



Assemblée générale

Distr. générale
21 janvier 2019
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Quarantième session

25 février-22 mars 2019

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat et du Secrétaire général

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,
y compris le droit au développement**

Adaptation et réadaptation au titre de l'article 26 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées

Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme*

Résumé

Le présent rapport, soumis en application de la résolution 37/22 du Conseil des droits de l'homme, donne un aperçu des questions liées à l'obligation de garantir l'adaptation et la réadaptation des personnes handicapées au titre de l'article 26 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Il contient des orientations relatives à une approche fondée sur les droits de l'homme de l'adaptation et de la réadaptation des personnes handicapées, ainsi que des recommandations visant à aider les États à s'acquitter de leurs obligations au titre du droit international des droits de l'homme.

* Il a été convenu que le présent rapport serait publié après la date normale de publication en raison de circonstances indépendantes de la volonté du soumetteur.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Comprendre l'adaptation et la réadaptation	4
A. Cadre juridique international relatif à l'adaptation et la réadaptation	4
B. Modalités des interventions de réadaptation	5
III. Composantes de l'obligation de fournir des services d'adaptation et de réadaptation	8
A. Éléments de la réadaptation	8
B. Garantir une approche de la réadaptation fondée sur les droits de l'homme	10
IV. Mesures de mise en œuvre	14
A. Cadre politique et juridique	14
B. Coordination	15
C. Des professionnels de la réadaptation pluridisciplinaires et formés	15
D. Mécanismes de financement	16
E. Sensibilisation	16
F. Recherche et données	17
IV. Conclusions et recommandations	17

I. Introduction

1. Dans sa résolution 37/22, le Conseil des droits de l'homme a demandé au Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme de consacrer sa prochaine étude annuelle concernant les droits des personnes handicapées à l'article 26 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et de la lui soumettre avant sa quarantième session.

2. L'article 26 de la Convention dispose que les États parties doivent prendre des mesures en matière d'adaptation et de réadaptation pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à leur pleine inclusion et pleine participation à tous les aspects de la vie. Les États parties ont l'obligation d'organiser, de renforcer et de développer des services et programmes diversifiés d'adaptation et de réadaptation, en particulier dans les domaines de la santé, de l'emploi, de l'éducation et des services sociaux (art. 26, par. 1). Les États parties sont en outre tenus de favoriser l'offre, la connaissance et l'utilisation d'appareils et de technologies d'aide (ci-après dénommés « produits d'assistance ») qui facilitent l'adaptation et la réadaptation (art. 26, par. 3).

3. Dans le présent rapport, l'adaptation et la réadaptation sont envisagées sous l'angle des droits de l'homme des personnes handicapées, notamment en ce qui concerne la suppression des barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres (Convention, préambule, al. e)). Afin d'éclairer sur la portée et le rôle qu'il convient d'assigner à l'adaptation et à la réadaptation par rapport aux autres mesures visant à favoriser l'autonomie des personnes handicapées, on les aborde ici dans le contexte d'un large éventail de stratégies adoptées dans le cadre de la Convention pour garantir et promouvoir l'autonomie, l'indépendance et l'inclusion complètes des personnes handicapées, notamment en ce qui concerne l'accessibilité et les aménagements raisonnables, la sensibilisation, l'éducation inclusive, l'accès à la justice, la prise de décision accompagnée, et les services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement. Le présent rapport aborde également la nécessité de faire la distinction entre les mesures relatives à la réadaptation et les stratégies plus larges de développement communautaire en faveur de l'inclusion des personnes handicapées.

4. Aux fins du présent rapport, on entend par « mesures d'adaptation et de réadaptation » un ensemble d'interventions visant à améliorer autant que possible le fonctionnement des personnes présentant des incapacités dans leur interaction avec l'environnement. L'adaptation a pour objet d'aider les personnes qui sont invalides de naissance ou qui le deviennent pendant leur petite enfance à apprendre à mieux fonctionner avec leur incapacité. L'objectif de la réadaptation, au sens strict, est d'aider les personnes qui connaissent une perte fonctionnelle par suite d'une déficience acquise à réapprendre à se livrer aux activités quotidiennes de manière à atteindre un niveau fonctionnel optimal. En procurant ou en rétablissant des fonctions, ou en compensant la perte ou l'absence d'une fonction ou limitation fonctionnelle, l'adaptation et la réadaptation permettent en fin de compte aux personnes handicapées d'atteindre un niveau d'autonomie supérieur. Bien que la réadaptation soit particulièrement importante pour les personnes handicapées, celles-ci n'ont pas toutes besoin de mesures d'adaptation ou de réadaptation. Dans le présent rapport, le terme « réadaptation » désigne à la fois l'adaptation et la réadaptation, à moins que le propos ne porte précisément sur l'adaptation.

5. Aux fins de l'établissement du présent rapport, une note verbale a été adressée à tous les États Membres pour solliciter leur aide et des contributions écrites ont été reçues de 17 États. Des communications ont également été reçues d'organisations de la société civile. En outre, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a tenu des consultations individuelles les 5 et 6 novembre 2018 à Genève afin d'examiner les aspects

de fond du rapport. Les contributions reçues et un résumé de la réunion seront mis à disposition sur le site Web du Haut-Commissariat¹.

II. Comprendre l'adaptation et la réadaptation

A. Cadre juridique international relatif à l'adaptation et la réadaptation

6. L'accès à la réadaptation est depuis longtemps considéré comme un élément intrinsèque du droit à la santé. Bien que la réadaptation ne soit pas expressément mentionnée à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a expliqué dans son observation générale n° 5 (1994) relative aux personnes souffrant d'un handicap (par. 34) que le droit à la santé physique et mentale englobe également le droit aux services médicaux et sociaux et que les personnes handicapées devraient bénéficier de services de réadaptation leur permettant d'atteindre et de conserver un niveau optimal d'indépendance et d'activité. Dans son observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (par. 17), le Comité a en outre affirmé que l'accès rapide, dans des conditions d'égalité, aux services essentiels de réadaptation relevait de l'alinéa d) du paragraphe 2 de l'article 12 du Pacte, relatif à la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

7. Il a également été reconnu que la réadaptation devrait faire partie des réparations accordées aux victimes de violations graves des droits de l'homme. En particulier, conformément à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, les victimes de la torture se voient garantir le droit d'obtenir réparation et d'être indemnisées équitablement et de manière adéquate, y compris les moyens nécessaires à leur réadaptation la plus complète possible (art. 14, par. 1). Le droit des victimes à la réadaptation a été reconnu dans les contextes de la violence sexuelle (A/70/222, par. 25), de la traite des êtres humains (A/HRC/7/8) et de l'esclavage (A/HRC/24/43, par. 62 à 66).

8. La Convention relative aux droits de l'enfant a été le premier instrument des Nations Unies relatif aux droits de l'homme à intégrer l'obligation explicite de fournir des services de réadaptation aux personnes handicapées. En vertu de son article 23, les États parties doivent veiller à ce que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services. En vertu du même article, la réadaptation est considérée comme distincte des soins de santé. On sait depuis longtemps que la réadaptation des personnes handicapées ne se limite pas au domaine médical².

9. La Convention relative aux droits des personnes handicapées promeut une approche intersectorielle de la réadaptation et le renforcement de son application. Lors de l'élaboration de la Convention, la proposition initiale visant à traiter de la réadaptation parallèlement à la santé, dans une même disposition, a été rapidement rejetée. Les membres du Comité spécial chargé d'élaborer une convention internationale globale et intégrée pour la protection et la promotion des droits et de la dignité des personnes handicapées se sont entendus sur le fait que la réadaptation englobait des composantes sociale, éducative, professionnelle ainsi que d'autres aspects ne relevant pas de la santé. Finalement, il a été décidé qu'un article distinct consacré spécifiquement à la réadaptation était la solution la plus appropriée.

10. D'autres articles de la Convention abordent des composantes de la réadaptation, mais l'article 26 en accroît la visibilité en tant que stratégie importante pour assurer l'inclusion et la participation des personnes handicapées en vue de leur permettre d'atteindre, de conserver et de développer leur autonomie, leur potentiel physique, mental,

¹ <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/StudiesReportsPapers.aspx>.

² Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Comité OMS d'experts de la réadaptation médicale : deuxième rapport » (Genève, 1969), p. 6. Voir aussi les Règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées, règle n° 3.

social et professionnel, et de parvenir à la pleine inclusion et à la pleine participation à tous les aspects de la vie. En découle la création d'un cadre unificateur pour la fourniture de services de réadaptation coordonnés et complets, qui sont apportés à titre volontaire, sont personnalisés et reposent sur la collectivité. Ces services et programmes devraient être proposés le plus tôt possible et reposer sur une évaluation multidisciplinaire tout en favorisant la participation et l'inclusion. L'article 26 prévoit en outre que les États parties favorisent le développement de la formation initiale et continue des professionnels et personnels qui travaillent dans les services d'adaptation et de réadaptation tout en développant l'offre, la connaissance et l'utilisation d'appareils et de technologies d'aide.

11. L'article 25 garantit expressément la mise à disposition de services de réadaptation liée à la santé en tant qu'élément du droit à la santé, et dispose que les États parties doivent prendre toutes les mesures appropriées pour assurer aux personnes handicapées l'accès à des services de santé qui tiennent compte des questions de genre, y compris des services de réadaptation. L'article 16 fait obligation aux États parties de faciliter la réadaptation des personnes handicapées qui ont été victimes d'exploitation, de violence ou de maltraitance. L'article 27 mentionne la promotion de la réadaptation technique et professionnelle comme faisant partie des obligations positives des États parties en ce qui concerne le droit au travail des personnes handicapées. Dans le contexte du droit à l'éducation, il est fait référence, au paragraphe 3 de l'article 24, à des mesures visant à donner aux personnes handicapées la possibilité d'acquérir les compétences pratiques et sociales nécessaires de façon à faciliter leur pleine et égale participation au système d'enseignement et à la vie de la communauté, qui peuvent être considérées comme des mesures d'adaptation et de réadaptation. L'article 20 fait obligation aux États parties de faciliter l'accès à des aides à la mobilité personnelle, appareils et accessoires et technologies d'assistance, tandis que la mise à disposition d'un éventail plus large d'appareils et de technologies d'assistance est l'une des obligations générales découlant de l'article 4.

B. Modalités des interventions de réadaptation

12. La réadaptation englobe un large éventail d'interventions fonctionnelles, aussi bien au niveau médical que non médical. Certaines personnes peuvent avoir besoin de services de réadaptation pour apprendre ou réapprendre, par exemple, à coordonner les mouvements des jambes afin de marcher, pour adopter de nouvelles façons d'accomplir certaines tâches telles que se laver ou s'habiller, ou pour apprendre à communiquer lorsqu'elles ont des troubles du langage. La réadaptation ne s'adresse pas seulement aux personnes présentant une incapacité physique. Par exemple, les personnes ayant subi la torture, l'exploitation sexuelle ou la traite peuvent avoir besoin de mesures de réadaptation psychosociale prenant la forme de services de conseil, de soutien apporté par les pairs, entre autres mesures.

13. La notion de réadaptation évolue et elle est liée aux conditions de l'environnement ayant un effet favorable ou défavorable sur l'autonomie des personnes handicapées. Les processus de réadaptation comprennent des mesures relatives à l'environnement immédiat de la personne concernée, telles que la mise à disposition de systèmes d'aide à la communication, de dispositifs accessibles au domicile de la personne (installation d'une main courante dans les toilettes, par exemple) ou d'aménagements professionnels (choix de logiciels accessibles, par exemple).

14. Il n'est pas toujours évident de déterminer la limite entre une mesure de réadaptation et d'autres formes d'aide. Les différencier contribue à améliorer la programmation et la mise en œuvre des grandes orientations dans ce domaine. Par exemple, une personne peut avoir besoin de mesures de réadaptation à domicile, notamment d'accéder à des dispositifs d'aide et à une assistance personnelle pour contribuer à ce processus. En même temps, ces services et ces produits peuvent contribuer à la participation de la personne à la société au-delà du processus de réadaptation et devraient rester disponibles une fois la réadaptation terminée³.

³ Voir *H. M. c. Suède* (CRPD/C/7/D/3/2011), par. 8.8 et 8.9, sur la séparation entre les services de réadaptation au titre de l'article 26 et l'assistance au titre de l'article 19 de la Convention.

1. Interventions de réadaptation liée à la santé

15. La réadaptation liée à la santé est définie comme un ensemble d'interventions visant à améliorer autant que possible le fonctionnement des personnes ayant des problèmes de santé et à réduire leur incapacité lorsqu'elles sont en interaction avec leur environnement⁴. Les interventions de réadaptation peuvent être distinguées des autres interventions médicales dans la mesure où la réadaptation ne vise pas à soigner, à traiter les causes sous-jacentes d'un état de santé ou à gérer un processus pathologique.

16. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande de mettre en place des services de réadaptation liée à la santé à la fois dans les services communautaires et dans les hôpitaux⁵. Les données montrent que les résultats des services de réadaptation sont souvent meilleurs quand ils sont fournis à domicile ou au niveau communautaire, et que les services de réadaptation à domicile sont généralement l'option préférée des utilisateurs et celle à laquelle ils sont le plus attachés⁶. La présence de services de réadaptation dans les hôpitaux permet souvent d'entreprendre les interventions aussitôt que possible, ce qui accélère le rétablissement et optimise les résultats⁷. Les données ont également montré que les hôpitaux devraient disposer de services de réadaptation spécialisés pour les personnes ayant des besoins complexes en la matière⁸. La nécessité de fournir certains services de réadaptation dans les hôpitaux ne saurait être confondue avec la concentration de services de réadaptation pour personnes handicapées dans les établissements spécialisés. Cette dernière pratique n'est pas compatible avec la Convention car le placement en institution, même lorsqu'il est fondé sur la nécessité de services de réadaptation, est en contradiction avec les articles 26 et 19 (A/73/161, par. 58)⁹.

17. Selon la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, l'accès aux dispositifs d'aide et aux services d'adaptation et de réadaptation essentiels devrait être considéré comme une obligation fondamentale qui ne se prête pas à une réalisation progressive (A/73/161, par. 18). L'obligation de garantir aux personnes handicapées l'accès à des services de réadaptation liée à la santé sur une base non discriminatoire est une obligation fondamentale à effet immédiat¹⁰.

2. Interventions de réadaptation non liée à la santé

18. Outre la santé, l'article 26 garantit aussi l'accès à la réadaptation dans des domaines tels que l'emploi, l'éducation et les services sociaux, qui ne sont pas nécessairement en rapport avec la santé. Certaines interventions qui ne sont pas liées à la santé peuvent être effectuées dans des centres de réadaptation, mais elles peuvent aussi l'être dans d'autres cadres. Par exemple, les services d'orientation en matière de mobilité peuvent être fournis à la fois dans les centres de réadaptation et dans les écoles. La réadaptation au travail peut se dérouler dans un centre de formation professionnelle ou dans le cadre de l'emploi lui-même. La réadaptation étant un processus intersectoriel et tributaire de l'environnement, elle devrait être adaptée à la personne concernée, et une certaine souplesse est de mise quant à l'endroit où les meilleurs résultats peuvent être obtenus.

19. La réadaptation professionnelle n'est pas définie dans la Convention. Par le passé, elle a souvent été considérée comme un vaste ensemble de mesures relatives à l'emploi des personnes handicapées¹¹. Dans la Convention, le rôle et la place de la réadaptation professionnelle dans la mise en œuvre du droit au travail des personnes handicapées sont

⁴ OMS, « Rehabilitation in Health Systems » (Réadaptation dans les systèmes de santé) (Genève, 2017), p. 35.

⁵ Ibid., p. 17 et 18.

⁶ Ibid., p. 17.

⁷ Ibid., p. 18.

⁸ Ibid., p. 21.

⁹ Voir aussi Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 5 (2017) sur l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société, par. 21 et 30.

¹⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 43, al. a).

¹¹ Organisation internationale du Travail (OIT), recommandation sur l'adaptation et la réadaptation professionnelles des invalides, 1955 (n° 99) ; voir aussi Convention (n° 159) de l'OIT sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées, 1983.

envisagés de manière plus étroite, et cette réadaptation est associée à des programmes de maintien dans l'emploi et de retour à l'emploi (art. 27, par. 1, al. k)) afin de faciliter l'inclusion, dans des conditions d'égalité avec les autres, des personnes qui acquièrent un handicap alors qu'elles sont déjà sur le marché du travail. La réadaptation professionnelle regroupe des techniques telles que la fourniture de conseils à l'appui du retour au travail, le soutien à l'autogestion de l'état de santé, les aménagements liés aux incidences sur les plans médical et psychologique d'une incapacité, les interventions psychosociales, les évaluations des aptitudes fonctionnelles et de la capacité de travail, l'orientation professionnelle, l'analyse de l'emploi, le perfectionnement professionnel et le placement.

20. Il convient de prendre conscience du fait que tous les services dont les personnes handicapées ont besoin pour accroître leurs chances de s'intégrer dans leur communauté n'ont pas trait à la réadaptation. Par exemple, pour entrer sur le marché du travail, elles bénéficieront de l'éducation inclusive (notamment de l'égalité d'accès à l'enseignement supérieur général, à la formation professionnelle, à l'enseignement pour adultes et à la formation continue, conformément au paragraphe 5 de l'article 24), ainsi que de programmes inclusifs d'orientation et de placement professionnels, d'aménagements raisonnables et d'autres dispositifs d'aide prévus au paragraphe 1 de l'article 27, qui ne devraient pas être considérés comme des services de réadaptation.

21. Dans le domaine de l'éducation, les mesures de réadaptation peuvent relever des mesures visant à donner aux personnes handicapées la possibilité d'acquérir les compétences pratiques et sociales nécessaires de façon à faciliter leur pleine et égale participation au système d'enseignement et à la vie de la communauté, telles que la connaissance du braille, de l'écriture adaptée et des modes, moyens et formes de communication améliorée et alternative, ainsi que le développement des capacités d'orientation et de la mobilité (art. 24, par. 3). En Irlande, par exemple, le Ministère de l'éducation et des compétences a mis en place une série de mesures d'assistance visant à donner aux personnes handicapées l'accès à l'enseignement ordinaire, du niveau primaire à l'enseignement supérieur, y compris à l'enseignement post-obligatoire. Ces mesures comprennent notamment la mise à disposition d'enseignants-ressources, de services de logopédie et orthophonie dans les écoles, d'ergothérapie et de technologies d'assistance.

22. Les pratiques nationales montrent que certains services de réadaptation peuvent être intégrés dans le système de protection sociale. En Allemagne, par exemple, on opère une distinction entre l'aide à la réadaptation médicale, l'appui à l'insertion professionnelle et l'assistance à l'intégration sociale. Cette dernière comprend des formes d'aide qui ne sont ni médicales ni professionnelles mais qui visent à développer les connaissances et les compétences pratiques nécessaires pour participer autant que possible à la vie communautaire, ainsi qu'une assistance à l'obtention, l'adaptation, l'aménagement et l'entretien d'un logement répondant à des besoins particuliers.

3. La réadaptation en tant que composante du développement inclusif à base communautaire

23. Comme indiqué plus haut, il convient de reconnaître que toutes les politiques et tous les services facilitant l'inclusion des personnes handicapées dans la société ne constituent pas des mesures de réadaptation. Le terme « réadaptation » est de plus en plus utilisé dans une acception large pour désigner les politiques visant à l'inclusion des personnes handicapées ou les politiques liées au handicap en général. Cela est lié au contexte dans lequel les notions d'adaptation et de réadaptation sont apparues, où les mesures et politiques destinées aux personnes handicapées étaient principalement axées sur la « réparation » du handicap, en tant que condition préalable à leur participation à la collectivité. L'utilisation du terme « réadaptation » dans ce sens large est rétrograde en ce qu'elle signe le retour au modèle médical du handicap ; employer ce terme en ce sens est donc dépassé et incompatible avec la Convention et risque de perpétuer les stéréotypes à l'égard des personnes handicapées.

24. Ces dernières années, des expressions génériques telles que les politiques tenant compte du handicap (A/71/314) ou le développement inclusif à base communautaire ont été utilisées pour définir un vaste éventail de politiques et mesures liées au handicap, la réadaptation au sens de l'article 26 de la Convention n'en étant qu'une composante parmi

bien d'autres. La notion de réadaptation à base communautaire, par exemple, a évolué : elle est passée d'une stratégie axée sur l'amélioration de l'accès des personnes handicapées aux services de réadaptation au sein de la communauté dans un contexte de ressources limitées à une stratégie multisectorielle s'inscrivant dans le cadre du développement de la communauté dans son ensemble aux fins d'équité et d'inclusion sociale. Bien que la réadaptation à base communautaire soit une notion beaucoup plus large que la réadaptation au sens de la Convention, la stratégie en question continue d'être assimilée aux services de réadaptation. Le développement inclusif à base communautaire s'appuie sur la réadaptation à base communautaire et considère les principes qui sous-tendent cette dernière comme des outils indispensables à sa réalisation¹². Il faudra poursuivre les travaux de recherche et élaborer de nouveaux cadres méthodologiques fondés sur les droits des personnes handicapées pour mieux évaluer les résultats de la réadaptation à base communautaire et du développement inclusif à base communautaire¹³.

III. Composantes de l'obligation de fournir des services d'adaptation et de réadaptation

A. Éléments de la réadaptation

1. Une approche individualisée de la réadaptation

25. Le paragraphe 1 de l'article 26 de la Convention dispose que les services et programmes de réadaptation doivent être fondés sur l'évaluation pluridisciplinaire des besoins et des atouts de chaque personne handicapée. Les interventions de réadaptation devraient être fondées sur des programmes personnalisés qui soient articulés autour de la personne, axés sur les résultats et adaptés au but poursuivi. L'accès à la réadaptation doit être fondé sur les besoins réels de l'intéressé et la reconnaissance ou la certification officielle de son handicap ne doit jamais être un préalable à l'accès aux services de réadaptation.

26. Les interventions de réadaptation visent généralement le rétablissement complet ou partiel de la personne, et sont donc en règle générale d'une durée limitée. Il est souhaitable que les programmes de réadaptation personnalisés soient circonscrits dans le temps. Certaines personnes handicapées ont cependant besoin de soins de réadaptation à long terme ou sur une base continue afin de préserver un certain niveau fonctionnel chez la personne. En pareil cas, il est conseillé de revoir régulièrement le programme de réadaptation de manière à ajuster les objectifs fixés, à chaque étape d'une série de cycles. L'accent mis sur la durée ne doit pas conduire à une interruption ou cessation de l'appui requis en matière de réadaptation.

2. Intervention précoce

27. Le paragraphe 1 de l'article 26 de la Convention, où est reconnue l'importance de l'intervention précoce, dispose que les services et programmes d'adaptation et de réadaptation commencent au stade le plus précoce possible. Même si intervenir de façon précoce est essentiel pour toutes les personnes handicapées, cela est particulièrement important pour les enfants handicapés atteints d'anomalies congénitales ou d'affections contractées dans la petite enfance. Les traitements précoces, y compris le recours à des techniques d'assistance, permettent de déceler les risques de retard de développement, favorisent le continuum du développement de l'enfant et améliorent ses chances de réussite scolaire ; ils permettent également de réduire les autres besoins en matière d'assistance et d'intervenir de façon ciblée en termes d'adaptation (A/71/314, par. 44).

¹² Voir <http://www.cbm.org/Community-Based-Inclusive-Development-250825.php>.

¹³ Voir, notamment, Valentina Iemmi et autres, *Community-based Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-income Countries: A Systematic Review*, *Campbell Systematic Reviews*, 2015:15 (Oslo, Campbell Collaboration, 2015) ; Marie Grandisson, Michèle Hébert et Rachel Thibeault, « A systematic review on how to conduct evaluations in community-based rehabilitation », *Disability and Rehabilitation*, vol. 36, n° 4 (2014), p. 265 à 275 ; et Sally Hartley et autres, « Community-based rehabilitation : opportunity and challenge », *Lancet*, vol. 374, n° 9.704 (28 novembre 2009), p. 1 803 à 1 084.

28. Les États devraient mettre en place des mécanismes d'identification précoce et d'évaluation individualisée des besoins en matière d'appui au développement et à l'apprentissage et fournir des services d'adaptation et de soutien complets axés sur l'enfant et la famille afin d'aider l'enfant à réaliser pleinement son potentiel. Respecter les capacités évolutives des enfants handicapés et leur fournir un appui pour leur permettre de prendre des décisions de manière indépendante et renforcer leur autonomie à cet égard suppose de leur donner les moyens de prendre part à leur adaptation et réadaptation dès leur plus jeune âge¹⁴. Les mécanismes d'intervention précoce ne doivent pas conforter le modèle médical du handicap qui conduit à la marginalisation et à l'exclusion des enfants du système d'enseignement et d'autres services de base.

3. Produits d'assistance

29. En vertu du paragraphe 3 de l'article 26 de la Convention, les États parties sont tenus de favoriser l'offre, la connaissance et l'utilisation d'appareils et de technologies d'aide, conçus pour les personnes handicapées, qui facilitent l'adaptation et la réadaptation. L'accès aux produits d'assistance est en outre un droit garanti faisant partie des obligations générales qui incombent aux États parties à la Convention en vertu des alinéas h) et g) du paragraphe 1 de l'article 4, au regard de la mobilité personnelle qui fait l'objet de l'article 20 (faciliter l'accès aux aides à la mobilité et aux appareils et technologies d'assistance, de qualité et à un coût abordable) et en tant que composante du droit à la protection sociale qui relève de l'article 28 (assurer l'accès des personnes handicapées aux services, appareils et accessoires et aux autres dispositifs appropriés, d'un coût abordable et adaptés aux besoins des personnes handicapées).

30. L'OMS a défini les produits d'assistance comme étant tout dispositif externe, y compris les appareils, les équipements, les instruments et les logiciels, spécialement élaboré ou disponible sur le marché, dont le principal but est de maintenir ou d'améliorer l'état fonctionnel et l'autonomie d'un individu et, ainsi, promouvoir son bien-être et contribuer à prévenir les déficiences et les affections secondaires¹⁵. Les produits d'assistance permettent aux personnes handicapées de réaliser des tâches qu'elles ne pourraient faire autrement, ou d'améliorer leur confort et leur sécurité (A/71/314, par. 44). Fauteuils roulants, déambulateurs, prothèses, appareils auditifs, dispositifs d'alarme, lunettes, logiciels de reconnaissance vocale, tableaux de communication et synthétiseurs vocaux sont autant de produits d'assistance.

31. Bien que l'on ne dispose pas de données complètes sur les besoins non satisfaits par les produits d'assistance, il s'avère que de nombreuses personnes handicapées dans le monde, même dans les pays à revenu élevé, n'ont pas accès aux produits d'assistance de base¹⁶. Pour garantir des prix abordables, les États devraient veiller à ce que ces dispositifs soient inclus dans les couvertures médicales nationales et les systèmes de protection sociale et envisager d'autres mesures de réduction des coûts, comme l'exonération des droits de douane et taxes à l'importation sur les accessoires fonctionnels et les technologies d'assistance qui ne sont pas produits sur leur territoire, l'appui aux entreprises locales au moyen de subventions, prêts et crédits d'impôt, ou l'optimisation des dépenses en fonction des ressources disponibles (A/71/314, par. 47).

32. Les produits d'assistance doivent être adaptés à l'environnement des personnes handicapées et à leur situation personnelle. Des spécialistes doivent pouvoir en assurer le suivi et l'entretien à un coût abordable pour en garantir la bonne utilisation, dans de bonnes conditions (ibid., par. 46). Il est essentiel que ce soient des professionnels dûment formés qui prescrivent les produits d'assistance, les adaptent à l'utilisateur et apprennent à celui-ci à s'en servir, et prennent en charge le suivi et l'entretien de ces produits¹⁷.

¹⁴ Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 12 (2009) concernant le droit de l'enfant d'être entendu, par. 21.

¹⁵ OMS, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 35.

¹⁶ OMS, « Liste des produits et aides techniques prioritaires », mai 2016, p. 5.

¹⁷ OMS, « Liste des produits et aides techniques prioritaires », p. 5. Voir, également, OMS, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 26.

4. Entraide entre pairs

33. Le paragraphe 1 de l'article 26 mentionne l'entraide entre pairs comme pouvant constituer un élément de l'offre de services de réadaptation. L'entraide entre pairs peut être définie comme le soutien social, psychologique ou concret que les personnes ayant une expérience du handicap peuvent s'apporter mutuellement. Les États doivent prendre en considération le caractère bénévole de cette entraide et respecter pleinement la liberté d'association et d'expression de ces groupes de soutien, mais prendre aussi des mesures positives pour appuyer et promouvoir les services de réadaptation conduits par des pairs¹⁸. Ce type de soutien, sur le modèle des groupes d'entraide, s'est avéré une stratégie efficace pour fournir certaines formes de réadaptation dans les pays à faible revenu dans le cadre du développement inclusif à base communautaire¹⁹.

34. Les avantages induits par l'entraide entre pairs sont bien connus. L'expérience montre que ce type de soutien peut parfaitement être intégré de différentes manières dans les programmes complets de réadaptation. Ce peut être un moyen indépendant d'offrir certains types d'interventions, de soutien ou d'aide touchant à la réadaptation, comme la sensibilisation. Les pairs peuvent également travailler aux côtés des professionnels, y compris dans des centres de santé, et aider les patients et le personnel spécialisé en réadaptation à communiquer et à surmonter des obstacles tels que le sentiment d'impuissance, l'anxiété et la défiance²⁰.

B. Garantir une approche de la réadaptation fondée sur les droits de l'homme

1. Consentement libre et éclairé

35. Tous les services et programmes de réadaptation des personnes handicapées doivent être fournis sur une base volontaire et avec le consentement libre et éclairé de l'intéressé²¹. Pour ce faire, il faut que les personnes concernées disposent d'informations appropriées sur la ou les intervention(s) suggérée(s) d'une manière qui leur soit accessible et compréhensible et qu'elles soient en mesure d'exercer leur libre choix en la matière. Les informations données par les professionnels de la réadaptation doivent notamment expliquer de façon complète et impartiale les raisons de l'intervention proposée, les résultats escomptés, y compris les bénéfices et les risques potentiels, les méthodes qui seront employées (y compris la durée et la fréquence probables des séances), les conséquences en cas de non-intervention, et les autres options envisageables. Le consentement n'est pas un accord donné une fois pour toutes : il devrait être sollicité à intervalles réguliers afin de s'assurer que la personne souhaite bien poursuivre le traitement, en particulier lorsque les circonstances évoluent. Toute personne a le droit de décider de cesser de recevoir des soins à tout moment et de les reprendre à une date ultérieure.

36. Tous les adultes handicapés, y compris ceux présentant un handicap intellectuel ou psychosocial, doivent jouir d'une pleine autonomie de décision en ce qui concerne leur réadaptation. La pratique consistant à restreindre ou à supprimer la capacité juridique d'une personne en raison de son handicap et à transférer les pouvoirs de décision à un tiers (tel qu'un tuteur légal) est contraire à l'article 12 de la Convention, ce qui vaut également dans le domaine de la réadaptation²². Des personnes handicapées peuvent vouloir demander conseil, y compris à un pair, avant de prendre une décision en matière de réadaptation (A/HRC/37/56, par. 27). Les dispositifs d'appui peuvent améliorer la communication entre la personne handicapée et les intervenants de la réadaptation – ce qui est capital pour le respect du principe du consentement libre et éclairé – à tous les stades du processus de

¹⁸ Par exemple, en allouant des subventions aux organisations de personnes handicapées, y compris aux organisations dirigées par des enfants et des jeunes, ou par le biais d'une formation.

¹⁹ OMS, *Guide de réadaptation à base communautaire (RBC) – Module sur l'autonomisation* (Genève, 2010), p. 37 à 47.

²⁰ OMS, *Guide de réadaptation à base communautaire (RBC) – Module sur la santé* (Genève, 2010), p. 55.

²¹ Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 5, par. 90.

²² Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1 (2014) concernant la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, par. 41.

réadaptation. Cela peut également aider la personne handicapée à évaluer les différentes options qui s'offrent à elle en matière de réadaptation (ibid., par. 41).

37. Les enfants handicapés, quel que soit leur âge, doivent être pleinement associés aux décisions qui concernent leur adaptation et réadaptation (art. 7, par. 3, de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et art. 12 de la Convention relative aux droits de l'enfant)²³. Ils devraient être informés des interventions proposées d'une manière et sous une forme compréhensibles et accessibles. Les opinions, préférences, souhaits et préoccupations de l'enfant doivent être dûment pris en compte en fonction de son âge, de son degré de maturité et de ses capacités évolutives, au stade de la mise au point du plan d'adaptation ou de réadaptation et tout au long du processus de réadaptation. Les prestataires de services de réadaptation devraient créer un environnement sûr, respectueux et inclusif propre à faciliter la participation de l'enfant²⁴ et garantir le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité (art. 3, al. h) de la Convention relative aux droits des personnes handicapées). Les enfants handicapés qui sont victimes de violence ou d'abus devraient avoir libre accès aux services de conseil et de réadaptation prévus à l'article 16 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, sans le consentement de leurs parents ou représentants légaux²⁵.

38. La réadaptation ne peut être considérée comme étant fondée sur le consentement de la personne si celle-ci doit accepter le traitement pour éviter son placement en institution. De même, la réadaptation ne devrait pas être une condition préalable à l'accès aux prestations sociales et à d'autres formes de protection sociale essentielle (A/70/297, par. 68).

2. Principe de non-discrimination

39. Les États doivent veiller à ce que les personnes handicapées aient accès à tous les services de réadaptation, aussi bien publics que privés, sur la base de l'égalité avec les autres, indépendamment de leur handicap, sexe, âge, appartenance ethnique, orientation sexuelle, identité de genre ou toute autre considération. Les motifs de discrimination multiples et croisés devraient être identifiés et corrigés afin d'éviter que ces personnes pâtissent de lacunes normatives. Toute discrimination en matière d'accès aux services de réadaptation doit être interdite par la loi et éliminée de la législation, des politiques et des pratiques²⁶. Les pratiques intrinsèquement discriminatoires qui affectent la manière dont les personnes handicapées bénéficient des services de réadaptation, telles que le placement en institution, la prise de décisions substitutive et l'éducation ségrégative, doivent être abolies ; dans l'intervalle, elles doivent cesser immédiatement d'être appliquées dans le cadre de la réadaptation.

40. Les aménagements raisonnables font également partie intégrante du principe de non-discrimination et c'est pourquoi les États ont l'obligation immédiate de les prévoir (A/73/161, par. 58). Les aménagements raisonnables peuvent consister à modifier et à ajuster l'offre de services de réadaptation pour répondre aux besoins particuliers d'une personne. Cela peut également consister à procéder à des aménagements dans des environnements sans lien avec la prestation des services de réadaptation, comme à l'école ou sur le lieu de travail, pour permettre à la personne concernée de bénéficier du traitement dont elle a besoin (horaires de travail flexibles ou cours de soutien scolaire pour compenser les absences, par exemple) ou en tant que composante directe du programme de réadaptation (modification de l'environnement de travail ou de la description de poste, par exemple).

3. Disponibilité et accessibilité économique

41. Des services d'adaptation et de réadaptation dans toutes les disciplines de la réadaptation, ainsi que des produits d'assistance, devraient être proposés en quantité suffisante pour satisfaire pleinement les besoins recensés. Dans de nombreux pays, de graves carences subsistent dans la fourniture de services de réadaptation, y compris pour ce

²³ Voir aussi Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 12, par. 100.

²⁴ Ibid., par. 22, 23 et 25.

²⁵ Ibid., par. 101.

²⁶ A/HRC/34/58, par. 65 et 66 ; voir également A/73/161, par. 58 à 60.

qui est de la disponibilité de spécialistes²⁷. En outre, les personnes ayant besoin de certains types de prestations de réadaptation peuvent être encore plus désavantagées du fait que certains services ne sont pas suffisamment assurés²⁸.

42. Le Comité des droits des personnes handicapées a souligné à maintes reprises l'absence de certains types de services de réadaptation, tels que les services axés sur le rétablissement et les services à base communautaire de réadaptation pour les personnes ayant un handicap psychosocial (CRPD/C/POL/CO/1, par. 24 ; CRPD/C/MKD/CO/1, par. 26), l'aide à la réadaptation dans les lieux de détention (CRPD/C/POL/CO/1, par. 27), les services de réadaptation pour les femmes et filles handicapées soumises à la violence sexiste (CRPD/C/BGR/CO/1, par. 38 ; CRPD/C/PHL/CO/1, par. 31), et la réadaptation médicale pour les personnes handicapées, en particulier celles qui ont une maladie chronique, génétique ou rare (CRPD/C/BGR/CO/1, par. 54).

43. Les États doivent veiller à ce que leurs politiques de planification stratégique, d'affectation budgétaire, de formation professionnelle et d'achats prévoient des services de réadaptation et des produits d'assistance adaptés à un large éventail de personnes handicapées. Ils devraient également veiller à leur distribution géographique équitable afin que les collectivités rurales ou éloignées ne soient pas exclues. Ils devraient suivre une approche sensible aux différences entre les sexes dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de réadaptation, car les femmes et les filles handicapées se heurtent souvent à des obstacles additionnels en matière d'accès aux services de réadaptation et aux produits d'assistance²⁹.

44. Les services de réadaptation et les technologies et appareils d'assistance devraient être accessibles financièrement aux personnes handicapées, pour lesquelles le coût de la vie est en général plus élevé. La couverture médicale universelle devrait comprendre l'accès aux services de réadaptation et aux technologies et appareils d'assistance essentiels. Les États devraient se reporter à la Liste de l'OMS des produits d'assistance prioritaires pour leurs décisions en matière d'achats. Ils devraient garantir par la loi que l'assurance maladie couvre les besoins essentiels de réadaptation des personnes handicapées. En Slovénie, par exemple, la fourniture d'appareils et accessoires d'assistance et leur entretien sont pris en charge par le système national d'assurance maladie obligatoire. En Irlande, les personnes handicapées peuvent bénéficier d'une carte médicale donnant accès, notamment, à des produits d'assistance et à des services de soins communautaires gratuits.

45. Les technologies numériques peuvent contribuer à rendre la réadaptation à domicile plus accessible et abordable. Tout un éventail de services de réadaptation peut être fourni grâce à Internet, y compris une assistance et un appui psychosocial, des services d'orthophonie, des services de réadaptation cardiaque et des évaluations à distance visant à proposer des services d'aménagement du domicile³⁰. Internet facilite également la création et le fonctionnement de groupes d'entraide entre pairs, qui sont en soi une solution efficace en termes de coûts et d'accessibilité à certaines catégories de services de réadaptation. L'utilisation des technologies numériques doit cependant également respecter le droit des personnes handicapées au respect de leur vie privée, tel qu'énoncé au paragraphe 2 de l'article 22 de la Convention, principe en vertu duquel les États parties sont tenus de protéger la confidentialité des informations personnelles et des informations relatives à la santé et à la réadaptation des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres.

4. Accessibilité et accès à la réadaptation dans la communauté

46. Les États devraient veiller à ce que tous les services et programmes de réadaptation et de soins de santé, qu'ils soient publics ou privés, soient pleinement accessibles aux personnes

²⁷ *Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities: UN Flagship Report on Disability and Development 2018*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.un.org/development/desa/disabilities/publication-disability-sdgs.html>.

²⁸ Les physiothérapies, par exemple, semblent plus facilement accessibles que d'autres interventions, telles que les séances d'orthophonie et de logopédie. Voir également A/73/161, par. 24.

²⁹ Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 3 (2016) sur les femmes et les filles handicapées, par. 57.

³⁰ OMS, *Rapport mondial sur le handicap* (Genève, 2011), p. 135.

handicapées³¹. Cela implique que les infrastructures, les équipements, l'information et les modes de communication soient accessibles. Toutes les informations et communications liées à la prestation de services de réadaptation et à la fourniture d'appareils d'aide doivent également être rendues accessibles par l'utilisation de la langue des signes, du braille, de formats électroniques accessibles, de l'écriture adaptée, de formats faciles à lire et à comprendre (FALC) et de nouveaux modes, moyens et formes de communication améliorée, y compris la communication non verbale. Il peut s'agir notamment de campagnes de sensibilisation et d'informations générales sur les services disponibles, d'instructions et de formulaires pour les demandes de services, des sites Web des prestataires, de manuels d'utilisation des produits d'assistance et de la communication entre les professionnels de la réadaptation et chaque usager.

47. Les articles 25 et 26 de la Convention soulignent la nécessité de fournir des services de réadaptation aussi près que possible des communautés où vivent les intéressés, y compris dans les zones rurales. Dans la pratique, cependant, les services de réadaptation sont souvent rares ou inexistant à proximité, et lorsqu'ils existent, sont généralement concentrés dans les zones urbaines³². Des transports accessibles doivent être garantis pour combler ce vide. La nécessité urgente de mettre en place des services de réadaptation à base communautaire, équitablement répartis sur le territoire, devrait se retrouver dans l'allocation de ressources financières, les programmes de formation des professionnels de la réadaptation et les politiques en matière d'emploi (création d'incitations supplémentaires afin que les professionnels de la réadaptation restent dans les communautés rurales ou reculées ou s'y installent, par exemple). Le développement inclusif à base communautaire s'avère une stratégie efficace pour améliorer l'accès aux services de réadaptation et aux produits d'assistance dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, notamment dans les communautés rurales. Cette forme de développement favorise une approche participative et inclusive de la réadaptation – en particulier en encourageant l'entraide entre pairs – et repose sur une telle approche.

48. Les États doivent s'engager dans des stratégies de désinstitutionalisation – avec un plan d'action spécifique à cet effet – qui passe notamment par la création et le développement de services de réadaptation à base communautaire adéquats et appropriés. Les nouveaux investissements dans les services de réadaptation devraient être orientés vers le développement de services de réadaptation fondés sur les droits de l'homme. La prestation de services et la fourniture de produits d'assistance de qualité, dans le cadre de la réadaptation à base communautaire, doivent également être reconnues comme faisant partie des mesures positives que les États doivent prendre afin d'abolir les pratiques discriminatoires. Ces services devraient comprendre des interventions spécialement conçues pour aider les personnes à surmonter les effets préjudiciables du placement en institution, tels que le sentiment d'être condamné à l'impuissance et les traumatismes psychologiques causés par la violence psychologique, physique ou sexuelle subie dans l'institution. En ex-République yougoslave de Macédoine, par exemple, la réadaptation est intégrée aux programmes de désinstitutionalisation afin de préparer les enfants et adultes handicapés à la vie en société.

5. Participation

49. Selon le paragraphe 3 de l'article 4 de la Convention, les États, dans l'élaboration et la mise en œuvre des lois, politiques et autres mesures publiques, doivent consulter étroitement et faire participer activement les organisations de personnes handicapées, y compris celles qui représentent les enfants handicapés. Cela étant, la participation des personnes handicapées est non seulement une obligation juridique mais aussi une question de bonne gouvernance (A/HRC/31/62, par. 25 à 33). Il s'agit d'un principe fondamental dont l'application ne se limite pas aux processus législatifs et politiques, mais s'étend à tous les aspects de la planification, de l'organisation et de la prestation de services de réadaptation.

³¹ A/HRC/34/58, par. 51 et 52 ; voir aussi A/73/161, par. 56 et 57.

³² OMS, *Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : Un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées* (Genève, 2016), par. 40.

50. Les personnes handicapées peuvent fournir par elles-mêmes des renseignements essentiels sur leurs besoins en matière de réadaptation, sur les obstacles auxquels elles font face, sur leur expérience des services de réadaptation et sur l'efficacité des solutions proposées ; elles peuvent suggérer de nouvelles solutions qui conviendraient dans le milieu où elles évoluent. Leur participation offre en outre l'occasion de sensibiliser la communauté des personnes handicapées aux lois et politiques existantes et futures, ce qui permet à un plus grand nombre de personnes d'en bénéficier. Certains États ont mis en place des mécanismes permanents pour faire participer les personnes handicapées à l'élaboration des politiques. Le Parlement danois, par exemple, a créé un conseil du handicap qui conseille le Parlement et d'autres organismes publics et surveille l'application de la législation et des politiques relatives aux personnes handicapées. En Allemagne, les organisations de personnes handicapées formulent des recommandations en vue de définir les responsabilités des différents prestataires de services de réadaptation. Quand ils consultent des personnes handicapées, les responsables de l'élaboration des politiques devraient s'assurer qu'ils recueillent des points de vue représentatifs de la diversité de cette communauté, notamment en termes d'âge, de sexe, de situation géographique et de besoins de réadaptation. Il faudrait aller à la rencontre des personnes handicapées qui sont habituellement exclues, comme les femmes et les filles, les enfants, les personnes âgées, les personnes ayant une déficience intellectuelle ou psychosociale, les personnes autistes et les personnes sourdes-aveugles, et les mettre véritablement à contribution.

IV. Mesures de mise en œuvre

A. Cadre politique et juridique

51. Les États devraient mettre en place un cadre législatif pour la création, l'organisation et la prestation de services de réadaptation complets, coordonnés, pluridisciplinaires et inclusifs (voir, par exemple, CRPD/C/MKD/CO/1, par. 44). Lorsque l'État a choisi d'aborder les services de réadaptation principalement dans le cadre de la législation sanitaire, il doit veiller à ce que leurs composantes non sanitaires soient reconnues et financées à hauteur égale. À cette fin, il est conseillé, le cas échéant, que la réadaptation soit également abordée dans la législation relative au travail, à l'éducation et à la protection sociale et dans les lois et politiques qui définissent un cadre général pour la protection des droits des personnes handicapées. Les États devraient se garder d'articuler leur législation ou leur politique générale relative aux droits des personnes handicapées autour de la question de la réadaptation, celle-ci n'étant qu'une des nombreuses stratégies qui contribuent à l'inclusion des intéressés, ainsi que le reconnaît la Convention.

52. La législation relative à la réadaptation devrait introduire des exigences minimales quant à la qualité des services et inscrire dans la durée l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour la prestation des services, notamment pour ce qui est du consentement libre et éclairé, de la non-discrimination, de la disponibilité, de l'accessibilité, y compris matérielle et financière, de l'accès à la communauté et de la participation. Le cadre législatif de la réadaptation devrait comprendre des mécanismes de contrôle de la qualité des services et de responsabilisation à cet égard. Il doit prévoir des recours utiles afin que les personnes handicapées puissent obtenir une réparation adéquate en cas de violation de leurs droits dans le contexte de la réadaptation. Les plaintes relatives à la réadaptation dans des établissements de santé nécessitent l'intervention d'une instance judiciaire ou quasi judiciaire plutôt que de mécanismes administratifs simples (A/69/299, par. 17).

53. Les États devraient élaborer des politiques de réadaptation qui mettent l'accent sur la participation et l'inclusion en tant que principes fondamentaux et objectifs de la réadaptation. Les politiques de réadaptation devraient donner la priorité à l'intervention précoce et promouvoir une approche globale et individualisée de la prestation de services, l'accès à des appareils et technologies d'assistance accessibles, adéquats et à un coût raisonnable, l'intégration et la décentralisation des services de réadaptation et leur

disponibilité aussi près que possible des communautés, y compris dans les zones rurales (A/73/161, par. 52)³³. Il est de bonne pratique d'adopter un plan national de réadaptation fondé sur des données concrètes qui couvre les éléments essentiels de la prestation de services de réadaptation tels que la direction, le financement, l'information, la prestation du service, les produits et technologies et les professionnels de la réadaptation³⁴. La législation et les politiques en matière de réadaptation devraient être élaborées avec la participation de personnes handicapées, y compris d'enfants, en consultant étroitement et en associant activement les organisations qui les représentent³⁵.

B. Coordination

54. En raison du caractère intersectoriel de la réadaptation, un certain nombre d'organismes publics peuvent être associés à la prestation des services, notamment ceux qui travaillent dans les domaines de la santé publique, de la protection sociale, de l'emploi et de l'éducation³⁶. Une coordination efficace améliore les résultats pour les capacités fonctionnelles et réduit les coûts des services de réadaptation ; elle permet d'avoir un système d'orientation plus performant et plus convivial et donne la possibilité aux personnes handicapées de recevoir toute la gamme des services de réadaptation dont elles ont besoin globalement. Lorsque plusieurs prestataires sont concernés, la coordination permet également d'assurer la continuité des soins³⁷.

55. Les États devraient mettre en place un système d'orientation coordonné, efficace et convivial qui permette aux personnes handicapées d'accéder rapidement à des services de qualité. Dans les pays à faible revenu, le développement inclusif à base communautaire s'avère une stratégie efficace pour apporter aux communautés des activités de réadaptation et pour faciliter l'orientation vers des services de réadaptation plus spécialisés³⁸. Les dispositifs de réadaptation qui reposent sur les organismes à but non lucratif et les organismes de bienfaisance ne dispensent pas l'État de son obligation de garantir que des services de réadaptation et des produits d'assistance sont à disposition à un coût raisonnable.

C. Des professionnels de la réadaptation pluridisciplinaires et formés

56. La disponibilité de personnel compétent dans de multiples disciplines qui relèvent de la réadaptation est essentielle à la prestation de services de qualité qui répondent pleinement aux demandes diverses des personnes handicapées³⁹. La nécessité d'une main-d'œuvre pluridisciplinaire formée à la réadaptation est implicitement reconnue au paragraphe 1 de l'article 26 de la Convention, selon lequel les services et programmes de réadaptation doivent être fondés sur une évaluation pluridisciplinaire des besoins et des atouts de chacun.

57. Pour obtenir une main-d'œuvre pluridisciplinaire qualifiée, il faut des formations adéquates. Un enseignement professionnel de niveau universitaire est généralement nécessaire pour obtenir des qualifications dans des disciplines spécialisées comme la physiothérapie, l'ergothérapie, les prothèses et les orthèses, la psychologie et l'orthophonie. De nombreux pays ont réagi à la grave pénurie de professionnels de la réadaptation et à l'insuffisance des ressources financières en mettant en place des programmes de niveau intermédiaire qui forment des agents polyvalents dans toute une gamme de disciplines ou des assistants spécialisés qui fournissent des services de réadaptation sous supervision. Un troisième niveau de formation, qui permet d'améliorer l'accès à la réadaptation dans les zones rurales, concerne les travailleurs communautaires aptes à fournir, à la croisée des

³³ Voir aussi OMS, *Rapport mondial sur le handicap*, p. 119 et 120.

³⁴ *Ibid.*, p. 119 et 120.

³⁵ Par. 3 de l'article 4 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

³⁶ OMS, *Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021*, par. 41.

³⁷ OMS, *Rapport mondial sur le handicap*, p. 131.

³⁸ Voir <https://www.who.int/disabilities/cbr/fr/>.

³⁹ OMS, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 14 et 15.

prestations sanitaires et sociales, des services de réadaptation de base⁴⁰. Pour tenir compte des éléments évoqués ci-dessus et contribuer à la mise en œuvre de la Convention, la formation devrait avoir pour objectif de garantir que l'approche de la réadaptation est fondée sur les droits de l'homme, comme décrit plus haut. Inclure du contenu sur les facteurs sociaux, politiques, culturels et économiques qui influent sur la santé et la qualité de vie des personnes handicapées peut rendre le programme d'études plus pertinent au regard du contexte dans lequel le personnel chargé de la réadaptation va travailler⁴¹. Les programmes de formation devraient être accessibles et inclusifs afin de permettre aux personnes handicapées de se former comme professionnels de la réadaptation et de les encourager sur cette voie.

58. Dans certains pays, les professionnels de la réadaptation sont en majorité des hommes, ce qui peut nuire à l'accès des femmes handicapées aux services de réadaptation. Les États devraient prendre des mesures spécifiques pour assurer un meilleur équilibre hommes-femmes parmi les professionnels de la réadaptation, notamment en facilitant l'accès des femmes aux programmes de formation et en intégrant l'égalité des sexes dans les politiques en matière d'emploi.

D. Mécanismes de financement

59. Les États devraient instaurer des mécanismes de financement pour assurer à toutes les personnes handicapées un accès adéquat à des services de réadaptation abordables. On y parvient généralement en combinant diverses solutions éprouvées telles que le financement public, l'assurance maladie, l'assurance sociale, le partenariat public-privé pour la prestation de services, ainsi que la réaffectation et la redistribution des ressources existantes⁴². Les objectifs de développement durable comportent l'engagement exprès de parvenir à la couverture sanitaire universelle (cible 3.8). Lorsqu'ils conçoivent et mettent en œuvre la couverture sanitaire universelle, les États devraient veiller à ce qu'elle inclue la réadaptation et les produits d'assistance (A/73/161, par. 55).

60. Il est de bonne pratique d'allouer, dans le cadre du budget de l'État, des fonds destinés aux services de réadaptation qui suffisent à garantir à tous les usagers, y compris aux personnes handicapées vivant dans la pauvreté, un accès équitable à des services de même qualité⁴³. Les responsables de l'élaboration des politiques devraient se pencher sur les effets économiques positifs plus larges des investissements faits dans la réadaptation – comme une participation accrue au marché du travail et à l'éducation, une vie autonome plus longue et des hospitalisations moins nombreuses ou plus courtes – et devraient mesurer ces effets.

E. Sensibilisation

61. Conformément à l'article 8 de la Convention, les États s'engagent à prendre des mesures immédiates, efficaces et appropriées en vue de sensibiliser à la situation des personnes handicapées et à leurs besoins en matière de santé et de réadaptation. Les campagnes de sensibilisation doivent suivre une approche fondée sur les droits de l'homme et promouvoir les personnes handicapées en tant que titulaires de droits et non en tant que patients ou l'objet d'une démarche caritative et de soins. À cet égard, les campagnes publiques de collecte de fonds à l'appui de services de réadaptation ou la remise d'appareils et de technologies d'assistance à l'occasion de manifestations publiques sont de nature à renforcer l'approche caritative du handicap et la vision selon laquelle le handicap est assimilé à la maladie (A/73/161, par. 69). Des campagnes générales de sensibilisation

⁴⁰ OMS, *Rapport mondial sur le handicap*, p. 124 et 125.

⁴¹ *Ibid.*, p. 127.

⁴² *Ibid.*, p. 139.

⁴³ OMS, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 22. Le Comité des droits des personnes handicapées s'est dit préoccupé par le fait que les critères de revenu pour avoir droit aux services de réadaptation imposaient une contrainte financière injustifiée aux personnes handicapées et a recommandé que ces critères soient éliminés (CRPD/C/POL/CO/1, par. 45 et 46).

devraient être menées dans le but d'informer les usagers finals des services disponibles et de leurs droits, et des campagnes plus ciblées devraient viser à faire évoluer les comportements des professionnels de la réadaptation et des familles vers une approche du handicap fondée sur les droits de l'homme.

F. Recherche et données

62. L'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes de réadaptation efficaces, fondées sur des données concrètes, requièrent des travaux de recherche et des données fiables, de grande qualité. Conformément à l'article 31 de la Convention et à l'objectif de développement durable 17, les États parties, afin d'identifier les lacunes et d'améliorer la formulation des politiques, sont invités à diffuser en temps voulu des données fiables et de qualité, ventilées par sexe, âge, handicap et autres caractéristiques à l'origine de la discrimination. Ces données sont encore trop rares⁴⁴. Les États devraient intensifier la recherche liée à la réadaptation, en particulier dans les domaines prioritaires définis par l'OMS, tels que : les différents types de modèles de prestation de services, de structures de gouvernance et d'allocations financières, et leurs effets ; l'analyse coûts-avantages de la réadaptation ; et les éléments qui facilitent la réadaptation ou y font obstacle⁴⁵. Les États devraient également intensifier la recherche sur la mise au point de produits d'assistance à un coût raisonnable (Convention, art. 4, par. 1, al. g)). Chaque fois que cela est possible, les recherches devraient être dirigées par des chercheurs handicapés, être participatives et tenir compte des points de vue des personnes handicapées et des organisations qui les représentent, à toutes les étapes. Les États devraient recueillir des données ventilées sur les besoins de réadaptation des personnes ainsi que sur les types et la qualité des services de réadaptation fournis. Les données sur les dépenses consacrées aux services de réadaptation devraient être dissociées des données relatives aux autres services de santé⁴⁶. Les États devraient veiller à ce que les résultats des recherches et les données soient publiés sous une forme accessible et soient systématiquement diffusés afin que la pratique clinique puisse se fonder sur des données concrètes et que les personnes handicapées puissent influencer sur l'utilisation des recherches⁴⁷, et aux fins du suivi et de la responsabilisation.

V. Conclusions et recommandations

63. L'adaptation et la réadaptation constituent un ensemble d'interventions conçues pour améliorer la vie des personnes ayant des déficiences dans leur interaction avec leur environnement. Ces interventions ont pour but de contribuer à l'indépendance des personnes handicapées et à leur participation à la vie de la société. Les différentes formes d'adaptation et de réadaptation comportent des prestations liées à la santé, mais aussi des prestations qui n'y sont pas liées. Le fait que l'adaptation et la réadaptation figurent dans un article distinct de la Convention leur donne une plus grande visibilité en tant que stratégie importante pour garantir la participation des personnes handicapées à la vie de la société. Toutefois, parvenir au fonctionnement optimal ne suffit pas à garantir la participation effective des personnes handicapées à la vie de la société : des barrières comportementales et environnementales y font aussi obstacle. L'adaptation et la réadaptation ne devraient donc pas être interprétées à tort comme étant la seule stratégie pour atteindre cet objectif.

64. Une approche de l'adaptation et de la réadaptation des personnes handicapées fondée sur les droits de l'homme passe par l'organisation, la prestation et la fourniture de services complets, librement acceptés, non discriminatoires, disponibles, abordables, accessibles, communautaires et participatifs. En outre, les programmes et

⁴⁴ OMS, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 33.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ OMS, *Rapport mondial sur le handicap*, p. 140.

⁴⁷ Ibid., p. 138.

services d'adaptation et de réadaptation doivent être adaptés à la personne et prévoir une intervention précoce pour les enfants handicapés. Les États devraient veiller à ce que des produits d'assistance soient élaborés, mis à disposition et distribués et à ce que l'entraide entre pairs soit mise en place, en tant qu'éléments essentiels des services d'adaptation et de réadaptation.

65. Il faut d'urgence renforcer les services d'adaptation et de réadaptation pour les personnes handicapées, en particulier dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines pertinents comme l'éducation et l'emploi. Ces efforts devraient s'inscrire dans le cadre de politiques générales qui tiennent compte des personnes handicapées et de leurs droits.

66. Lorsque les États parties mettent en œuvre les dispositions de l'article 26 de la Convention, il leur est recommandé de mettre en place ou renforcer :

a) Un cadre politique et juridique qui offre des services d'adaptation et de réadaptation de qualité, complets et librement acceptés, et qui garantisse l'accès des personnes handicapées sur la base de l'égalité avec les autres, tout en favorisant une approche de la réadaptation axée sur la personne, fondée sur les droits et participative, et tenant compte du sexe et de l'âge ;

b) Des mécanismes de coordination entre les organismes publics aux fins de l'application d'une approche globale dans la mise en œuvre de services d'adaptation et de réadaptation de qualité, compte tenu de leur nature intersectorielle, y compris les organismes dont les activités relèvent de la santé publique, de la protection sociale, de l'emploi et de l'éducation ;

c) Une main-d'œuvre pluridisciplinaire et qualifiée dans le domaine de l'adaptation et de la réadaptation, qui aura bénéficié d'une formation adéquate abordant le handicap sous l'angle de la personne, tenant compte du sexe et de l'âge et reposant sur les droits de l'homme ;

d) Des mécanismes de financement propres à assurer un accès équitable et adéquat aux services d'adaptation et de réadaptation en combinant diverses solutions éprouvées telles que le financement public, l'assurance maladie, l'assurance sociale, les partenariats public-privé pour la prestation des services, ainsi que la réaffectation et la redistribution des ressources existantes ;

e) La sensibilisation, au moyen d'actions immédiates, efficaces et appropriées, toutes les campagnes devant être axées sur une approche du handicap fondée sur les droits de l'homme et ne pas y représenter les personnes handicapées comme des patients ou comme l'objet d'une démarche caritative et de soins ;

f) La recherche, et la collecte de données ayant trait à l'adaptation et à la réadaptation, ventilées en fonction des besoins de la population en matière d'adaptation et de réadaptation, des types et de la qualité des services fournis, du sexe, de l'âge et du handicap, en particulier dans les domaines prioritaires définis par l'OMS ; et la diffusion systématique des résultats des travaux.