



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE POUR LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 47<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR 58<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA, 25-29 de septembre 2006

*Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire*

CD47/15 (Fr.)

16 août 2006

ORIGINAL : ESPAGNOL

### **LE HANDICAP : PREVENTION ET REHABILITATION DANS LE CONTEXTE DU DROIT DE LA PERSONNE A JOUIR DU NIVEAU LE PLUS ÉLEVÉ POSSIBLE DE SANTE PHYSIQUE ET MENTALE ET AUTRES DROITS CONNEXES**

L'Organisation des Nations Unies estime qu'il existe dans le monde environ 600 millions de personnes handicapées, dont quelque 400 millions vivent dans les pays en développement. Dans la région des Amériques, 60 millions de personnes approximativement sont handicapées.

L'allongement de l'espérance de vie, l'augmentation des maladies non transmissibles, les maladies émergentes et réémergentes, la violence croissante, les conflits armés ; les accidents de tout type et la consommation et l'abus d'alcool, de tabac et de substances interdites sont quelques-unes des causes principales de handicap pour lesquelles il ne se dégage pas de tendance manifeste à la baisse de leur prévalence dans la population en général. Ce thème, qui jusqu'à présent a été insuffisamment traité dans les services et les programmes, nécessite une grande attention.

Le présent document établit qu'il est nécessaire d'aborder le problème des personnes handicapées en tant que responsabilité sociale partagée et non individuelle, et il se fonde sur les recommandations proposées en 2005 par l'Assemblée mondiale de la Santé (Résolution WHA58.23), qui incluent notamment la nécessité de promouvoir et de protéger les droits humains des personnes handicapées. Le présent document peut constituer un outil important pour aider le Conseil directeur à mieux connaître la situation des personnes handicapées dans la Région et à envisager des stratégies différentes à l'égard de la prévention du handicap en conformité avec les instruments et principes internationaux qui soutiennent le droit de la personne à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale<sup>1</sup> et autres droits en rapport avec ce groupe de personnes. Le Comité exécutif a examiné ce document et adopté la résolution CE138.R11 (voir annexe) qui est soumise à la considération du Conseil directeur.

<sup>1</sup> Les États Membres de l'OMS se sont entendus sur des principes importants concernant la santé publique qui figurent dans le préambule de leur Constitution. Ainsi, la Constitution établit un principe international fondamental en vertu duquel la jouissance du meilleur niveau de santé que la personne soit capable d'atteindre est non seulement un état ou une condition de la personne, mais aussi « un des droits fondamentaux de tout être humain sans distinction de race, de religion, d'idéologie politique ou de condition économique ou sociale... » La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé qui s'est tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946 et a été signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. De même, la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule que « ...[t]oute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ... » Pour leur part, le Pacte international relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels (ONU) protège le "droit à jouir du meilleur état de santé que la personne soit capable d'atteindre" (Article 12) et le Protocole de San Salvador (OEA) protège le "droit à la santé" (Article 10). En outre, la protection de la santé en tant que droit humain est incorporé dans 18 des 35 Constitutions des États Membres de l'OPS (Bolivie, Brésil, Cuba, Chili, Équateur, Salvador, Guatemala, Guyane, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay et Venezuela).

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	4
Concepts de base et définitions.....	4
Fonctionnement et handicap .....	5
Fonctions, structures corporelles et déficiences.....	5
Activités et participation d'une part, limitations de l'activité et restrictions de la participation d'autre part .....	5
Autres concepts de base .....	6
Réhabilitation.....	6
Réhabilitation complète .....	6
Prévention du handicap.....	6
Qualité de la vie .....	6
Services de réhabilitation.....	6
Orientation sectorielle.....	7
Prévalence et causes de handicap .....	7
Analyse de la situation des personnes handicapées dans la Région des Amériques .....	7
Jouissance du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale, autres droits humains et participation des handicapés en tant que citoyens .....	9
La santé des personnes handicapées dans le cadre de l'exercice des droits humains.....	9
Politiques, plans, législations et pratiques en rapport avec le handicap et la réhabilitation dans le cadre des droits humains .....	10
Instruments généraux des droits humains.....	10
Système des Nations Unies pour la protection des droits humains .....	11
Système interaméricain pour la protection des droits humains .....	11

**TABLE DES MATIÈRES** (*suite*)

	<i>Page</i>
Normes ou principes internationaux .....	12
Système des Nations Unies pour la protection des droits humains .....	13
Système interaméricain pour la protection des droits humains .....	14
Initiatives de l'OPS/OMS pour aborder le handicap et la réhabilitation des personnes handicapées : Missions et nouveaux défis .....	15
Orientations stratégiques.....	15
Activités de coopération technique dans les pays de la Région.....	16
Mesures à prendre par le Conseil Directeur.....	18
 Références	
 Annexe	

## **Introduction**

1. La 58<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS qui a eu lieu en mai 2005 a adopté la Résolution WHA58.23 : *Le handicap, y compris la prévention, le traitement et la réhabilitation* qui stipule, entre autres choses, que les États Membres "...développent leur base de connaissances afin de promouvoir et de protéger les droits et la dignité des personnes handicapées et de garantir leur pleine intégration dans la société, en particulier en encourageant la formation et en protégeant l'emploi". Cette résolution exhorte également les États Membres à garantir les soins médicaux appropriés aux personnes qui en ont besoin, ainsi que leur réhabilitation, et à faciliter l'accès aux dispositifs d'assistance technique, à renforcer les stratégies et programmes nationaux visant à appliquer les Normes uniformes ; à promouvoir la prévention, la détection et l'intervention suffisamment tôt des handicaps et, enfin, à promouvoir les programmes de réhabilitation communautaire rattachés aux soins de santé primaires. Il est important de souligner que, dans le cadre de la Résolution WHA58.23, l'Assemblée mondiale de la Santé a demandé aux États Membres et au Directeur de "... Participer sous forme active et constructive au processus d'élaboration de la Convention internationale vaste et intégrale des Nations Unies pour promouvoir et protéger les droits et la dignité des personnes handicapées,<sup>2</sup> afin qu'elle puisse être adoptée le plus tôt possible par l'Assemblée mondiale compte tenu de sa nature prioritaire.

2. L'Organisation panaméricaine de la Santé considère qu'il est nécessaire d'aborder le problème des personnes handicapées en tant que responsabilité sociale partagée et non individuelle ; et consciente des recommandations proposées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2005 en rapport avec la nécessité de promouvoir et de protéger les droits humains des personnes handicapées, en particulier leur droit à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale, elle présente ce document en tant qu'outil important pour permettre au Directeur de l'OMS d'informer la 60<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé, par le biais du Comité exécutif, "sur le mode d'application de la présente résolution [Résolution WHA58.23]...", tel que recommandé dans cette dernière.

## **Concepts de base et définitions**

3. La 54<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé, qui s'est tenue en mai 2001, a approuvé la nouvelle Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la Santé (CIF), qui a pour objet de "... fournir un langage unifié et standardisé et un cadre conceptuel pour la description de la santé et thèmes reliés à la santé..."(1)

4. La CIF s'appuie sur l'intégration du modèle médical et social, dans le but de parvenir à l'articulation des différentes dimensions du fonctionnement humain, en adoptant une perspective "biopsychosociale" qui procure une vision cohérente des dimensions de la santé : biologie, individu et aspect social. Dans ce cadre, les changements conceptuels qui sont introduits avec la CIF comprennent :

---

<sup>2</sup> Résolution 56/168, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, A/56/583/Add. 2, le décembre 2001.

### *Le fonctionnement et le handicap*

5. **Fonctionnement** est un terme générique qui couvre les fonctions corporelles, les structures corporelles, les activités et la participation. Il signifie les aspects positifs de l'interaction d'un individu (atteint d'une "condition de santé") et les facteurs contextuels (facteurs environnementaux et personnels)".

6. **"Handicap** est un terme générique qui inclut les déficiences des fonctions corporelles et dans les structures corporelles, les limitations de l'activité (capacité) et les restrictions de la participation (engagement). Il signifie les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (atteint d'une "condition de santé") et ses facteurs contextuels (facteurs environnementaux et personnels)". Dans ce contexte, le handicap est le résultat de l'interaction du fonctionnement d'une personne et de l'environnement, toujours lié à une condition de santé.

### *Les fonctions, structures corporelles et déficiences*

7. Les **"fonctions corporelles** sont les fonctions physiologiques des systèmes corporels, y compris les fonctions psychologiques. Par le terme "corps", nous entendons l'organisme humain en tant qu'un tout, et par conséquent la fonction mentale est incluse dans la définition."

8. Les **"structures corporelles** sont les parties anatomiques du corps, comme les organes, les extrémités et leurs composantes".

9. Les **"déficiences** sont les problèmes des fonctions ou des structures corporelles, comme un écart significatif de la "norme" en général par rapport à l'état biomédical du corps et de ses fonctions ou une perte des dites fonctions ou structures".

### *Activités et participation d'une part, limitations de l'activité et restrictions de la participation d'autre part*

10. L'"**activité**" est la réalisation d'une tâche ou d'une action par une personne. Elle représente la perspective de l'individu à l'égard du fonctionnement".

11. La "**participation**" est l'implication de la personne dans une situation vitale. Elle représente la perspective de la société à l'égard du fonctionnement".

12. L'activité (de même que la participation) est classée suivant les catégories suivantes : apprentissage et application de la connaissance, b) tâches et exigences d'ordre général, c) communication, d) mobilité, e) soins personnels, f) vie domestique, g) interactions et exigences interpersonnelles, h) principaux domaines de la vie, i) vie communautaire, sociale et civique.

## **Autres concepts de base**

### ***Réhabilitation***

13. La réhabilitation est le processus continu et coordonné, tendant à parvenir au rétablissement maximal de la personne handicapée sur le plan fonctionnel, physique, psychique, éducationnel, social, professionnel ou occupationnel, en vue de la réinsertion de la personne en tant que membre actif de la communauté, ainsi qu'à promouvoir des mesures pour prévenir les handicaps (OPS, 1998) (1)

### ***Réhabilitation complète***

14. L'ordre coordonné et individualisé des systèmes et services de la société et le moyen dont l'objectif principal est de prévenir, de minimiser ou d'arrêter les conséquences des pertes ou troubles fonctionnels, ainsi que de corriger les facteurs qui empêchent l'entière participation. (2)

### ***Prévention du handicap***

15. Ensemble des activités inter-programmatiques et intersectorielles visant à identifier les facteurs de risque qui peuvent détériorer ou endommager la santé, empêcher que la détérioration de la santé n'entraîne des restrictions fonctionnelles ou minimiser l'impact des conséquences de la détérioration de la santé, promouvoir des styles de vie sains et, enfin, protéger la santé. Ceci englobe la prévention primaire, secondaire et tertiaire du handicap. (3)

### ***Qualité de vie***

16. *"C'est la perception qu'a l'individu de sa condition de vie, dans le cadre du contexte culturel et des valeurs dans lequel il vit et compte tenu de ses objectifs, attentes et intérêts"* (OMS, 1994). Parler de la Qualité de vie nous amène au concept de santé de l'OMS : *"c'est un état de bien-être physique, mental et social complet, et pas simplement l'absence de malaise ou de maladie"*. Des maux de santé et les séquelles qu'ils peuvent laisser à l'individu l'affecteront non seulement sur le plan physique et émotionnel, mais aussi dans l'exécution d'activités et sa participation à des activités.

### ***Services de réhabilitation***

17. En vertu du droit à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et en conformité avec le thème abordé à la norme numéro 2 (soins médicaux) et à la norme numéro 4 (réhabilitation) des Normes uniformes de l'Organisation des Nations Unies sur l'égalité des chances des personnes handicapées (4), il importe de garantir des soins médicaux efficaces et la prestation de services de réhabilitation à ce groupe de la population. Les services de santé doivent accorder des soins, par des équipes pluridisciplinaires, pour évaluer, détecter suffisamment tôt et traiter les déficiences, ainsi qu'intégrer les personnes handicapées à tous

les programmes et initiatives de santé. Les services de réhabilitation doivent être accessibles à toutes les personnes et fournir une assistance qui permette aux personnes handicapées d'atteindre et de maintenir un niveau optimal de fonctionnement et d'autonomie, soigner tout type de handicap et faire participer les personnes handicapées et leurs familles au processus de réhabilitation.

### ***Orientation intersectorielle***

18. Pour répondre aux besoins réels des groupes de personnes handicapées, il est nécessaire de maintenir une approche intersectorielle, afin que ces réponses soient intégrées, en prenant en compte que ces besoins vont être déterminés par les dimensions du fonctionnement/handicap affecté : biologique (corps), perspective de l'individu pour ce qui est du fonctionnement (activité) et perspective de la société pour ce qui est du fonctionnement (participation), avec des interactions continues avec les facteurs contextuels (environnementaux/personnels) ayant trait à une condition de santé.

### ***Prévalence et causes du handicap***

19. L'identification, la caractérisation et l'enregistrement de cas nouveaux et des cas déjà connus de handicap dans une période et un lieu donnés indiqueront la prévalence. Les causes sont dues à des facteurs multiples et dépendront des dimensions du fonctionnement humain affecté (fonctions corporelles, structures corporelles, activité et participation).

### **Analyse de la situation des personnes handicapées dans la Région des Amériques**

20. L'Organisation des Nations Unies estime à 600 millions le nombre de personnes handicapées dans le monde, dont 400 millions dans les pays en développement. Dans la Région des Amériques, l'Organisation estime à 60 millions le nombre de personnes handicapées.

21. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies non transmissibles, les maladies émergentes et réémergentes, la violence croissante, les conflits armés ; les accidents de tout type et la consommation et l'abus d'alcool, de tabac et de substances interdites sont quelques-unes des causes principales de handicap pour lesquelles il ne se dégage pas de tendance manifeste à la baisse de leur prévalence dans la population en général. Ce thème, qui jusqu'à présent a été insuffisamment traité dans les services et les programmes, nécessite une grande attention. La distribution démographique et géographique des personnes handicapées exerce une influence importante dans la société. Les personnes handicapées constituent 10 pour cent de la population totale et on estime que les personnes handicapées exercent des répercussions sur 25 pour cent de l'ensemble de la population. Les handicaps affectent non seulement les personnes qui en souffrent, mais aussi les individus qui prennent soin des personnes handicapées, leurs familles, la communauté et tous ceux qui soutiennent le développement de la communauté. (5-8)

22. Compte tenu des indices de croissance démographique de l'Amérique latine et des Caraïbes, on prévoit une augmentation sensible du nombre des personnes handicapées, en particulier lorsque les soins de santé materno-infantile sont insuffisants et lorsqu'on enregistre un niveau élevé d'accidents et de lésions physiques et mentales causés par la violence.

23. Environ 50 pour cent des personnes handicapées de la Région sont en âge de travailler. Compte tenu des niveaux élevés de pauvreté et de chômage dans la population en général, ainsi que de la relation claire qui existe entre la pauvreté et les personnes handicapées, la situation de ces personnes dans la Région est grave. La majorité de ces personnes sont sans emploi ou exclues du marché du travail. En Amérique latine, on a enregistré des chiffres de prévalence sur le pourcentage des personnes handicapées qui varient considérablement : par exemple, au Pérou les pourcentages rapportés par l'étude de la prévalence nationale sont de l'ordre de 32 pour cent, alors que dans d'autres pays ils se situent entre 10 et 13 pour cent (Equateur, Venezuela et Colombie). En Amérique centrale, les pourcentages de prévalence des personnes handicapées se situent aux alentours de 18 pour cent. (5-8).

24. Plus récemment, avec l'approbation de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), des études ont commencé à être effectuées en s'appuyant sur cette classification comme base technique. A ce jour, trois études nationales ont été réalisées, à l'appui de la CIF, au Chili, en Equateur, au Nicaragua, et aussi à Panama (en cours d'exécution). Une enquête ménagère comportant un module Personnes handicapées reposant sur la CIF a été effectuée en Uruguay et l'étude nationale de l'Argentine, reposant sur la Classification internationale antérieure de la déficience, du handicap et de la Moins-value a également été effectuée. D'autres données disponibles dans la Région proviennent des recensements, mais ceux-ci ont pour inconvénient qu'ils ne spécifient pas tous les handicaps et que les données fournies sur les personnes handicapées se limitent en général aux handicaps graves ou permanents : Costa Rica, Mexique, Panama et Venezuela. Il existe aussi des études spéciales se limitant aux grandes zones urbaines qui ne reposent pas sur la CIF : elles ont été réalisées à Cuba, Le Salvador, Honduras, Paraguay et Pérou. En Colombie, les données sur les personnes handicapées sont inscrites dans des registres municipaux permanents, reposant sur la CIF et, plus récemment, un module a été mis au point pour repérer les personnes handicapées dans les recensements nationaux, qui repose aussi sur la CIF.

25. En conformité avec les études plus récentes sur les personnes handicapées, la prévalence nationale au Nicaragua est de 10,3 pour cent, dont 56 pour cent représentent des femmes et 60 pour cent de toutes les personnes handicapées vivent en zone urbaine. La tranche d'âge la plus affectée est la tranche de 20 à 59 ans, qui représente 47 pour cent de toutes les personnes handicapées. Sur cette population de personnes handicapées, 45 pour cent n'ont aucun niveau d'instruction. Les handicaps les plus souvent rencontrés sont l'absence de mobilité, de communication et de participation. Au Chili, la prévalence nationale est de 12,9 pour cent, dont 2,5 pour cent représentent des cas graves ; 58,2 pour cent des personnes handicapées appartiennent au sexe féminin et 83,3 pour cent des personnes handicapées vivant en zone urbaine, la tranche d'âge la plus affectée étant celle de 30 à 64 pour cent, qui représente 51 pour cent de toutes les personnes handicapées. Au Chili, le pourcentage des



personnes handicapées est le double dans la population aux conditions socioéconomiques faibles et une personne handicapée sur deux n'a pas accompli l'enseignement élémentaire de base.

26. En Équateur, la prévalence nationale est de 12,1 pour cent, dont 51 pour cent appartiennent au sexe féminin, la tranche la plus affectée étant celle de 20 à 64 ans, qui représente 51 pour cent de toutes les personnes handicapées. Dans 80 pour cent des cas, les personnes ont déclaré que leur handicap était lié à des conditions de santé. Les autres données d'ordre général incluent par l'exemple l'Argentine où 20,6 pour cent des foyers hébergent au moins une personne handicapée, le Costa Rica avec une prévalence de 5,3 pour cent (recensement de l'an 2000), Cuba avec une prévalence de 3,2 pour cent (handicaps graves) et l'Uruguay avec une prévalence de 7,6.

27. Malgré la diversité des données et des méthodologies employées, il y a une tendance à l'utilisation d'outils techniques de référence internationale comme la CIF. Toutes les études ont fourni des données très importantes qui nous donnent une idée de la situation : sur les 60 millions de personnes handicapées d'Amérique latine et des Caraïbes, environ 25 pour cent d'entre elles sont des enfants et des adolescents ; 2 à 3 pour cent de la population handicapée ont accès aux programmes et services RHB, la moitié des accidents de la circulation concerne des jeunes de 15 à 34 ans, la population handicapée de 65 ans et plus représente un pourcentage élevé ; 2 à 3 pour cent des nouveau-nés présentent des déficiences graves et 6 à 8 pour cent des enfants sont à risque élevé. Sur la population infantile handicapée, 20 à 30 pour cent seulement sont inscrits à l'école et 5 pour cent seulement achèvent l'école primaire. Les fillettes handicapées souffrent encore davantage de discrimination. Les enfants handicapés, filles ou garçons, font plus l'objet de violence et de mauvais traitements que les autres enfants et ils sont souvent placés dans des institutions.

### **Jouissance du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale, autres droits humains et participation des handicapés en tant que citoyens**

#### ***La santé des personnes handicapées dans le cadre de l'exercice des droits humains***

28. D'après les différents organismes internationaux, les personnes handicapées rencontrent fréquemment des obstacles concernant la jouissance de leurs droits humains et leurs libertés fondamentales. (9) Par exemple, la présence d'obstacles (dans la pratique ou dans la législation) à l'accès des personnes handicapées aux services de santé et de réhabilitation, à leur liberté de mouvement dans les édifices publics, le manque de possibilités d'emploi, l'exclusion de ces personnes des systèmes d'enseignement, leur participation à des expériences médicales ou scientifiques sans leur consentement informé, le manque d'instruments d'appui pour leur permettre de voter ou l'existence de conditions de vie médiocres dans les établissements de santé publique peuvent nuire à leur santé physique ou mentale et autres droits humains fondamentaux, entraînant des conséquences qui sont très souvent irréparables. (10)

29. Un certain niveau de santé physique et mentale est nécessaire pour pouvoir exercer les libertés et droits fondamentaux et ainsi, participer à la vie civile, sociale, politique et économique d'un pays ; et, dans le même temps, l'exercice des droits humains et libertés mentionnés plus haut est indispensable pour que les personnes handicapées puissent bénéficier d'un bien-être physique et mental véritable.<sup>3</sup> (10)

***Politiques, plans, législations et pratiques en rapport avec le handicap et la réhabilitation dans le cadre des droits humains***

30. Les politiques, plans, législations ou pratiques concernant les personnes handicapées et leur réhabilitation peuvent être des instruments qui protègent la protection des droits de base et des libertés fondamentales des personnes handicapées ou au contraire, ils peuvent être des instruments qui nuisent à l'exercice des droits de base associés au bien-être physique et mental, tels que ceux mentionnés plus haut. (11)

31. Cependant, l'application des instruments des droits humains dans le contexte de la santé est toujours très limitée et en conséquence il est important d'incorporer dans les politiques, plans, législations et pratiques concernant les personnes handicapées en général, la prévention et la réhabilitation du handicap, la réglementation internationale existante en matière des droits humains et en particulier les normes ou principes internationaux et régionaux qui protègent les droits humains des personnes handicapées et qui sont présentés en détail plus bas. (11) Ceci pris en considération, le Conseil directeur de l'OPS a demandé en 2001 aux États Membres de mettre à jour "... les dispositions juridiques qui protègent les droits humains des handicapés mentaux..." (12)

**Instrumentes généraux des droits humains**

32. Dans les Amériques, certains pays ont approuvé des lois concernant les personnes handicapées qui sont destinées spécifiquement à protéger certains droits humains de base et les libertés fondamentales des personnes handicapées.<sup>4</sup> Dans la majorité des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, les droits humains et les libertés des personnes handicapées sont également protégés [dans certains cas] par des lois générales qui s'appliquent aussi au reste des individus (dispositions constitutionnelles, civiles, pénales, du droit du travail ou de procédure, entre autres) qui garantissent uniquement quelques-uns des droits et/ou libertés fondamentales des personnes concernées. (13)

33. Pour leur part, les instruments généraux des droits humains établis par le droit international reconnaissent que tous les êtres humains sont nés libres et égaux, en dignité et en

---

<sup>3</sup> Lawrence Gostin a évoqué ce lien surtout dans le contexte du bien-être des handicapés mentaux.

<sup>4</sup> L'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, Le Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, les États-Unis et le Venezuela ont approuvé des lois qui protègent spécifiquement certains droits humains et libertés fondamentales des personnes handicapées.

droits<sup>5</sup> (14-15) et protègent toutes les personnes sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique, d'origine nationale ou sociale, de fortune ou de toute autre situation.<sup>6</sup> (16-22). Les personnes handicapées se trouvent protégées par les instruments suivants :

### *Système des Nations Unies pour la protection des droits humains*

- La Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>7</sup> ; (14)
- Le Pacte international relatifs aux droits civils et politiques ;<sup>8</sup> (16)
- Le Pacte international relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels ;<sup>9</sup> (17)
- La Convention des droits de l'enfant ;<sup>10</sup> (18) et
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre la femme<sup>11</sup> (entre autres) (19).

### *Système interaméricain pour la protection des droits humains*

- La Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme ;<sup>12</sup> (15)
- La Convention américaine sur les droits humains ;<sup>13</sup> (20)

<sup>5</sup> Article I de la Déclaration universelle des droits humains et Préambule de la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme.

<sup>6</sup> En conformité avec les normes établies par le Droit international sur les droits humains, "toute autre situation" s'applique à la discrimination basée sur des motifs de handicap.

<sup>7</sup> La Déclaration universelle des droits de l'homme stipule dans son article 25 que « ...toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ... notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ... »

<sup>8</sup> Entré en vigueur le 23 mars 1976 et ratifié par l'Argentine, la Barbade, Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, l'Equateur, Le Salvador, les Etats-Unis d'Amérique, la Grenade, le Guatemala, la Guyane, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Vincent et les Grenadines, Surinam, Trinité et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>9</sup> Entré en vigueur le 3 janvier 1976 et ratifié par l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, la Bulgarie, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, l'Equateur, Le Salvador, la Grenade, le Guatemala, la Guyane, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Sain-Vincent et les Grenadines, Surinam, Trinité et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>10</sup> Entrée en vigueur le 2 septembre 1990 et ratifiée par Antigua et Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, la Dominique, l'Équateur, Le Salvador, Grenade, Guatemala, la Guyane, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint Kitts et Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent et les Grenadines, Surinam, Trinité et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>11</sup> Entrée en vigueur le 3 septembre 1981 et ratifiée par l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, l'Équateur, le Salvador, Grenade, le Guatemala, la Guyane, Haïti, le Honduras, , le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Vincent et les Grenadines, Trinité et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>12</sup> L'article 11 de cet instrument établit le droit de toute personne à "la préservation de la santé et au bien-être » entre autres.

<sup>13</sup> Entrée en vigueur le 18 juillet 1978 et ratifiée par l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, l'Equateur, Le Salvador, la Grenade, le Guatemala, Haïti, le Honduras,

- Le Protocole supplémentaire de la Convention américaine en matière des droits économiques, sociaux et culturels ou Protocole de San Salvador,<sup>14</sup> (21), et
- La Convention interaméricaine pour prévenir, sanctionner et éradiquer la violence contre la femme<sup>15</sup> (entre autres) (22).

34. Il est important de mentionner que le Protocole de San Salvador se rapporte spécifiquement à la protection des personnes handicapées dans son article 18, dans lequel il est stipulé que les États signataires s'engagent à exécuter des programmes spécifiques, comme des programmes de travail convenant à leurs possibilités, la formation spéciale de leurs familles et entourage, l'inclusion des besoins spécifiques de ces personnes dans leurs plans d'aménagement urbain, et qu'ils s'engagent aussi à stimuler la formation d'organisations sociales dans lesquelles les personnes handicapées pourront s'épanouir à part entière. D'après l'article mentionné, cette protection spéciale de la part de l'État a pour objet de permettre que les personnes handicapées puissent "... atteindre l'épanouissement maximal de leur personnalité..." (souligné par nous).

35. Dans la Région des Amériques, les droits des personnes concernées se trouvent également protégés par la *Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination des personnes handicapées*<sup>16</sup> (23) (désignée dans le reste du document Convention interaméricaine concernant les personnes handicapées), qui a été adoptée par l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains (OEA) le 8 juin 1999. Cette convention met en valeur des principes très importants qui peuvent guider les États Membres de l'OPS dans la formulation de leurs plans, politiques, législations et pratiques. Cependant, bien que la Convention crée un Comité pour donner suite aux engagements pris par les États signataires, ce Comité n'a toujours pas examiné les progrès réalisés par les États concernés en la matière.

### **Normes ou principes internationaux**

36. Ces principes s'inscrivent aussi dans le cadre du droit international et sont, dans leur grande majorité, des déclarations, des recommandations et des informations promulguées par l'Assemblée générale des Nations Unies, la Commission des droits humains (ONU), le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (ONU), la Commission interaméricaine des droits

---

la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Surinam, Trinité et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>14</sup> Entré en vigueur le 16 novembre 1999 et ratifié par l'Argentine, le Brésil, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, Le Salvador, le Guatemala, le Mexique, Panama, le Paraguay, le Pérou, Surinam et l'Uruguay.

<sup>15</sup> Entrée en vigueur le 5 mars 1995 et ratifiée par : Antigua et Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, Belize, la Bolivie, le Brésil, le Chili. La Colombie, le Costa Rica, la Dominique, l'Équateur, le Salvador, Grenade, le Guatemala, la Guyane, Haïti, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint Kitts et Nevis, Sainte-Lucie, Surinam, Trinité et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>16</sup> Entrée en vigueur le 14 septembre 2001 et ratifiée par l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, Le Salvador, le Guatemala, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou et l'Uruguay.

humains (OEA), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), entre autres.

37. A la différence des traités d'ordre général sur les droits humains qui ont été ratifiés par les États Membres de l'OPS, ces normes n'ont pas de pouvoir inaliénable mais elles établissent néanmoins des principes importants qui peuvent être incorporés aux plans, politiques, législations et pratiques nationales concernant les handicapés, leur prévention et leur réhabilitation. En outre, ces normes constituent un guide important pour interpréter les droits de base et les libertés fondamentales concernant les personnes handicapées qui figurent dans les traités internationaux et régionaux sur les droits humains qui ont été mentionnés plus haut. La valeur de ces normes réside principalement dans le consensus général dégagé par les États Membres à l'Assemblée générale des Nations Unies ou autres organes, suivant lequel il est nécessaire de promouvoir et protéger les droits humains des personnes handicapées et leur efficacité dépendra finalement de l'application de ces principes par les États et organisations concernés. (24) Les normes ou principes les plus importants sont les suivants :

#### *Système des Nations Unies pour la protection des droits humains*

- *La Déclaration des droits du déficient mental*<sup>17</sup> (25) (actuellement "des personnes avec un handicap intellectuel" en conformité avec les normes internationales) ;
- *La Déclaration des droits de l'infirme*<sup>18</sup> (26) (actuellement "personnes handicapées" en conformité avec les normes internationales) ;
- *Les Principes pour la protection des malades mentaux et l'amélioration des soins de la santé mentale*<sup>19</sup> (27) ;
- *Les Normes uniformes sur l'égalité des personnes handicapées*<sup>20</sup> (4)
- *L'Observation générale 5, Personnes avec un handicap*<sup>21</sup>(28), et
- *L'Observation générale 14, le droit à jouir du meilleur état de santé possible (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*<sup>22</sup> (29)

---

<sup>17</sup> Elle établit principalement que les handicapés intellectuels disposent des mêmes droits que les autres personnes, notamment en matière de soins médicaux, d'éducation, de formation et réhabilitation, entre autres.

<sup>18</sup> Certains des droits évoqués dans cette Déclaration sont: les soins médicaux, l'éducation, l'emploi, un traitement digne et des garanties judiciaires, entre autres.

<sup>19</sup> Ces droits constituent un guide pour l'établissement de systèmes nationaux de la santé mentale et l'évaluation de l'application de ces derniers. Cette déclaration évoque les droits humains des personnes atteintes d'un handicap mental tout particulièrement dans le contexte des établissements psychiatriques.

<sup>20</sup> Ces principes ont pour objet de "... garantir que les filles et les garçons, les femmes et les hommes avec un handicap, en leur qualité de citoyens de leur société respective, puissent disposer des mêmes droits et obligations que les autres..."

<sup>21</sup> Cette observation du Comité des Droits économiques, sociaux y culturels analyse les obligations des États en rapport avec les droits comme l'égalité des hommes et des femmes devant la loi, les droits liés au travail, la sécurité sociale, la protection de la famille, des mères et enfants handicapés, la liberté de mouvement, la jouissance de la santé physique et mentale, l'éducation et la participation à la vie culturelle et, le droit à jouir des bénéfices du progrès scientifique.

<sup>22</sup> Dans cette observation, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies analyse le contenu, la portée et les obligations pour tous les États Membres qui se dégagent de l'article 12 du Pacte relatif

*Système interaméricain pour la protection des droits humains*

- *La Déclaration de Caracas (OPS/OMS)*<sup>23</sup> (30), et
- *La Recommandation de la Commission interaméricaine des droits humains (OEA) pour la promotion et la protection des personnes atteintes d'un handicap mental*<sup>24</sup> (31)

38. En ce qui concerne la mise en pratique de cette norme internationale de droits humains, il est indispensable de souligner que l'OPS (avec la collaboration financière des agences de coopération suédoise et espagnole) a entrepris depuis l'an 2000 la formation technique de fonctionnaires de la santé publique, d'institutions gouvernementales qui travaillent pour la défense des droits des personnes atteintes d'un handicap et les propres organisations de ces personnes. Jusqu'à présent, l'OPS a organisé 18 ateliers de formation pour disséminer parmi ces fonctionnaires, institutions et organisations, les instruments généraux de droits humains et les normes internationales mentionnées ci-dessus. Les ateliers ont été organisés à Antigua et Barbuda, en Argentine, à la Barbade, au Belize, au Brésil, au Costa Rica, au Chili, en Équateur, au Salvador, à la Grenade, au Guatemala, au Honduras, au Panama, au Paraguay, au Pérou, en République dominicaine et à Sainte-Lucie. Ces ateliers ont eu pour résultats principaux : la révision de sept politiques et 11 législations en conformité à la norme internationale des droits humains; la formation de 780 personnes (300 d'entre elles étant des fonctionnaires de santé publique); la collaboration technique avec huit organes de défense des droits humains dans le domaine du handicap (visites à des institutions de santé publique) et la collaboration technique avec la Commission interaméricaine des droits humains (participation à des audiences sur la santé publique), formulation de principes; collaboration technique avec les États et la Commission dans la mise en place de mesures de prudence liées à la santé des personnes atteintes d'un handicap et les consultations techniques dans des visites à des établissements de santé publique liés aux handicaps.

---

aux droits économiques, sociaux et culturels (le droit à jouir du meilleur état de santé possible). Le Comité établit que le droit à jouir du meilleur état de santé possible est étroitement lié à l'exercice des autres droits humains et dépend de droits comme la vie, la non-discrimination, l'égalité, l'interdiction des traitements inhumains et dégradants, le droit à la réunion, à la circulation, à l'alimentation, à l'abri, au travail et à l'éducation, entre autres. Le Comité considère les personnes handicapées comme un groupe qui, de par sa vulnérabilité, nécessite des programmes spéciaux d'un coût relativement faible qui facilitent l'accès aux établissements, aux biens et aux services de santé sans aucune discrimination.

<sup>23</sup> Elle propose la réforme des législations sur le handicap mental en conformité avec les engagements internationaux sur les droits humains et la création de services de santé mentale à base communautaire.

<sup>24</sup> Cette recommandation exhorte les États à "promouvoir et mettre en œuvre, au moyen de la législation et de plans nationaux de santé mentale, l'organisation de services communautaires de santé mentale dont les objectifs seront l'insertion à part entière des handicapés mentaux dans la société..."

## **Initiatives de l'OPS/OMS pour aborder les handicaps et la réhabilitation des personnes handicapées : missions et nouveaux défis**

### *Orientations stratégiques*

39. Promotion de la santé et prévention du handicap : éviter ou minimiser l'incidence de handicaps causés par des maladies chroniques ; détecter les facteurs de risque qui produisent des handicaps et promouvoir des styles de vie sains.
40. Approche épidémiologique du handicap : consolidation des systèmes d'information sur le handicap et la réhabilitation ; établissement de paramètres pour la surveillance épidémiologique du handicap et la diffusion et mise en œuvre de la CIF.
41. Aide médicale et réhabilitation complète : promouvoir une plus grande équité en matière de prestation de services de réhabilitation à tous les niveaux ; détecter et soigner suffisamment tôt les enfants atteints de déficiences ou de troubles de développement, et mettre au point des actions d'intervention pour répondre aux besoins des groupes vulnérables [enfants, personnes âgées, populations autochtones, femmes, victimes de mines antipersonnel, victimes de catastrophes naturelles].
42. Intégration communautaire : consolider la stratégie de Réhabilitation à base communautaire (RBC) ; promouvoir la participation active des personnes handicapées, de leurs familles et des organisations pour obtenir une qualité de vie en harmonie avec la dignité humaine ; favoriser la stratégie communautaire accessible à tous (accessibilité universelle).
43. Développement scientifique et technologie : définir des politiques publiques pour la production de prothèses, d'orthèses et de supports techniques qui soient faciles à obtenir et élaborer une technologie simplifiée ; établir des programmes de formation des professionnels en matière de réhabilitation et promouvoir la recherche dans le domaine de la réhabilitation.
44. Inclusion et insertion socioéconomiques : promouvoir l'égalité des chances d'emploi pour les personnes handicapées et contribuer à l'insertion professionnelle des personnes handicapées sur le marché du travail compte tenu de leurs potentialités.
45. Insertion scolaire et éducation intégrée : intégration des personnes handicapées dans le système d'enseignement normal ; encourager l'enseignement convivial en tenant compte des différences ; établir des services de santé scolaire qui prennent en compte les besoins des enfants handicapés et de ceux qui sont à risque.
46. Conseils nationaux de réhabilitation : encourager la responsabilité sociale à l'égard du problème des handicapés ; stimuler la participation des municipalités à l'établissement de Villes accessibles à tous ; promouvoir la défense des droits et de la dignité des personnes handicapées et favoriser l'élaboration de politiques publiques concernant le problème des handicapés.

47. Orientation épidémiologique à l'égard des handicapés: consolider les systèmes d'information en matière de handicap et de réhabilitation; établir des paramètres de surveillance épidémiologique des handicaps et, enfin, diffuser et appliquer la CIF.

48. En conclusion, les causes multiples des handicaps et la complexité des nombreux facteurs qui interviennent et causent un "handicap" nous incitent à rechercher et repérer des orientations et des stratégies qui nous permettent de trouver des réponses complètes et de les intégrer aux programmes et politiques publiques sur les soins des personnes handicapées, leur réhabilitation et insertion sociale, en particulier en étendant le thème à toutes les initiatives de développement qui aboutissent au bien-être humain.

49. Cette vision englobe donc le développement intégré, ce qui signifie "*l'élaboration et l'exécution d'actions et de politiques visant le développement socioéconomique et humain afin de parvenir à l'égalité des chances et des droits pour toutes les personnes, indépendamment de leur condition sociale, de leur sexe, de leur état physique, intellectuel ou sensoriel et de leur race*" (30). En conséquence, il est indispensable, entre les différentes agences de coopération et de développement, de promouvoir les échanges, d'unifier les critères et de développer une collaboration permanente afin d'entraîner une synergie professionnelle qui rende possible les activités que chacune d'entre elles essaie de mener et d'éviter que ces activités soient ponctuelles ou isolées.

#### ***Activités de coopération technique dans les pays de la Région***

50. Au cours des cinq dernières années, l'OPS a entrepris les activités suivantes :

51. Le développement de principes stratégiques pour la détection précoce de handicaps chez les enfants âgés de 0 à 6 ans incorporée dans le réseau de soins de santé primaires en : Argentine, à Cuba, au Salvador, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua et au Venezuela. L'inclusion de la stratégie de réhabilitation de base communautaire (RBC) a été faite en Argentine, en Bolivie, au Salvador, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua et au Paraguay.

52. Le renforcement des actions de réhabilitation aux niveaux intermédiaires et renforcement des niveaux de haute complexité a été mis en œuvre au Chili, au Salvador, au Honduras, au Nicaragua, au Pérou et au Venezuela.

53. Appui technique à des pays de la Région pour la réalisation d'études de prévalence du handicap dans la population générale (Chili, Colombie, Nicaragua, Panama et Pérou) et promotion et sensibilisation concernant les usages et applications de la CIF. Dans ce domaine, une matrice d'analyse de situation des personnes atteintes d'un handicap a été développée, les études ayant été finalisées au Chili, au Costa Rica, au Nicaragua et au Panama (actuellement en cours d'exécution en Argentine, au Salvador et en République dominicaine).

54. Appui au groupe de travail sur l'usage d'indicateurs en réhabilitation et surveillance épidémiologique du handicap, avec la participation de l'Argentine, de la Colombie, du Chili,



du Mexique et du Venezuela et coopération avec les instituts nationaux de réhabilitation du Pérou et du Venezuela pour inclure et élaborer un système d'information sur les handicaps dans les systèmes d'information en santé et dégager les causes et la nature de ces derniers (actuellement en phase de démonstration au Nicaragua, au Pérou et au Venezuela).

55. Assistance technique aux pays de la Région pour la formulation de politiques publiques et développement de programmes de soins intégrés aux personnes atteintes d'un handicap; développement de protocoles et normes de soins dans la prévention des handicaps et assistance technique pour le développement de guides et de principes sur l'homologation et la validation des handicaps.

56. Formation de ressources humaines dans le domaine de la réhabilitation (pays d'Amérique centrale) au moyen d'un programme de bourses pour professionnels (médecin, technicien). De même, les laboratoires d'orthèse et de prothèse ont été agrandis et renforcés au Salvador, au Honduras et au Nicaragua, l'accent étant mis sur l'usage de technologie appropriée, en coopération avec le Canada, les États-Unis et le Mexique, au titre de l'initiative des soins aux victimes de mines antipersonnel.

57. Appui technique afin de renforcer le développement de composantes d'accès universel aux politiques publiques sur le handicap et la réhabilitation. L'OPS a travaillé avec les municipalités en vue du développement de normes d'accès au moyen physique pour établir des espaces accessibles par tous et elle a apporté son soutien technique au développement de plans d'action pour la formation de travail, le développement de produits productifs pour les personnes atteintes d'un handicap et la sensibilisation d'organisations pour les personnes atteintes d'un handicap dans les pays d'Amérique centrale en relation avec l'emploi.

58. Dans le cadre de l'Initiative des soins aux victimes de mines antipersonnel en Amérique centrale, avec la participation conjointe du Canada, des États-Unis et du Mexique, les capacités nationales ont été renforcées en vue du développement, de la mise en œuvre et de l'évaluation de programmes intégrés d'assistance aux victimes de mines antipersonnel et de prévention des accidents par mines au Salvador, au Honduras et au Nicaragua.

59. Enfin, au niveau de la coopération avec les secteurs et unités techniques de l'OPS, des activités conjointes sont en cours de développement dans le secteur des affaires juridiques pour la promotion des droits humains des personnes atteintes d'un handicap en conformité avec les traités et les normes internationaux de droits humains; avec le programme des urgences et des catastrophes par rapport à la formulation d'une norme portant sur les soins aux personnes atteintes d'un handicap avant les catastrophes et les urgences; et avec le programme du vieillissement sain pour mettre au point un module d'actions de base de réhabilitation dans les soins primaires de l'adulte âgé. Il y a également des actions exécutées par rapport à la santé de la mère, de l'enfance, de l'adolescence, à la santé mentale, aux maladies non transmissibles et transmissibles, aux maladies sexuellement transmissibles et au VIH/SIDA, à la PCIME, à l'analyse de situation de la santé, au sexe, aux populations autochtones, à la violence et la

prévention de blessures. En ce qui regarde la promotion de la coopération horizontale entre pays, elle se réalise à travers des réunions de coopération technique.

**Intervention du Conseil directeur**

60. Le Conseil directeur est invité à considérer la résolution jointe en annexe, recommandée par le Comité exécutif.

Références

Annexe

## Références

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Genève, 2001.
2. Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), *Séminaire sur les politiques sociales et la réhabilitation complète dans les pays du Cône sud*. Montevideo, 2002.
3. *Soins de santé primaires et réhabilitation*. Programme régional de réhabilitation OPS/OMS. Document de travail. Managua, 2005.
4. Les normes uniformes sur l'égalité des personnes handicapées, A.G. Rés. 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 202, ONU, Doc. A/48/49 (1993).
5. Situation du handicap dans les Amériques. Programme régional de la réhabilitation OPS/OMS. Document de travail. Managua, 2004.
6. Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), *Handicap*. Programme de réhabilitation OPS/OMS. Washington, DC 1991.
7. Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), *Niveaux de soins en matière de réhabilitation*. Washington, DC 1991.
8. Montero, Federico. *Droit des personnes handicapées à la santé et à la réhabilitation*. [El Derecho a la Salud y a la Rehabilitación de las Personas con Discapacidades] DAR/OMS. Genève, 2006.
9. G. Quinn, T. Degener, *Human Rights and Disability* [Droits humains et handicap], HP/PUB/02/1, Nations Unies, 2002. Voir aussi *Document du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, Paul Hunt, Commission des droits humains, Nations Unies, E/CN.4/2005/51.
10. Gostin LO, Gable L., *The Human Rights of Persons with Mental Disabilities : A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health* [Les droits humains des handicapés mentaux : perspective globale de l'application des principes des droits humains à la santé mentale], Maryland L Rev., 2004 ; 63 ;27. Voir aussi Lawrence O. Gostin et Zita Lazzarini, *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic* [Les droits humains et la santé publique dans la pandémie du SIDA] 43-49 (1997).
11. Jonathan M. Mann, Sofia Gruskin, Michael A. Grodin, George J. Annas, *Health and Human Rights 'Santé et droits humains*] 11-14 (1999).
12. Résolution CD43R10, *Santé mentale*, 43<sup>ème</sup> Conseil directeur, Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), Washington DC, EUA, 2001.

13. Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), *Acerca de la Discapacidad y sus instrumentos juridicos : una perspectiva sanitaria* [A propos du handicap et de ses instruments juridiques : perspective sanitaire], Washington, DC ; 1997.
14. Déclaration universelle des droits de l’homme. A.G. Rés. 217 A (III), ONU, Doc. A/810 p. 71 (1948).
15. Déclaration américaine des droits et devoirs de l’homme, 199 OEA Rés. XXX. OEA/Ser.L.V./182 doc. 6 rev.1, p. 17 (1992).
16. Pacte international relatif aux droits civils et politiques. A.G. Rés. 2200, 21 ONU GAOR Sup. (No. 16) 52, ONU, Doc. A/6316 (1966).
17. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. A.G. Rés. 2200A (XXI), 21 ONU, GAOR Sup. (No. 16) 49, ONU, Doc. A/6316 (1966).
18. Convention sur les droits de l’enfant. A.G. Rés. 44/25, annexe, 44, ONU GAOR Suppl. (No. 49), p. 167. ONU, Doc. A/44/49 (1989).
19. La Convention sur l’élimination de toutes les formes de discrimination contre la femme. A.G. rés. 34/180, 34 U.N. GAOR Suppl. (No. 46) p. 193, Doc. NU A/34/46.
20. Convention américaine sur les droits humains. OEA, Off. Rec., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 REV. 6 (1979).
21. Protocole supplémentaire de la Convention américaine relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels ou Protocole de San Salvador. OEA, No. 69 (1988), approuvé le 17 novembre 1988, Documents de base relatifs aux droits humains dans le système interaméricain, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rév. 1, p. 67 (1992).
22. Convention interaméricaine pour prévenir, sanctionner et éradiquer la violence contre la femme, “Convention de Belem Do Pará”, 33 I.L.M. 1534 (1994), *entrée en vigueur* le 5 mars 1995.
23. Convention interaméricaine pour l’élimination de toutes les formes de discrimination des personnes handicapées. A.G./rés. 1608 (XXXIX-0/99), 7 juin 1999.
24. Juan Antonio Carrillo Salcedo, *El Derecho Internacional en un Mundo en Cambio* [Le droit international dans un monde en changement], 127 (1984). Voir aussi Mark W. Janis, *An Introduction to International Law* [Introduction au droit international], 51 (1993).
25. Déclaration des droits du déficient mental, A.G. Rés. 2856 (XXVI), 26 ONU GAOR Suppl. (No. 29) p. 93, ONU, Doc. A/8429 (1971).

26. Déclaration des droits de l'infirme, A.G. Rés. 3447 (XXX), 30 ONU GAOR Supp. (No. 34), p. 88, ONU, Doc. A/10034 (1975).
27. Les principes pour la protection des malades mentaux et l'amélioration des soins de santé mentale, A.G. Rés. 46/119,46 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU, Doc. A/46/49 (1991).
28. L'Observation générale 5, *Personas con discapacidad* [les personnes handicapées], ONU, Doc. E/C.12/1994/13 (1994).
29. L'Observation générale 14, *El derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud* [le droit à jouir du meilleur état de santé que la personne soit capable d'atteindre (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), 22<sup>ème</sup> séance de la session, 2000, ONU Doc. E/C.12/2000/4.
30. Levav I, Restrepo, Guerra de Macedo C. The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America : A New Policy for Mental Health Services [La restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine : une nouvelle politique pour les services de santé mentale]. *J Public Health Policy*. 1994 ; 15 ;71.
31. La Recommandation de la Commission interaméricaine des Droits humains (OEA) sur la promotion et la protection des personnes atteintes d'une déficience mentale, Rapport annuel de la Commission interaméricaine sur les droits humains (CIDH), OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rév., 16 avril 2001.
32. Manuel sur le développement intégré. Banque mondiale, Rio de Janeiro, 2005.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



# 138<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, 19-23 juin 2006

---

CD47/15 (Fr.)  
Annexe

## *RÉSOLUTION*

### *CE138.R11*

#### **LE HANDICAP : PRÉVENTION ET RÉHABILITATION DANS LE CONTEXTE DU DROIT DE LA PERSONNE A JOUIR DU MEILLEUR ÉTAT DE SANTE QU'ELLE SOIT CAPABLE D'ATTEINDRE ET AUTRES DROITS CONNEXES**

#### *LA 138<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,*

Après examen du rapport sur Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du meilleur état de santé qu'elle soit capable d'atteindre et autres droits connexes (document CE138/15),

#### *DÉCIDE :*

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants :

#### *LE 47<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,*

Après examen du rapport "Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du meilleur état de santé qu'elle soit capable d'atteindre et autres droits connexes" (document CD47/15) et de la résolution WHA58.23 de l'Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS (2005) sur le handicap ;

Compte tenu que 60 millions de personnes environ souffrant d'un handicap vivent dans la Région des Amériques ;

Conscient que le handicap peut provenir de risques périnataux et liés à l'accouchement, de maladies chroniques, de la malnutrition, d'accidents de tout type, de la violence, des conflits armés, d'accidents du travail, de la pauvreté, de la toxicomanie et abus d'autres substances et, enfin, du vieillissement de la population ;

Soulignant qu'il est souvent difficile, pour les personnes souffrant d'un handicap, d'avoir accès, tant sur le plan physique qu'économique, aux traitements, aux médicaments essentiels, aux biens et aux services de santé et de réhabilitation de bonne qualité, sur un pied d'égalité avec les autres êtres humains ;

Prenant en compte la Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, ratifiée officiellement en 2001 par la 54<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé et la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination des personnes handicapées, ainsi que la Résolution CD43.R10 du Conseil directeur de l'OPS (2001) qui exhorte les États Membres à mettre à jour les dispositions juridiques qui protègent les droits humains des handicapés mentaux ;

Prenant en compte les efforts qui ont été déployés au niveau des Nations Unies en vue de formuler la "Convention internationale vaste et intégrale pour promouvoir et protéger les droits et la dignité des personnes handicapées", et

Ayant à l'esprit la Déclaration AG.DEC.50 (XXXVI-0/06) "Décennie des Amériques : pour les droits et la dignité des personnes handicapées" (2006-2016), approuvée par l'Assemblée générale de l'OEA lors de sa XXXVI session qui s'est tenue à Santo Domingo, en République dominicaine,

***DÉCIDE :***

1. De prier instamment les États Membres :
  - a) de considérer de ratifier ou approuver la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination des personnes handicapées (OEA) et de sensibiliser l'ensemble du public aux questions de promotion et de protection des droits humains et des libertés fondamentales des personnes handicapées ;
  - b) d'adopter des politiques, stratégies, plans et programmes nationaux sur le handicap, la prévention du handicap et la réhabilitation des personnes handicapées, qui respectent les normes internationales sur le handicap comme les Normes uniformes des Nations Unies sur l'égalité des chances pour les personnes handicapées ;
  - c) d'adopter un modèle de réhabilitation intégral dont l'objectif principal soit de prévenir, minimiser ou arrêter les conséquences des pertes ou altérations fonctionnelles et réduire les facteurs qui entravent l'entière participation ;

- d) d'adopter des mesures pour permettre à toutes les personnes d'avoir accès et de pouvoir utiliser les infrastructures et les espaces partagés, qu'ils soient publics ou privés, urbains ou ruraux, y compris le mobilier et l'équipement d'appui, le transport, les communications et l'information, en particulier dans le cadre des services de santé et de réhabilitation qui sont nécessaires pour maintenir la capacité fonctionnelle ;
- e) d'encourager la création de programmes et de stratégies de réhabilitation communautaires avec la participation des organisations de personnes handicapées qui sont concernées par les soins de santé à leurs différents niveaux et de les intégrer au système de santé ;
- f) de promouvoir l'élaboration de politiques et programmes de santé qui envisagent de prévenir et de détecter les handicaps, d'intervenir suffisamment tôt, d'évaluer les familles et les personnes handicapées et de les faire participer à toutes les initiatives de santé ;
- g) d'encourager la prestation de soins médicaux appropriés, opportuns et efficaces aux personnes handicapées, y compris l'accès aux diagnostics, aux services de réhabilitation, ainsi qu'aux services procurant des technologies d'assistance technique qui favorisent l'indépendance fonctionnelle des personnes handicapées dans le but de permettre leur intégration sociale ;
- h) d'envisager de garantir l'accès aux prestations de base dont ont besoin les personnes, suivant leur niveau de dépendance, qui ne peuvent pas se débrouiller toutes seules pour effectuer les activités de la vie quotidienne ;
- i) de défendre les droits humains des personnes handicapées, y compris l'accès à l'égalité des conditions en matière de soins de santé, d'éducation, de logement et d'emploi ;
- j) de promouvoir le respect des droits et dignité des personnes handicapées et combattre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques causant du tort aux personnes handicapées ;
- k) de consolider et développer les services de réhabilitation à l'intention de toutes les personnes, indépendamment de leur handicap, afin qu'elles puissent atteindre et maintenir le meilleur niveau de fonctionnement, d'autonomie et de bien-être ;
- l) d'encourager la recherche sur les causes de handicap et les mesures efficaces pour les prévenir, qui incluent la mise en œuvre de méthodologie d'enregistrement et d'analyse des données sur les handicaps ;
- m) de réviser leurs législations sur le handicap et de les adapter conformément aux normes et réglementations internationales applicables ;



- n) de participer et collaborer au Comité spécial chargé de formuler la "Convention internationale vaste et intégrale des Nations Unies pour promouvoir et protéger les droits et la dignité des personnes handicapées", ainsi qu'au Comité de la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination des personnes handicapées.
2. De demander à la Directrice :
- a) de consolider et renforcer l'engagement de l'OPS à coopérer avec les États Membres pour promouvoir et protéger la qualité de vie des personnes handicapées, leur droit à jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elles soient capables d'atteindre, ainsi que leurs autres droits connexes, en particulier l'incorporation dans tous leurs programmes et initiatives des informations et statistiques indispensables sur ce thème ;
  - b) de promouvoir les études sur l'incidence, la prévalence et la cause des handicaps pour servir de base à la formulation de stratégies destinées à réduire les facteurs de risque, ainsi que la formulation de stratégies de prévention, de traitement et de réhabilitation ;
  - c) de faciliter la collaboration des États Membres avec les institutions d'enseignement, le secteur privé et les organisations non gouvernementales, en particulier les organisations de personnes handicapées et de celles qui encouragent la protection et le respect des personnes handicapées pour mettre en œuvre des mesures qui contribuent à la réduction des facteurs de risque de handicap et qui protègent le droit des personnes handicapées à jouir du meilleur état de santé qu'elles soient capable d'atteindre, ainsi que leurs autres droits ;
  - d) de consolider et renforcer la collaboration technique de l'OPS avec les comités, les organes et agences du système des Nations Unies et du système interaméricain qui sont concernés par la protection des droits des personnes handicapées, comme le Comité spécial chargé de la formulation de la "Convention internationale pour promouvoir et protéger les droits et la dignité des personnes handicapées", ainsi que le Comité de la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination des personnes handicapées, entre autres.