

CONSEIL DE L'EUROPE

COMITÉ DES MINISTRES

RECOMMANDATION N° R (92) 6

DU COMITÉ DES MINISTRES AUX ÉTATS MEMBRES

**RELATIVE À UNE POLITIQUE COHÉRENTE
POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES**

*(adoptée par le Comité des Ministres le 9 avril 1992,
lors de la 474^e réunion des Délégués des Ministres)*

Le Comité des Ministres, en vertu de l'article 15.b du Statut du Conseil de l'Europe,

Considérant que le but du Conseil de l'Europe est de réaliser une union plus étroite entre ses membres afin notamment de favoriser leur progrès économique et social;

Considérant que ce but peut être poursuivi, entre autres, par l'adoption de règles communes dans le domaine de la réadaptation;

Considérant que, dans le monde entier, on compte plus de 500 millions de personnes handicapées par suite de déficiences physiques, mentales ou sensorielles;

Reconnaissant que la réadaptation des personnes handicapées, par l'intégration économique et sociale qu'elle réalise, constitue un devoir de la collectivité de nature à garantir la dignité humaine et à diminuer les difficultés que la société engendre pour les personnes handicapées, et qu'elle doit compter au nombre des objectifs prioritaires de toute politique sociale;

Considérant que le fait de négliger aussi bien la protection des droits des citoyens handicapés que l'amélioration de leurs chances constitue une offense à la dignité humaine et se traduit par une lourde charge financière, attitude qui a pour conséquence que :

– de nombreuses personnes deviennent inutilement dépendantes et incapables d'une activité économiquement et socialement productive;

– les remèdes à apporter à une telle dépendance semblent souvent être seulement d'ordre financier, alors que les régimes d'indemnisation et de compensation de l'incapacité ne constituent qu'un des volets de toute politique menée en faveur des personnes handicapées;

Compte tenu du fait que, dans les Etats membres, le législateur ainsi que l'initiative privée et publique, notamment à travers l'action des organisations non gouvernementales, se sont accordés à intensifier leurs efforts dans le but de promouvoir l'intégration sociale des personnes handicapées;

Rappelant les principes énoncés dans l'article 15 de la Charte sociale européenne: droit des personnes physiquement ou mentalement diminuées à la formation professionnelle et à la réadaptation professionnelle et sociale;

Rappelant la Recommandation n° R (86) 18 relative à la Charte européenne du sport pour tous: les personnes handicapées;

Considérant qu'il importe que le processus de réadaptation global et continu débute très tôt et qu'il soit assuré par des personnels qualifiés, dans un ensemble coordonné et cohérent;

Compte tenu de la Résolution AP (84) 3 relative à une politique cohérente en matière de réadaptation des personnes handicapées, adoptée dans le cadre de l'Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique;

Compte tenu de la Déclaration finale de la Conférence *ad hoc* des ministres responsables des politiques en faveur des personnes handicapées (Paris, 7-8 novembre 1991), invitant le Comité des Ministres à adopter le projet de recommandation qui met à jour la Résolution AP (84) 3 et l'adapte aux progrès intervenus,

Recommande aux gouvernements des Etats membres:

- de s'inspirer des principes et de prendre les mesures préconisées à l'annexe à la présente recommandation lors de l'élaboration de leurs programmes de réadaptation;
- d'assurer une large diffusion de la présente recommandation auprès des milieux tant publics que privés concernés par la réadaptation des personnes handicapées;
- de fournir un bilan périodique sous forme d'une mise à jour du rapport sur la législation en matière de réadaptation des personnes handicapées, comprenant des illustrations des réalisations concrètes obtenues;

Décide que cette recommandation remplace la Résolution AP (84) 3.

Annexe à la Recommandation n° R (92) 6

I. Politique générale

1. Principes

Une politique cohérente et globale en faveur des personnes handicapées ou susceptibles de le devenir devrait viser:

- à prévenir ou à éliminer le handicap, à l'empêcher de s'aggraver et à en atténuer les conséquences;
- à leur garantir une participation pleine et active à la vie en société;
- à les aider à mener une vie indépendante, selon leurs propres souhaits.

Cela est un processus continu et dynamique d'adaptation réciproque faisant entrer en jeu, d'une part, les personnes handicapées, avec leurs propres souhaits, choix et capacités, qu'il faut développer au maximum, et, d'autre part, la société, qui doit se montrer solidaire en prenant des mesures spécifiques et appropriées pour réaliser l'égalité des chances.

2. Objectifs

Toutes les personnes handicapées ou susceptibles de le devenir, quels que soient leur âge et leur race, et la nature, l'origine et le degré de sévérité de leur handicap, devraient avoir droit à l'aide individuelle requise pour pouvoir mener une vie conforme à leurs capacités réelles et potentielles, au niveau le plus élevé possible pour chacune. A travers un système coordonné de mesures, elles devraient pouvoir:

- être aussi exemptes que possible de déficiences et d'incapacités évitables;
- être aussi indépendantes que possible du recours à un traitement et à des soins médicaux permanents, tout en ayant accès à de tels soins en cas de nécessité;
- être dans toute la mesure du possible directement responsables de et associées à la planification et à la mise en œuvre des moyens de réadaptation et d'intégration;
- exercer pleinement leurs droits civiques et accéder à toutes les institutions et à tous les services de la collectivité, y compris l'éducation;

- être aussi exemptes que possible de contraintes institutionnelles ou, lorsque celles-ci sont inévitables, aussi autonomes que possible dans le cadre de l'institution en question;
- jouir d'une indépendance économique aussi grande que possible, notamment en exerçant une profession aussi hautement qualifiée que possible et en en tirant un revenu proportionné;
- jouir d'un minimum vital, le cas échéant par le biais de prestations sociales;
- jouir d'une mobilité aussi étendue que possible, leur permettant notamment d'accéder aux bâtiments et aux moyens de transport;
- recevoir les soins personnels nécessaires, dans un lieu de leur choix;
- avoir autant d'autonomie et d'indépendance personnelles que possible, y compris vis-à-vis de leur famille, si elles le souhaitent;
- jouer dans la société un rôle à part entière et participer aux activités économiques, sociales, de loisirs, récréationnelles et culturelles.

La situation particulière des femmes handicapées et des personnes âgées handicapées nécessite une attention particulière.

3. *Domaines d'intervention*

Les Etats doivent donc mener une politique cohérente, globale et vaste en coopération avec les personnes handicapées et les associations de handicapés et pour les handicapés, afin d'assurer à ceux-ci l'aide nécessaire. Cette politique concerne tous les domaines de la vie en société et elle est particulièrement orientée vers :

- la prévention et l'éducation à la santé;
- l'identification et le diagnostic;
- le traitement et les aides thérapeutiques;
- l'éducation;
- l'orientation et la formation professionnelles;
- l'emploi;
- l'intégration sociale et l'environnement quotidien;
- la protection sociale, économique et juridique;
- la formation du personnel concerné par le processus de la réadaptation et de l'intégration sociale des personnes handicapées;
- l'information;
- les statistiques et la recherche.

4. *Directives générales*

Pour mettre en œuvre cette politique, les Etats devraient appliquer les mesures suivantes :

- garantir le droit de la personne handicapée à une vie autonome et à l'intégration dans la société, et reconnaître le devoir de la société d'assurer ce droit;
- reconnaître la nécessité d'une intervention précoce;
- prévenir l'apparition et l'aggravation d'une déficience, d'une incapacité ou d'un handicap, et en supprimer ou en atténuer les effets, et éviter l'apparition de surhandicaps, tels que les troubles affectifs et psychologiques;
- établir, en collaboration avec la personne handicapée et sa famille, un programme de réadaptation sous la forme d'un processus global, continu et personnalisé de prestations qui débute dès l'apparition de la déficience et dont les phases successives s'étendent jusqu'à l'intégration professionnelle et sociale, et qui évite également la nécessité de soins permanents;
- assurer l'application de ces programmes à toutes les personnes handicapées qui en ont besoin;
- tirer un profit optimal de la réadaptation, chaque fois que possible, dans des établissements prévus pour l'ensemble de la population, et, si besoin est, dans des services spécialisés;
- éliminer, dans la mesure du possible, tous les obstacles dans l'environnement et la société, et donner aux personnes handicapées la possibilité de jouer un rôle à part entière;
- assurer aux personnes handicapées l'accès à une éducation générale ou spécialisée selon leurs besoins;
- assurer aux personnes handicapées un niveau de vie digne à travers des prestations économiques et des services sociaux appropriés;

- assurer l'accès aux activités de loisirs et aux activités culturelles ;
- associer le public, les professionnels, les partenaires sociaux et la famille de la personne handicapée aux efforts de celle-ci ;
- promouvoir la recherche sur la prévention des incapacités, la réadaptation ainsi que dans d'autres domaines concernant les personnes handicapées ;
- assurer une coopération étroite et précoce entre les services et autorités chargés de la santé, de l'éducation, de la formation professionnelle, de l'emploi, de la protection sociale et de tous les autres services et autorités pertinents, et établir des liens et des mécanismes de coordination entre les organismes, les administrations, les autorités régionales et locales, les familles et les organisations bénévoles concernées par l'intégration des personnes handicapées ;
- améliorer l'information des décideurs politiques en la matière, dont les décisions concernant l'environnement physique et social se répercutent sur la qualité de vie des personnes handicapées ;
- encourager une plus large diffusion de l'information sur les droits des personnes handicapées et sur les services mis à leur disposition ;
- assurer la participation pleine et active des personnes handicapées et de leurs associations à la promotion de leurs intérêts ;
- mettre en œuvre un processus d'évaluation continue des mesures prises dans le domaine de la réadaptation.

L'intégration des personnes handicapées n'incombe pas seulement à l'Etat mais à l'ensemble de la société et à tous ses membres, ses représentants et ses institutions. La considération pour les personnes handicapées doit être non seulement le fait de la famille, des amis et des voisins, mais aussi de l'ensemble des membres de la société qui doivent être vigilants à l'égard de toute forme d'intolérance et se rendre compte qu'ils ont aussi le devoir de permettre aux personnes souffrant de handicaps de participer à la vie «aussi normalement que possible».

Plus on reconnaîtra qu'il faut intégrer les personnes handicapées aux activités générales et normales de l'existence, mieux on pourra concentrer l'assistance extérieure – habituellement assurée par les pouvoirs publics – sur les domaines dans lesquels la participation «automatique» de la personne handicapée n'est pas encore possible. Les prestations et autres aides sociales ne peuvent pas remplacer, mais seulement faciliter et améliorer, l'intégration dans la société de personnes qui sont, ou sont susceptibles de devenir, handicapées. Quand, grâce aux efforts des individus et de la société, l'intégration est réalisée directement, le volume de l'«assistance nécessaire» se trouve également réduit. Néanmoins, il faut veiller à ce que des ressources financières suffisantes soient disponibles pour surmonter les désavantages inhérents aux personnes handicapées.

Les prestations sociales demeurent, toutefois, dans de nombreux secteurs un moyen essentiel soit de stimuler et de faciliter l'autonomie, soit de mettre en route et d'encourager cette mise en route des processus de réadaptation et d'intégration. En outre, plus on réussit à intégrer les personnes handicapées et à les rendre indépendantes dans la vie en société, plus urgent est le besoin :

- de coordonner aux niveaux national, régional, local et individuel, par des structures appropriées ayant des compétences spécifiques, toutes les activités entrant en jeu ; et
- d'informer les personnes handicapées, leur famille et toutes les institutions participant à leur intégration, de manière à leur faire comprendre quels sont les meilleurs moyens de mettre à profit et de faire entrer en jeu les ressources et l'assistance dont elles peuvent disposer dans chaque cas.

5. Définitions

5.1. Les concepts sous-jacents à cette politique sont ceux qui ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir :

- une «déficience» correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ;
- une «incapacité» correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ;
- un «handicap»¹ est un désavantage social pour un individu donné, résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) par cette personne.

1. La traduction française adoptée par l'OMS, proposée en 1988 par le Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI) – INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale - France) est «désavantage» – Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages - CIH - Un manuel de classification des conséquences des maladies dont elles ont besoin pour s'intégrer pleinement à la société.

5.2. Il découle de ce qui précède que le handicap est fonction des relations des personnes handicapées avec leur environnement. Il surgit lorsque ces personnes rencontrent des obstacles culturels, matériels ou sociaux qui les empêchent d'accéder aux divers services de la société qui sont à la portée de leurs concitoyens. Le handicap réside donc dans la perte ou la limitation des possibilités de participer sur un pied d'égalité avec les autres individus à la vie de la communauté.

5.3. Les personnes handicapées ne constituent pas un groupe uniforme d'individus ayant tous besoin de la même assistance. Les définitions et les classifications ne doivent donc pas avoir pour effet de séparer les personnes handicapées de la société ou de les exclure des mesures possibles de réadaptation et d'intégration, mais de mettre en évidence leurs problèmes et leurs perspectives individuels et les moyens permettant à toutes de bénéficier de l'assistance nécessaire pour participer pleinement à la vie en société.

II. Prévention et éducation à la santé

1. *Objectifs*

Une action préventive devrait être entreprise le plus précocement possible aux niveaux individuel, médical, social et occupationnel, ainsi que pour l'amélioration de l'environnement des personnes handicapées afin :

- d'éviter l'apparition ou l'aggravation d'une déficience ;
- de réduire au maximum le degré d'incapacité pour une déficience donnée ;
- de réduire tout désavantage social provoqué par une incapacité donnée.

2. *La prévention de la déficience*

2.1. Afin d'agir contre les causes directes et indirectes des déficiences, des stratégies devraient être définies pour une action adéquate de prévention des accidents (survenant, par exemple, en milieux domestique, routier, sportif, scolaire et professionnel) et des maladies (y compris les maladies d'origine professionnelle, de loisirs ou liées au vieillissement, etc.). Cette action devrait s'accompagner de contrôles anxio-écologiques et en âge évolutif, surveillance périodique des travailleurs à risque, vaccinations et surveillance des maladies dégénératives chez l'adulte et la personne âgée.

2.2. Les services de santé devraient être en mesure d'assurer le diagnostic et le traitement précoces des déficiences. Dans ce contexte, l'importance du rôle de la médecine d'urgence dans le traitement rapide et efficace de tout accident de la vie et de la santé devrait être reconnue et les moyens financiers, le personnel et la formation nécessaires devraient être assurés.

2.3. En vue de prévenir les déficiences d'origine congénitale, il faudrait assurer des services de dépistage génétique, de dépistage et de diagnostic prénuptiaux, de surveillance de la grossesse et de l'accouchement à risque et normal, de soins aux nouveau-nés à risque et de détection et de diagnostic précoce des maladies, ainsi que des troubles mentaux, moteurs et sensoriels.

2.4. La prévention des déficiences d'origine congénitale devra toujours respecter des principes éthiques. En particulier, le dépistage et le diagnostic génétiques prénatals impliquent que les couples et les femmes enceintes devront être pleinement informés et éduqués sur les possibilités et les raisons d'y recourir, ainsi que sur les risques qu'ils peuvent courir. Un conseil génétique approprié, non directif, mais qui doit informer pleinement la femme enceinte pour qu'elle puisse prendre librement sa décision concernant ces tests, devra toujours accompagner le dépistage et le diagnostic génétiques prénatals.

3. *La prévention de l'incapacité*

Outre les mesures de détection, de diagnostic et de traitement précoces de la déficience, mentionnées plus haut, il faudrait s'assurer que des plans d'intervention individualisés et collectifs de réadaptation et de rééducation soient élaborés, y compris les actions de suivi et d'évaluation, ainsi que les mesures de soutien nécessaires à la personne et à sa famille. Ces programmes devraient tenir compte, entre autres, de la situation spécifique de chaque personne, par le biais d'un diagnostic fonctionnel, afin d'éviter les effets secondaires (affectif, cognitif, mental, moteur ou social) pouvant découler de la déficience par des interventions éducatives précoces adressées à la personne et par une prise de conscience de la famille et de l'environnement social.

4. *La prévention du handicap*

A côté des mesures préconisées pour la prévention de la déficience et/ou de l'incapacité, il faudrait mettre en œuvre des programmes d'intervention individualisés à caractère psycho-social pour favoriser le plein épanouissement

de la personne handicapée. De même, des mesures législatives contraignantes (incluant des sanctions) et des mesures adéquates d'information devraient être adoptées en vue de favoriser la pleine intégration sociale de la personne handicapée, notamment par l'intégration scolaire précoce, la prestation de services éducatifs adaptés, et par l'intégration professionnelle en milieu ordinaire, etc., pour que la personne handicapée puisse vivre une vie autonome.

5. *Education à la santé*

5.1. L'éducation à la santé devrait viser à créer les conditions qui favorisent chez l'individu la capacité de prendre des décisions appropriées concernant sa propre santé et comprendre l'ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir :

- être en bonne santé ;
- savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent – individuellement et collectivement – pour conserver la santé ; et
- recourir à une aide en cas de besoin.

Dans le cadre d'une politique cohérente en faveur des personnes handicapées, l'éducation à la santé orientée vers l'individu, la collectivité, la société et, au sein de celle-ci, vers ceux qui ont le «devoir» de décider et de gérer est un instrument efficace et irremplaçable de prévention.

5.2. En vue de prévenir la déficience, l'action éducative devrait viser l'ensemble de la population et en priorité les jeunes en âge scolaire, ce qui permettrait de s'adresser aux enfants de tous les milieux, à une époque de leur vie où ils sont encore particulièrement réceptifs et disponibles pour recevoir des messages simples mais efficaces d'éducation à la santé.

Dans le cas de problèmes spécifiques, cette action devrait viser certains groupes particuliers, tels que les femmes en âge de procréer, les couples, les automobilistes et les personnes âgées.

Les informations à fournir devraient par conséquent concerner les facteurs et les circonstances qui peuvent provoquer une déficience, tels que :

- les facteurs qui provoquent des malformations congénitales (agents chimiques, radioactifs, biologiques, pharmacologiques et infectieux) ;
- la souffrance du fœtus et le risque de lésions cérébrales ;
- le dysfonctionnement de la croissance ;
- certaines conditions pathologiques ;
- les modes de vie à risque, par exemple le tabagisme ou l'alcoolisme ;
- le processus de vieillissement ;
- les causes favorables aux accidents.

5.3. Lorsqu'il y a une déficience, l'éducation à la santé peut intervenir dans la prévention ou dans la limitation de l'incapacité. L'intervention éducative devrait s'orienter vers les personnes atteintes par la déficience, leur famille et ceux – population et professionnels – qui peuvent être concernés.

Les informations à dispenser devraient porter sur les situations et les comportements qui provoquent l'incapacité, les mesures d'intervention, le recours aux services sanitaires et le mode de vie des individus et de leur famille. En particulier, les personnes âgées malades devraient être rendues conscientes du fait que, dans beaucoup de cas :

- leur condition n'est pas irréversible si des mesures médicales et psychologiques modernes sont mises en œuvre ; et
- leur situation peut être modifiée par le recours à des mesures thérapeutiques soutenues par une attitude psychologique positive.

5.4. En vue de prévenir le désavantage social dont pourrait souffrir la personne atteinte d'une déficience ou d'une incapacité, l'éducation à la santé devrait promouvoir, au sein de la société, les concepts d'insertion et de réadaptation, d'égalité des chances et de participation de la personne handicapée.

L'action éducative devrait viser :

- à informer les personnes handicapées, leur famille et le public en général sur le comment et le pourquoi une incapacité peut entraîner un handicap, et comment l'on peut prévenir et limiter les handicaps ;
- à favoriser les besoins d'autonomie et d'épanouissement des individus dans les domaines de la vie quotidienne, du travail, de la scolarité et des loisirs ;

- à susciter des comportements individuels et collectifs facilitant l'existence des personnes handicapées ;

et elle devrait permettre l'engagement d'un dialogue et l'émergence d'une solidarité entre les personnes atteintes d'une incapacité et celles qui en sont indemnes.

III. Identification et diagnostic

1. Identification des déficiences

1.1. Des études approfondies sont importantes pour l'identification de situations morbides, telles que :

- certaines déficiences, en vue d'en rechercher l'origine et d'éliminer l'agent qui en est la cause ;
- certaines affections congénitales ou acquises, en vue d'en atténuer au plus tôt les effets, par un traitement médico-chirurgical, à l'aide d'un appareillage et/ou d'un programme de rééducation, selon un processus continu et approprié de prestations personnalisées ;
- les déficiences dues à l'âge, en vue d'en prévenir l'apparition ou l'aggravation et de permettre à la personne âgée de conserver le plus longtemps possible ses possibilités de vie autonome, dans des conditions de vie matérielles et psychologiques satisfaisantes.

1.2. Cette étude prendra notamment appui sur les dépistages pouvant intervenir à l'occasion d'examens périodiques, avant ou après la naissance, au cours de la petite enfance, au cours de l'éducation scolaire, avant le mariage, avant et en cours d'emploi ou à d'autres moments de la vie, en respectant pleinement le secret médical et le droit à la vie privée.

2. Diagnostic

Le diagnostic de la déficience devrait être formulé aussi précocement que possible, sur la base d'une anamnèse précise familiale et personnelle ainsi que d'examens de laboratoire et d'une évaluation des limitations fonctionnelles qui déterminent exactement la nature et le degré de la déficience. Des mesures devraient être prises pour la protection de ces données.

Il conviendrait que le diagnostic soit confié aux services de médecine préventive et/ou aux services médico-sociaux existant sur le territoire, qui président aux activités de dépistage.

Les services susmentionnés, tout en respectant la confidentialité, devraient également avoir pour tâche de procéder au rassemblement des données relatives aux cas examinés, rassemblement utile pour une programmation de mesures préventives.

IV. Traitement et aides thérapeutiques

1. Traitement médical

1.1. En vue de prévenir, d'éliminer ou de réduire les conséquences d'une déficience ou d'une incapacité, ainsi que d'en prévenir l'aggravation ou d'en atténuer précocement les effets, il faut réaliser un programme sanitaire opérationnel comprenant :

- la mise en œuvre de traitements thérapeutiques, en particulier chirurgicaux, médicamenteux, psychologiques et diététiques, dans le cadre d'un vaste réseau multidisciplinaire et coordonné ;
- un contrôle continu de la déficience, dans le plein respect de la liberté de l'individu ; et
- l'identification des services les plus appropriés et les plus modernes pour le déroulement d'un programme qui soit le plus adapté à la nature et à la gravité de la déficience et de l'incapacité concernées.

1.2. Une intervention thérapeutique précoce est nécessaire afin de limiter autant que possible les effets de la déficience, en vue d'assurer :

- que les capacités physiques et fonctionnelles soient rétablies et développées harmonieusement ; et
- que le besoin d'assistance continue soit réduit ou éliminé, en particulier dans le cas des personnes âgées.

1.3. La personne handicapée, ou qui risque de le devenir, ainsi que sa famille doivent être associées, lorsque cela est possible, au choix du traitement de la déficience et des possibilités de vie autonome.

2. Soins médicaux, réadaptation médicale et fonctionnelle

2.1. La politique de santé devrait comprendre l'ensemble des soins médicaux et pharmaceutiques, ainsi que les mesures de réadaptation médicale et fonctionnelle.

2.2. Les soins médicaux devraient inclure l'assistance médicale en général, les soins infirmiers à domicile et les soins ambulatoires, l'assistance médico-spécialisée et infirmière pour les maladies physiques et psychiques, et l'assistance hospitalière. Afin que les personnes atteintes d'une déficience puissent jouir d'un ensemble complet de soins médicaux et psychologiques, des formes particulières d'assistance comme celles du régime ambulatoire, des hôpitaux de jour ou des soins à domicile devraient être disponibles, plutôt que l'hospitalisation, lorsque la déficience le permet, afin d'améliorer la qualité de la vie du patient en lui permettant de rester dans le cadre familial et en contact avec ses amis.

En outre, chaque fois que nécessaire, une réponse adaptée de prise en charge des douleurs chroniques rebelles s'impose.

2.3. En vue d'assurer une réadaptation optimale des personnes atteintes de types déterminés de déficience, il est nécessaire de prendre toutes les dispositions qui s'imposent pour un traitement adéquat et, le cas échéant, de recourir à l'expérience acquise par les spécialistes et par les établissements dans d'autres pays.

2.4. Les régimes d'assurance maladie devraient prévoir, pour les personnes handicapées, la possibilité de disposer non seulement de produits pharmaceutiques qui sont normalement destinés au traitement de situations pathologiques d'urgence, de maladies à haut risque et chroniques, mais aussi de produits à usage courant essentiellement préventifs.

2.5. La réadaptation médicale devrait être un ensemble de traitements et de systèmes spécialisés de rééducation tendant à réduire les séquelles de la lésion, de la maladie ou de l'infirmité et à rétablir les fonctions physiques et mentales.

Quels que soient le type et le degré de déficience, le traitement médical recourt également à des procédés psycho-pédagogiques pour l'adaptation au handicap. Le but final et essentiel est d'aider les personnes handicapées à devenir aussi autonomes que possible.

2.6. La réadaptation fonctionnelle, en tant qu'ensemble multidisciplinaire des techniques susceptibles d'améliorer le pronostic fonctionnel des incidences pathologiques invalidantes, locales et/ou générales devrait comprendre en particulier:

- la rééducation motrice, qui vise, avec l'application de méthodes physiothérapeutiques, à la récupération de la musculature atteinte et au renforcement de la musculature intacte;

- la réadaptation professionnelle qui, en exploitant les possibilités motrices récupérées et en étudiant les applications éventuelles d'aides techniques, a pour but l'apprentissage ou la récupération maximale de toutes les activités fonctionnelles nécessaires à l'insertion ou à la réinsertion professionnelles;

- une réadaptation des capacités nécessaires à une vie autonome dans la communauté;

- une réadaptation destinée à éviter ou à réduire les besoins de soins constants;

- la logopédie, pour permettre à l'individu de récupérer et de développer des capacités de communication.

2.7. La réadaptation de l'enfant devrait avoir lieu aussitôt que possible, afin de lui assurer le plein développement de ses capacités naturelles, en bénéficiant non seulement d'interventions de réadaptation fonctionnelle, mais aussi d'interventions éducatives, de préférence dans un milieu scolaire normal, en compagnie d'enfants valides du même âge. Il faudrait éviter autant que possible l'hospitalisation dans des établissements spécialisés ou des hôpitaux en donnant la préférence aux traitements ambulatoires. De toute façon, au cas où l'hospitalisation ou le traitement dans un établissement spécialisé serait indispensable, il faudrait maintenir un lien étroit et actif avec l'école, afin que l'enfant continue à fréquenter des camarades du même âge, et prévoir en outre les aides nécessaires pour permettre aux parents de maintenir des contacts fréquents avec leur enfant.

L'enfant peut souvent avoir besoin à la fois d'une instruction dans le cycle normal et de soins spécialisés. Ces éléments devraient être combinés pour faciliter la transition et l'intégration dans le milieu scolaire normal.

2.8. Quant à l'adulte ou à la personne âgée, des mesures devraient être prises afin d'éviter les hospitalisations ou d'en réduire la durée:

- en assurant qu'il existe suffisamment de consultations externes, de centres spécialisés, d'hôpitaux de jour prévoyant des traitements ambulatoires;

- en assurant le transport vers et de ces centres pour permettre à ces personnes de bénéficier de ces traitements;

- en assurant des soins à domicile lorsque les visites à l'hôpital sont difficiles, voire impossibles.

2.9. L'objectif d'intégration professionnelle et sociale de la personne handicapée devrait exiger, dans toute la mesure du possible, l'octroi de prestations à domicile ou en externat et la création d'institutions qui en autorisent le recours. En cas de nécessité de recourir à l'octroi de prestations en internat, le retour périodique de la personne handicapée à son domicile devrait être prévu. Le développement des possibilités de déplacement et des moyens de transport

adaptés à la situation spécifique et au handicap des intéressés ainsi que leur mise à disposition en nombre suffisant contribuent à instaurer et à promouvoir la réadaptation dans cette optique.

2.10. Une hospitalisation prolongée peut être évitée par une action appropriée menée par les institutions elles-mêmes, et par des organisations publiques ou bénévoles en vue de préparer et de faciliter la sortie de l'hôpital, notamment par l'établissement de contacts :

- avec la famille pour qu'elle ne se désintéresse pas de la personne handicapée ;
- avec l'employeur si une reprise de l'activité est possible ;
- avec le propriétaire pour éviter la perte du logement ;
- avec un service pouvant rendre accessible le logement, en cas de besoin ;
- avec les services d'assistance sociale à la sortie de l'hôpital afin de faciliter la procédure de transition.

Il est aussi nécessaire de protéger les biens du patient pendant son hospitalisation ainsi que de garantir le maintien de l'intéressé dans son logement.

2.11. Après l'hospitalisation, toutes les mesures devraient être prises pour :

- aider la famille à prendre (ou à reprendre) chez elle la personne handicapée à la sortie de l'hôpital ;
- assurer le plus tôt possible la réintégration professionnelle de la personne handicapée adulte ;
- assurer la réintégration sociale de la personne handicapée ainsi que la poursuite du traitement, facilitant ainsi la procédure de transition.

2.12. Pour les soins qu'ils dispensent, les centres de réadaptation devraient disposer de l'appareillage le plus complet ainsi que du personnel technique de réadaptation composé d'une équipe professionnelle mixte. Ils devraient également pouvoir conclure des conventions avec les établissements hospitaliers spécialisés afin de profiter de soins et de traitements spécialisés. En outre, ils devraient disposer de structures pour :

- l'entraînement ou le réentraînement à l'effort ;
- l'orientation professionnelle ;
- l'ergothérapie classique et, pour les adultes, l'ergothérapie préprofessionnelle ;
- l'aide psychologique ou psychiatrique qui permettra à la personne de s'adapter à ses limitations en vue de surmonter son handicap ;
- la logopédie, la thérapie physique, etc., pour des incapacités spécifiques.

2.13. En complément des activités générales des centres de réadaptation, ceux-ci devraient être dotés d'équipements (notamment piscine, salle d'animation, salle de projection, de représentations théâtrales) qui permettent l'organisation d'activités récréatives favorisant les échanges avec l'extérieur.

2.14. Dans la mesure requise par les conditions nationales, les employeurs, les organisations d'employeurs, les organismes chargés de l'assurance contre les accidents de travail et les autres organismes analogues devraient être encouragés à établir des centres de réadaptation médicale ou fonctionnelle ou à contribuer à la création de centres de réadaptation qui aideraient les travailleurs à retrouver leurs aptitudes au travail, notamment grâce à un traitement médical, à l'ergothérapie et à divers services de cette nature.

3. *Prothèses, orthèses et aides techniques*

3.1. La réadaptation médicale devrait, en outre, inclure les dispositions nécessaires en vue d'assurer le choix, l'utilisation et l'acquisition appropriés :

- des prothèses (appareils qui remplacent totalement ou partiellement les parties du corps faisant défaut en récupérant le plus possible la fonction endommagée) ;
- des orthèses (dispositifs thérapeutiques qui non seulement maintiennent passivement des rapports articulaires déterminés, mais en plus facilitent, améliorent et contrôlent le fonctionnement des parties du corps atteintes) ;
- des aides techniques (moyens techniques visant à compenser les fonctions qui, pour diverses raisons, ne sont plus possibles ou le sont de façon anormale, par suite d'un dommage physique ou sensoriel, y compris des aides pour une vision réduite, des téléphones adaptés, des traducteurs, etc.).

3.2. L'appareil devrait être fourni rapidement, selon la prescription médicale, et être adapté, entretenu et renouvelé en cas de nécessité, car la prestation d'aides appropriées permet, dans de nombreux cas, à l'enfant handicapé de fréquenter une école ordinaire, favorise la réadaptation professionnelle et contribue à l'intégration sociale de la personne handicapée.

3.3. Cet appareillage devrait être assuré par l'institution spécialisée en réadaptation médicale ou, sur son instigation et avec sa collaboration, sur prescription d'un médecin spécialiste. Il serait primordial de veiller à ce que le médecin spécialiste, soit seul, soit en concertation avec l'équipe de réadaptation de l'institution spécialisée – et en coopération avec la personne handicapée – décide du meilleur appareillage, du modèle dont la personne a besoin, qu'il précise l'aptitude de l'intéressé à s'adapter à l'appareillage et qu'il indique les dispositifs particuliers à prévoir dans chaque cas.

3.4. Des mesures devraient être prises sur les plans technique et administratif en vue de coordonner, en faveur de toutes les personnes concernées, les principes de l'appareillage moderne, de l'information objective et de la prise de décisions uniformes dans le domaine technique et dans celui des prix.

3.5. Les personnes handicapées devraient bénéficier d'une formation dans l'utilisation de l'appareillage, y compris d'un suivi régulier.

4. *Evaluation des aptitudes*

4.1. Une évaluation régulière des aptitudes devrait être effectuée pour obtenir le meilleur programme de réadaptation possible ainsi qu'un pronostic pour l'intégration scolaire, professionnelle et sociale; de même, les personnes handicapées et leur famille devraient pouvoir étudier et évaluer leurs aptitudes. Cette évaluation, à effectuer en collaboration avec les personnes handicapées, devrait être entreprise à tous les stades de la réadaptation, de même qu'à la prise d'un emploi.

4.2. L'évaluation des aptitudes et leur évolution probable devraient être déterminées au niveau médical par des médecins spécialisés en réadaptation, par d'autres médecins spécialistes compétents en matière de réadaptation du fait de leur spécialité ou par des médecins ayant des connaissances particulières dans le domaine de handicaps déterminés, avec la participation directe des personnes handicapées et de leur famille.

V. Education

1. *But*

1.1. Toutes les personnes handicapées, quels que soient la nature ou le degré de leur incapacité, ont droit à une éducation appropriée gratuite, adaptée à leurs besoins et à leurs souhaits.

1.2. L'éducation scolaire devrait permettre à la personne handicapée:

- d'atteindre un niveau d'épanouissement personnel aussi élevé que possible;
- d'acquérir l'envie d'apprendre, en tenant compte de son incapacité et en utilisant les aides facilitant l'étude;
- d'accepter son incapacité et d'acquérir les capacités nécessaires pour surmonter les obstacles auxquels elle fait face.

1.3. L'enseignement devrait permettre à la personne handicapée d'atteindre autant que possible son indépendance économique et de contribuer au développement social de son pays. Au-delà des curriculums traditionnels, l'enseignement des jeunes handicapés devrait inclure:

- l'apprentissage social et la préparation à une vie autonome, en coopération avec les parents et le personnel enseignant;
- des mesures d'assistance pratique leur permettant de faire face à la vie et de s'intégrer dans la société.

1.4. Les objectifs visés et les moyens mis en œuvre pour assurer l'éducation de l'enfant handicapé s'inscrivent dans un projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique global, adapté aux besoins, possibilités et désirs de cet enfant. La famille de l'enfant doit être associée autant que possible et de façon active, par les professionnels qui en ont la charge, à l'élaboration de ce projet, à sa réalisation, à son suivi et à son évaluation; elle doit être en conséquence régulièrement tenue informée de l'évolution de son enfant et soutenue autant que de besoin.

1.5. Compte tenu du principe de l'intervention précoce, il est de l'intérêt de l'enfant:

- d'obtenir l'assistance médico-éducative au niveau préscolaire, en particulier chaque fois que celle-ci permet de faciliter la scolarisation ultérieure de l'enfant;
- de fréquenter très tôt les classes préscolaires et scolaires.

1.6. Les contacts entre enfants non handicapés et enfants handicapés stimulent fortement l'intégration de tous. C'est pourquoi la scolarisation devrait être assurée autant que possible en milieu scolaire ordinaire, en faisant appel, chaque fois que nécessaire, à l'assistance et au soutien indispensables; pour répondre aux besoins particuliers des enfants

handicapés, des aides thérapeutiques, techniques et éducatives spéciales devraient toujours être mises à leur disposition. Que la situation individuelle de l'enfant demande une éducation spécialisée, ordinaire ou la combinaison des deux, un « continuum » de dispositions est essentiel et implique :

- une collaboration étroite entre le milieu scolaire spécialisé et le milieu ordinaire ;
- des contacts entre des enfants valides et des enfants handicapés du même âge ;
- l'incitation à la transition vers le milieu scolaire ordinaire si cela est possible et souhaité.

Il faudrait encourager les innovations dans l'optique d'un accompagnement individuel.

1.7. Les jardins d'enfants ou, dans certains cas, des services de pédagogie précoce sont un lieu favorable pour commencer l'éducation en commun des enfants handicapés et des enfants valides, car ils sont en mesure de recourir à des méthodes flexibles d'encouragement de l'individu ; ils favorisent la socialisation des enfants et sont exempts des principes de normalisation des performances qui apparaissent plus tard dans la scolarisation.

1.8. Le choix du type d'école devrait se faire au moyen d'une procédure d'évaluation minutieuse, au cours de laquelle les parents et l'enfant handicapé sont assistés par une équipe multidisciplinaire de spécialistes utilisant des techniques d'orientation pédagogique et tenant compte des aptitudes, des souhaits et des besoins particuliers de l'enfant.

1.9. Le rôle de l'ordinateur et les incidences des nouvelles technologies en matière d'enseignement et d'apprentissage doivent retenir une attention particulière. Il convient d'étudier les divers moyens d'utiliser l'ordinateur pour aider l'enfant handicapé dans son éducation.

1.10. Etant donné le caractère indispensable des contacts entre l'école et la famille de l'enfant, l'intérêt et la participation de la famille aux activités de l'école ou de l'institution médico-pédagogique devraient être encouragés. Tout changement dans l'environnement pédagogique de l'enfant exige, à la fois de l'enfant et de ses parents, une grande faculté d'adaptation qui nécessite une aide sur le plan psychologique.

1.11. Tous les enfants handicapés, quelle que soit la nature de leur incapacité, ont droit à une éducation appropriée dans un environnement approprié, selon leurs besoins et les souhaits de leur famille.

1.12. Toute personne handicapée qui pourrait en profiter devrait pouvoir obtenir des facilités en vue de poursuivre son instruction et son éducation.

2. *Enseignement ordinaire*

2.1. Afin de permettre au plus grand nombre possible d'enfants handicapés de fréquenter l'école ordinaire, les conditions suivantes doivent être respectées :

- une disponibilité des services médico-thérapeutiques et psychologiques ;
- un effectif adapté des classes dans lesquelles l'enseignant devrait être assisté, le cas échéant, par d'autres personnels à qualification pertinente ;
- des locaux et des équipements adaptés aux enfants handicapés, y compris des mesures pour une meilleure accessibilité et de meilleurs transports ;
- la mise à disposition de méthodes et de matériel didactiques, de curriculums et de procédures d'évaluation adaptés ;
- des conseils, des programmes et des concepts qui prennent en compte l'incapacité.

2.2. Etant donné :

- que le simple fait d'être ensemble (enfants handicapés et valides), sans soutien suffisant, n'égalise pas, mais diminue l'égalité des chances de réussite des enfants handicapés ; et
- que la meilleure réussite, que ce soit en milieu ordinaire ou spécialisé, dépend des circonstances et surtout du type d'incapacité,

il faudrait aussi prendre dûment en considération les souhaits et les objectifs des parents ainsi que la proximité du domicile des services éducatifs et thérapeutiques.

3. *Enseignement spécial*

3.1. Lorsque, en raison de la gravité de son handicap, l'enfant ne peut pas fréquenter un jardin d'enfants ordinaire, il conviendrait de lui apporter une aide éducative précoce, soit à domicile, soit dans des établissements spécialisés, par exemple les jardins d'enfants spécialisés.

3.2. Les établissements d'enseignement spécial et de formation professionnelle devraient :

- être institués en nombre suffisant ;
- être techniquement équipés sur les plans collectif et individuel ;
- disposer d'un personnel enseignant spécialisé ;
- être installés en tant que centres de ressources pour les écoles ordinaires ; et
- être liés aux écoles ordinaires pour intensifier la coopération.

3.3. Dans le cas où l'enfant doit être pris en charge par une institution avec internat, on devrait veiller au caractère familial de celle-ci. En vue de remédier à l'éloignement prolongé de l'enfant, il serait opportun de le confier à des familles d'accueil. Il conviendrait de faciliter, lorsque cela est possible, le maintien des liens réguliers avec les parents.

3.4. L'enseignement spécial devrait être poursuivi aussi longtemps que la personne handicapée en retire un réel profit.

4. *Enseignement et réadaptation*

4.1. En cours d'enseignement, les élèves handicapés devraient avoir accès à des programmes et à des ressources, tels que l'orientation professionnelle et d'autres systèmes de soutien, leur permettant de se préparer pour un futur emploi.

4.2. La liaison entre l'éducation scolaire, la formation professionnelle et l'emploi futur devrait être assurée en cours d'éducation scolaire par des examens adaptés d'orientation professionnelle ordinaire ou spécialisée.

4.3. Pendant son éducation scolaire, l'enfant devrait disposer des diverses ressources de la réadaptation médicale ou fonctionnelle.

4.4. Les jeunes handicapés, surtout les jeunes ayant des difficultés d'apprentissage, devraient bénéficier, en cours de formation, d'une action pédagogique conçue sous la forme d'un suivi scolaire.

4.5. Les établissements éducatifs devraient être facilement accessibles et avoir des structures adaptées aux besoins des enfants handicapés.

5. *Education des adultes handicapés*

5.1. Une attention particulière devrait être portée au rôle de l'éducation des adultes, notamment en ce qui concerne les personnes handicapées mentales. L'éducation des adultes devrait prévoir un très large éventail de possibilités pour les personnes handicapées, y compris l'apprentissage des gestes de base et l'éducation spécialisée.

5.2. Les besoins particuliers des personnes âgées handicapées devraient être pris en compte du fait qu'ils diffèrent de ceux des autres adultes handicapés. Les personnes âgées peuvent tirer avantage de manière significative d'une formation à l'accessibilité, au contrôle de soi, aux gestes de la vie quotidienne, etc., ainsi que d'une participation aux programmes d'enseignement ordinaire pour adultes.

VI. Orientation et formation professionnelles

1. *Evaluation des aptitudes professionnelles*

Les personnes handicapées devraient avoir accès à une évaluation de leurs aptitudes, qui :

- est nécessaire pour étudier leurs possibilités de réalisation ;
- permet d'identifier leurs choix quant à des occupations potentielles ;
- fournit la base du programme de leur réadaptation et de leur intégration ;
- peut faciliter une insertion ou une réinsertion professionnelle appropriée.

L'orientation professionnelle devrait comprendre une analyse de la situation médicale, psychologique, scolaire, professionnelle et sociale de la personne handicapée et de son évolution probable. Elle devrait être réalisée par des spécialistes qui comprennent les personnes handicapées et savent ce dont elles sont capables, d'une part, et qui connaissent les besoins de la vie du travail, d'autre part, en vue d'établir le pronostic le plus adéquat, et ce en collaboration avec ces personnes.

2. *Orientation*

2.1. L'orientation professionnelle devrait déterminer les activités qui conviennent le mieux à la personne handicapée et lui permettre de choisir sa voie professionnelle en vue d'occuper un emploi correspondant à ses connaissances

et à ses capacités. Elle doit tenir compte des désirs personnels exprimés par l'intéressé et doit reposer sur l'évaluation la plus fine possible de ses aptitudes professionnelles.

2.2. Une telle orientation doit concerner aussi bien les personnes qui ont travaillé que celles qui n'ont pas encore d'expérience professionnelle ou celles qui ne pourront pas travailler pendant un certain temps. L'emploi précédemment occupé par la personne handicapée, les exigences particulières à la profession envisagée ainsi que les possibilités du marché doivent être pris en considération lors de l'orientation professionnelle.

2.3. L'orientation professionnelle devrait intervenir aussitôt que possible, c'est-à-dire dès que la situation de la personne permet d'envisager son accès ou son retour dans le monde du travail. Dans le cas de jeunes handicapés, cette orientation devrait être assurée pour les élèves de tous les types d'environnement scolaire.

2.4. S'il convient de favoriser l'accès des personnes handicapées aux services ordinaires d'orientation professionnelle, il est nécessaire de reconnaître l'opportunité de recourir à une orientation professionnelle spécialisée qui peut être justifiée par :

- l'obligation de disposer de matériel adapté à la nature de la déficience ;
- la formation du personnel aux techniques particulières d'évaluation à pratiquer et à la connaissance des déficiences et de leur évolution.

2.5. Des centres spéciaux d'orientation professionnelle ou des services spécialisés dans les centres généraux devraient être chargés de diriger la personne handicapée vers un métier qui lui convienne ou vers une formation lui permettant d'accéder à un emploi. Ces centres ou services devraient être organisés en réseaux et veiller à assurer une étroite coordination avec les établissements et services chargés de la réadaptation.

2.6. Pour certaines déficiences, nécessitant un traitement et un suivi médical particulier, le centre ou le service spécial devrait intervenir en cours de réadaptation médicale, après une période d'observation suffisante et, au plus tard, au moment de la stabilisation du traitement sous surveillance continue.

2.7. L'âge de la personne, ses acquis scolaires et sa situation professionnelle devraient déterminer, outre la nécessité de recourir ou non à des évaluations spécialisées, le genre ou la nature des évaluations à pratiquer. Dans tous les cas, l'évaluation devrait reposer sur des méthodes rigoureuses et éprouvées, combinées avec la recherche et les techniques d'innovation, de façon à permettre la prise en compte de toutes les aptitudes et potentialités des personnes intéressées.

2.8. Les services ou centres d'orientation devraient disposer d'un personnel suffisamment qualifié et travaillant en équipes pluridisciplinaires. L'équipe devrait comprendre un conseiller d'orientation, un médecin et une assistante sociale. Elle pourrait être complétée, suivant sa spécialisation et la destination du centre ou du service, par d'autres spécialistes, par exemple un psychologue, un psychothérapeute, un ergothérapeute ou un maître d'enseignement technique.

2.9. La personne handicapée et, si nécessaire, sa famille ou son représentant devraient être activement associés à l'ensemble des mesures prises en vue de son orientation.

2.10. Il ne devrait y avoir aucune discrimination en ce qui concerne l'accès à l'orientation et à la formation professionnelles de la personne handicapée du fait de l'âge, du sexe, de la race, de l'origine, de la religion, etc.

3. *Formation professionnelle*

3.1. Le but de la formation et de la réadaptation professionnelles devrait être d'aider les personnes handicapées à obtenir ou à conserver un emploi, à progresser professionnellement et, partant, à faciliter leur insertion ou leur réinsertion dans la société. Le programme d'insertion professionnelle devrait s'efforcer d'inclure et de développer les concepts de la Convention 159 et de la Recommandation 168 de l'Organisation internationale du travail (OIT) en matière de formation et de réadaptation professionnelles dans le but de promouvoir l'intégration des personnes handicapées.

3.2. Les mesures de formation et de réadaptation professionnelles devraient :

- être accessibles à toutes les catégories de personnes handicapées ;
- s'étendre à l'ensemble des secteurs d'activités de manière à accroître la gamme des choix professionnels pour les intéressés ;
- être adaptées autant que possible à l'évolution du marché de l'emploi.

3.3. La réadaptation professionnelle devrait être entreprise aussitôt que possible. A cette fin, les services de réadaptation médicale et sociale devraient coopérer de façon régulière avec les organismes responsables de la réadaptation professionnelle.

3.4. Dans tous les cas où le handicap de la personne concernée ne constitue pas un obstacle important à cet effet, il conviendrait de recourir au système ordinaire de formation. Cependant, le système ordinaire demandera peut-être à être modifié et ses prestations devraient être adaptées à la vaste gamme d'incapacités individuelles et de différences.

3.5. Des modes spécifiques de formation ou de réadaptation professionnelles organisées dans des écoles d'enseignement spécial, dans des instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels ou dans des centres spécialisés de formation ou de réadaptation professionnelles pourraient s'avérer nécessaires, à cause de la nature ou de la gravité de l'incapacité, ou pour assurer le succès du processus de réadaptation. Des stages de formation en entreprise devraient être encouragés. Le recours au système de formation professionnelle spécialisée peut être préconisé lorsqu'il permet une meilleure formation pour l'insertion en milieu ordinaire.

3.6. La formation et la réadaptation professionnelles devraient s'accompagner, si nécessaire, de la surveillance médicale de la personne handicapée, si possible en liaison avec les services de réadaptation fonctionnelle ou médicale.

3.7. Chaque cas devrait faire l'objet de rapports périodiques d'évolution de la formation ou de la réadaptation en collaboration avec le centre d'orientation professionnelle.

VII. Emploi

1. Principes

1.1. L'objectif général de cette politique est de permettre une intégration professionnelle aussi complète que possible des personnes handicapées, quels que soient l'origine, le type et le degré de gravité de leur handicap, et par là-même de favoriser leur insertion sociale et leur épanouissement personnel. En application de ce principe, toutes mesures individuelles ou collectives devraient être prises pour que les personnes handicapées puissent exercer, chaque fois que cela est possible, leur activité professionnelle dans le milieu ordinaire de travail, en tant que travailleurs salariés ou en profession libérale.

1.2. Les personnes disposant d'une capacité professionnelle particulièrement limitée pour effectuer un travail productif et qui ne peuvent, en raison de la gravité de leur handicap, exercer, provisoirement ou définitivement, leur activité professionnelle dans le milieu ordinaire devraient trouver une place dans le secteur du travail protégé.

1.3. Certaines personnes handicapées auront peut-être besoin d'un programme modifié combinant des éléments de travail protégé dans un environnement professionnel plus ordinaire. Un tel emploi soutenu ou de transition devrait être à la disposition de l'individu selon ses besoins et ses désirs.

1.4. Certaines personnes handicapées ne pourront jamais travailler, il convient néanmoins de faire le maximum pour leur permettre de mener une vie qui leur apporte des satisfactions. Les personnes dont les aptitudes sont les plus limitées devraient être orientées vers des centres d'activités occupationnelles qui leur permettent d'effectuer des tâches exemptes de rentabilité tout en veillant à développer leurs capacités fonctionnelles, sociales et professionnelles.

1.5. Une attention particulière doit être accordée au rôle de l'informatique ainsi qu'à l'impact des nouvelles technologies sur les perspectives d'emploi. Les possibilités offertes par l'informatique en vue de faciliter l'insertion professionnelle des personnes handicapées, mais aussi les obstacles à l'emploi que ces nouvelles technologies peuvent créer, devraient être examinés.

1.6. Une grande attention devrait être portée aux moyens humains et techniques qui peuvent être mis en œuvre pour permettre l'intégration professionnelle. Ces moyens devraient comprendre des mesures d'ordre collectif prises en faveur de toutes les personnes handicapées ou des interventions destinées à résoudre un problème individuel d'intégration. La participation pleine et entière de la personne handicapée devrait être considérée comme indispensable en vue de réaliser son intégration.

1.7. Pour aboutir, par une action coordonnée, à la meilleure efficacité possible, les services de placement pour personnes handicapées devraient faire partie des services normaux de l'emploi ou maintenir des liens aussi étroits que possible avec les services normaux de l'emploi, et leurs rapports avec les services sociaux et médicaux devraient être aussi étroits que possible. Pour cette raison, il faudrait :

- mettre à leur disposition les ressources administratives et financières permettant de faire face aux problèmes généraux ou individuels rencontrés lors du placement des personnes handicapées;
- les rendre facilement accessibles aux intéressés.

1.8. Les organisations d'employeurs et de travailleurs, les administrations publiques et les organisations de personnes handicapées devraient être informées de ces dispositions et être associées à cet effort d'intégration aux niveaux régional et local, de même qu'au niveau national.

1.9. L'emploi des personnes handicapées et les mesures destinées à l'encourager devraient toujours avoir priorité sur les prestations financières octroyées en fonction d'une incapacité, sans préjudice des allocations destinées à compenser le surcoût du handicap. Il faudrait veiller à assurer une cohérence entre les mesures visant à l'insertion professionnelle et les diverses prestations financières dont peut bénéficier la personne handicapée, de sorte qu'aucun frein ne soit mis aux efforts de réinsertion.

2. *Emploi dans le milieu ordinaire de travail*

2.1. Afin d'assurer aux personnes handicapées une réelle égalité des chances en matière d'emploi, des mesures devraient être prises pour éviter toute discrimination en ce qui concerne l'accès à l'emploi, la rémunération, la carrière ou le maintien dans l'emploi.

2.2. Les services chargés d'assurer le placement des personnes handicapées devraient, suivant la nécessité, prendre une ou plusieurs des mesures suivantes en vue de favoriser l'intégration professionnelle en milieu ordinaire, sur le plan individuel :

- formation professionnelle d'un niveau aussi élevé que possible;
- placement conforme aux aptitudes et aux souhaits de l'individu, en évitant au maximum les obstacles dus à l'incapacité et à ses effets;
- aménagement du poste de travail suivant les impératifs de sécurité ou d'utilisation commandés par le handicap de l'employé;
- instruments spéciaux requis par la nature du handicap et vêtements de travail particuliers ou adaptés;
- contribution financière pendant la période d'adaptation à l'emploi rendue nécessaire en raison du handicap;
- mesures d'évaluation du manque de rendement et de réduction proportionnelle de salaire, assorties d'un système de compensation;
- autres interventions destinées à compenser les frais exceptionnels qui trouvent leur origine dans l'incapacité des intéressés;

et sur le plan collectif :

- soutien à la création de nouveaux emplois;
- incitation à l'emploi;
- obligation d'emploi;
- réservation d'emplois.

2.3. Les services de placement, en collaboration avec les autres services intéressés, devraient suivre, aussi longtemps que nécessaire, les personnes handicapées placées afin de vérifier que leur reclassement dans le monde du travail est satisfaisant.

2.4. Des mesures devraient être prises en vue de sensibiliser les employeurs et les travailleurs à la contribution qu'ils peuvent apporter à la réadaptation professionnelle et à l'emploi des travailleurs handicapés. Sous réserve de toute obligation légale, ces mesures devraient notamment consister :

- à inciter, dans la mesure requise par les conditions nationales, les employeurs, les organisations d'employeurs, de façon autonome ou dans le cadre des organismes où ils sont représentés, à créer ou à collaborer à la création d'emplois, notamment par la conclusion d'accords collectifs ou par l'établissement de quotas d'employés handicapés;
- à encourager, en règle générale, les employeurs à faciliter l'insertion des travailleurs handicapés en mettant à la disposition de ces derniers des emplois appropriés, en adaptant le travail en tant que tel, l'affectation des tâches et des postes, les horaires, les outils et l'équipement, les postes de travail et autres facilités, et en rendant accessible le lieu de travail;
- à donner aux travailleurs handicapés la possibilité de reprendre un genre d'emploi qui leur convienne dès qu'ils sont médicalement aptes à travailler sans être nécessairement assez rétablis pour pouvoir reprendre leur ancienne occupation;
- à encourager l'expansion de la médecine du travail et de mesures de surveillance médicale dans les usines, services qui devraient, dans la mesure du possible, être aussi chargés de la réadaptation et du réemploi des personnes handicapées; la coopération entre ceux qui s'occupent de tels services et les diverses institutions œuvrant dans le même sens devrait être encouragée;
- à attirer l'attention des travailleurs et de leurs organisations sur la nécessité de jouer un rôle actif dans le processus de la réadaptation professionnelle et de l'emploi des personnes handicapées;

– à encourager les employeurs à faire exécuter une partie appropriée de leur production par des personnes handicapées travaillant à domicile ou hors domicile et, si possible, à fournir à ceux-ci le matériel et l'outillage nécessaires.

2.5. Dans le cadre de la politique en faveur de l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail, il conviendrait de mettre l'accent sur le développement de situations et de postes de travail destinés aux personnes qui peuvent occuper un emploi en milieu ordinaire de travail, à condition que soient prévues des mesures de soutien spécifiques et individualisées pour les aider personnellement et aider aussi l'entreprise qui est disposée à les employer.

Ces mesures de soutien devraient être les plus souples et les plus diverses possibles afin de s'adapter au mieux à chaque cas particulier (mesures d'incitation, de formation, de préparation et d'accompagnement pour la personne handicapée et l'entreprise).

Les personnes handicapées à la recherche d'un emploi et disposant de capacités professionnelles, même limitées, mais ne pouvant occuper immédiatement un emploi de droit commun, devraient pouvoir être orientées prioritairement vers ces emplois aidés qui constituent certainement le meilleur moyen de faire accéder le plus grand nombre de travailleurs handicapés à une véritable insertion professionnelle.

En ce qui concerne les conditions de travail et de vie dans l'entreprise, la situation des personnes travaillant dans ce type d'emploi devrait être assimilée au maximum à celle des autres travailleurs de l'entreprise, sans préjudice d'un traitement plus favorable en raison du handicap.

3. *Emploi protégé*

3.1. L'emploi protégé devrait être mis à la disposition des personnes qui, en raison de leur handicap, ne peuvent obtenir ou conserver un emploi normal, soutenu ou non soutenu ; il peut recouvrir plusieurs situations, parmi lesquelles l'atelier protégé et le centre d'aide par le travail. L'emploi protégé devrait répondre à un double objectif : donner à la personne handicapée la possibilité d'exercer une activité épanouissante et préparer, dans la mesure du possible, à l'emploi en milieu ordinaire de travail. A cette fin, toutes formules facilitant la transition de l'emploi protégé vers le milieu ordinaire devraient être mises en place, telles que la création de sections d'ateliers protégés dans les centres d'aide par le travail ou de centres d'aide par le travail dans les ateliers protégés, la création de sections d'ateliers protégés ou de centres d'aide par le travail à l'intérieur d'entreprises ordinaires, les détachements individuels ou collectifs de travailleurs d'ateliers protégés ou de centres d'aide par le travail dans des entreprises ordinaires.

3.2. Les travailleurs handicapés devraient exercer, autant que faire se peut, un travail adapté à leurs capacités professionnelles. Chaque fois que c'est nécessaire, le lieu de travail de l'emploi protégé devrait être équipé de façon à en faciliter l'accès, à assurer des conditions de travail adaptées et à rendre le milieu de travail le plus normal possible. Son emplacement devrait être conçu de manière à ce que les travailleurs ne se sentent pas isolés des autres travailleurs en raison de leur handicap.

3.3. Les emplois protégés devraient être soumis à une surveillance générale de la part de l'autorité compétente. La surveillance devrait viser :

- l'aptitude de la personne handicapée à être employée dans un tel système ;
- le statut juridique des travailleurs, le type de travail, les horaires de travail et la rémunération prévue ;
- l'assistance médicale, sociale et psychologique des travailleurs par un personnel de surveillance adéquat ;
- une formation spéciale et un contrôle des progrès des travailleurs en vue de leur accès éventuel au milieu de travail ordinaire.

3.4. L'atelier protégé devrait :

- procurer à la personne handicapée un travail utile et rémunérateur, ainsi que l'assistance personnelle nécessaire ;
- constituer une unité de production indépendante des entreprises normales ;
- se situer autant que possible dans le système économique concurrentiel, tout en respectant son rôle de soutien de la personne handicapée ;
- procurer une rémunération satisfaisante, eu égard au type de travail effectué dans la mesure du possible, dans les conditions appliquées dans l'entreprise normale, et intégrer la personne handicapée dans le système de sécurité sociale ;
- s'efforcer d'atteindre un équilibre financier dans la mesure du possible et pour autant que cela soit acceptable, compte tenu de son but social. Cela implique souvent une certaine aide des pouvoirs publics ou d'autres initiatives, telles que l'aide à la construction et une subvention de fonctionnement ;

– s’assurer que son personnel d’encadrement possède le niveau de qualification technique requise et, si nécessaire, lui apporter une information et une formation supplémentaires eu égard au rôle particulier de l’atelier.

3.5. Les personnes handicapées qui travaillent en atelier protégé devraient jouir autant que possible d’un statut juridique approprié qui tienne compte, d’une part, des besoins en assistance personnelle et, d’autre part, de la relation juridique normale employeur-employé; ce statut devrait comprendre la possibilité de participation et d’une rémunération adéquate.

3.6. Les centres d’aide par le travail, là où ils existent, sont chargés d’accueillir des personnes qui, à cause de leur incapacité, ne peuvent pas travailler en atelier protégé ou en milieu de travail ordinaire, mais sont néanmoins capables, grâce à un soutien médico-social, d’exercer une activité à caractère professionnel ouvrant droit à une rémunération et se distinguant d’une activité purement occupationnelle.

4. *Travail à domicile et hors domicile*

4.1. Le travail à domicile ou dans d’autres endroits se justifie à l’égard des personnes qui ne peuvent quitter leur domicile ou qui éprouvent de sérieuses difficultés à se rendre sur un lieu de travail, en raison :

- soit de leurs formations et réadaptations professionnelles préparatoires à une activité non salariée;
- soit de leur état physique ou mental ou de leur situation familiale;
- soit de considérations d’ordre géographique ou socio-professionnel local.

4.2. Le travail à domicile ou hors domicile peut revêtir la forme d’activités :

- effectuées en qualité d’indépendant;
- fournies par les secteurs publics et privés;
- organisées par les ateliers protégés;
- dispensées par les centres d’activités occupationnelles, les centres d’aide par le travail ou les organisations bénévoles.

4.3. Le travail à domicile ou hors domicile pour le compte d’une entreprise ou d’un atelier protégé devrait être utile et rémunérateur, et intégrer la personne handicapée dans un système de sécurité sociale.

4.4. Le travail à domicile ou hors domicile devrait comporter la surveillance médicale, professionnelle ou sociale et, au cas où la personne handicapée souhaiterait exercer une activité non salariée ou indépendante, un programme d’aide financière à l’installation devrait être à sa disposition.

VIII. Intégration sociale et environnement

1. *Principes*

1.1. Reconnaissant que tout processus de réadaptation d’une personne handicapée devrait tenir compte des mesures qui favorisent son autonomie personnelle et assurent son indépendance économique et son intégration sociale la plus complète, il y a lieu d’inclure et de développer dans le programme de réadaptation les mesures individuelles et collectives qui visent son indépendance personnelle pour lui permettre de vivre une vie sociale aussi normale et complète que possible, ce qui inclut le droit d’être différent. Une réadaptation totale suppose un ensemble de mesures fondamentales et complémentaires, des dispositions, des services et des facilités pouvant garantir une indépendance aussi bien physique que psychologique. L’adaptation du mobilier urbain et de l’urbanisme, l’accès aux bâtiments, aux habitations et aux installations sportives, les transports et les communications, les activités culturelles, les loisirs et les vacances doivent constituer autant de facteurs qui influent sur les objectifs de la réadaptation. Il est important et souhaitable de faire participer, dans la mesure du possible, les personnes handicapées et leurs organisations à tous les niveaux de l’élaboration des politiques.

1.2. La législation doit tenir compte des droits des personnes handicapées et favoriser, dans la mesure du possible, leur participation à la vie civile. Dans le cas où des personnes handicapées ne sont pas en mesure d’exercer pleinement leurs droits de citoyens, il faudrait les aider à participer au maximum à la vie civile, en leur assurant le concours d’autrui et en prenant des mesures appropriées.

1.3. L’information et la possibilité d’y accéder sont des préalables et la clé même d’une vie autonome. Outre les professionnels qui devraient fournir des informations sur toutes les facettes de la vie, les personnes handicapées devraient avoir la possibilité de s’en procurer elles-mêmes. Des centres d’information nationaux et régionaux pourraient satisfaire à ces besoins.

1.4. Les conseils, les services sociaux, les aides et les consultations aux familles ainsi que les possibilités de participation des personnes handicapées elles-mêmes et des organisations de et pour les personnes handicapées devraient être développés en tant que conditions indispensables pour parvenir à une intégration par une participation et une égalité des chances complètes.

1.5. Des dispositions particulières visant à l'autonomie et à la plus grande indépendance de la personne handicapée devraient être prises dans le cadre des prestations du processus continu de réadaptation pour que cette personne puisse au plus tôt faire face à ses problèmes d'intégration sociale et professionnelle.

1.6. Ces dispositions devraient comprendre, outre l'appareillage le plus adapté à la personne handicapée, la disposition d'aides techniques qui lui permettent d'exercer ses activités personnelles et quotidiennes, ses gestes professionnels, et qui lui assurent sa sécurité, sa communication et ses déplacements pour la pratique d'activités sportives, culturelles ou de loisirs.

1.7. Lorsque, en raison de la nature, de la gravité du handicap ou de l'âge de la personne handicapée, le reclassement professionnel ne peut être envisagé, même en atelier protégé, à domicile ou en centre d'aide par le travail, des occupations à caractère social, culturel ou de loisirs devraient être prévues.

1.8. Des mesures appropriées devraient être prises pour assurer aux personnes handicapées et en particulier aux personnes handicapées mentales des conditions de vie telles que leurs relations affectives et sexuelles puissent se développer normalement. Ces mesures comportent également l'information et l'éducation sexuelles dans les écoles et les institutions.

2. *Accessibilité*

Les critères énoncés dans la publication *Accessibilité: principes et lignes directrices*¹ devraient être pris en compte dans les politiques de construction.

2.1. Des mesures devraient être prises pour sensibiliser le public et propager les connaissances en matière d'accessibilité. Ces mesures devraient être destinées à tous les groupes ci-après, qui sont associés à la réalisation de l'accessibilité et qui participent au processus de construction, à la planification des bâtiments et à l'environnement créé par l'homme, et devraient couvrir tous les types d'incapacités (motrice, sensorielle et mentale):

- les personnes handicapées, aussi bien à titre individuel qu'à titre de membres de groupes d'intérêt;
- les personnes des industries de service, le personnel enseignant, les fabricants, etc.;
- les architectes, les urbanistes, les dessinateurs, les commanditaires des travaux, les organismes de financement ou de subventionnement, qu'ils dépendent des autorités locales, provinciales ou nationales, ou d'institutions privées;
- les hommes politiques;
- le personnel responsable de l'entretien, du nettoyage, de la sécurité, etc.

2.2. Les règlements sur la construction d'habitations, d'édifices publics, d'établissements de tourisme et de loisirs, d'installations sportives et de celles utilisées par le public devraient prévoir des normes fondamentales relatives à l'accès par et aux aménagements pour les personnes handicapées et leur prise en considération pour l'octroi de subventions, de permis de construction et d'autorisations de planification.

De même, il faudrait envisager des mesures d'adaptation des logements existants et prévoir des subventions.

Dans le cas des habitations, il faudrait accorder une attention particulière pour assurer qu'en plus de son accessibilité le milieu de vie réponde à un usage interactif, selon les besoins des personnes handicapées.

2.3. Le symbole d'accès créé par Rehabilitation International indiquant l'existence d'équipements spéciaux pour les personnes à mobilité réduite devrait être utilisé. D'autres symboles internationaux couvrant les autres types d'incapacités devraient être développés.

2.4. Des normes fondamentales pour un environnement libre de tout obstacle devraient être autorisées à l'échelon national, tandis que l'agrément international, grâce à l'autorisation du Comité européen de normalisation et aussi de l'Organisation internationale de normalisation, devrait être encouragé.

2.5. Les autorités devraient tenir compte des besoins des personnes handicapées et consulter leurs organisations lors de l'examen des plans de rénovation urbaine. Les plans et les projets devraient être appréciés selon le niveau d'accessibilité.

L'élaboration d'une «charte d'accessibilité» devrait être conçue comme une mesure habituelle d'urbanisme.

1. Les éditions du Conseil de l'Europe, 1993.

2.6. L'environnement en général devrait être rendu le plus accessible possible, par des mesures telles que l'établissement de normes d'accessibilité pour tous les commerces, bureaux, rues, services, etc. De telles dispositions devraient tenir compte de la diversité des incapacités et des besoins qui en découlent.

2.7. On devrait également prendre des mesures pour encourager la recherche en vue de l'amélioration de l'accessibilité, ce qui entraîne la nécessité d'apprécier le degré de succès des solutions avancées grâce au contrôle de leur utilisation.

3. *Transport*

Des facilités de transport adéquates sont essentielles afin de permettre aux personnes handicapées d'être plus indépendantes et d'avoir plus de choix dans leur vie. Ces facilités devraient être aussi flexibles que possible pour répondre aux besoins individuels. Le transport public, le transport individuel et les systèmes de transport organisés par la communauté pourraient tous avoir un rôle à jouer pour l'amélioration de la mobilité des personnes handicapées.

3.1. Les autorités responsables des transports publics devraient être invitées :

- à reconnaître le droit de tout le monde à l'accès aux transports publics ;
- à rendre possible ou à faciliter les déplacements de passagers handicapés en vue de promouvoir leur intégration sociale et économique par la création ou l'aménagement de moyens publics de transport, y compris les infrastructures ;
- à tenir compte des difficultés éprouvées par ces personnes handicapées et, à cet effet, à assurer une concertation entre les administrations et les organisations représentatives des personnes handicapées ;
- à appeler l'attention des sociétés de transport sur toutes les mesures susceptibles de rendre possible ou de faciliter l'utilisation des transports publics par les personnes handicapées et sur l'importance de l'assistance que peut leur apporter le personnel de ces sociétés.

3.2. Pour les transports individualisés, les autorités devraient promouvoir, autant que possible, la fourniture des appareils suivants en fonction des besoins :

- des fauteuils roulants, l'un servant à l'intérieur et l'autre aux sorties, aux grands invalides dont l'autonomie de déplacement est gravement compromise ;
- des automobiles et/ou leurs aménagements indispensables, destinées à un usage régulier sur la voie publique, si leurs aptitudes physiques et mentales leur permettent la conduite ;
- des voiturettes, avec ou sans moteur, particulièrement appropriées à l'état de la personne handicapée ;
- des moyens de transport adaptés aux personnes atteintes de déficience visuelle.

Le cas échéant, les autorités devraient octroyer une aide financière pour les déplacements des personnes handicapées lorsqu'elles sont dans l'impossibilité d'utiliser les transports publics sans assistance, et au titre de l'adaptation d'une voiture automobile à leurs besoins particuliers.

3.3. Les autorités compétentes de chaque Etat membre devraient encourager le transport de porte à porte indispensable aux personnes gravement handicapées qui ne peuvent utiliser les transports publics.

Les services sociaux officiels devraient assumer les frais afférents à ces services spécialisés. Leur planification et leur exploitation devraient être assurées par eux de concert avec des organisations bénévoles, ainsi que des personnes handicapées et leurs associations.

4. *Logement*

4.1. Les personnes handicapées devraient pouvoir vivre de manière autonome dans des logements ordinaires, et être intégrées dans la société. Dans ce but :

- tous les nouveaux logements devraient être accessibles et pouvoir être adaptés ;
- des subventions et/ou des exemptions d'impôts devraient être accordées pour l'adaptation des logements existants ;
- les architectes et les entrepreneurs devraient être informés sur les aménagements à prévoir pour les personnes handicapées dans les logements et les immeubles ;
- les abords des logements devraient être accessibles.

4.2. Une large gamme de possibilités d'hébergement devrait être disponible, allant des logements ordinaires aménagés, le cas échéant, avec une assistance thérapeutique ou sociale, à l'hébergement en institution, en passant par l'hébergement semi-communautaire.

4.3. A côté de ce grand choix de possibilités d'hébergement, des formes alternatives de cohabitation familiale devraient être disponibles pour les personnes handicapées, telles que :

- des centres de bref séjour, par exemple en cas de maladie, de vacances ou de week-ends ;
- des familles d'accueil.

4.4. Les personnes handicapées vivant à leur domicile, ayant besoin de soutien et d'aide pour les tâches de la vie quotidienne ou dont l'état exige des soins médicaux permanents ou d'autres soins, devraient être en droit de bénéficier de cette aide à leur domicile.

4.5. Dans ce but, les services d'aide à domicile devraient être conçus de manière à ce que la personne handicapée puisse faire appel à ces services à tout moment du jour ou de la nuit, lorsqu'elle en a besoin.

4.6. Lorsque l'hébergement en institution s'impose, des mesures devraient être prises pour :

- s'assurer que les droits (y compris droit à une participation étendue et à la codétermination) des personnes handicapées soient sauvegardés et que leurs désirs soient pris en compte ;
- s'assurer que des consultations psychologiques et sociales soient proposées aux pensionnaires et à leurs familles ; et
- favoriser l'implantation d'unités plus ouvertes et plus petites, où la personne handicapée peut jouir d'une certaine indépendance et intimité.

4.7. Les personnes handicapées transférées d'établissements de soins intensifs à d'autres unités d'hébergement devraient bénéficier au préalable d'un entraînement à la vie quotidienne indépendante et du maintien d'une assistance jusqu'à ce que ce but soit atteint.

Elles devraient garder la possibilité de retourner à un logement ordinaire.

5. *Aides techniques*

5.1. Outre l'appareillage médical classique ou technique destiné à compenser la déficience ou l'incapacité ou à en compenser les conséquences, une gamme importante d'aides techniques peut s'avérer nécessaire ou utile à l'exercice des activités professionnelles quotidiennes.

5.2. Les organismes compétents en matière de prestations devraient veiller à en établir l'inventaire afin d'en faire connaître l'existence à toutes les personnes ou institutions concernées.

5.3. Une attention particulière devrait être portée sur l'opportunité de déterminer, parmi les aides techniques offertes sur le marché, leurs caractéristiques techniques, leur prix et leur résistance à l'usure en vue de fixer les garanties offertes à l'utilisateur handicapé.

5.4. Dans l'optique d'un reclassement optimal de la personne handicapée, le coût de cet appareillage et les frais d'entretien et de renouvellement devraient autant que possible être pris en charge par les pouvoirs publics.

6. *Communication*

6.1. En vue d'encourager la participation la plus large possible des personnes handicapées à la vie en société, il serait souhaitable d'adopter toutes mesures leur permettant d'utiliser des moyens de communication : télévision, radio, presse et téléphone.

6.2. Parmi ces mesures, il conviendrait de citer à titre d'exemple :

- le sous-titrage et l'interprétation de la langue des signes dans les émissions de télévision ;
- l'installation de circuits d'écoute dans les bâtiments publics ;
- la diffusion de documents en braille ou en gros caractères ;
- l'adaptation des téléphones aux déficients auditifs ;
- l'installation de services télématiques (par exemple Minitel) ;
- l'interprétation de la langue des signes dans les lieux publics (cours de justice, etc.).

Plus particulièrement, il y aurait lieu de pratiquer des tarifs réduits pour l'acquisition ou l'installation de téléphones et d'autres moyens de communication, quand cela s'avère nécessaire à cause de la gravité du handicap ou pour les besoins de l'individu.

6.3. Du progrès technologique, en particulier des ordinateurs, sont nées de nouvelles aides et techniques de pointe qui offrent aux personnes handicapées de meilleures possibilités dans le domaine de la communication. Ces aides devraient autant que possible être mises à leur disposition, y compris pour favoriser leur vie quotidienne.

6.4. Grâce aux nouveaux systèmes d'alarme, les personnes âgées et celles atteintes de handicaps peuvent se sentir en sécurité chez elles. Il conviendrait donc de mettre de tels systèmes à leur disposition.

7. *Sport*

7.1. Le sport, y compris le sport de compétition, devrait être reconnu comme l'un des facteurs essentiels de réadaptation de la personne handicapée, particulièrement en ce qui concerne son intégration dans la société.

7.2. Les activités sportives pour les personnes handicapées devraient, par conséquent, être intensifiées en encourageant leur développement selon des méthodes adéquates de relations publiques, de formation du personnel, d'aménagement de centres sportifs et de promotion des associations s'intéressant aux activités sportives.

7.3. Des mesures appropriées devraient être prises afin que, conformément aux objectifs d'intégration, la pratique du sport puisse être exercée en compagnie des personnes valides.

7.4. Les installations sportives publiques, y compris les vestiaires, les casiers, les douches, etc., devraient être accessibles aux personnes handicapées et utilisables par celles-ci.

7.5. Tous les services publics et les organisations privées concernés devraient avoir conscience des manques et des besoins en matière de sport et de loisirs, y compris dans l'éducation, de toutes les personnes handicapées.

7.6. Certaines personnes handicapées, dans certains cas, profitent plus ou préfèrent des activités sportives spécialisées; celles-ci devraient être disponibles et accessibles.

7.7. Il faudrait développer des politiques pour informer plus amplement le grand public sur le sport pour les personnes handicapées. Les grandes organisations sportives devraient être incitées à une participation active.

8. *Loisirs et activités culturelles*

8.1. Toutes les activités de loisirs, culturelles et de vacances devraient être rendues accessibles aux personnes handicapées. De plus, il faudrait prévoir des activités spécifiques et, à la demande des personnes handicapées elles-mêmes, lorsque les conditions le permettent, il faudrait encourager la participation active des personnes handicapées dans toutes les activités culturelles, sociales et politiques, y compris l'occasion, pour ces personnes, de s'impliquer sur le plan professionnel.

8.2. Il faudrait éliminer les obstacles structurels, techniques, physiques et relatifs à l'attitude qui limitent la jouissance de ces activités. En particulier, il y aurait lieu d'améliorer l'accès aux cinémas, théâtres, musées, galeries d'art, sites touristiques et centres de vacances. L'accès aux moyens de transport et à une mobilité autonome devrait être encouragé. Le personnel des centres culturels et de loisirs devrait être formé, dans une large mesure, à une prise de conscience de ces questions.

Les lieux culturels et de loisirs devraient être conçus et équipés de manière à les rendre accessibles aux personnes handicapées et à ce que celles-ci puissent en profiter.

8.3. Les guides courants de loisirs, de tourisme et de culture devraient contenir un maximum d'informations sur les possibilités offertes aux personnes handicapées, y compris les moyens de transport, les hôtels, les restaurants et les équipements sportifs. Des symboles d'accessibilité devraient indiquer les équipements d'accès essentiels, y compris les toilettes, les équipements pour personnes souffrant de troubles sensoriels et ayant des difficultés d'apprentissage, l'existence d'une aide, etc. Les symboles devraient être conformes aux conventions internationales et leurs explications données en plusieurs langues. Ces guides devraient être disponibles sous une forme accessible, y compris en braille, en gros caractères et sur bande magnétique.

8.4. Il y aurait lieu de prévoir tous moyens pour améliorer l'accès au et la jouissance du tourisme culturel et de loisirs par des groupes spécifiques de personnes handicapées. On peut inclure, par exemple :

- des guides spécifiques destinés à des catégories particulières de personnes handicapées, décrivant les équipements spéciaux pour des personnes ayant des difficultés d'apprentissage ou des déficients visuels;
- une incitation à l'utilisation de guides sonores, sous forme de cassettes audio, destinés aux personnes souffrant de déficience visuelle;
- une interprétation des activités culturelles et de loisirs en langage des signes;
- des descriptifs sonores dans les théâtres et les cinémas pour les personnes souffrant de déficience visuelle;

- des sièges amovibles pour permettre aux personnes souffrant de déficience auditive d'accéder à des places convenables dans les spectacles culturels ;
- la fourniture de modèles, de cartes et de plans en relief pour les personnes ayant des déficiences sensorielles et des difficultés d'apprentissage ;
- la promotion de la « charte d'accessibilité » auprès du public.

8.5. Les institutions gouvernementales et les organisations culturelles et de loisirs devraient développer des politiques d'accès et des programmes d'action globaux destinés à améliorer de façon significative et durable l'accessibilité pour toutes les personnes handicapées.

IX. Protection sociale, économique et juridique

1. Portée et principes

1.1. Afin d'éviter, ou au moins d'améliorer, des situations dans lesquelles des personnes handicapées se trouveraient en difficulté, marginalisées et défavorisées, de garantir à ces personnes l'égalité des chances et de développer leur autonomie personnelle, leur indépendance économique et leur intégration sociale, il conviendrait de leur assurer le droit à une sécurité économique et sociale et à un niveau de vie digne, grâce :

- à un minimum vital ;
- à des allocations spécifiques ; et
- à un système de protection sociale.

1.2. S'il existe pour l'ensemble de la population un système général de protection économique et sociale, il conviendrait d'en faire bénéficier pleinement les personnes handicapées et de prendre en considération leurs besoins spécifiques. Sinon, il faut instaurer un système spécifique visant à les protéger de façon continue.

1.3. La protection socio-économique devra être assurée par des prestations financières et par des services sociaux. Cette protection doit reposer sur une évaluation précise des besoins et de la situation des personnes handicapées, et faire l'objet d'un réexamen périodique pour tenir compte de l'évolution des circonstances personnelles qui ont motivé l'octroi de cette protection.

1.4. Les mesures de protection économique ne doivent être considérées que comme l'un des éléments composant le processus d'intégration des personnes handicapées.

2. Sécurité économique et sociale

2.1. Outre les prestations sociales servies aux personnes handicapées comme aux autres personnes (indemnités de chômage par exemple), le système de sécurité économique et sociale devrait garantir :

- les prestations spéciales en espèces ou en nature pour les personnes handicapées, visant à assurer leur réadaptation et à répondre à d'autres besoins particuliers, comme les traitements médicaux, la formation professionnelle, les aides techniques, l'accès et l'adaptation des bâtiments, les transports et les possibilités de communication ;
- un soutien financier spécial aux familles ayant un enfant handicapé ;
- une aide appropriée, par exemple des subventions à l'installation ou des prêts à l'investissement pour les personnes handicapées souhaitant devenir des travailleurs indépendants ;
- un minimum vital répondant aux besoins fondamentaux des personnes souffrant d'un handicap qui les empêche de travailler, et à ceux de leur famille ;
- des prestations pour les personnes qui, en raison de leur handicap, ont besoin de l'aide permanente d'une autre personne ;
- des prestations aux personnes dans l'impossibilité de chercher un emploi en raison des soins qu'elles prodiguent à une personne handicapée ;
- lorsqu'il est renoncé à l'aide financière pour exercer un emploi, cette aide devrait être réservée et garantie pour le cas où l'emploi s'avère impossible ;
- des prestations périodiques pour les personnes qui, en raison de leur incapacité, ne peuvent travailler qu'à temps partiel.

2.2. Des dispositions fiscales devraient être prévues pour tenir compte des charges particulières que supportent les personnes handicapées dans la vie quotidienne, notamment lors de l'acquisition d'aides techniques et de véhicules, si ceux-ci ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

3. *Protection juridique*

L'exercice des droits juridiques de base des personnes handicapées ainsi que le droit à la non-discrimination devraient être protégés. Dans les cas où des personnes handicapées sont dans l'impossibilité partielle ou totale d'administrer leurs biens propres, elles devraient bénéficier d'une protection juridique sous la forme d'une tutelle ou d'une assistance juridique. Cette protection ne devrait pas être plus contraignante que nécessaire et être basée, autant que faire se peut, sur les souhaits de l'individu.

4. *Services sociaux*

4.1. Les réponses aux différents besoins de l'ensemble des personnes handicapées devraient être offertes prioritairement dans le cadre général des services sociaux, sans perdre de vue, dans certains cas :

- que des services spécifiques seront nécessaires pour répondre à des besoins particuliers de cet ensemble ; et
- que ces services devraient procurer le maximum possible d'autonomie à la personne handicapée.

4.2. Les services d'information, d'orientation et d'assistance devraient avoir pour but de prendre contact avec toute personne souffrant d'incapacité et de l'aider à profiter des équipements et services pouvant répondre à ses besoins.

4.3. Les services d'aide à domicile devraient faciliter le maintien de la personne handicapée dans son environnement habituel, en lui permettant de mener une vie indépendante, et assurer l'accomplissement de toute une série d'activités à caractère domestique, social, de soutien psychologique et de réadaptation aux personnes handicapées ainsi qu'aux familles qui se heurtent à de sérieuses difficultés face aux besoins de ces personnes dans la vie courante. Il faudrait prévoir les services suivants :

- l'aide dans les tâches domestiques ;
- les repas à domicile ;
- l'assistance aux soins d'enfants ;
- la compagnie à domicile et l'aide pour des activités extérieures ;
- des services d'information, tels qu'interprètes, journaux sonores, etc. ;
- l'aide téléphonique et la télé-alarme permettant d'appeler un service d'urgence ;
- l'aide dans les activités de la vie quotidienne (AVQ).

4.4. Les services de promotion et de coopération devraient encourager les personnes handicapées à mener une vie active et faciliter leur participation à des tâches communes, ainsi que stimuler l'initiative sociale et, en particulier, le volontariat et la vie associative, par les moyens suivants :

- la promotion et la stimulation de la vie associative et coopérative ;
- l'octroi d'une aide technique et financière aux mouvements œuvrant en faveur des personnes handicapées ;
- des campagnes de sensibilisation et de promotion en collaboration avec des organismes et des associations, et avec les médias ;
- l'encouragement donné au volontariat ;
- la promotion de la participation dans les divers domaines de la vie sociale et communautaire ;
- les activités de loisirs, artistiques, culturelles et sportives.

4.5. Les services de soutien spécialisés devraient répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées, y compris les soins, lorsque, en raison de l'importance et de la complexité du handicap, le principe d'intégration est inapplicable. Il faudra prévoir pour ces personnes :

- un traitement ambulatoire ; ou, si cela n'est pas possible,
- un système d'accueil en institution ;
- des centres d'activités occupationnelles.

4.6. Il faudrait prévoir un certain nombre de centres d'activités occupationnelles pour permettre l'intégration dans la communauté, les contacts sociaux ainsi que la formation et le développement personnel grâce à des loisirs constructifs et à des activités occupationnelles :

- des centres de jour pour personnes handicapées mentales qui offriraient des soins, un soutien psychologique, l'enseignement et des possibilités d'activités variées, la camaraderie et l'intégration sociale ;
- des centres d'activités pour personnes handicapées physiques qui devraient accueillir des personnes handicapées physiques qui sont dans l'impossibilité de se procurer un emploi ou de suivre un cours de formation.

Ces institutions devraient avoir un programme différencié, consistant essentiellement en des activités de loisirs et de créativité de groupe, qui insistent sur les aspects sociaux. Le programme et les méthodes de travail devraient être adaptés aux capacités de chaque participant et évalués régulièrement.

X. Formation du personnel concerné par le processus de réadaptation et l'intégration des personnes handicapées

1. Principes

1.1. Toute personne qui, par ses fonctions, intervient directement ou indirectement en matière de réadaptation et d'intégration des personnes handicapées devrait recevoir une formation adaptée. Cela est essentiel pour tous les professionnels ayant à s'occuper de personnes handicapées, compte tenu notamment de la tendance actuelle à privilégier les soins au sein de la collectivité par rapport aux soins dispensés en institution. Cette formation doit viser à aider les personnes handicapées mentales à mener une vie aussi normale que possible. Il est également essentiel d'éduquer et de soutenir les parents si l'on veut aider les personnes handicapées à vivre au sein de la collectivité.

1.2. La formation devrait s'entendre dans son sens le plus large. Elle devrait englober :

- une formation générale, reconnue le plus souvent par un diplôme, base de la qualification suivant la fonction exercée ;
- une formation professionnelle supplémentaire dans le domaine ou la discipline concernée ;
- une spécialisation liée à la réadaptation.

Elle devrait insister sur les aspects suivants :

- l'initiation ou l'adaptation au travail en équipe requis en matière de réadaptation ;
- l'initiation aux techniques de la communication et de la pédagogie ;
- l'information sur la nature des handicaps, sur leurs répercussions et sur le rôle de la réadaptation ;
- le rôle actif dans le processus de réadaptation de la personne handicapée ou qui risque de le devenir.

Elle devrait comporter :

- la formation complémentaire et l'information dispensées en cours d'emploi ;
- le recyclage nécessité par l'évolution technique de la réadaptation et l'évolution technologique dans tous les domaines de la vie économique et sociale, et l'évolution des attitudes de la société vis-à-vis des handicaps ;
- l'information quant aux moyens techniques qui favorisent la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées.

1.3. Dans le but de conférer au processus de réadaptation la notion de processus personnalisé, global, continu et coordonné, les programmes de formation professionnelle devraient être basés sur les critères particuliers qui prévalent en matière de réadaptation des personnes handicapées.

1.4. La qualité du personnel devrait sans cesse pouvoir être améliorée par une meilleure sélection, par l'organisation de stages d'adaptation à l'emploi et de cours de perfectionnement.

1.5. Le personnel de réadaptation devrait avoir une connaissance approfondie de l'ensemble des mesures sociales et administratives prises en faveur des personnes handicapées et de leur procédure de mise en œuvre, en particulier des différentes possibilités d'orientation et d'emploi selon leurs aptitudes.

1.6. Une liaison très étroite devrait être établie entre :

- les différents personnels s'occupant directement de la réadaptation ;
- les divers organismes qui peuvent apporter leur collaboration à la réadaptation et à l'emploi, tels que les administrations nationales, régionales ou locales ;
- les organismes publics et privés, les partenaires sociaux et les organisations bénévoles qui ont un rôle à remplir en matière de réadaptation, d'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées.

1.7. La coopération entre les différents groupes de personnel, les administrations, les institutions et les organisations bénévoles devrait être encouragée sur les plans national, régional et local.

1.8. Tous les moyens traditionnels et modernes de communication devraient être utilisés afin d'assurer la coordination.

1.9. Les échanges entre Etats membres de personnels de réadaptation devraient être facilités pour élargir le champ des connaissances et la diffusion de méthodes et de techniques nouvelles.

2. *Formation du personnel de santé*

2.1. Etudiants en médecine et médecins

2.1.1. Tous les étudiants en médecine devraient être instruits des problèmes de réadaptation, particulièrement en ce qui concerne l'urgence d'un diagnostic et d'un traitement précoces, ainsi que de la nécessité d'une coordination entre les services et les personnes responsables de la réadaptation. Pour ce faire, il conviendrait :

- en plus de connaissances approfondies dans le domaine médical, d'inclure la réadaptation dans le programme de base de l'enseignement de la médecine ;
- d'assurer l'évaluation de l'acquisition des connaissances et des comportements dans ce domaine.

Outre l'étude des relations avec les personnes handicapées ou risquant de le devenir, l'enseignement devrait porter sur les notions relatives au processus de formation de la déficience, de l'incapacité et du handicap, au concept et aux modalités de la réadaptation, aux mesures diagnostiques, préventives et thérapeutiques, afin de permettre une prise en charge directe du patient ou son orientation vers un spécialiste. L'organisation de cet enseignement devrait comprendre un nombre suffisant d'enseignants spécialisés en réadaptation.

2.1.2. Les médecins devraient acquérir des connaissances approfondies en matière de réadaptation et particulièrement ceux :

- qui souhaitent se spécialiser ou se consacrer exclusivement à la réadaptation qui requiert une formation spécialisée, une capacité de coordonner, de planifier et d'évaluer un programme de réadaptation ;
- qui se destinent à l'une des branches de la médecine sociale (médecins du travail, d'assurances sociales, ceux coopérant avec les services d'orientation professionnelle ou chargés de la surveillance de la santé des enfants, etc.) ;
- qui s'orientent vers une spécialité médicale où intervient la réadaptation (pédiatrie, rhumatologie, neurologie, orthopédie, gériatrie, cardiologie, pneumologie, etc.).

2.1.3. A cet effet, il conviendrait de développer :

- des programmes spécifiques de formation en médecine de réadaptation multidisciplinaire et des programmes intégrés de formation complémentaire adaptés à chacun des exercices ;
- des structures associant soins, enseignement et recherche, en particulier la recherche fondamentale et clinique, structures nécessaires à la formation de base de divers praticiens, au recyclage dans les domaines clinique, thérapeutique et technologique, puisqu'elles sont le lieu privilégié pour des actions coordonnées pluridisciplinaires, et qu'enfin elles sont indispensables à la formation du personnel enseignant et soignant d'encadrement ;
- des supports pour l'information et la diffusion des connaissances dans ce domaine, notamment par l'édition d'ouvrages de base et de publications.

2.2. Personnel paramédical engagé dans la réadaptation médicale

2.2.1. En règle générale, chaque membre du personnel non médical qui, par sa profession, collabore à la réadaptation médicale devrait recevoir une initiation suffisante à la réadaptation et avoir la possibilité de se familiariser aussi bien avec les derniers progrès intervenus dans sa spécialité qu'en matière de réadaptation. Cet objectif pourrait être réalisé par l'inclusion de la réadaptation dans les programmes de formation initiale ou au moyen d'une formation en cours d'emploi complétée par des cours spéciaux.

2.2.2. En ce qui concerne le personnel paramédical, il conviendrait :

- de développer dans les programmes de formation de base les notions portant sur le concept et les méthodes de réadaptation ; de mettre l'accent sur l'importance du travail en équipe et sur les problèmes relationnels qui se posent au patient et aux soignants ainsi que sur la nécessité de susciter une participation active du patient à son traitement ;
- de développer la formation du personnel d'encadrement pour l'enseignement et la pratique, dans le cadre professionnel ; de veiller à l'intégration de ces formations dans l'ensemble du système médical pour permettre le développement d'un langage commun et une approche globale du traitement ;
- d'encourager les actions de formation permanente (notamment interdisciplinaire).

2.2.3. En ce qui concerne les élèves-infirmiers(ères) et les infirmiers(ères), il conviendrait d'inclure la réadaptation dans le programme de base des écoles en insistant sur la nécessité de susciter une participation active du patient et de sa famille.

2.2.4. Il y aurait lieu de développer des programmes spécifiques de formation complémentaire à l'intention de certaines catégories d'infirmiers(ères), d'aides-soignants et d'autres personnels paramédicaux, appelées à exercer notamment :

- dans des structures spécialisées de réadaptation ;
- en secteur extrahospitalier, soins à domicile, entreprises, écoles, etc.;

ou à assumer des tâches d'encadrement ou d'enseignement hospitalier ou extrahospitalier.

3. *Formation du personnel de l'enseignement et de l'éducation*

3.1. Tous les professionnels chargés d'une fonction d'enseignement et d'éducation devraient pouvoir bénéficier d'une formation comprenant l'étude des besoins de l'éducation spécialisée. Cette formation devrait tenir compte, notamment, du rôle important de la communication et des nouvelles technologies. L'importance du développement de la personnalité d'enfants à très forte émotivité et, plus spécialement, les notions d'adaptabilité, de créativité et d'empathie devraient être soulignées.

3.2. Les professionnels chargés spécialement de l'enseignement des personnes handicapées devraient pouvoir bénéficier d'une formation complémentaire permettant, d'une part, l'acquisition d'une connaissance approfondie des handicaps et, d'autre part, la maîtrise des méthodes et techniques d'évaluation et d'intervention.

Cette formation pourrait être dispensée, entre autres, par des professionnels possédant déjà une pratique conséquente en matière d'enseignement spécialisé. Elle devrait mettre en outre l'accent sur la collaboration indispensable dans ce domaine avec l'entourage familial.

4. *Formation du personnel d'orientation et de formation professionnelles*

4.1. La formation de base des formateurs devrait être adaptée, selon le cas :

- à la personne ou à la population en formation par la connaissance des conséquences, des répercussions ou des manifestations des différents handicaps ;
- aux caractéristiques de la profession enseignée et à son niveau de qualification ;
- au cadre de son intervention : en institution ou en entreprise, en formation ordinaire ou spécialisée, etc.

4.2. L'acquisition des connaissances théoriques et techniques ou professionnelles requises de la part du formateur est garantie par la détention du diplôme autorisant l'exercice de la profession ou par une expérience pratique jugée suffisante de la profession. Cette formation devrait être complétée en cours d'emploi par des cours de recyclage et par voie de contacts avec l'organisme ou les services de coordination de la réadaptation, avec le centre ou service d'orientation, le médecin, le personnel de centres et les autres formateurs, les organisations professionnelles, etc., en vue de cerner les problèmes liés au handicap, à la formation et à l'emploi des personnes handicapées.

4.3. La formation de base théorique et pratique du personnel d'orientation scolaire et professionnelle devrait tenir compte du rôle catalyseur et coordonnateur dévolu à l'orientation dans le programme de réadaptation ainsi qu'à la diversité de cette intervention : évaluation des aptitudes, pronostic de réadaptation, programmes individuels d'insertion professionnelle et sociale, rapports d'évolution de la réadaptation professionnelle et sociale.

4.4. Les conseillers d'orientation devraient recevoir une formation d'un niveau professionnel reconnu et être instruits des problèmes de déficience et de réadaptation ; leur mise en fonction étant soumise à l'accomplissement d'un stage pratique dans le domaine particulier de leur mission.

4.5. La formation générale et technique de l'équipe d'orientation qui comprend, outre le conseiller d'orientation, le médecin, l'assistant social et, selon le cas, le psychologue, le physiothérapeute, le maître d'enseignement technique devrait être complétée en cours d'emploi par des réunions en équipe en vue d'une formation et d'une information réciproques des participants. En vue de faire face à cet objectif, il convient de promouvoir l'échange d'informations et d'expériences professionnelles entre les centres ainsi qu'avec les partenaires sociaux et l'organisme de coordination de la réadaptation.

5. *Formation du personnel d'intégration professionnelle*

5.1. Les personnes chargées du placement des personnes handicapées devraient faire l'objet d'une sélection avant l'emploi. Outre leur formation de base, elles devraient bénéficier de stages, avant ou peu après l'entrée en fonction, et de cours de perfectionnement portant sur les notions de handicap et sur les différents types d'emploi susceptibles d'être proposés aux personnes handicapées.

5.2. Les moniteurs, les surveillants et les maîtres instructeurs en atelier protégé doivent bénéficier, outre leur qualification professionnelle, d'une formation pédagogique adéquate eu égard au rôle spécifique poursuivi par ce type d'institution.

5.3. L'exercice des fonctions de direction et de surveillance intervenant dans l'intégration socio-professionnelle des personnes handicapées devrait faire l'objet d'une formation complémentaire ou permanente visant principalement à assurer le lien entre les nécessités de gestion administrative, financière et de personnel, et les besoins des personnes handicapées.

6. *Formation du personnel des services sociaux et d'accompagnement social et pédagogique*

6.1. Tous les professionnels de service social et d'accompagnement pédagogique, qu'ils soient spécialisés ou non (assistants sociaux, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, aides familiales, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie et autres dénominations), devraient autant que possible être titulaires d'un diplôme autorisant l'exercice de la profession et pouvoir bénéficier d'une formation adaptée au niveau de leur intervention auprès des personnes handicapées.

6.2. Ceux qui ont en charge de manière exclusive les personnes handicapées devraient pouvoir suivre une formation complémentaire portant sur les handicaps et les méthodes et techniques d'intervention.

7. *Formation du personnel de sport, de loisirs et de vacances*

7.1. La formation du personnel spécialisé dans le sport, les loisirs ou les vacances des personnes handicapées devrait se réaliser par des cours, en centres de formation ou donnés par des organisations bénévoles, adaptés aux différents types de handicap.

7.2. Cette formation devrait inclure la compréhension de l'origine, de la définition, des difficultés et des implications du handicap face aux activités quotidiennes et, en fonction de cette compréhension, elle devrait permettre au personnel de déterminer des objectifs d'autonomie et d'intégration sociale selon une méthodologie adaptée.

7.3. La possibilité doit être offerte aux personnes handicapées d'accéder à toutes les possibilités de formation existant dans ces domaines.

8. *Formation des architectes, des urbanistes et des professionnels de la construction, de l'équipement et des transports aux problèmes des personnes handicapées*

8.1. Afin de promouvoir en amont une politique d'accessibilité ambitieuse et cohérente, l'inscription obligatoire du concept d'accessibilité devrait être le fondement du programme de formation de base des architectes, des urbanistes et des ingénieurs.

8.2. On devrait prévoir une formation supplémentaire suffisante pour les professionnels de ces domaines, qui devraient être vivement encouragés à la suivre.

8.3. Manuels et documentation devraient être mis à jour de manière à permettre une instruction orientée vers une totale intégration.

XI. Information

1. *Information*

1.1. Il serait bon d'instaurer, aux échelons national et régional, des mécanismes, des structures et des institutions efficaces pour répondre au besoin d'information sur tous les aspects du handicap, de la réadaptation et de l'intégration dans la société.

1.2. Des programmes d'information sont nécessaires vu la complexité des problèmes que les personnes handicapées ont à résoudre et le grand nombre de services et d'organisations qui s'occupent des différents aspects de leurs problèmes, en tenant compte de la nécessité d'un changement d'attitude de tous les partenaires sociaux, au moyen d'un processus d'information continu, conséquent et permanent.

1.3. Il faudrait fournir des informations aux groupes cibles ci-après :

- les personnes handicapées elles-mêmes, celles qui s'en occupent et leur famille;
- les institutions et le personnel travaillant dans tous les secteurs de la réadaptation et de l'intégration;

- les décideurs politiques;
 - le grand public.
- 1.4. L'information devrait couvrir un vaste champ, à savoir:
- les objectifs et les méthodes d'intégration;
 - les sujets se rattachant à la vie quotidienne des personnes handicapées;
 - les aspects socio-médicaux des déficiences, incapacités et handicaps;
 - les organisations œuvrant dans les secteurs de la santé et s'occupant de la politique en faveur des personnes handicapées, par exemple la réadaptation, les méthodes thérapeutiques, l'éducation, la formation professionnelle, les possibilités d'emploi, les transports, l'accessibilité, les aides techniques.
- 1.5. L'information devrait être fournie par:
- les services généraux comme les services sociaux, les services d'assistance téléphonique, les conseillers sociaux et les centres juridiques;
 - les services spécialisés comme les centres de réadaptation ou pour les personnes souffrant d'une déficience visuelle ou auditive;
 - les collectivités ou les groupes de pression et les organisations pour les personnes handicapées;
 - les centres d'information et les éditeurs spécialisés.
- 1.6. Il faudrait promouvoir la coordination entre les activités d'information, de documentation et de diffusion des divers organismes publics et privés.
- 1.7. Il faudrait encourager les échanges internationaux d'informations sous forme de publications, de brochures, de films ou d'autres supports.

XII. Statistiques et recherche

1. *Statistiques*

1.1. La définition et la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes handicapées, ainsi que l'évaluation de ses effets, doivent reposer sur l'appréciation la plus fine possible des situations et des besoins des personnes concernées.

A cet effet, un système fiable et cohérent d'information statistique devrait être mis à la disposition des autorités compétentes. Les informations disponibles doivent être communiquées également à toute organisation ou personne qui en fait la demande.

Une attention particulière devra être accordée à la normalisation des définitions des paramètres utilisés, pour rendre comparables les données des différents pays.

1.2. Aussi bien les mesures de collecte de l'information que le traitement de celle-ci devraient faire l'objet de la plus grande rigueur scientifique et déontologique afin de garantir aux personnes concernées le respect le plus absolu de leur droit à la vie privée.

1.3. Les données statistiques collectées et traitées doivent être aussi précises que possible. Elles devraient être recueillies auprès des organismes qui sont au contact des personnes handicapées (caisses de sécurité sociale, commissions d'orientation, services de l'emploi, services sociaux, etc.).

1.4. Les données recueillies devraient se rapporter aux aspects les plus divers de la situation des personnes handicapées (composantes démographiques et familiales, nature et origine du handicap, type d'enseignement suivi, emploi, logement, types de services spécialisés utilisés, nature et montant des revenus, etc.).

2. *Recherche*

2.1. Il est indispensable de stimuler et de promouvoir la recherche fondamentale et opérationnelle dans les domaines qui se rapportent aux déficiences, aux incapacités et aux handicaps.

2.2. C'est ainsi que devraient faire l'objet de recherches scientifiques tous les aspects relatifs à la prévention, au dépistage et au traitement des déficiences et incapacités.

2.3. Par ailleurs, un programme d'études à caractère économique, technique, sociologique ou psychologique devrait être engagé ou soutenu par les autorités compétentes en vue de déterminer, d'une part, les moyens les plus efficaces

de réduire ou de compenser les désavantages subis par les personnes handicapées et, d'autre part, les conditions nécessaires à leur meilleure insertion possible dans la société.

Dans cette optique, une attention particulière devrait être accordée à l'évaluation des expériences innovantes en matière d'intégration, en particulier celles faisant appel aux nouvelles technologies.

2.4. Les recherches et études devraient s'inscrire dans le cadre d'une politique globale et cohérente touchant tous les aspects de la vie humaine et de la société. Elles devraient être menées de manière concertée et coordonnée, et concourir à l'échange d'informations aux niveaux national et international.