

PARLIAMENTARY ASSEMBLY
OF THE
COUNCIL OF EUROPE

26 February 1992

Doc. 6581

REPORT

**on independent living:
rehabilitation policies
for the disabled**

(Rapporteurs: Mr FOSCHI,
Italy, Christian Democrat
and Mr SCHWIMMER,
Austria, Austrian People's Party)

The 1st European Conference of Ministers responsible for the Rehabilitation of the Disabled took place in Paris from 7 to 8 November 1991. It gave strong endorsement to the Council of Europe's programme. This report, in an earlier version, was the Assembly's contribution to the conference. It calls for the governments of all member states to take part in the Council of Europe's programme, for the Social Charter to be amended so as to include stronger rights and safeguards and more up-to-date concepts with regard to policy; and for greater public awareness of the need to help people with disabilities express their full potential as members of society. The final declaration of the ministerial conference is attached.

I. Draft recommendation

1. The International Year for Disabled Persons was proclaimed in 1981 and prompted the Council of Europe Parliamentary Assembly to adopt Recommendation 925 (1981). The year 1993 will mark the end of the Decade for the Disabled and should provide an opportunity to take stock of progress and to consider what remains to be done, particularly as it will be necessary in 1993, with the completion of the single market and freedom of movement for persons, to create a European social area from which people with disabilities are not excluded. Disabled people should, on the contrary, be able to help devise solutions for everyone, on an equal footing with others.

2. To men and women with a disability, being independent means being able to live like ordinary men and women; it does not mean being passive recipients of assistance, but it means having a wide choice of opportunities and being responsible for one's own life.

ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE
DU
CONSEIL DE L'EUROPE

26 février 1992

Doc. 6581

RAPPORT

**sur une vie autonome:
politiques de réadaptation
pour les personnes ayant un handicap**

(Rapporteurs: M. FOSCHI,
Italie, démocrate-chrétien,
M. SCHWIMMER,
Autriche, ÖVP)

La 1^{re} Conférence des ministres chargés de la réadaptation des personnes handicapées a eu lieu à Paris du 7 au 8 novembre 1991. Elle a donné un ferme soutien au programme du Conseil de l'Europe. Ce rapport, dans sa version initiale, a constitué la contribution de l'Assemblée à cette conférence. Il invite tous les Etats membres à participer au programme du Conseil de l'Europe; il demande l'amendement de la Charte sociale aux fins d'y inclure des garanties et des droits plus vigoureux, la mise à jour des conceptions politiques ainsi qu'une conscience publique plus aiguë de la nécessité d'aider les personnes handicapées, en tant que membres de la société, dans l'expression de tout leur potentiel. La déclaration finale de la conférence ministérielle est annexée.

I. Projet de recommandation

1. L'année 1981 avait été proclamée Année internationale des personnes handicapées et ce fut l'occasion pour l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe d'adopter la Recommandation 925 (1981). L'année 1993 verra la fin de la décennie consacrée aux personnes handicapées. Ce doit être l'occasion d'un bilan du chemin parcouru et d'une réflexion sur les mesures encore nécessaires, et ce d'autant plus que 1993, avec la réalisation du Marché unique ainsi que la liberté de circulation des personnes, demande la création d'un espace social européen dont les personnes ayant un handicap ne soient pas exclues. Elles doivent, au contraire, pouvoir participer, de pair avec les autres, à l'élaboration de réponses pour tous.

2. Etre autonome, c'est, pour les hommes et les femmes ayant un handicap, pouvoir vivre comme des hommes et des femmes ordinaires, ne pas être passifs et assistés, disposer d'une gamme de possibilités et être acteurs de leur propre vie.

3. A disability is a restriction caused by physical, psychological, sensory, social, cultural, legal or other obstacles that prevent disabled people from becoming integrated and taking part in family life and the community on the same footing as everyone else. Society has a duty to adapt its standards to the specific needs of disabled people in order to ensure that they can lead independent lives.

4. Yet how many people are there of whom we say that we accept the fact that they are different, but in respect of whom society still makes very little effort to allow them to make their presence felt? We do not know how many such people there are, nor what their needs are, nor, in particular, what their wishes are. There is no information or evaluation system whereby it is possible, on the basis of reliable statistics and reviewable indicators, to obtain information and make forecasts that are comparable from one European country to another.

5. The Council of Europe has done very valuable work in this field, but unfortunately its work has often been restricted to a small number of member states; the Assembly itself knows very little about the experts' proposals and has not, to date, had an opportunity to forward its own conclusions to national parliaments because of the limitations of the communications system at the Council of Europe.

6. The time has come for the Assembly to call on the governments and the agencies concerned in its member states:

i. to ensure that the interests and needs of disabled people are taken into account; to provide for the co-ordination by local authorities and associations of the various measures taken to this end; and to ensure their coherence, comprehensiveness and effectiveness by setting up, if necessary, a central unit for concerted policy decision-making, placed under the authority of a minister: the object being to ensure proper co-ordination and effectiveness, not to bring services and initiatives under the direct authority of the state;

ii. to strive for and encourage genuine active participation by disabled people in family life, the community and society, and in the organisation of their own lives; to guarantee recognition and effective exercise of all their civil, political, social, economic and cultural rights; and to ensure in any event the proper representation of their interests and needs;

iii. in order to give people with disabilities opportunities to be as fully involved as possible in society and working life and to be as independent as possible, to give priority to:

a. preventive measures, both genetic and medical, in the light of new scientific discoveries

3. Le handicap est une limitation née d'une confrontation à des obstacles physiques, psychiques, sensoriels, sociaux, culturels, juridiques ou autres, qui empêchent la personne handicapée de s'intégrer dans la vie familiale, la société, et d'y participer au même titre que tout un chacun. Nos sociétés ont le devoir d'adapter leurs normes aux besoins spécifiques des personnes handicapées pour leur garantir une vie autonome.

4. Mais combien sont-ils, ceux dont nous disons accepter la différence et pour lesquels nos sociétés font encore bien peu pour que nous devenions sensibles à leur présence? Nous ne connaissons ni leur nombre ni leurs besoins, ni surtout leurs souhaits. Il manque un système d'information et d'évaluation permettant, sur la base de données statistiques fiables et d'indicateurs révisables, une connaissance et des projections comparables entre les différents pays d'Europe.

5. Le Conseil de l'Europe a mené des travaux de grande valeur dans ce domaine, malheureusement souvent limités à un petit nombre d'Etats membres; l'Assemblée elle-même connaît très peu les propositions des experts et, jusqu'à ce jour, n'a pas eu l'occasion de transmettre ses propres conclusions aux parlements nationaux du fait des limites du système de communication en vigueur au sein du Conseil de l'Europe.

6. Le moment est venu pour L'Assemblée d'en appeler aux gouvernements et aux autorités compétentes de ses Etats membres:

i. pour assurer la prise en compte des intérêts et des besoins des personnes handicapées; pour permettre aux pouvoirs locaux et aux associations la coordination des diverses mesures élaborées à cette fin, et en garantir la cohérence, la globalité et l'efficacité par la création, si nécessaire, d'une unité centrale de concertation et de décision politique, placée sous l'autorité d'un ministre, l'objectif n'étant pas d'étatiser les initiatives et les services, mais d'en garantir la coordination adéquate et l'efficacité;

ii. pour rechercher et encourager une participation effective et active des personnes handicapées à la vie familiale, communautaire et sociale, et à leur propre vie; pour leur assurer la reconnaissance et l'exercice effectif de tous leurs droits civils, politiques, sociaux, économiques et culturels, et en tout cas leur garantir une réelle représentation de leurs intérêts et de leurs besoins;

iii. pour donner la priorité, avec le souci d'offrir aux personnes ayant un handicap des possibilités de participer le plus largement possible à la vie sociale et économique, et de bénéficier d'un maximum d'autonomie:

a. aux actions préventives, tant sur le plan génétique que médical, compte tenu des

but also of bioethical hazards and restrictions; special attention should be paid to infant mental health and neuro-psychiatry centres because of the crucial effects of any action taken at an age when children are developing;

b. education and integration at school;

c. reinforcing home services and assistance to families, with special attention being paid to severely disabled people and dependent elderly people;

d. providing placement and vocational guidance and training services and passing legislation allowing disabled people to obtain ordinary employment in keeping with the complex developments in the labour market or, in the most serious cases, employment in co-operatives and sheltered workshops;

e. setting up a network of local and regional rehabilitation and social back-up services, to be run as far as possible by family and voluntary associations;

f. guaranteeing ease of access to buildings, and overcoming visual, auditory and psychological obstacles to communication;

g. adopting the necessary fiscal and supportive measures for families and associations;

h. defining European standards for the training of specialised medical and technical personnel, care being taken to avoid confusion between responsibilities and above all to establish that medical diagnosis and treatment be entrusted only to doctors with special training in the field of rehabilitation;

i. supporting every effort aimed:

— at helping and standing by and improving awareness of the problems of disabled people;

— at backing charity initiatives;

— at surmounting obstacles, especially those of a psychological character, between disabled people and their families and the rest of society;

j. amending the Social Charter of the Council of Europe to include the rights and safeguards needed to ensure that a comprehensive rehabilitation policy is fully and coherently applied, as proposed in Assembly Recommendation 1168 (1991).

7. The Assembly recommends moreover that the Committee of Ministers:

nouvelles découvertes de la science, mais aussi des risques et des limites imposées par la bioéthique; une attention particulière doit être portée aux centres d'hygiène mentale et de neuropsychiatrie infantiles en raison de l'impact déterminant de toute action conduite pendant le développement de l'enfant;

b. à l'éducation et à l'insertion scolaire;

c. au renforcement des services à domicile et d'aide aux familles, avec une attention particulière aux porteurs de handicaps graves et aux dépendants âgés;

d. à l'offre de services de placement, d'orientation et de formation professionnelles, et à une législation qui permette une insertion au sein des activités professionnelles ordinaires dans le cadre de l'évolution complexe du marché du travail ou, dans les cas les plus graves, dans le cadre d'initiatives coopératives et du travail protégé;

e. à la constitution d'un réseau de services locaux et régionaux de réadaptation et d'aide sociales, gérés le plus possible par les associations familiales et le bénévolat;

f. à la suppression des frontières architecturales et des obstacles visuels, auditifs et psychologiques à la communication;

g. à l'adoption des mesures fiscales et des mesures de soutien aux familles et aux associations qui s'avéreront nécessaires;

h. à la définition de normes européennes pour la formation du personnel médical et technique spécialisé, en évitant la confusion des compétences et surtout en réaffirmant que le diagnostic et le traitement médicaux doivent être de la compétence exclusive des médecins spécialistes de la réadaptation;

i. au soutien de chaque effort visant:

— à promouvoir et à diffuser une culture d'accueil et de solidarité avec les personnes handicapées;

— à la valorisation des initiatives telles que le bénévolat, et

— à surmonter les obstacles, notamment psychologiques, érigés entre les personnes handicapées, leur famille et la société;

j. à amender la Charte sociale du Conseil de l'Europe pour introduire les droits et les garanties nécessaires pour donner pleine application et cohérence à une politique globale de la réadaptation, comme proposé dans sa Recommandation 1168 (1991).

7. En outre, l'Assemblée recommande au Comité des Ministres:

- i. seek to associate the governments of all member states, and if possible of all European states, in the activities of the Council of Europe for the benefit of people with disabilities, whether physical, psychological and/or sensorial in origin, and to encourage the holding of periodic conferences of European specialised Ministers;
- ii. promote the use of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) having regard to the work of the Council of Europe within the frame of its Partial Agreement;
- iii. invite the government of each member state to describe what steps have been taken to implement Recommendation No. R (92) 6, as revised, on a coherent policy for people with disabilities;
- iv. to provide for the setting-up of a European information and evaluation system for obtaining reliable statistics, calculated with regularly updated indicators, in order to provide information and forecasts that are comparable from one European country to another.

II. Explanatory memorandum

by Mr FOSCHI

1. The United Nations proclaimed 1981 to be International Year for Disabled Persons. The Council of Europe Parliamentary Assembly made a contribution through its Recommendation 925 (1981). It was hoped, *inter alia*, that henceforth all the member states would take part in its work, thus transcending the restricted framework of the "Partial Agreement", which was the system of co-operation at the time. In 1991 these wishes were met when, for the first time, a conference attended by the appropriate ministers from all member states of the Council of Europe was held in Paris on 7 and 8 November. Representatives from Albania, Bulgaria, Canada, Estonia, the Holy See, Latvia, Poland and Romania were invited as observers. The declaration adopted by the ministers at the close of the conference is appended to this report.
2. 1993 will mark the end of the United Nations Decade for the Disabled.¹ This will coincide with the establishment of the Single European Market and freedom of movement in Europe. It will thus be an opportunity to take stock both of past action and of the measures needed to meet new demands.

1. See adoption of the World Action Programme by the General Assembly on 3 December 1982 (United Nations Resolution 37/52).

- i. de chercher à associer tous les gouvernements des Etats membres, voire de tous les Etats européens, aux activités menées par le Conseil de l'Europe en faveur des personnes souffrant d'un handicap, d'origine soit physique, soit psychique soit/et sensoriel, et d'encourager la tenue périodique de conférences de ministres européens spécialisés;
- ii. de promouvoir l'utilisation de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), eu égard notamment aux travaux du Conseil de l'Europe dans le cadre de son accord partiel;
- iii. d'inviter chacun des gouvernements des Etats membres à préciser ce qu'il en est de la mise en œuvre de la Recommandation n° R (92) 6 relative à une politique cohérente et globale pour les personnes handicapées;
- iv. d'engager l'action nécessaire à l'instauration d'un système européen d'information et d'évaluation, offrant des données statistiques fiables mesurées avec des indicateurs mis à jour régulièrement, afin de parvenir à une connaissance et à des projections comparables entre les différents pays d'Europe.

II. Exposé des motifs

par M. FOSCHI

1. L'année 1981 avait été proclamée Année internationale des personnes handicapées par l'ONU et ce fut l'occasion pour l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe d'y contribuer et d'adopter la Recommandation 925 (1981). Entre autres choses, elle souhaitait que tous les Etats membres participent aux travaux du Conseil de l'Europe et dépassent donc le cadre restreint de l'accord partiel, de règle à cette époque. En 1991, ce souhait a été finalement exaucé puisque la première conférence a réuni les ministres concernés des Etats membres du Conseil de l'Europe à Paris les 7 et 8 novembre. Des représentants de l'Albanie, de la Bulgarie, du Canada, de l'Estonie, du Saint-Siège, de la Lettonie, de la Pologne et de la Roumanie y assistaient comme observateurs. La déclaration adoptée à l'issue de la conférence figure en annexe au présent rapport.
2. 1993 marquera la fin de la décennie consacrée par l'ONU aux personnes handicapées¹. Cette période coïncidera avec la réalisation du Marché unique et la libre circulation en Europe; c'est donc là une occasion de dresser un bilan à la fois des actions déjà menées et de celles encore nécessaires pour répondre à ces nouvelles exigences.

1. Voir l'adoption du programme d'action mondiale par l'Assemblée générale du 3 décembre 1982 (Résolution ONU 37/52).

The work of the Council of Europe

3. Back in 1960, the Council of Europe began European co-operation in this field with the Partial Agreement activities previously carried out under the Treaty of Brussels and later by WEU (1950-60). For more than thirty years the Committee on the Rehabilitation and Integration of People with Disabilities (CD-P-RR) has conducted an important experiment, in several phases, which member countries have drawn upon when enacting new laws.

Initially the studies carried out and resolutions adopted related to special categories of disabled people (sufferers of tuberculosis, poliomyelitis, people with heart complaints, epileptics, chronically injured, the deaf, etc.), and some specific aspects of the question such as education, etc.

4. Later on the committee set itself the goal of tackling rehabilitation as an on-going process concerning all aspects of social life and not only the medical side, and for all categories of handicapped persons.

The many legal texts resulting from this effort have enabled the Committee of Experts to work out a full programme for a coherent policy on the rehabilitation of people with disabilities adopted in the form of Resolution AP (84) 3 of the Committee of Ministers of the Council of Europe in 1984. This is now the official document and is made available to all European countries, along with some non-European countries, to help work out an overall policy for protecting the rights of the disabled. Other large-scale studies¹ have been carried out. Attention should be drawn, in particular, to a report for which the committee is responsible and which serves as an essential tool: the report on European legislation on rehabilitation and employment of the disabled (published 1990) in sixteen Council of Europe member states.

1. Examples are: the report on systems of information on people with an impairment, disability or handicap; the report on sheltered workshops (1981); the report on training medical staff for rehabilitation (1984); the report on special measures to be taken for promoting the social integration of the mentally handicapped; the report on the assessment of a handicap with a view to professional rehabilitation (1987); the report on the use of international classifications of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) in re-education and rehabilitation (1990); the report on European legislation on rehabilitation and employment of the disabled (published); the glossary of basic terms used in rehabilitation.

Les travaux du Conseil de l'Europe

3. En 1960, le Conseil de l'Europe initiait la coopération européenne dans ce domaine par l'entremise de l'accord partiel, poursuivant ainsi les activités exercées précédemment dans le cadre du Traité de Bruxelles et ensuite par l'UEO (1950-1960). Depuis plus de trente ans le travail du Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées (CD-P-RR), fondé sur une méthode multidisciplinaire, constitue un fonds commun d'expériences d'importance dont les pays membres ont pu ensuite bénéficier sur le plan législatif.

Au départ, les études et les résolutions adoptées concernaient des catégories isolées de personnes handicapées (tuberculose, poliomyélite, cardiopathies, épilepsies, traumatismes chroniques, surdité, etc.) et des aspects spécifiques de la question comme l'éducation.

4. Par la suite, le comité s'est fixé comme objectif de concevoir la réadaptation comme un processus continu et global concernant tous les aspects de la vie sociale et non pas seulement les aspects médicaux, et ce pour toutes les personnes handicapées, toutes catégories confondues.

L'ensemble des textes juridiques nés de cette expérience a servi au comité d'experts à élaborer un programme type complet de politique cohérente en matière de réadaptation des personnes handicapées, adopté sous la forme d'une résolution du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe en septembre 1984 (Résolution AP (84) 3). Ce document est aujourd'hui le document officiel mis à la disposition de chacun des pays européens et non européens pour l'élaboration d'une politique globale de protection des droits des personnes souffrant d'un handicap. D'autres grandes études¹ ont été réalisées, par exemple le rapport sur la législation européenne sur la réadaptation et l'emploi des invalides, et il convient tout particulièrement de citer un outil indispensable qui est dû à ce comité: le rapport sur la législation européenne sur la réadaptation et l'emploi des invalides (édition 1990) dans seize Etats membres du Conseil de l'Europe.

1. A titre d'exemple de ces travaux, il convient de citer: le rapport sur les ateliers protégés (1981); le rapport sur la formation de personnel médical pour la réadaptation (1984); le rapport sur les mesures propres à promouvoir l'intégration sociale des handicapés mentaux; le rapport sur l'évaluation du handicap en fonction de la réadaptation professionnelle (1987); le rapport sur l'utilisation des classifications internationales des déficiences, des incapacités et des handicaps (CIDIH) en rééducation et en réadaptation (1990); le rapport technique sur le bilan de l'utilisation des classifications internationales (CIDIH) dans les enquêtes et les statistiques (1990); le rapport sur la législation européenne sur la réadaptation et l'emploi des invalides (1990); le lexique et la liste des principaux termes utilisés en matière de réadaptation.

The role of the Parliamentary Assembly

5. It comes as some surprise that, despite the extent of the Council of Europe's work on rehabilitation, this has never been the subject of a special examination by the Parliamentary Assembly. This is further proof of the need to bring an end, long overdue, to the absurd inability the different sectors of the Council of Europe have in communicating with one another.

It is worth underlining the role which the Parliamentary Assembly might play since its members are representatives of national parliaments required to vote on the national legislative proposals. They could therefore accept or reject the guidelines put forward by experts for European co-operation in one of the most interesting, if one of the most complicated, areas of health and social policies. It is only recently, following the Social, Health and Family Affairs Committee's initiative, that fruitful dialogue has begun with the Partial Agreement secretariat.

6. The 1984 programme and the Committee of Ministers' resolution should now be discussed in the Parliamentary Assembly, taking stock of the last forty years and comparing all the different European experiences, examining trends and changes made to national legislation. It might then be possible to propose to the Committee of Ministers a set of recommendations and initiatives designed to overcome old prejudices which still remain and the effects of piecemeal legislation, and to combat the serious risk of a possible backward step on the grounds of superficial calculations regarding the economic costs of a rehabilitation policy, whose shortcomings are the cause of even heavier costs both in human and social as well as economic terms.

7. This analysis was conducted by our committee as a contribution to the Paris Conference of Ministers responsible for Rehabilitation, to some extent following the guidelines included in the proposal for a recommendation put by a number of parliamentarians on 5 May 1988 (Doc. 5894).

**Disability, rehabilitation and independent living:
the future of the Social Charter**

8. For scientific as well as historic reasons, the first disabled people to be dealt with were war victims and working accident victims. The ever-increasing awareness of human rights, applicable to each individual, and the consequent affirmation of equality between all as enshrined in the

Le rôle de l'Assemblée parlementaire

5. Il est étonnant de constater que, malgré l'ampleur du travail effectué au sein du Conseil de l'Europe en matière de réadaptation, ce domaine n'ait jamais fait l'objet d'un examen spécifique de la part de l'Assemblée parlementaire. Il est donc nécessaire de mettre fin à ce défaut de communication et de collaboration regrettable et anachronique, quelle qu'en ait été la cause.

Il ne faut pas en effet négliger le rôle que peut jouer l'Assemblée parlementaire, composée de représentants des parlements nationaux, qui sont appelés à voter sur les législations de chacun des pays membres et donc à mettre — ou non — en pratique les orientations définies par les experts dans une perspective de coopération européenne et ce dans l'un des domaines du plus haut intérêt et l'un des plus complexes, ressortissant à la politique de santé et à la politique sociale. Le récent dialogue profitable instauré entre la Direction de l'accord partiel et la commission des questions sociales, de la santé et de la famille doit s'intensifier.

6. Le programme type de politique de réadaptation de 1984 et la résolution du Comité des Ministres doivent avoir leur place au sein du débat de l'Assemblée parlementaire et susciter une évaluation du chemin parcouru en quarante ans, une comparaison des différentes expériences européennes, un examen des tendances et de l'évolution des législations nationales, le but étant de proposer au Comité des Ministres une série de recommandations et d'initiatives propres à surmonter les préjugés qui persistent encore, à dépasser le caractère encore fragmentaire des nombreuses législations actuelles ainsi qu'à lutter contre le risque grave d'une possible régression: celle-ci se trouvant justifiée par des calculs superficiels quant aux coûts économiques d'une politique de réadaptation, alors même que ses insuffisances sont cause de coûts bien plus graves sur le plan tant humain que social, sans parler des aspects économiques liés au handicap.

7. Cette analyse a été faite par notre commission en tant que contribution à la Conférence de Paris des ministres responsables de la réadaptation, en tenant compte dans une certaine mesure des orientations figurant dans la proposition de recommandation, déposée par de nombreux parlementaires le 5 mai 1988 (Doc. 5894).

**Handicap, réadaptation et vie autonome:
le devenir de la Charte sociale**

8. Pour des raisons historiques, mais aussi scientifiques, on s'est d'abord occupé des invalides de guerre et des accidents du travail pour ensuite se préoccuper des handicapés, quelle que soit l'origine du handicap. Une conscience toujours plus aiguë des droits de l'homme et l'affir-

European Convention on Human Rights and the Social Charter¹ have given rise to a new philosophy regarding rehabilitation which has quickly revolutionised the original concept founded only on medical care and recovery of functions.

9. In order to reaffirm and update this philosophy, we suggested in our report on the future of the Social Charter (Doc. 6499 and Addendum), leading to Assembly Recommendation 1168, an amendment to paragraph 15 of Part I, to the effect that "every disabled person has the right to rehabilitation with a view to maximum self-reliance and the realisation of his or her social and economic rights, whatever the origin of his or her disability". Similarly, we suggested a new paragraph 4 in Article 11 (Part II) concerning the establishment and development of rehabilitation programmes for disabled people. In Article 15 we specified that the people concerned were those with physical, social, psychological and/or sensory disabilities and added that the Contracting Parties undertook to assist disabled people with career development and social integration through measures to reduce barriers to communication and circulation.¹

It is hoped that all these proposals will rapidly be given a follow-up by the authorities concerned, in particular after the Council of Europe Ministerial Conference on the European Social Charter (Turin, 21-22 October 1991), in the final resolution of which it is stressed that "it would be timely to up-date and adapt the substantive contents of the Charter in order to take account, in particular, of the fundamental social changes which have occurred since the text was adopted".

10. The notion of rehabilitation is now seen as a continuous, overall process beginning with prevention, progressing to medical treatment and finally social integration. According to this new approach, rehabilitation is a learning process including all measures which might prevent or reduce to a bare minimum the physical, psychological, sensory, social and economic consequences of illnesses leading to congenital or acquired disabilities or those brought on by accident.

11. This entails methodically implementing the necessary actions in order to achieve these

mation conséquente de l'égalité entre tous, telle que sanctionnée par la Convention européenne des Droits de l'Homme et par la Charte sociale du Conseil de l'Europe¹, a donné naissance à une nouvelle conception de la réadaptation qui a rapidement révolutionné la conception de départ, fondée sur les soins médicaux et sur le recouvrement des fonctions.

9. Pour réaffirmer et actualiser cette conception, nous avons proposé dans notre rapport sur la relance de la Charte sociale (Doc. 6499 et addendum), sur la base duquel l'Assemblée a adopté sa Recommandation 1168, des amendements au paragraphe 15 de la partie I dans le sens que «toute personne ayant un handicap a droit à la réadaptation pour garantir son autonomie et la protection de ses droits sociaux et économiques, quelles que soient l'origine et la nature de son handicap». Dans ce même esprit, dans la partie II nous avons proposé à l'article 11 un nouveau paragraphe 4, pour prévoir et développer des programmes de réadaptation pour les personnes handicapées, et encore à l'article 15 nous avons précisé qu'il s'agit des personnes handicapées sur le plan physique, psychique et/ou sensoriel, et nous avons ajouté que les Parties contractantes s'engagent à aider les personnes handicapées à poursuivre une carrière et à favoriser leur participation à la vie sociale par des mesures visant à surmonter les barrières à la communication et à la circulation¹.

Il faut espérer que ces propositions trouveront rapidement un écho auprès des instances compétentes, suite notamment à la Conférence ministérielle du Conseil de l'Europe sur la Charte sociale européenne (Turin 21-22 octobre 1991) qui soulignait, dans sa résolution finale, que «le moment est venu de mettre à jour et d'adapter le contenu matériel de la Charte, afin de tenir compte en particulier des changements sociaux fondamentaux intervenus depuis son adoption».

10. Par réadaptation, il faut désormais comprendre un processus continu et global qui commence par des phases de prévention, passe ensuite par le traitement médical et enfin tend à l'insertion sociale. Selon cette nouvelle approche, la réadaptation est un processus d'apprentissage et comprend toutes les mesures pouvant prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychiques, sensorielles, sociales et économiques des maladies provoquant des incapacités congénitales, acquises ou accidentelles.

11. Cela comporte la mise en œuvre méthodique des actions nécessaires à la réalisation de

1. Article 15 of the Charter also recognises the right of disabled people to vocational training and occupational and social rehabilitation.

1. Ce traité reconnaît en outre dans son article 15 le droit des personnes handicapées à la formation professionnelle et à la réadaptation professionnelle et sociale.

objectives until the subject is reintegrated into family, school, work and general social life.

If these objectives are to be achieved, certain rights must be respected and methods applied:

a. encouraging the subject's active participation in the rehabilitation process at each phase, starting with information about the possibilities of integration;

b. moving away from institutionalisation, which results in the chronic and passive dependence of the disabled person, to an open system founded on the greatest possible independence through the full recognition of the right to "be different";

c. adapting social, health care, working environment, educational and general services to the needs of the disabled and giving them a say in them;

d. creating an information system on the special needs of the disabled and the means available to integrate them;

e. preventing any risk of aggravation;

f. developing team work, with specially trained staff;

g. co-ordinating activities at individual, national, regional or local level, making sure that each phase follows on smoothly and that all resources are used rationally.

12. Changes in concepts and methods of rehabilitation have led to a great deal of confusion and doubt in the terminology used across Europe. Certain key words are often mistakenly used as synonyms, leading to flawed legislative standards. Therefore, it is necessary to clarify the exact meaning of three basic terms which lie at the heart of the matter. The Council of Europe's Committee of Experts has helped to define them. In the light of recent changes in terminology, it has become necessary to revise the glossary of "equivalent" terms in the various languages.

a. Impairment

An impairment is any loss or abnormality of psychological, physiological or anatomical structure or function. It is characterised by losses or abnormalities that may be temporary or permanent and that include the existence or occurrence of an anomaly, defect or loss in a limb,

ces objectifs, et ce jusqu'à la réinsertion du sujet dans la vie familiale, à l'école, au travail et dans la société.

La réalisation de ces objectifs implique le respect de certains droits et méthodes:

a. la participation active du sujet au processus de réadaptation dans chacune de ces phases, à commencer par une information sur les possibilités d'intégration;

b. le passage d'un système d'institutionnalisation, et par conséquent de la dépendance chronique et passive de la personne sujette à handicap, à un système ouvert, fondé sur la plus grande autonomie possible au travers de l'entière reconnaissance du droit à la «différence» de la personne handicapée;

c. la participation et l'adaptation des services sociaux, sanitaires, du milieu de travail, du système d'éducation et de la société en général aux besoins de la personne handicapée;

d. un système d'information sur les besoins spécifiques des personnes handicapées et des moyens disponibles pour les intégrer;

e. la prévention de tout risque d'aggravation;

f. le développement d'un travail en équipe, avec un personnel formé en fonction des besoins;

g. la coordination des actions, tant au niveau individuel qu'au niveau national, régional ou local, afin de veiller à ce qu'aucun «vide» ne se glisse entre les différentes phases et afin de parvenir à une utilisation rationnelle des ressources.

12. Une grande confusion et une grande imprécision règnent dans la terminologie courante en Europe. Certains mots clés sont souvent utilisés à tort comme des synonymes et ont été la cause de normes législatives inadéquates. Il s'avère nécessaire ici de préciser la signification exacte de trois termes qui sont au cœur de la question, ce à quoi le comité d'experts du Conseil de l'Europe a contribué de façon déterminante. A la lumière de l'évolution récente de la terminologie, il devient nécessaire de réviser le glossaire des équivalences dans les différentes langues.

a. La déficience

La déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. Elle est caractérisée par des pertes de substances ou des altérations provisoires ou définitives. Celles-ci comprennent l'existence ou

organ, tissue or other structure of the body, including the systems of mental function.

b. Disability

A disability is any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being. It is characterised by excesses or deficiencies of customarily expected activity performance and behaviour.

c. Handicap

A handicap is a disadvantage for a given individual resulting from an impairment or a disability that limits or prevents the fulfilment of a role that is normal, depending on age, sex and social and cultural factors.

In fact, a handicap is the more or less inevitable consequence, socially and environmentally, of impairments and disabilities owing to the absence of suitable action of prevention, rehabilitation, medically and socially.

13. Obviously these three terms are not synonymous nor are they linked necessarily by a cause-and-effect relationship. They are different points in a whole process which may be avoided, for example, by taking preventive action suited to preventing the impairment in the first place, or medical action and rehabilitation measures liable to limit the impairment. But, above all, the third condition, handicap, may be avoided or reduced if rehabilitation services and society at large were organised in such a way as to offer a proper integration process, meeting the special needs of sufferers: for example, eliminating barriers in construction or by dealing with communication and psycho-social difficulties. As such, a handicap is more a lack of care from authorities than the objective result of illness or injury; it actually allows the shortcomings of society to be gauged.

The ICIDH

14. Based on the traditional three-dimensional concept outlined earlier, in 1989 the Committee of Experts of the Council of Europe made

l'apparition d'anomalies, d'insuffisances et de pertes concernant un membre, un organe, un tissu ou une autre structure de l'organisme, y compris la fonction mentale.

b. L'incapacité

Une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité dans des limites considérées comme normales pour un être humain. Elle est caractérisée par une perturbation, par excès ou défaut, dans l'accomplissement d'une activité ou d'un comportement.

c. Le handicap

Il s'agit du désavantage vécu d'un individu, qui résulte de sa déficience ou de son incapacité physique, psychique et/ou sensorielle, et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal pour tout un chacun, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

Le handicap est donc, en réalité, la conséquence — plus ou moins évitable, sur le plan social et sur le plan de l'environnement — des déficiences et incapacités en raison de l'absence d'une action adéquate en matière de prévention, de réadaptation, tant au niveau médical qu'au niveau social.

13. Il est évident que les trois dimensions décrites ci-dessus ne peuvent être réduites à des synonymes, et qu'elles ne peuvent être assimilées à un rapport mécanique de cause à effet. Il s'agit de différents moments d'un processus qui peut être évité, par exemple par des actions préventives aptes à empêcher la déficience ou par des actions médicales et des mesures de réadaptation de nature à limiter la déficience. Mais surtout, la troisième dimension, à savoir le handicap ou le désavantage, peut être évitée ou réduite si les services de réadaptation et la société sont organisés de façon à offrir un processus d'insertion adéquat, répondant aux besoins spécifiques de qui est atteint d'une déficience: par exemple, l'élimination des barrières qui ne sont pas seulement architecturales, mais aussi celles qui empêchent la communication et déterminent des difficultés d'ordre psychosocial. Sous cet aspect, le handicap permet de mesurer les insuffisances de la société, parce qu'il est plus la conséquence d'un manque d'attention de la part des responsables qu'une conséquence objective des maladies ou des lésions initiales.

La CIDH

14. Sur la base de la conception tridimensionnelle résumée plus avant, le comité d'experts du Conseil de l'Europe a eu le mérite de proposer,

a laudable proposal to use the WHO's international classification for studying the consequences of illness.¹

The ICIDH is the logical follow-on from the ICD (International Classification of Diseases), allowing the problems related to the handicapped to be continuously studied, as well as problems concerning rehabilitation or the compiling of regional, national and international statistics needed for planning such work.

The Council of Europe has applied the International Classification paying particular attention to certain practical points such as: assessment of rehabilitation programmes; classification of statistics; application in mental health areas; assessment of professional abilities; and a radical overhaul of handicap classification.

15. This memorandum, albeit brief, must not overlook the important work being carried out on mental health matters by the Committee of Experts for the Application of the WHO ICIDH. A special report has been published in 1991. It is aimed at encouraging European psychiatrists to use the ICIDH in the complex area of mental illness. By measuring psychological impairments and social disabilities, the effects of therapy may be assessed, patients treated in different health structures may be taken into consideration, the exercise of social services both individually and collectively may be closely examined, the treatment required by the chronically ill may be determined and the links between illness, damage to the nervous system or other systems, the resulting impairment of cognitive and psychological faculties and involvement in family life and the community and the exercise of social functions may be studied.

16. The ICIDH is not well known, used, translated or applied in every European country. It is only applied in France, Germany, the Netherlands and Spain. Accordingly, all member countries of the Council of Europe should be recommended to translate it, distribute it and co-ordinate their trials on it.

A European information system

17. A computer-assisted study on European legislation on handicaps (publicised in 1990), provides a broadsheet analysis of the contents and

en 1989, l'utilisation de la classification internationale de l'OMS pour l'étude des conséquences des maladies¹.

Cette classification (CIDIH) est le développement logique de la classification internationale des causes des maladies (CIM), et permet un processus permanent de l'étude des problèmes liés aux handicaps, à la réadaptation et à la compilation des données régionales, nationales et internationales nécessaires à la planification des travaux.

Le Conseil de l'Europe a procédé à l'application de la classification internationale, avec une attention particulière à l'évaluation des programmes de réadaptation, à la classification des données statistiques, à l'application au domaine de la santé mentale, à l'évaluation des capacités professionnelles, ou encore à la révision dynamique de la classification des handicaps.

15. Dans ce rapide exposé, on ne peut omettre l'important travail en cours au sein du comité d'experts pour l'application de la CIDIH dans le domaine de la santé mentale. Un rapport spécifique a été publié tout récemment (1991) à l'adresse des psychiatres européens afin de promouvoir l'usage de la CIDIH dans le domaine complexe des maladies mentales. Mesurer les déficiences psychologiques et les incapacités sociales permet d'évaluer les effets des thérapies, de prendre en considération des patients traités dans les différentes structures de soins, de suivre l'évolution de l'exercice des fonctions sociales sur le plan individuel et collectif, de définir les soins nécessaires requis par les malades chroniques, d'étudier les liens entre une maladie et une lésion du système nerveux ou d'autres systèmes, la déficience des facultés cognitives et psychologiques qui en découle et la participation à la vie de la famille et de la communauté ou à l'exercice des fonctions sociales.

16. La CIDIH n'est pas connue, diffusée, traduite et appliquée dans tous les pays européens. Seuls la France, l'Allemagne, les Pays-Bas et l'Espagne l'appliquent. C'est pourquoi l'on doit recommander à tous les pays membres du Conseil de l'Europe de la diffuser, de la traduire et de l'expérimenter de façon coordonnée.

Un système d'information européen

17. Les études sur la législation européenne en matière de handicap (édition 1990), effectuées suivant des méthodes informatiques, permettent

1. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, prepared by Professor Wood, University of Manchester, in 1981 (Doc. WHO/ICD 9/Rev. Conf/74).

1. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, en français: Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, due au professeur Wood de l'Université de Manchester en 1981 (doc. WHO/ICD 9/Rév. Conf/74).

developments in national legislation in sixteen member countries of the Council of Europe. This document is the best if not the only means of comparison available at the moment; distortions in the directions followed by different European countries have occurred together with the fragmentary nature of existing policies and a degree of incoherence in the contents of the programme adopted by the Committee of Ministers in 1984. However, this document also reveals the huge wealth of experience and progress made in legislation in this field.

Unfortunately, information sources are often lacking and it is not always possible to follow general policy developments in this area, as in others.

18. Finally, it may be worthwhile highlighting the pressing need for a better system of information than the current statistical system. This is patchy, and a new system could be more radical, linking together the various aspects of medical, assistance and social matters. Among other things, this might lead to the adoption of new classification criteria since the traditional categories are outdated. This might take into account the ICIDH, on one hand, and, on the other, European projects which should lead to the harmonisation of legislation and free movement, at least in the twelve EEC countries. Therefore, we should reject corporatist views and condemn hot-air discussions. The first strategic objective is an information system.

Living longer and leading a healthier life

19. The second — linked to the WHO's thirty-eight targets — is to improve people's lifestyles, raising the quality of life. This entails offering preventive services, together with rehabilitation, and integration at school, in training, at work and in society at large. Special attention must be paid to the living conditions of the handicapped person especially in adulthood or for adults who become handicapped; these cases should be given priority for home care services for dependents and a housing programme.

The third strategic objective is to enhance healthy living, as it were, by structuring physiotherapy and rehabilitation, together with a net-

une analyse «horizontale» des contenus et de l'évolution des législations nationales dans seize pays membres du Conseil de l'Europe. Ce document est le meilleur sinon le seul moyen de comparaison disponible aujourd'hui; les distortions dans les orientations adoptées par les différents pays européens apparaissent, tout comme l'aspect fragmentaire des politiques en cours, ainsi qu'une certaine incohérence quant au contenu du programme adopté par le Comité des Ministres en 1984. Ce document met cependant en évidence l'énorme richesse des expériences menées, ainsi que les progrès réalisés au niveau législatif.

Malheureusement, les sources d'informations sont souvent insuffisantes et ne permettent pas toujours de suivre l'évolution des orientations politiques dans ce domaine, comme dans d'autres.

18. Il est enfin utile de souligner l'exigence d'un système informatique qui soit supérieur au système statistique actuel, plutôt décousu, et qui lie de façon dynamique les différents aspects de la question, qu'ils relèvent du domaine médical, de l'assistance, social, etc., et permette une comparaison comportant l'adoption de nouveaux critères de classification allant au-delà des catégories traditionnelles; ce système devra tenir compte d'une part de la CIDIH et d'autre part des projets d'harmonisation des législations européennes et de la libre circulation, du moins dans les douze pays de la CEE. Il n'est plus possible d'accepter des visions corporatistes; le premier objectif stratégique est donc un système d'informations communes et au moins comparables au niveau des différents pays européens.

Un enrichissement de la vie en années et en santé

19. Le deuxième objectif stratégique, lié aux trente-huit buts de l'OMS, est d'enrichir les années en termes de vie, c'est-à-dire d'œuvrer à une amélioration de la qualité de vie et par conséquent d'offrir des services de prévention, de réadaptation et d'intégration au niveau scolaire, au niveau de la formation et dans le monde du travail, de même que dans la société. Cet objectif exige qu'une attention toute particulière soit donnée aux conditions de vie de la personne handicapée, notamment une fois devenue adulte, et de l'adulte devenu porteur de handicap; ces cas requièrent de façon prioritaire un service de soins à domicile pour les personnes dépendantes et un programme de logement.

Le troisième objectif stratégique est d'«enrichir la vie de santé» par la création de structures de physiothérapie et de réadaptation,

work of home services, protected and semi-residential housing for the mentally ill.

The fourth strategic objective relates to vital amenities such as basic socio-medical centres, grading new job types and making the most of charity.

20. With regard to rehabilitation specialists, European standards must be drawn up for the specialisation of doctors so that, once they have specialised in medical rehabilitation, they can undergo further training in the various fields concerned (for example, physiotherapy, neurology, psychiatry, cardiology, urology, etc.). The same approach should apply to qualifications for non-medical technical staff, care being taken to avoid confusing skills relating to medical procedures with those relating to the implementation of technical and activity programmes, which are the responsibility of specialist social workers. To this end, special pre-university schools should be set up.

21. These objectives must be assessed according to a set of indicators allowing comparisons to be made between European countries. Here, too, there is a need to adopt, firstly, a classification system and a computer system for making significant data-readings.

22. Action in this area urgently needs a boost. No other socio-political subject currently involves the whole range of social matters. There is an individual and indivisible link between the absolute right to health, education, work, leisure, participation in society, satisfaction of needs, security, social services, at home and in the family, human progress, freedom from fear, intolerance, hatred or pity. At present there are approximately 500 million physically, psychologically or sensorially handicapped people throughout the world. They may represent up to 30 % of the population, given under-estimates very often based on quite different criteria and dealing with extremely different societies in the North and South.

23. It is a fact that the number and proportion of handicapped persons are increasing because of lower birth and infant mortality rates and the increase in life expectancy. There is also now a larger share of very old people. Another cause is the efficiency of therapies which extend the life of individuals affected by an impairment, an increase in invalidity due to accidents, road accidents, accidents at home or the workplace. Finally, a proper prevention programme is lacking.

ainsi que par un réseau de services à domicile et de maisons protégées et semi-résidentielles pour les malades mentaux et les handicapés psychiques.

Le quatrième objectif stratégique concerne les aménagements nécessaires, tels que des centres socio-médicaux de base, la formation de nouveaux profils professionnels et la mise en valeur du bénévolat.

20. Pour ce qui est des spécialistes de la réadaptation, il faut prévoir des normes européennes quant à la spécialisation des médecins et pour qu'ils puissent, après leur spécialisation en réadaptation médicale, se perfectionner dans les différents secteurs concernés (tels que la physiothérapie, la neurologie, la psychiatrie, la cardiologie, l'urologie, etc.). Cette même orientation doit prévaloir quant à la qualification du personnel technique non médical, en évitant de créer une confusion entre les compétences propres à l'acte médical et celles relevant de l'exécution de programmes techniques et d'activités du ressort d'assistants sociaux spécialisés. A cette fin, il faut prévoir des écoles spécifiques de niveau préuniversitaire.

21. Ces objectifs doivent être évalués selon une série d'indicateurs permettant des comparaisons au niveau européen. Et nous nous retrouvons à nouveau devant la nécessité d'adopter préalablement un système de classification et un programme informatisé de relevés dynamiques. Il est urgent de faire bouger les choses dans ce domaine.

22. Aucun autre thème politique touchant à l'homme ne peut, comme celui du handicap, donner lieu aujourd'hui à un tel entrecroisement des politiques sociales: un lien individuel et indivisible fait se rencontrer le droit-devoir à la santé, à l'instruction, au travail, aux loisirs, à la participation, à la satisfaction des besoins, à la sécurité, aux services sociaux, au foyer, à la famille, au progrès humain, à la libération de la peur, des intolérances, du mépris et de la pitié. On compte aujourd'hui, dans le monde, environ 500 millions d'handicapés physiques, psychiques et sensoriels. C'est-à-dire peut-être 30 % de la population, étant donné l'insuffisance des estimations, fondées le plus souvent sur des critères très différents et correspondant à des sociétés extrêmement différentes du Nord et du Sud.

23. Le fait est que le nombre et la proportion des personnes ayant un handicap augmentent en raison de la baisse de la natalité, de la mortalité infantile et de l'augmentation de l'espérance de vie; une proportion importante de la population est désormais très âgée; l'efficacité des thérapies prolongent la vie des individus atteints de déficience; les accidents invalidants, les accidents de la route, les accidents domestiques et du travail sont en augmentation; enfin, des programmes appropriés de prévention font défaut.

Coupled with this is a corresponding increase in serious and very serious illness, in adults and handicapped old people, the large numbers of dependent elderly people and those with multiple handicaps.

24. We must now go beyond the piecemeal approach and give priority to:

a. preventive measures, both genetic and medical, in the light of new scientific discoveries and of bioethical hazards and restrictions. Special attention should be paid to infant mental health and neuro-psychiatry centres because of the crucial impact of any action taken at an age when children are developing;

b. education and integration at school;

c. reinforcing home services and assistance to families, with special attention being paid to seriously disabled people and dependent elderly people;

d. providing placement and vocational guidance and training services and passing legislation allowing disabled people to take up ordinary employment in keeping with the complex developments in the labour market or, in more serious cases, to be employed in co-operatives or sheltered workshops;

e. setting up a network of local and regional rehabilitation and social support services;

f. guaranteeing ease of access into buildings and overcoming visual, auditory and psychological obstacles to communication;

g. adopting the necessary taxation and family assistance measures;

h. defining European standards for the training of specialised medical and technical personnel, care being taken to avoid confusion between responsibilities;

i. supporting every effort aimed at helping and standing by the handicapped, helping such efforts to become widespread and backing charity initiatives; eliminating all barriers, especially psychological ones, put up between the handicapped and their families and the rest of society;

j. amending the Council of Europe Social Charter to include the rights and safeguards needed to ensure that a comprehensive rehabilitation policy is fully and coherently applied.

A cela, il faut ajouter l'augmentation correspondante des malades graves et très graves, des adultes et des vieillards handicapés, des nombreux vieillards dépendants et des porteurs de handicaps multiples.

24. Nous devons maintenant dépasser l'aspect fragmentaire des mesures en cours et donner priorité:

a. aux actions préventives, tant sur les plans génétique que médical, compte tenu des nouvelles découvertes de la science, mais aussi des risques et des limites imposées par la bioéthique. Une attention particulière doit être portée aux centres d'hygiène mentale et de neuropsychiatrie infantiles en raison de l'impact déterminant de toute action conduite pendant le développement de l'enfant;

b. à l'éducation et à l'insertion scolaire;

c. au renforcement des services à domicile et d'aide aux familles, avec une attention particulière aux porteurs de handicaps graves et aux dépendants âgés;

d. à l'offre de services de placement, d'orientation et de formation professionnelles, et à une législation qui permette l'insertion au sein des activités professionnelles ordinaires dans le cadre de l'évolution complexe du marché du travail ou, dans les cas les plus graves, dans le cadre d'initiatives coopératives et du travail protégé;

e. à la constitution d'un réseau de services locaux et régionaux de réadaptation et de soutien social;

f. à la suppression des frontières architecturales et des obstacles visuels, auditifs et psychologiques à la communication;

g. à l'adoption des mesures fiscales et des mesures de soutien familial nécessaires;

h. à la définition de normes européennes pour la formation du personnel médical et technique spécialisé, en évitant la confusion des compétences;

i. au soutien et à la diffusion de chaque effort visant à une culture de l'accueil et de la solidarité avec les personnes handicapées, à la valorisation des initiatives telles que le bénévolat et à l'élimination de toutes les barrières notamment psychologiques, érigées entre les personnes handicapées, leur famille et la société;

j. à amender la Charte sociale du Conseil de l'Europe pour y introduire les droits et garanties nécessaires pour donner pleine application et cohérence à une politique globale de la réadaptation.

APPENDIX

**Final Declaration
of the *ad hoc* Conference of Ministers
Responsible for Policies on
People with Disabilities**

Paris 7-8 November 1991

1. At the invitation of the French Government, the European Ministers responsible for Policies on People with Disabilities held on 7 and 8 November 1991 a conference in Paris on "Independent Living for People with Disabilities". The conference was opened by Mrs Catherine Lalumière, Secretary General of the Council of Europe and was attended by Ministers of the twenty-five Council of Europe member states, as well as by representatives of the Council of Europe Parliamentary Assembly, the Standing Conference of Local and Regional Authorities and the Commission of the European Communities. Representatives of Albania, Bulgaria, Canada, the Holy See, Latvia, Poland, Romania and Russia also attended as observers. The United Nations, Unesco, ILO and OECD were also present as observers. In addition, the conference invited Rehabilitation International (RI), Disabled Peoples International (DPI), Mobility International (MI), the Confederation of Family Organisations in the European Community (COFACE), the European Network for Independent Living (ENIL) and the International League of Societies for Persons with Mental Handicap (ILSMH) to participate in the proceedings.

Mr Michel Gillibert, *Secrétaire d'Etat aux handicapés et accidentés de la vie*, of France, was elected chairman on the proposal of Mrs Roswitha Verhülsdonk, *Parlamentarische Staatssekretärin*, Germany.

At the close of their debates, the ministers adopted the following declaration:

1. In the past, action on behalf of people with disabilities has mainly been inspired either by charity or by a concern to guarantee an income, to compensate certain groups such as war invalids, or to give them a right to special care.

People with disabilities were generally considered to be different from others and helpless. Charitable actions often led to their isolation and marginalisation in institutions cut off from the social environment. They rarely found any opportunities for improvement there and could not enjoy the same rights and options as everyone else.

However, with the recognition that all people are entitled to the same fundamental rights, it gradually became accepted that social and economic policies must be such as to allow all citizens to reach their full potential.

2. Surveys show that about 10% of the population have a disability. Moreover, the number of elderly people in the community is projected to increase sharply in the coming years. This means that more and more people will be directly affected either by personal disability or by the needs of members of their families, of friends and neighbours.

ANNEXE

**Déclaration finale
de la Conférence *ad hoc*
des ministres responsables des politiques
en faveur des personnes handicapées**

Paris, 7-8 novembre 1991

Sur invitation du Gouvernement de la France, les ministres européens responsables des politiques en faveur des personnes handicapées ont tenu une conférence à Paris, les 7 et 8 novembre 1991, sur le thème «Une vie autonome pour les personnes handicapées». La conférence a été ouverte par M^{me} Catherine Lalumière, Secrétaire Général du Conseil de l'Europe; des ministres des vingt-cinq Etats membres du Conseil de l'Europe y ont participé, ainsi que des représentants de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, de la Conférence permanente des pouvoirs locaux et régionaux de l'Europe et de la Commission des Communautés européennes. Des représentants de l'Albanie, de la Bulgarie, du Canada, du Saint-Siège, de la Lettonie, de la Pologne, de la Roumanie, de l'URSS ont participé à la conférence à titre d'observateur. Les Nations Unies, l'Unesco, le BIT et l'OCDE étaient également représentés par des observateurs. En outre, la conférence a invité Rehabilitation International (RI), Disabled Peoples' International (DI), Mobility International (MI), la Confédération des organisations familiales de la Communauté européenne (COFACE), European Network for Independent Living (ENIL) et la Ligue internationale des associations pour les personnes handicapées mentales (ILSMH) à participer aux débats.

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat français aux handicapés et aux accidentés de la vie, a été élu président, sur proposition de M^{me} Roswitha Verhülsdonk, *Parlamentarische Staatssekretärin* de l'Allemagne.

A l'issue de leurs débats, les ministres ont adopté la déclaration suivante:

1. L'Histoire nous apprend que, longtemps, les actions entreprises en faveur des personnes handicapées furent principalement inspirées soit par la charité, soit par le souci de garantir un revenu, de dédommager certaines catégories — tels les invalides de guerre — ou de leur assurer le droit à des soins particuliers.

L'opinion publique était que ces «personnes pas comme les autres ne pouvaient rien faire». Bien souvent, les actions inspirées par la bienfaisance conduisaient à les isoler et à les marginaliser dans des établissements coupés de l'environnement social; elles y trouvaient rarement de réelles possibilités d'évolution et ne pouvaient jouir des mêmes droits et des mêmes choix que ceux reconnus à tout un chacun.

Par la suite, le principe que tous les êtres humains ont les mêmes droits fondamentaux ayant été affirmé, il a été progressivement admis que les politiques sociales et économiques devaient permettre à tous les citoyens de se réaliser pleinement.

2. Les recensements montrent qu'environ 10% de la population est atteinte d'un handicap. En outre, les projections démographiques indiquent que le nombre de personnes âgées augmentera considérablement dans nos sociétés au cours des prochaines années. Cela signifie que de plus en plus de personnes seront affectées par une incapacité, soit personnellement, soit à travers les membres de leur famille ou leur entourage.

3. Every human being is unique and possesses a very varied range of qualities and aspirations. The existence or appearance of a disability disturbs the balance of circumstances in the lives of those affected, including the family, friends and neighbours. Disability as such, however, does not affect an individual's qualities and aspirations — it only makes it harder for that individual to achieve full potential.

4. Disability can strike anyone anywhere at any time. As disability is not uniform, the requirements of people with disabilities themselves and of those close to them vary greatly as well as the ability of the community to cope with these requirements. It follows that society should recognise that each citizen should have the opportunity to choose the way in which they participate in everyday life.

5. In recent decades, substantial progress has been made in breaking down prejudices and barriers and in developing a new approach to disability. Several factors taken together have contributed, to a greater or lesser extent, to this progress depending on the historical context and the political structures of the different countries.

Scientific progress has enabled the causes of a number of disorders to be more closely identified, treatment to be improved and the consequences of impairments and disabilities to be compensated for by means of new technology.

Legislation and government action, including public funding have, in many countries, improved appreciably the situation of people with disabilities.

Non-governmental organisations have contributed considerably in drawing attention to the human, social and economic consequences of disability. In some countries they have also provided appropriate services, often in partnership with statutory agencies. They have in particular helped to achieve greater awareness of the right of people with disabilities to independent living and to active participation in all areas of society.

A consequence of all these actions is that the rights of people with disabilities have been enshrined in international legal instruments.

6. However, work must continue; the job is not finished.

The ministers recognise that individual areas of concern must be tackled in the context of a coherent policy whose objectives embrace all aspects of life. They recognise that people who by chance have special needs which must be met if they are to lead a normal life should have the benefit of a comprehensive policy which takes into account each moment of existence.

The Council of Europe's work has devoted considerable effort to developing a coherent policy for the benefit of people with disabilities. The present Conference on Independent Living for People with Disabilities illustrates their concern to set a new course for the future.

This new course is all the more significant as a new and larger Europe is emerging, built on the

3. Tout être humain est unique et présente un éventail très différencié de qualités et d'aspirations. L'existence ou l'apparition d'un handicap bouleverse la situation de la personne et de son entourage. Toutefois, ce handicap n'affecte pas ses qualités et aspirations, mais il compromet la possibilité, pour cette personne, de les réaliser pleinement.

4. Nul n'est à l'abri d'un handicap qui peut se manifester à tout moment de l'existence. Comme le handicap n'est pas uniforme, les besoins tant de la personne elle-même que de ses proches sont très divers, de même que la capacité de la collectivité d'y répondre. Aussi la société doit-elle reconnaître à chaque citoyen la possibilité de choisir sa forme de participation à la vie sociale.

5. Ces dernières décennies, de réels progrès ont été réalisés pour lever les préjugés et les barrières; ces progrès permettent une nouvelle approche du handicap. Plusieurs facteurs, qui se combinent entre eux, ont contribué à des degrés divers à ces évolutions selon le contexte historique et politique des pays.

Le progrès scientifique a permis, notamment, de mieux détecter certaines affections, d'améliorer les traitements, de compenser, grâce aux nouvelles technologies, les conséquences des déficiences et incapacités.

La loi et les actions gouvernementales, y compris sous forme de financement public, ont, dans certains pays, notablement amélioré la situation des personnes handicapées.

Les organisations non gouvernementales ont largement contribué à attirer l'attention de l'opinion sur les conséquences et aspects humains, sociaux et économiques du handicap. Dans certains pays, elles ont également mis en œuvre, souvent avec le concours des pouvoirs publics, des services appropriés. Elles ont particulièrement œuvré à la prise de conscience du droit à la vie autonome et à la participation active des personnes handicapées à tous les aspects de la vie en société.

Toutes ces actions ont également inspiré l'insertion des droits des personnes handicapées dans des instruments internationaux.

6. Mais il faut poursuivre ce travail; la mission n'est pas terminée.

Les ministres reconnaissent que tel ou tel point doit être traité dans le contexte d'une politique cohérente, avec des objectifs précis, en un mot, une politique globale, axée sur tous les aspects de la vie. En effet, ceux qui, du fait du hasard, ont des besoins particuliers pour vivre comme les autres, ont le droit de bénéficier d'une politique globale qui prenne en compte tous les moments de l'existence.

Les travaux du Conseil de l'Europe ont toujours témoigné d'une attention constante au développement d'une politique cohérente en faveur des personnes handicapées. La présente conférence sur la vie autonome des personnes handicapées démontre le souci de tracer de nouvelles orientations pour l'avenir.

Ces orientations prennent un sens tout particulier à l'heure de l'émergence d'une nouvelle et grande

principles of democracy, the rule of law and the respect of the dignity of the individual.

Its implementation requires a close and continuous collaboration with central and east European countries, so that they can benefit from the experience of their European partners in the area of integration of people with disabilities.

7. The ministers confirm their commitment to a coherent overall policy for the benefit of people with disabilities and to the development or improvement of action programmes in order:

— to avoid all discrimination and to eliminate prejudice, detrimental to their dignity;

— to organise efficiently the prevention and reduction of the consequences of impairment or disability;

— to enable people with disabilities to participate fully in society, while recognising their right to independence;

— to recognise the needs of families, friends and neighbours who provide care and support to people with disabilities.

8. For this purpose, the ministers approve the general policy and measures described in the proposal of the Committee on the Rehabilitation and Integration of People with Disabilities (CD-P-RR) on a coherent policy for people with disabilities and propose that the Committee of Ministers should recommend it to be followed by member states, and invites them as well to provide a regular stock-taking in form of an up-date of the report on legislation on the rehabilitation of people with disabilities, at the widest possible European level. It would be useful if these reports also contain illustrations of concrete results achieved.

i. The ministers make a special appeal

a. to the national and local authorities:

— to take the measures needed to ensure equal rights and opportunities for people with disabilities including in particular access to employment, as described in the coherent policy for people with disabilities, and particularly to provide personal support whenever needed;

— to ensure the fullest possible co-ordination between the ministries, the authorities and the services involved in providing personal assistance to people with disabilities, to avoid unco-ordinated action, conflicting decisions and gaps in policies and services;

— to ensure full participation of people with disabilities, individually or in association, as appropriate, in the decision-making process concerning all aspects of their lives, through their representatives in the case of people unable to act on their own behalf;

b. to all those concerned with services used by the public, to maintain a constant awareness of the needs of people with disabilities;

Europe, bâtie sur les principes de la démocratie, de l'Etat de droit et du respect de la dignité de l'individu.

Leur mise en œuvre appelle notamment une collaboration étroite et soutenue avec les pays d'Europe centrale et orientale, afin qu'ils puissent bénéficier de l'expérience de leurs partenaires européens dans le domaine de l'insertion des personnes handicapées.

7. Les ministres confirment que leur gouvernement adhère à une politique cohérente en faveur des personnes handicapées et développe ou améliore des programmes d'action afin:

— d'éviter toute discrimination et d'abolir tous les préjugés portant atteinte à la dignité des personnes handicapées;

— d'organiser efficacement la prévention et la réduction des conséquences de la déficience ou de l'incapacité;

— de faire en sorte que les personnes handicapées puissent pleinement participer à la vie sociale en reconnaissant leur droit à l'indépendance;

— de reconnaître les besoins de la famille et de l'entourage qui s'occupent des personnes handicapées et qui les soutiennent.

8. A cette fin, les ministres approuvent la politique et les mesures générales décrites dans la proposition du Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées (CD-P-RR) relative à une politique cohérente en faveur des personnes handicapées et proposent que le Comité des Ministres recommande celle-ci aux Etats membres, et qu'il les invite également à fournir un bilan périodique sous forme d'une mise à jour du rapport sur la législation en matière de réadaptation des personnes handicapées, au plan européen le plus large possible. Il serait utile que ces rapports contiennent aussi des illustrations des réalisations concrètes obtenues.

i. Les ministres appellent particulièrement:

a. les autorités nationales et locales:

— à prendre les mesures nécessaires pour garantir aux personnes handicapées l'égalité des droits et des chances, en particulier dans leur accès à l'emploi, telle que décrite dans la politique cohérente en matière de réadaptation des personnes handicapées et pour fournir un accompagnement individuel chaque fois que cela est nécessaire;

— à veiller à une coordination aussi complète que possible entre les ministères, les autorités et les services intéressés par le soutien individuel aux personnes handicapées, à éviter une intervention désordonnée, des décisions conflictuelles et des incohérences dans les politiques et les services;

— à assurer la pleine participation des personnes handicapées, individuellement ou collectivement le cas échéant, aux processus de prise de décision concernant tous les aspects de leur vie, à travers des représentants dans le cas des personnes incapables d'agir en leur propre nom;

b. tous ceux concernés par les services d'utilité publique à garder constamment à l'esprit les besoins des personnes handicapées;

c. to the media to promote an image of people with disabilities as full citizens entitled to live an ordinary life.

ii. The ministers welcome the renewal of the European Social Charter and underline the need to extend the scope of the rights spelt out in the Charter in order to cover as much as possible the measures proposed in the coherent policy for people with disabilities.

9. The ministers propose to the Council of Europe the setting up of a pan-European network of projects on independent living and equality of opportunities for people with disabilities. As a fundamental principle, projects should be run with the full and active participation of people with disabilities.

This network should aim at multiplying examples of good practice, particularly with regard to:

- access to life in society (education, employment, leisure, transport and urban environment),
- support (personal, technical and financial),
- information on services and facilities for independent living.

This could be achieved, *inter alia*, by encouraging the exchange of information and experience on ongoing projects, by reciprocal visits, training activities.

10. The ministers ask the Committee of Ministers to entrust the Committee on the Rehabilitation and Integration of People with Disabilities with the task of preparing the measures necessary for the implementation of this network in relation to its running, its financing and its working methods.

This should be carried out in association with government representatives, international non-governmental organisations and representatives of international organisations, and in particular with the European Community.

11. The ministers express their satisfaction at the success of the conference, and wishing to follow it up, agree that a ministerial conference should be held in the near future on a specific theme.

At the conference, the ministers and heads of delegations of Bulgaria, the Czech and Slovak Federal Republic, Hungary, Poland and Romania indicated their needs, both technical and financial, in the field of rehabilitation and professional training of people with disabilities; needs such as prostheses, bio-prostheses, rehabilitation engineering, rehabilitation and professional training centres, and they asked the Council of Europe for its help and assistance in the matter, possibly through its member states.

The conference asked the Secretary General of the Council of Europe to bring these questions to the attention of the Committee of Ministers of the Council of Europe for their examination and evaluation.

c. les médias à promouvoir une image de la personne handicapée comme citoyen à part entière, en droit de vivre une vie normale.

ii. Les ministres se félicitent du processus en cours de relance de la Charte sociale européenne et soulignent, dans ce contexte, la nécessité d'étendre la portée des droits énoncés dans la Charte afin d'englober autant que possible les mesures proposées dans la politique cohérente en faveur des personnes handicapées.

9. Les ministres proposent au Conseil de l'Europe de constituer un réseau paneuropéen de projets sur le thème de la vie autonome et l'égalité des chances des personnes handicapées; le principe fondamental étant que les projets doivent être réalisés avec la participation pleine et active des personnes handicapées.

Ce réseau a pour objectif de multiplier les exemples de bonne pratique, particulièrement dans les domaines suivants:

- l'accès à la vie en société (éducation, emploi, loisirs, transports et infrastructures urbaines...);
- le soutien (individuel, technique, financier);
- l'information sur les services ayant trait à la vie autonome des personnes handicapées.

Cela pourrait être réalisé, *inter alia*, en encourageant la mise en commun d'informations et d'expériences par des échanges de visites, des actions de formation.

10. Les ministres demandent au Comité des Ministres de charger le Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées de préparer les mesures nécessaires en vue de la mise en œuvre de ce réseau en ce qui concerne son fonctionnement, son financement et ses méthodes de travail.

Cela devrait être mis en œuvre en association avec les délégués gouvernementaux, les organisations internationales non gouvernementales, les représentants d'institutions et d'organisations internationales, et en particulier avec la Communauté européenne.

11. Les ministres se félicitent du succès de cette conférence et, souhaitant lui donner une suite, ont convenu qu'une conférence ministérielle serait organisée dans un proche avenir sur un thème spécifique.

Lors de cette conférence, les ministres et chefs de délégation de la Bulgarie, de la République fédérative tchèque et slovaque, de la Hongrie, de la Pologne et de la Roumanie font état de leurs besoins d'ordres à la fois technique et financier en matière de réadaptation et de formation professionnelle des personnes handicapées, tels que prothèses et bio-prothèses, techniques d'ingénierie en matière de réadaptation, centres de réadaptation et de formation professionnelle, et ils demandent au Conseil de l'Europe son aide et son assistance à ce propos, le cas échéant par l'intermédiaire de ses Etats membres.

La conférence demande au Secrétaire Général du Conseil de l'Europe de porter ces questions à l'attention du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe pour que celles-ci soient davantage examinées et évaluées.

Reporting committee: Social, Health and Family Affairs Committee.

Budgetary implications for the Assembly: none.

Reference to committee: Doc. 5894 and Reference No. 1601 of 30 June 1988, Doc. 6246 and Reference No. 1685 of 3 July 1990.

Draft recommendation adopted unanimously by the committee on 4 February 1992.

Members of the committee: Mr *Pini* (*Chairman*), Mrs *Håvik*, Mr *Rathbone* (*Vice-Chairpersons*), Mrs *Albrink*, MM. Banks (*Alternate: Mr Soames*), Beix, Bowden (*Alternate: Sir Dudley Smith*), Curto (*Alternate: Mrs Aguiar*) *Díaz de Mera*, Ferris, Fiandrotti, Foschi, Gouteyron, Gusenbauer, Mrs Haarstad, Mrs Haglund, Mrs Haller, Mrs Halonen (*Alternate: Mrs Dromberg*), MM. Jurgens, Karaka, Koehl, Koulouris, Liapis, Libicki, Joaquim Marques, Menzel, Meyer zu Bentrup, Mikan, Ottenbourgh, Mrs Özver, MM. Palacios, Pasquino, Pécriaux, Psaila Savona, Mrs Ragnarsdóttir, MM. Regenwetter, Reimann, Mrs Rossi, Mrs Rothmayerová, Mr Schwimmer, Mrs Soutendijk-van Appeldoorn (*Alternate: Mr Eisma*), Mr Ternak, Mrs Ugrin, Mr Wielowieyski.

N.B. The names of the members present at the meeting are printed in italics.

See 6th Sitting, 7 May 1992 (adoption of the draft recommendation); and Recommendation 1185.

Commission chargée du rapport: commission des questions sociales, de la santé et de la famille.

Implications budgétaires pour l'Assemblée: néant.

Renvoi en commission: Doc. 5894 et Renvoi n° 1601 du 30 juin 1988, Doc. 6246 et Renvoi n° 1685 du 3 juillet 1990.

Projet de recommandation adopté à l'unanimité par la commission le 4 février 1992.

Membres de la commission: M. *Pini* (*Président*), M^{me} *Håvik*, M. *Rathbone* (*Vice-Présidents*), M^{me} *Albrink*, MM. Banks (*Remplaçant: M. Soames*), Beix, Bowden (*Remplaçant: Sir Dudley Smith*), Curto (*Remplaçant: M^{me} Aguiar*), *Díaz de Mera*, Ferris, Fiandrotti, Foschi, Gouteyron, Gusenbauer, M^{mes} *Haarstad*, *Haglund*, Haller, Halonen (*Remplaçant: M^{me} Dromberg*), MM. Jurgens, Karaka Koehl, Koulouris, Liapis, Libicki, Joaquim Marques, Menzel, Meyer zu Bentrup, Mikan, Ottenbourgh, M^{me} *Özver*, MM. Palacios, Pasquino, Pécriaux, Psaila Savona, M^{me} *Ragnarsdóttir*, MM. Regenwetter, Reimann, M^{mes} Rossi, Rothmayerová, M. Schwimmer, M^{me} Soutendijk-van Appeldoorn (*Remplaçant: M. Eisma*), M. Ternak, M^{me} Ugrin, M. Wielowieyski.

N.B. Les noms des membres présents à la réunion sont indiqués en italique.

Voir 6^e séance, 7 mai 1992 (adoption du projet de recommandation); et Recommandation 1185.