'une blessure ou d'une maladie, voyaient ces fonctions réduites, et pour habilitier ces personnes à retrouver des niveaux plus élevés d'autonomie. En réalité, la racine étymologique du mot anglais « *rehabilitation* » ou « *rehabilitate* » [réadaptation ou réadapter] vient du Latin *habilitare*, qui signifie « rendre apte » et, par conséquent, *rehabilitare* signifie « rendre apte à nouveau » (American Heritage Dictionary 2000). Il va de soit que, pour certaines personnes ayant des incapacités, le soutien nécessaire ne permet pas exactement de restaurer les compétences, mais d'abord de permettre ces compétences (habilitation). D'une façon ou l'autre, l'accent premier pour le professionnel de la réadaptation est mis sur le développement des compétences et des capacités et sur l'amélioration et la prestation d'un soutien permettant d'augmenter ces compétences et ces capacités.

Pour la personne ayant une incapacité, toutefois, l'autonomisation ne représente pas simplement l'acquisition ou la ré-acquisition de compétences, mais plutôt l'application de ces compétences dans la réalisation du changement nécessaire à l'exercice d'un plus grand pouvoir sur sa vie et, éventuellement, dans l'amélioration de sa qualité de vie. Il est donc important que les modèles utilisés en réadaptation assurent un soutien mettant l'accent et appuyant une conception de la personne apte et compétente et d'une personne *possédant* capacités et compétences.

Dans cette perspective, il est important que les professionnels de la réadaptation envisagent le processus de réadaptation avec des modèles qui se concentrent sur l'autodétermination et la supervision de la clientèle. Comme il en est ailleurs question (voir l'article sur l'autodétermination), il existe des stratégies pour appuyer les professionnels dans la réalisation de l'objectif de promotion de l'autodétermination et de supervision de la clientèle, soit:

- *Promouvoir la participation active dans la résolution de problèmes et les activités de prise de décision.* Si nécessaire, enseigner des compétences afin d'améliorer les compétences en matière de résolution de problèmes de prise de décisions et recourir à des activités telles que la participation à la planification relative à l'habilitation afin d'exercer ces compétences et de les renforcer.
- *Engager les jeunes et les adultes dans l'apprentissage autorégulé et les stratégies de gestion de soi.* Une abondance d'études montre que l'apprentissage et le recours à des stratégies de gestion de soi et d'apprentissage autorégulé (comme les stratégies de régulation de stimuli déjà connus, l'autodidactisme, l'autocontrôle, l'autoévaluation et le renforcement de soi) permet une plus grande autonomie dans l'accomplissement des tâches dans divers domaines, y compris en matière d'emploi, et accroît l'autodétermination.

- *Participation dans la planification et l'établissement des objectifs du programme de réadaptation.* Un comportement autodéterminé est dirigé par des objectifs. Encourager les jeunes et les adultes à participer à la détermination d'objectifs relatifs à la planification en matière d'éducation et de réadaptation, en plus de les soutenir et de leur enseigner: a) à se fixer un objectif et à le définir de façon claire et concrète, b) à élaborer une série d'objectifs ou de tâches visant la réalisation de ces objectifs, et c) à préciser les actions nécessaires à la réalisation du résultat souhaité.

L'évaluation de l'autonomisation

Comme tout autre soutien disponible à grande échelle (et généralement financé par le gouvernement fédéral ou l'État), les professionnels de la réadaptation sont de plus en plus responsables des résultats relatifs à la prestation de soutien et de services, et l'évaluation de programmes devient donc un élément important du processus de réadaptation. Malheureusement, les gains obtenus dans la prestation de services de réadaptation et de soutien dans le cadre de l'autonomisation peuvent aisément être démantelés ou amoindris par un processus d'évaluation qui n'a pas recours à une approche philosophique semblable. L'évaluation de programmes concerne, en termes simples, les efforts déployés pour évaluer l'efficacité et l'utilité d'un programme donné.

L'évaluation de programmes traditionnelle est, de manière générale, une affaire pyramidale menée par des spécialistes dans la conception d'évaluation, la collecte de données, l'analyse et la production de rapports. Des organismes engagés dans une vaste gamme d'activités en matière de programmes, du traitement de la toxicomanie à la prestation d'activités sportives pour les jeunes, ont souvent dû embaucher un « spécialiste » en évaluation externe pour évaluer leur programme. L'évaluation de programmes traditionnelle identifie habituellement une seule personne en tant qu'« évaluateur », et cette personne est normalement un spécialiste en évaluation provenant de l'extérieur de l'organisme elle-même.

Alors qu'il y a souvent quelques avantages d'avoir une personne qui est, du moins en théorie, externe à l'organisme qui souhaite évaluer l'efficacité du programme, il y a également un prix à payer pour compter sur des spécialistes de l'extérieur. Premièrement, en ce qui a trait à la question de l'objectivité, il est important de noter que, bien que des évaluateurs externes puissent être plus objectifs qu'une personne provenant de l'intérieur de l'organisme, cela ne veut pas dire qu'ils seront d'une objectivité absolue. Au-delà de la simple question de l'objectivité de l'évaluateur, cependant, on se préoccupe de plus en plus au sein des services aux personnes ayant des incapacités, en particulier dans le domaine des services de réadaptation, du fait que l'accent mis sur l'objectivité et la mesurabilité de l'évaluation de programmes et des systèmes de responsabilisation n'a, en fait, pas eu les effets positifs escomptés dans la vie des personnes appuyées par ces programmes. Fetterman (1996) et ses collègues ont proposé, en tant que solution de rechange à l'évaluation de programmes traditionnelle, un modèle d'évaluation appelé *Empowerment Evaluation*. Le modèle *Empowerment Evaluation* fait appel:

à l'utilisation de concepts, de techniques d'évaluation et de trouvailles vouées à favoriser l'amélioration et l'autodétermination. Il emploie à la fois des méthodologies qualitatives et quantitatives. Bien que ce modèle puisse s'appliquer à des personnes, des organismes, des communautés, des sociétés ou

des cultures, l'accent est mis sur les programmes. Ce modèle est soucieux des processus d'autonomisation et des résultats (Fetterman 1996, p. 4).

Le cadre d'évaluation de l'autonomisation est largement utilisé dans une vaste gamme de programmes et de politiques, en plus d'être utilisé pour évaluer des programmes en matière de prévention de la toxicomanie, de réforme de l'aide sociale, de prévention du VIH, de réforme scolaire et de prévention du crime (Fetterman 1996). De plus, la démarche d'évaluation de l'autonomisation est bien ancrée dans la théorie et la pratique de l'évaluation, étant donné son « institutionnalisation au sein de l'*American Evaluation Association* » (Fetterman 1996, p. 3) et le fait qu'elle exprime l'esprit des normes élaborées par le *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* (Fetterman 1996). Contrairement à l'évaluation traditionnelle des programmes, le processus d'évaluation de l'autonomisation possède:

une orientation univoque sur les valeurs – le processus est conçu pour aider les personnes à s'aider elles-mêmes et à améliorer leurs programmes en se servant d'une forme d'autoévaluation et de la réflexion personnelle. Les participants à des programmes effectuent leurs propres évaluations et agissent normalement comme des animateurs; un évaluateur externe sert souvent de conseiller ou d'animateur supplémentaire en fonction des capacités internes du programme (Fetterman, 1996, p. 5).

Fetterman (1996) continue en affirmant que l'évaluation de l'autonomisation est, par nécessité, « une activité de collaboration en groupe, non pas une quête individuelle, » et il souligne qu'« un évaluateur n'investit et ne peut investir personne de pouvoir; les personnes se prennent en main elles-mêmes, souvent avec de l'aide et un encadrement » (p 5). Fetterman prétend plus loin qu'en raison de la nature démocratique du processus d'évaluation de l'autonomisation, l'intention ou le but du processus se modifie. L'évaluation traditionnelle des programmes se concentre et se traduit en bout de ligne par une évaluation de la valeur et de l'utilité du programme. Ce jugement est le point final du processus d'évaluation de l'autonomisation. Dans l'évaluation de l'autonomisation, toutefois, la détermination de l'utilité d'un programme devient un indicateur de la nécessité d'améliorer le programme. Fetterman (1996) a écrit:

Les participants à des programmes apprennent à évaluer continuellement leurs progrès dans l'atteinte de leurs objectifs d'autodétermination et à revoir leurs plans et leurs stratégies en fonction de cette évaluation. Ce faisant, on favorise leur autodétermination, on génère chez eux l'inspiration et on actualise leur sentiment de libération (p. 6).

Fetterman et ses collègues ont identifié plusieurs étapes dans le processus d'évaluation de l'autonomisation:

Étape 1: Faire le bilan

La première étape du processus d'évaluation de l'autonomisation consiste à demander aux participants du programme, à ceux qui y ont eu recours et à ceux qui offrent le soutien et les services d'attribuer une note au programme basée sur une échelle de 1 à 10, 10 indiquant le niveau le plus élevé de qualité et de

satisfaction. L'importance de cette étape n'est pas précisément liée à la note attribuée à proprement dit, mais à l'établissement d'une banque de renseignements de base et à l'occasion qui est offerte à chaque participant d'exprimer sa perception de la qualité du programme. Fetterman fait également remarquer que ce processus illustre ou renforce souvent la nécessité de recueillir des données qui supportent ou réfutent certaines de ces perceptions.

Étape 2: Fixer des objectifs

La deuxième étape de ce processus consiste à demander aux participants du programme d'indiquer la note qu'ils attribueraient au programme dans l'avenir, et de définir des objectifs qui les mèneront à cette note. Cette activité de définition des objectifs se situe au niveau de l'amélioration du programme sans être liée à la définition d'objectifs particuliers en matière d'habilitation.

Étape 3: Élaborer des stratégies

À la troisième étape, les participants au programme ont pour responsabilité d'élaborer des stratégies afin de réaliser les objectifs généraux du programme. Au niveau du processus de planification de la réadaptation, il s'agit de la détermination de moyens de soutien appropriés et d'objectifs connexes.

Étape 4: Étayer les progrès

À cette étape, on demande aux participants du programme quels types de documents sont nécessaires pour démontrer les progrès effectués à deux niveaux: les progrès réalisés dans le système d'objectifs défini à l'étape 2 et les progrès réalisés sur le contenu spécifique ou les objectifs et les stratégies de programme définis à l'étape 3.

Résumé

L'autonomisation est un concept au sens large touchant les personnes, les groupes et tous les aspects de la vie communautaire et politique. Il incombe aux professionnels de permettre l'autonomisation en encourageant l'autodétermination, le contrôle et la gestion par les clients; et à la société d'offrir des contextes et des environnements dans lesquels l'ensemble de la population, y compris les personnes ayant des incapacités, sont en mesure de fonctionner de façon optimale et d'améliorer leur qualité de vie et leur niveau de satisfaction.

Bibliographie

American Heritage Dictionary of the English Language. 2000. New York: Houghton Mifflin Company.

Carney NC.1990. Seventy years of hope, seventy years of success. The Journal of Rehabilitation 56(4):6.

Emener WG. 1991. An empowerment philosophy for rehabilitation in the 20th century. Journal of Rehabilitation 57(4):7-12.

- Fetterman DM. 1996. Empowerment evaluation: An introduction to theory and practice. In: Fetterman D, Kaftarian S, Wandersman A, editors. Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self-assessment and accountability. Thousand Oaks (CA): Sage Publications. p. 1 – 29.
- Hardina D. 2003. Linking citizen participation to empowerment practice: A historical overview. *Journal of Community Practice* 11(4):11-38.
- Kosciulek JF. 1999. The consumer-directed theory of empowerment. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 42(3):196-214.
- Kosciulek JF. 2005. Structural equation model of the consumer-directed theory of empowerment in a vocational rehabilitation context. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 49(1):40-49.
- Kosciulek JF, Merz MA. 2001. Structural analysis of the consumer-directed theory of empowerment. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 44(4):209-216.
- Rappaport J. 1981. In praise of a paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology* 9:1 – 25.
- US Department of Education. 2007. Rehabilitation services administration annual report fiscal year 2004: Report on federal activities under the rehabilitation act. Washington (DC): Author.
- Wehmeyer ML. 2004. Self-determination and the empowerment of people with disabilities. *American Rehabilitation* 28:22-29.
- Wehmeyer ML. 2005. Self-determination and individuals with severe disabilities: Reexamining meanings and misinterpretations. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities* 30:113-120.
- Wehmeyer M., Lattimore J, Jorgensen J, Palmer S, Thompson E, Schumaker KM. 2003. The self-determined career development model: A pilot study. *Journal of Vocational Rehabilitation* 19:79-87.