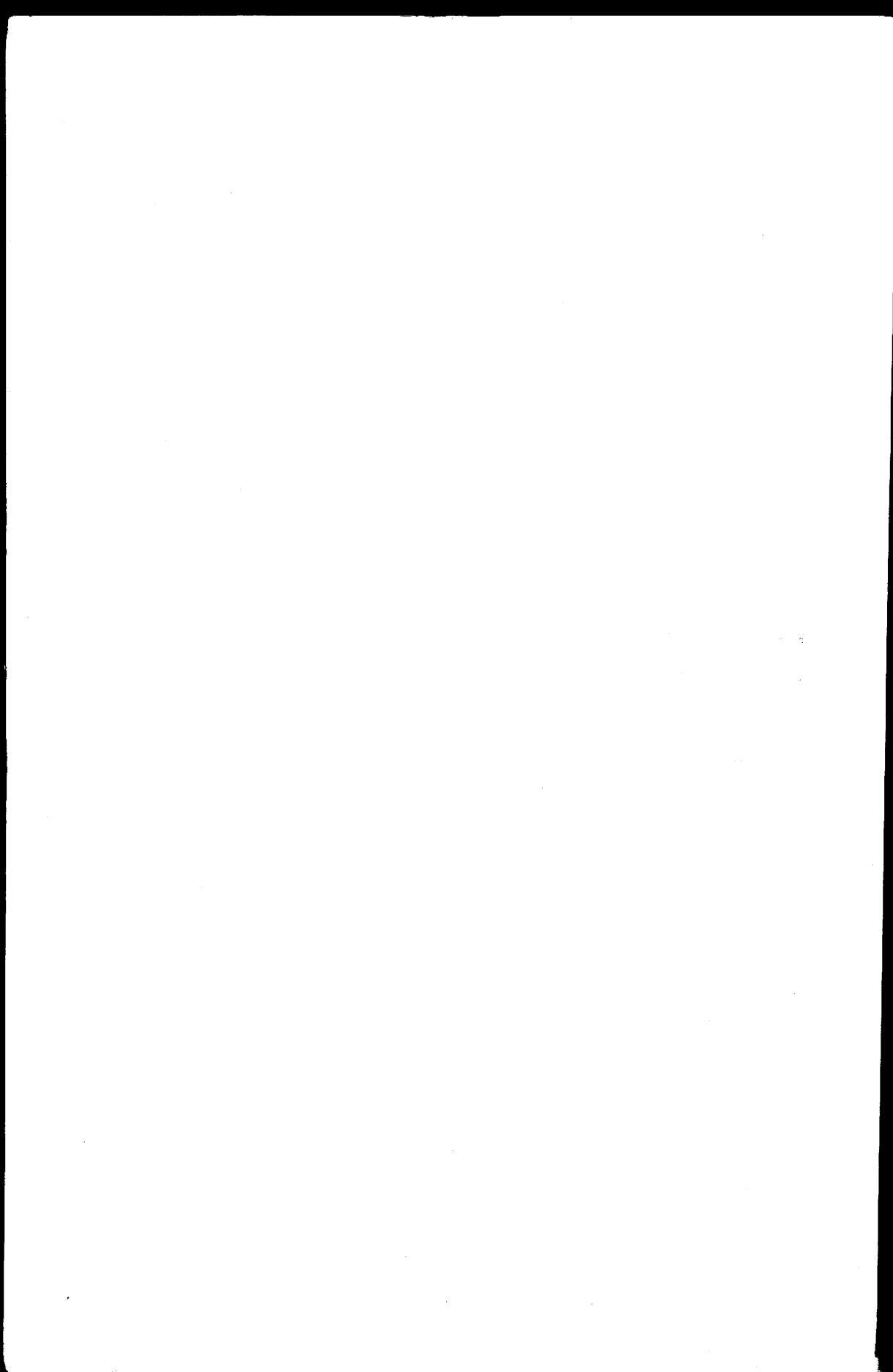


COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

**LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE
ET LE PLACEMENT DES HANDICAPÉS**

Colloque Européen
Luxembourg, 24-26 mai 1971



COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Actes
du Colloque Européen sur
**LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE
ET LE PLACEMENT DES HANDICAPÉS**

Luxembourg, 24-26 mai 1971

Direction Générale « Affaires Sociales »

Édités par la Direction Générale « Diffusion des Connaissances »
Centre d'Information et de Documentation - CID
Luxembourg, septembre 1971

EUR 4720 d, f, i, n, e

REMARQUE

Les organisateurs du Colloque ont préféré la rapidité d'impression et de diffusion des actes à la perfection linguistique des traductions.

Le lecteur voudra donc excuser les imperfections qu'il rencontrera à la lecture.

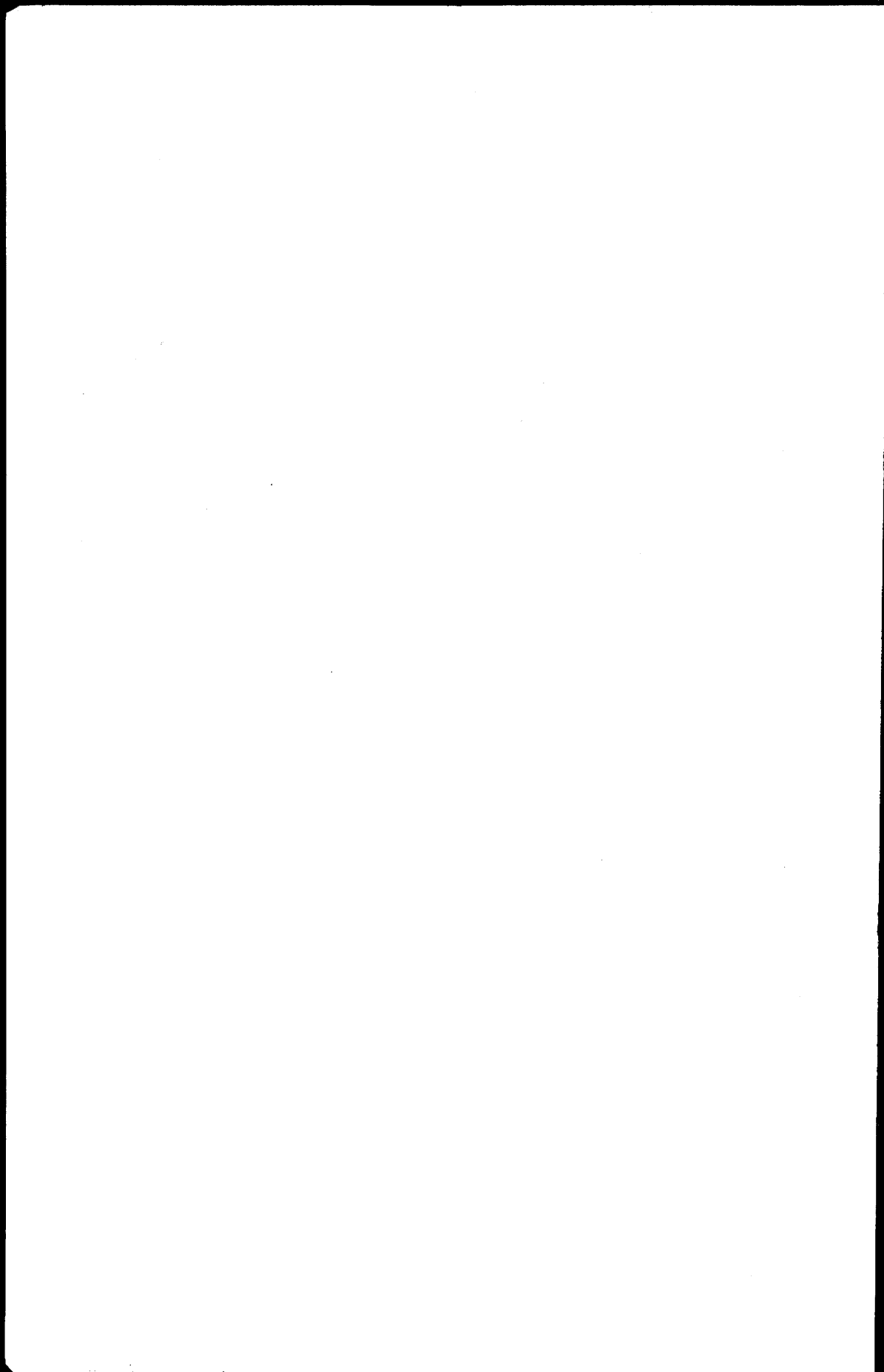
AVERTISSEMENT

La Commission des Communautés européennes n'est pas responsable de l'emploi qui sera fait des informations contenues dans le présent ouvrage.

Le problème posé par la réintégration des handicapés revêt de multiples aspects : psychologique, médical, économique et social. Des possibilités de reclassement sont-elles offertes à tous les handicapés ? Quelles sont parmi les méthodes de réintégration celles, qui sont les plus appropriées ? Quelle coopération peut s'instaurer entre les pays membres et les institutions de la Communauté dans ce domaine ?

À ces questions, le « Colloque européen sur la réadaptation professionnelle et le placement des handicapés » s'efforce de répondre et le compte rendu que j'ai l'honneur de présenter est une synthèse de l'état actuel du problème. Il sera une bonne référence pour les médecins, les psychologues, les économistes, les politiques et tous ceux qui s'intéressent ou contribuent à l'évolution de la politique sociale européenne.

Albert COPPÉ
Membre de la Commission et
Responsable des Affaires Sociales



Le colloque a été patronné par :

MM. W. ARENDT	Ministre du Travail et des Affaires Sociales de la République Fédérale Allemande.
W. BEHRENDT	Président du Parlement Européen.
A. BORSCHETTE	Membre de la Commission des Communautés Européennes.
R. BOULIN	Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale de la France.
A. COPPÉ	Membre de la Commission des Communautés Européennes.
P. DE PAEPE	Ministre de la Prévoyance Sociale de la Belgique.
C. DONAT CATTIN	Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale de l'Italie.
J. DUPONG	Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale du Luxembourg.
Mlle C. FLESCH	Bourgmestre de la Ville de Luxembourg.
MM. J. FONTANET	Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Population de la France.
W. C. JENKS	Directeur Général du Bureau International du Travail.
L. A. KAPRIO	Directeur Régional, Organisation Mondiale de la Santé.
R. LECOURT	Président de la Cour de Justice des Communautés Européennes.
L. MAJOR	Ministre de l'Emploi et du Travail de la Belgique.
F. M. MALFATTI	Président de la Commission des Communautés Européennes.
J. REGNIERS	Président de la Société Internationale pour la Réadaptation des Handicapés (ISRD).
B. ROOLVINK	Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique des Pays-Bas.
L. TONCIC-SORINI	Secrétaire Général du Conseil de l'Europe.
P. WERNER	Ministre d'État, Président du Gouvernement du Luxembourg.



TABLE DES MATIÈRES

SÉANCE D'OUVERTURE

24 mai

10 h 30 - 12 h 15	— Allocutions d'accueil	
	— G. GERUNDINI	11
	— C. FLESCHE	12
	— A. COPPÉ	13
	— P. HOUSSA	20
	— N. COOPER	21
	— O. MESSER	22
	— A. DASSBACH	27
	— P. J. TREVETHAN	31
	— F. VINCK	34
	— U. VIDALI	34

LA PRÉPARATION AU TRAVAIL DU HANDICAPÉ

24 mai

15 h 00 - 16 h 15	— K. A. JOCHHEIM, R. NOESEN	
	De la notion d'invalidité à celle de handicap. . .	43
	— <i>Discussion</i>	58
16 h 30 - 18 h 30	— G. GERUNDINI, P. HOUSSA	
	Rôle actuel de la médecine de réadaptation . .	61
	— G. CAHEN, L. PIERQUIN, A. STORM	
	Réadaptation au travail	77
	— <i>Discussion</i>	110

25 mai

9 h 00 - 10 h 30	— W. BOLL, M. MUTTERER	
	Formation professionnelle des handicapés . . .	133
	— <i>Discussion</i>	156

LE PLACEMENT

11 h 00 - 12 h 30	— A. MARON, G. M. J. VELDKAMP	
	Législations des pays membres de la Communauté	169
	— <i>Discussion</i>	228

15 h 00 - 16 h 30	— G. DUBOT, F. MIROT, A. SALMON	
	Placement et adaptation en milieu de travail normal	243
	— <i>Discussion</i>	274
17 h 00 - 18 h 30	— A. H. HEERING, P. LENNIG	
	Placement et adaptation en milieu de travail protégé	279
	— <i>Discussion</i>	304

POINTS DE VUE

26 mai

9 h 00 - 11 h 00	— E. GLOMBIG	
	Le point de vue des handicapés	311
	— R. BALME, R. WEBER	
	Le point de vue des employeurs	322
	— A. BORSTLAP, J. DE GENDT	
	Le point de vue des travailleurs	344
11 h 30 - 12 h 30	— H. BASTENIER, J. GODARD	
	Le point de vue du médecin du travail	367
	— <i>Discussion</i>	392

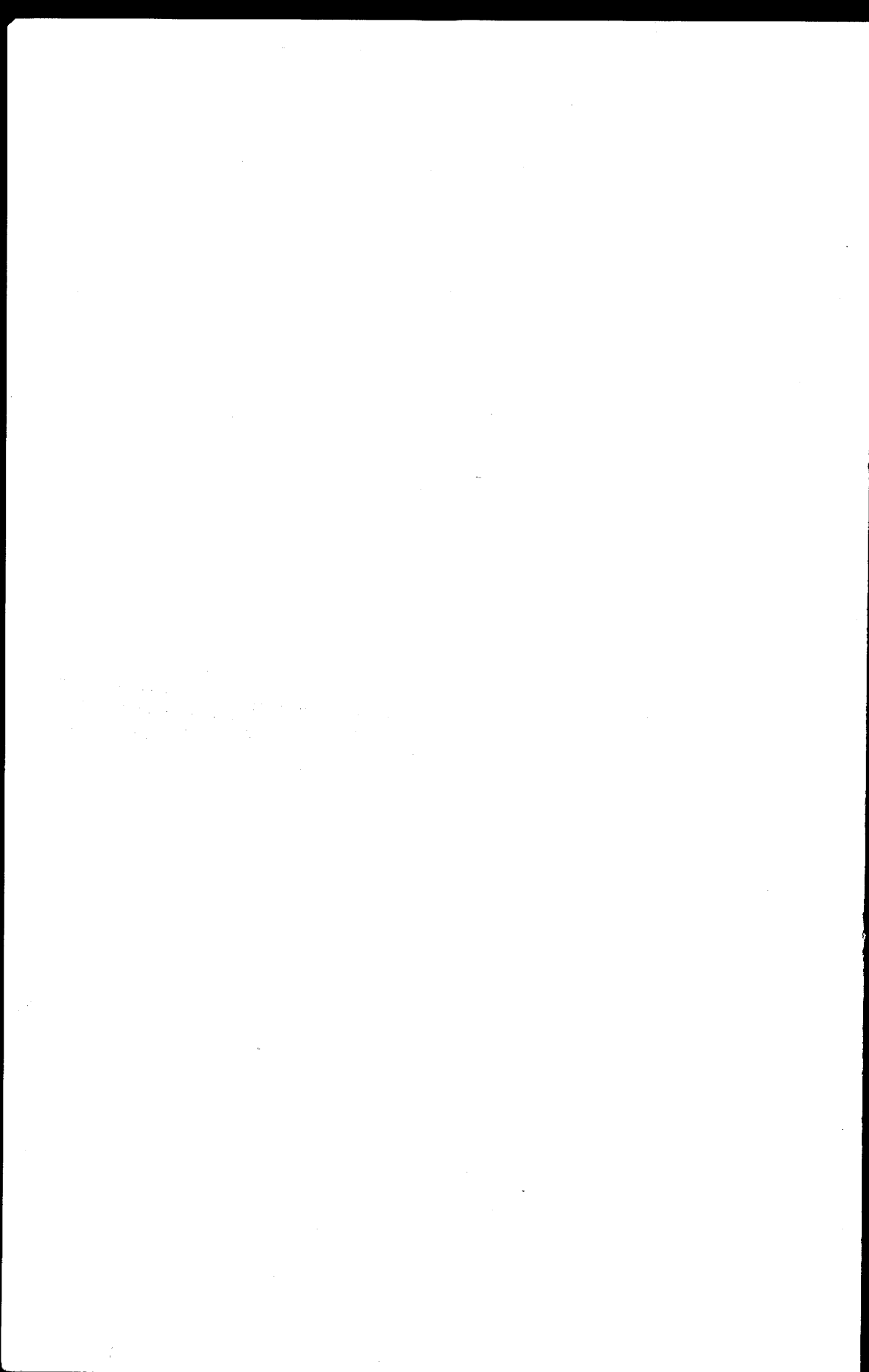
SÉANCE DE CLÔTURE — CONCLUSIONS

14 h 30 - 16 h 45	— N. ACTON	419
	— P. HOUSSA	
	Synthèse du thème « Préparation au travail »	423
	— M. HOFRICHTER	
	Synthèse du thème « Placement »	428
	— G. M. J. VELDKAMP	
	Synthèse des « Points de vue »	435
	— F. VINCK	
	Discours de clôture	445

DOCUMENTATION

1. Comité organisateur	453
2. Participants au colloque	455
3. Document préparatoire : La réadaptation des handicapés	485
4. Documents élaborés par les participants en vue de la séance conclusive	505
5. Index alphabétique des orateurs	519

SEANCE D'OUVERTURE



Présidence de M. A. COPPE

Membre de la Commission des Communautés Européennes

- G. GERUNDINI, Membre du Comité Organisateur

Monsieur le Commissaire,

Au cours du mois de décembre 1970, vous avez adressé à une quinzaine de personnes appartenant aux milieux médicaux et pédagogiques de la réadaptation et au monde syndical et politique une lettre particulièrement importante. Vous disiez ceci:

- la Commission des Communautés Européennes entend entreprendre des actions positives pour favoriser la réadaptation et la réintégration social des invalides et considère comme prioritaire le problème consistant à rendre aux invalides des possibilités concrètes d'emploi dans des activités utiles et rémunératrices;
- la Commission des Communautés Européennes estime nécessaire de procéder au plus tôt à une confrontation des expériences pratiques dans ce domaine et organise à cet effet un colloque européen ouvert à toutes les personnes compétentes et intéressées à ce problème;
- pour préparer ce colloque, la Commission des Communautés Européennes désire connaître les avis et faire appel à la coopération d'un comité d'organisation, et les destinataires de votre lettre, Monsieur le Commissaire, étaient invités à en faire partie.

Je crois pouvoir affirmer que ceux-ci ont tous répondu de façon affirmative. Le comité d'organisation s'est donc réuni aux mois de décembre, février et mars, sous la présidence de Monsieur Vinck, Directeur Général des Affaires Sociales à la Commission. Au cours de ces trois réunions furent précisés les aspects critiques de la réadaptation, les difficultés pratiques à élucider pendant le colloque, les experts auxquels seront confiés les rapports, les diverses catégories de personnes à informer afin d'obtenir leur participation.

Le comité d'organisation est heureux et fier d'avoir pleine-

ment accompli la tâche qui lui a été importée : Vous avez, Monsieur le Commissaire, un programme en mains; les rapporteurs sont présents, plusieurs centaines de personnes nous ont donné leur adhésion. Le travail de préparation est achevé; le colloque peut commencer.

Je voudrais avant tout, au nom de tous mes collègues du comité d'organisation, adresser mes remerciements à la Commission des Communautés Européennes, à vous Monsieur le Commissaire et à Monsieur Vinck, qui a voulu ce colloque et a donné à son organisation son caractère sur le plan pratique et concret, et je voudrais enfin remercier les services de la Commission qui, grâce à leur travail intense, ont permis notre rencontre d'aujourd'hui.

Je voudrais encore, au nom de mes collègues, exprimer le voeu que ce colloque soit effectivement le point de départ d'actions nouvelles, communautaires, menées avec un style et des méthodes efficaces. Nous sommes dans l'attente de ces actions et cela non seulement au sein des six pays de la Communauté.

Je voudrais enfin, Monsieur le Commissaire, vous donner l'assurance que le comité d'organisation que vous avez institué au cours du mois de décembre dernier continuera pendant ces trois jours à vous apporter à vous, au colloque et aux participants sa collaboration totale et sans réserve.

- C. FLESCH, Bourgmestre de la Ville de Luxembourg

Monsieur le Président,
Monsieur le Commissaire,
Mesdames, Messieurs,

Au nom de la Ville de Luxembourg,

Je tiens à vous souhaiter une très cordiale bienvenue et à remercier la Commission des Communautés Européennes et le Comité d'Organisation d'avoir bien voulu organiser ce colloque européen sur la réadaptation professionnelle et le placement des handicapés dans notre Ville.

C'est pour nous, toujours une très grande joie de pouvoir accueillir ici des réunions communautaires et surtout quand ces réunions communautaires s'étendent à des participants venus d'au-delà des frontières de la Communauté également.

Il ne m'appartient certes pas d'entrer dans le vif du sujet sur lesquels porteront vos travaux mais je dois vous dire toute ma joie de voir ici rassemblés, tant d'experts venus de près ou de loin et qui vont examiner tous les aspects de l'insertion des handicapés dans notre Société. Il s'agit là, je crois, véritablement d'un défi lancé à notre Société industrielle et d'abondance et je suis certaine que les solutions qui se dégageront de vos travaux que vous pouvez dégager contribueront à rendre plus humaine notre communauté que l'on qualifie parfois de technocratique, à tort, m'empresserai-je de dire.

Il me reste donc à vous souhaiter que vos travaux soient fructueux dans votre intérêt, certes, mais dans notre intérêt à tous.

Je vous remercie.

- A. COPPE, Commission des Communautés Européennes

Je voudrais adresser des remerciements particulièrement chaleureux au Prof. GERUNDINI, et à tous les Membres du Comité Organisateur. C'est avec une grande satisfaction que je constate la valeur du travail préparatoire accompli. Grâce au travail du Comité, grâce à la coopération et à l'intervention efficace des services de plusieurs Directions Générales, nous sommes parvenus à mettre sur pieds ces assises où, pour la première fois, sera examiné au plan communautaire un grave problème humain et social. Je tiens à les féliciter tous du résultat qu'ils ont obtenu en si peu de temps.

Mais je voudrais aussi souligner la part de M. VINCK, Directeur Général des Affaires sociales, au succès de cette rencontre. C'est lui, en effet, qui a donné à l'organisation de celle-ci une impulsion personnelle, extrêmement efficace.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui nous ont fait confiance et qui ont accepté de présider des séances, de présenter des exposés ou de participer aux discussions, en nous apportant le fruit de leur expérience.

Nous avons voulu cette rencontre. Nous sommes en face les uns des autres. Il convient maintenant de nous expliquer sur nos objectifs.

En acceptant de venir à Luxembourg, Mesdames, Messieurs, vous avez répondu à l'appel de la Commission des Communautés Européennes. Vous suivez tous, j'imagine, les événements communautaires, dont le contenu politique et économique ne vous échappe pas. Mais il est peut-être plus difficile, pour un observateur situé à l'extérieur des institutions, de connaître et de suivre les activités communautaires touchant le domaine social, activités dans lesquelles notre rencontre d'aujourd'hui vient s'insérer. Je vous dois donc quelques explications à ce sujet.

Si vous consacrez un peu de temps à la lecture du Traité de Rome, ou du Journal officiel des Communautés européennes, vous estimerez sans doute que le marché commun est essentiellement d'ordre économique et douanier. Mais vous vous souvenez aussi du fait que la Conférence des chefs d'Etat qui s'est tenue à La Haye en décembre 1969 a consacré, pour le marché commun, le passage de l'union douanière qu'il était jusqu'alors, à une véritable union économique et monétaire, reposant sur le plein développement de politiques communes.

Ces diverses "politiques" ne sont pas des utopies, elles sont en pleine gestation: il s'agit d'un ensemble d'objectifs, de moyens d'intervention, que les traités mettent à notre disposition, d'un ensemble aussi de règles d'application et d'organes consultatifs et administratifs qui permettent leur mise en oeuvre.

La tâche la plus difficile, dans ces domaines, c'est d'obtenir un accord sur un choix d'objectifs à atteindre, qui puissent vraiment être appelés des "objectifs communs". Or il s'est avéré de plus en plus que de tels objectifs ne peuvent être conçus sans tenir compte de l'étroite interdépendance des facteurs sociaux et économiques.

Déjà dans le cadre du Traité de la CECA, les mesures de conversion rendues nécessaires par la régression charbonnière en étaient une illustration. Il s'agissait non seulement de remplacer certaines industries par d'autres, mais aussi de faciliter le changement d'activité des 500 000 personnes qui furent touchées par la mutation énergétique qui fut une des mutations les plus inattendues et les plus violentes de l'histoire économique récente de l'Europe.

Il n'est plus possible aujourd'hui de négliger les aspects sociaux du développement économique comme il n'est plus possible de négliger les répercussions économiques des mesures sociales qu'on propose. C'est pourquoi l'établissement des programmes de développement économique à moyen terme (nous en sommes au troisième) nous a amenés à rechercher et à mettre en relief les corrélations qui existent entre la politique sociale et les autres politiques communautaires.

Comme une suite naturelle, la Commission a dégagé des "Orientations préliminaires pour un programme de politique sociale communautaire". Ce document, adressé au Conseil, sera soumis, pour une discussion ouverte, à tous les organismes intéressés en vue de provoquer leurs réactions, d'obtenir leurs avis et naturellement leur concours sur les actions qui seront finalement reconnus prioritaires au niveau de la Communauté européenne, soit parce qu'elles sont indispensables pour réussir l'union économique et monétaire d'ici 1980, soit parce que l'efficacité de l'action est multipliée si elle est menée en commun.

L'aide aux handicapés est une des actions prioritaires que la Commission propose à notre Communauté.

Déjà les traités, dans leur version actuelle, nous autorisent à aborder le problème des handicapés par le biais d'une recherche sur le moyen d'assurer leur meilleur emploi, et aussi par le biais de leur promotion professionnelle et sociale. Ainsi posé, le problème s'inscrit parmi les grandes urgences de toute société industrielle évoluée. De même que l'on considère comme normal de nos jours que la formation permanente et la réadaptation permanente sont des fonctions essentielles d'une société industrielle évoluée; de même l'adapta-

tion et la réadaptation professionnelle des handicapés et leur placement sont des fonctions essentielles aussi de notre société.

Quelle est l'attitude de la Commission Européenne à l'égard du problème qui nous occupe aujourd'hui?

D'après des estimations valables le nombre des handicapés dans notre Communauté serait actuellement d'environ 12 millions, sur les 190 millions d'habitants qu'elle compte, ou environ 15 % de la population active.

Notre croissance économique atteint des taux jamais obtenus jusqu'ici. En fait, avec 5,3% d'augmentation du PNB par an, au cours de ces dernières années, nous avons atteint (le Japon mis à part) un record mondial. Mais il importe de savoir que cette société impose des normes d'efficience de plus en plus élevées, pour soutenir l'accroissement de concurrence, à des hommes qui ne sont pas tous, uniformément, des athlètes. Avec notre prospérité générale accrue, la vie des handicapés au contraire se complique. L'augmentation du nombre des enfants qui ne parviennent pas à suivre l'enseignement normal en est, à l'aube de la vie, un témoin. Ce sont des problèmes en pleine expansion, parce que la société industrielle exige davantage, en progressant économiquement plus vite. La recherche des solutions possibles préoccupe vivement tous les responsables.

Nous savons évidemment comment prévenir un grand nombre d'affections; nous savons apporter des soins efficaces à bon nombre de maladies et de lésions traumatiques; nous pouvons soulager beaucoup de personnes frappées d'affections chroniques. D'autre part, nous avons compris qu'en fonction du progrès technique, il est obligatoire de songer à une formation professionnelle qui soit adaptée aux besoins des adultes. Toutefois, dans le cas particulier d'une personne d'âge moyen qui, pour une raison d'ordre médical, devrait quitter son emploi pour en acquérir un nouveau, nous ne sommes pas toujours capables de réaliser le passage à ce nouveau métier.

Il faut, autant que faire se peut, réadapter les hommes et les femmes plutôt que de les mettre prématurément à la pension. Il faut ouvrir largement le marché du travail aux handicapés et le garder

largement ouvert.

Si nous avons voulu donner pour thème central au présent colloque la réadaptation professionnelle et le placement, c'est bien parce qu'il nous semblait essentiel de trouver un lien entre la phase médicale et la phase professionnelle ou, si vous le voulez, économique de la réadaptation. Trop souvent encore, aujourd'hui, nous ne savons répondre à l'incertitude qui frappe un handicapé que par des perspectives limitées et à court terme. Comment espérer, dans ces conditions que l'intéressé soit suffisamment "motivé" pour franchir dans de bonnes conditions les diverses étapes qu'on lui propose. Une chance suffisante de succès ne peut être garantie que par une prise en charge globale, valable dès le départ, pour l'ensemble du processus, donnant à l'intéressé l'assurance d'une coordination efficace entre les moyens qui seront successivement utilisés, et la certitude que ce parcours le conduira à une issue satisfaisante pour lui. Au fond, nous devrions parvenir à supprimer la distinction entre les handicapés et les autres, par une bonne intégration. C'est le but ultime. Ce n'est qu'alors que nous aurons éliminé l'impression de dépendance qui pèse sur certains d'entre nous.

1. J'ai mentionné successivement le problème posé par l'élévation des normes économiques d'efficacité et des conditions scolaires de départ,
2. le problème d'une prise en charge capable d'assurer l'unité du processus de réadaptation et de placement et d'éveiller chez les handicapés une réponse motivée et confiante. Reste à évoquer un dernier problème, qui est l'utilisation immédiate des ressources de réadaptation existant à l'échelle locale; ce qui suppose des initiatives ne laissant pas l'entière responsabilité des moyens à des autorités centrales. Nous devons faire un grand effort en vue de la formation des formateurs, en de nombreux points de la Communauté, et confronter et concerter nos expériences en ce domaine si important. Sans formateurs bien formés, une grande partie de nos efforts sera vaine. En particulier, nous avons besoin de conseillers de réadaptation et de thérapeutes du travail, dans une action décentralisée sur toute la Communauté.

Si je me pose ces problèmes, c'est parce que l'expérience acquise dans des actions limitées nous a bien montré qu'il s'agit là de difficultés réelles.

Le Conseil de Ministres de la Communauté nous a demandé de lui faire des propositions concernant la coopération qui pourrait s'instituer entre nos six pays, et entre le Conseil et la Commission, sur le problème des handicapés. Nous avons été en mesure de remettre au Conseil de ministres certaines propositions d'action et nous lui avons présenté l'état actuel du problème, tel qu'il nous est connu, et cela par une première étude qui se trouve dans vos dossiers. Cette étude n'est évidemment pas exhaustive, mais elle apporte déjà quelques éclaircissements sur la réadaptation professionnelle et le placement des handicapés. Pour pouvoir éclairer notre propre action nous avons considéré qu'il fallait confronter un nombre suffisant de témoignages, d'expériences concrètes, de méthodes.

Avant d'ouvrir cette réunion, je voudrais dire encore qu'il ne s'agit pas d'un congrès et qu'il ne s'agit pas d'une conférence. Il ne s'agit pas d'un congrès, car notre but ne se limite pas à une présentation d'exposés; il est de choisir une ligne d'action. Ce n'est pas non plus une conférence, car nous n'avons pas à négocier en tenant compte des intérêts particuliers de diverses catégories de personnes ou de différents organismes. Il faut donc que notre rencontre ait la physionomie et le caractère d'une réunion technique, au sens le plus large du terme où chacun fait part aux autres de ses propres expériences et s'exprime en toute liberté.

Que ferons-nous de toutes ces discussions et surtout des conclusions ? Nous en saisirons le Conseil de Ministres. Nous voulons, en effet, en coopération avec lui, élaborer sur le plan politique une manière de penser le problème de la réadaptation et une manière de promouvoir l'emploi des handicapés, qui soit conforme aux finalités de notre époque. Nous voulons dépasser les orientations et les lignes de conduite qui ont été les nôtres jusqu'ici. Nous voulons élaborer de nombreux programmes d'action.

Au cours des dernières années, un grand nombre d'actions ponctuelles ont été accomplies, et dans quelques cas des actions d'en-

vergure. Elles ne suffisent déjà pas à l'heure actuelle et avec la progression inquiétante du nombre d'accidents de la route, elles seront totalement insuffisantes demain. Nous devons, en outre, répondre à un besoin de concertation, pour ce qui concerne les moyens qui existent dans chaque pays et la manière de s'en servir.

La concertation ne peut être efficace qu'en passant par une conception générale de la réadaptation, qui soit assez large pour tout comprendre, et qui soit commune à tous nos pays.

Le progrès économique général cessera de peser sur certains par l'acceptation individuelle de certaines charges sociales, inhérentes à une fonction nouvelle de la société qui peut d'ailleurs, si elle est bien menée, rapporter autant qu'elle ne coûte à la société dans son ensemble.

Au cours de ces trois jours, la Commission compte aller plus loin sur le plan des idées, avec votre aide - elle veut en effet fonder les lignes directrices d'une politique sur une synthèse d'expériences concrètes. Elle espère que vous allez contribuer à cette synthèse. Elle ne marquera pas de développer son action et d'arriver à des conclusions auxquelles vous allez, je l'espère, adhérer.

Lors de la première réunion du Comité permanent de l'emploi, organisme de consultations entre institutions communautaires et partenaires sociaux, le problème de l'emploi des handicapés a été considéré également comme un problème prioritaire.

Par ailleurs, dans la réforme du fonctionnement du Fonds social européen, il est prévu expressément que ce dernier pourra financer des actions locales et nationales en faveur des handicapés. C'est ainsi qu'on pourrait envisager des projets pilotes dans le but d'éviter les doubles emplois et de concerter les efforts pour découvrir les méthodologies appropriées.

Nous disposons également de certains moyens de recherche surtout au sein de la C.E.C.A. D'autre part dans le cadre de l'Union économique et monétaire, il est certain que l'élaboration des budgets sociaux de nos six pays sera l'objet d'une coordination crois-

santé.

Je pense qu'il faut saluer ces nouvelles méthodes de travail, les moyens qu'elles mettent à notre disposition et les responsabilités qu'elles comportent pour la Communauté européenne.

Tenant compte des concours que nous avons pu recevoir, de la qualité des personnalités qui sont réunies ici, il ne fait pas de doute que vos travaux seront fructueux et apporteront aux institutions communautaires les éléments de base indispensables au lancement d'un programme d'action au plan de la Communauté.

C'est avec cette certitude que je déclare ouvert ce colloque sur la réadaptation professionnelle et le placement des handicapés.

-P. HOUSSA, Organisation Mondiale de la Santé

Monsieur le Ministre,

Le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé m'a fait l'honneur de le représenter à ce colloque.

Depuis toujours les problèmes de la réadaptation sont une de ses préoccupations majeures et elle ne peut que se réjouir de l'initiative que la Commission des Communautés Européennes vient de prendre en ce domaine.

L'importance de l'auditoire, la qualité du programme et la compétence des orateurs sont autant de gages de succès.

Au nom du Bureau Européen je vous présente, Monsieur le Commissaire, mes meilleurs vœux de réussite et souhaite que les résultats certainement favorables de vos travaux permettent le reclassement d'un plus grand nombre de handicapés.

- N. COOPER, Bureau International du Travail

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Au nom du directeur général de l'Organisation internationale du travail et de tous mes collègues de Genève, permettez-moi de vous dire combien nous sommes heureux et honorés d'avoir l'occasion de participer à cet important colloque sur la réadaptation et le placement des handicapés, organisé par la Commission des Communautés européennes.

Comme vous le savez sans doute, l'Organisation internationale du travail a été fondée en 1919 pour faire progresser la justice sociale, et il n'est donc pas surprenant que la réadaptation professionnelle des handicapés ait eu une importance fondamentale pour l'O.I.T. depuis ses débuts. De fait, les directives et normes internationales établies en ce domaine, notamment celles contenues dans la recommandation n° 99 de l'O.I.T. concernant la réadaptation professionnelle des handicapés, ont fourni les principes sur lesquels peut se fonder le développement de tous les services de réadaptation professionnelle.

Outre les recherches entreprises sur les problèmes généraux ou particuliers de la réadaptation professionnelle, outre la diffusion d'informations et l'organisation de séminaires et de cours de formation, l'O.I.T. poursuit un programme actif de coopération technique dans les pays en voie de développement. Au cours des 15 dernières années, environ soixante de ces pays, en Afrique, en Asie, en Amérique latine et au Moyen Orient ont bénéficié de cette coopération sous la forme d'experts, de bourses de perfectionnement et d'équipements. La nature de la coopération technique sollicitée et fournie varie beaucoup suivant les pays, en fonction du niveau de développement social et économique atteint par chacun d'eux; il peut s'agir de l'étude et de l'organisation d'un programme de réadaptation professionnelle sur le plan national pour tous les handicapés ou pour certaines catégories seulement, de l'établissement d'ateliers de formation ou de réadaptation et d'ateliers protégés, ainsi que du développement de services de placement sélectif.

Cependant, ce programme ambitieux n'aurait pu être entrepris sans l'étroite collaboration et l'assistance d'autres institutions internationales, de gouvernements (qui ont si spontanément fourni des experts, dont beaucoup ont été recrutés en Europe) et d'organisations non gouvernementales ayant un intérêt général ou spécifique dans ce domaine.

En souhaitant au colloque tout le succès possible et en assurant la Commission de la collaboration et du soutien le plus entier de l'O.I.T. pour les efforts déployés en vue d'assurer la reconnaissance des handicapés comme membres valables et productifs de la Communauté, permettez-moi d'exprimer l'espoir que vos discussions susciteront encore davantage l'intérêt des spécialistes pour la réadaptation professionnelle des handicapés et sensibiliseront le public à l'importance vitale de cette réadaptation, non seulement en Europe, mais partout dans le monde.

- O. MESSER, Conseil de l'Europe

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Le Secrétaire Général du Conseil de l'Europe, en accordant son patronage personnel à ce Colloque - qui se déroule dans la ville qui a abrité la première institution des Communautés Européennes - a tenu à manifester son vif intérêt pour les questions prévues à l'ordre du jour ainsi que l'importance que le Conseil de l'Europe attache aux différents aspects humanitaire, médical, scientifique, technique, social, éducatif, psychologique, économique et administratif de la réadaptation. Le Secrétaire Général formule ses vœux les meilleurs pour que ce Colloque obtienne le succès qu'il mérite.

Tout d'abord, Monsieur le Président, je voudrais vous remercier de vos aimables paroles de bienvenue et vous dire combien je suis heureux de pouvoir exposer en cette enceinte les grandes lignes des travaux effectués par le Conseil de l'Europe dans le domaine de la réadaptation.

Le Comité Social du Conseil de l'Europe, auquel sont représentés tous les dix-sept Etats membres de cette Organisation, a chargé, dans le cadre des Bourses de recherches sociales coordonnées (Programme de 1969), un groupe d'Etudes de lui présenter un rapport sur les mesures législatives ou autres prises par les Etats membres en vue de la réadaptation sociale des personnes physiquement ou mentalement handicapées. Ce rapport, qui a été mis au point en 1970, sera publié au cours de cette année; en outre, le Comité Social vient de constituer un Sous-comité dont le mandat est d'élaborer des Conclusions relatives aux points principaux mis en évidence dans ce rapport, tels que, par exemple : l'impératif, pour la société, d'envisager et de mettre en oeuvre les mesures permettant l'intégration des handicapés dans le travail et dans la collectivité en général; l'importance d'un dépistage précoce de certaines maladies afin d'éviter un éventuel handicap futur; l'information du public ainsi que la formation du personnel s'occupant de réadaptation; la codification des principes législatifs et réglementaires en matière de réadaptation. Ces Conclusions seront rédigées sous forme d'une Résolution portant réglementation aux Gouvernements membres. Il est à prévoir que cette Résolution puisse être adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe à la fin de l'année 1972.

Un autre organe du Conseil de l'Europe, le Comité mixte pour la réadaptation et le Réemploi des Invalides de l'Accord Partiel, poursuit ses activités depuis vingt-deux ans. A l'origine, il avait été créé sous l'égide du Traité de Bruxelles, signé en mars 1948 par la Belgique, la France, le Luxembourg, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Ce Traité fut ensuite modifié et complété par un Protocole signé en octobre 1954 par les Etats susmentionnés, d'une part et la République Fédérale d'Allemagne et l'Italie, d'autre part : ainsi naquit l'Union de l'Europe Occidentale. En novembre 1959, cette dernière transféra l'exercice de ses activités sociales et culturelles au Conseil de l'Europe. Au cours de ces transformations institutionnelles, le Comité mixte pour la Réadaptation et le Réemploi des Invalides a poursuivi ses travaux sans solution de continuité. Depuis son transfert au Conseil de l'Europe, il fonctionne en vertu d'un "Accord Partiel" institué entre les sept Etats précités au

sein de cette Organisation; en 1962, l'Autriche adhéra aux activités de ce Comité.

Une évolution profonde caractérise les travaux et l'esprit même du Comité mixte : cet organe, créé dans l'après-guerre afin de pallier les graves conséquences du conflit, a étendu le champ d'application de ses études à la réadaptation de diverses catégories de handicapés (accidentés du travail, invalides civils en général, personnes souffrant de handicaps dus à des maladies, etc.): le Comité constitue un important forum de discussions entre représentants des Ministères nationaux du Travail et des Affaires Sociales; de la Santé Publique, des Anciens Combattants, en vue de la coordination harmonieuse des diverses législations et techniques nationales de réadaptation médicale/fonctionnelle et professionnelle.

Un des principes fondamentaux dont s'inspire la politique préconisée par le Comité mixte est la nécessité de considérer la réadaptation comme un processus continu, allant du moment où la maladie a été décelée, ou l'accident survenu, jusqu'à l'emploi définitif du handicapé dans les meilleures conditions possibles de vie et de travail. Dans ce contexte, il est indispensable de procéder, dès le début de l'infirmité, à la détermination du niveau des facultés résiduelles, afin d'être en mesure d'apprécier le genre de travail qui convient le mieux au handicapé et de lui offrir une orientation et une formation professionnelles adéquates. D'où l'importance, soulignée dans la première Recommandation adoptée par le Comité mixte, d'établir une "liaison très étroite entre les divers organismes intéressés par la réadaptation et le réemploi, tels que les administrations nationales ou régionales et les organisations bénévoles, mais surtout entre les différents groupes de personnel, médical et autre, s'occupant directement de réadaptation" (*).

Ces lignes directrices générales sont esquissées en guise de conclusions au "Rapport sur la législation relative à la réadaptation et à l'emploi des invalides". Ce rapport, qui fait l'objet d'une mise à jour annuelle, constitue l'ouvrage le plus important du Comité,

(*) Point 13 de la "Recommandation sur la politique en ce qui concerne la réadaptation des invalides" (Recommandation I adoptée en mai 1950 et révisée en novembre 1958 par le Comité mixte).

car il présente de manière synoptique l'évolution législative des Etats intéressés, en faisant une distinction entre les différentes catégories de handicapés pour ce qui est de leur réadaptation; en énumérant les mesures prises par les Etats pour assurer leur emploi, par exemple, par l'imposition, aux entreprises publiques et privées, de l'obligation de réserver un certain pourcentage de postes aux diminués physiques; en décrivant le système institutionnel existant dans les différents pays pour la mise en oeuvre des mesures susmentionnées.

Je me limiterai ici à souligner les aspects des activités du Comité mixte qui relèvent de la réintégration du diminué physique dans la société et dans le milieu de travail.

Le Comité procède à la révision de deux Recommandations qu'il a adoptées il y a quelques années et qui portent, l'une, sur le "Mode de transport particulier des amputés et des paraplégiques", l'autre, sur l'"Aménagement des bâtiments publics en vue d'en rendre l'accès plus facile aux diminués physiques".

Ce dernier instrument préconise, entre autres, l'intervention de l'Etat pour solliciter la coopération des organes syndicaux intéressés au bâtiment, dans le domaine public aussi bien que dans le domaine privé; il vise non seulement l'aspect architectural des constructions - logements spéciaux au rez-de-chaussée, escaliers etc. -, mais énonce aussi des principes d'urbanisme - par exemple, concentration des magasins, aménagement des espaces verts. Le texte révisé de cette Recommandation devrait être communiqué aux facultés d'architecture et aux écoles d'urbanisme ainsi qu'aux écoles professionnelles du bâtiment.

La première Recommandation prévoit, d'une part, la fourniture de fauteuils pliants ou non pliants, de voiturettes avec ou sans moteur, de voitures automobiles spécialement aménagées pour les amputés et paraplégiques et, d'autre part, l'octroi d'un permis de conduire valable sur le plan international. Dans ce dernier contexte, le Comité attend les résultats des travaux poursuivis par le Groupe

de travail de la sécurité de la circulation - relevant de la Commission Economique de l'Europe - qui, en collaboration avec des experts de l'Organisation Mondiale de la Santé, a mis au point une résolution sur l'harmonisation des critères susceptibles d'être appliqués pour la détermination de l'aptitude des conducteurs.

Il y aurait lieu de considérer ces deux questions en les reliant à d'autres problèmes analogues, également à l'étude du Comité, tels que les mesures qui devraient être prises afin de faciliter l'accès et la participation des handicapés aux moyens de transport.

Tout ce qui précède doit évidemment être considéré en fonction des possibilités - directes ou indirectes - offertes aux handicapés de se réintégrer dans le monde du travail grâce à un aménagement spécial de leur environnement, y compris leurs moyens de locomotion.

Le Comité mixte s'est penché sur le problème de définir la notion de "handicap" par rapport à l'emploi: il a abordé cette étude dans un esprit pragmatique, en essayant de dégager des principes généraux de l'analyse des systèmes législatifs en vigueur: par exemple, en comparant les diverses dispositions nationales qui visent les conditions à remplir pour être considéré comme "travailleur handicapé"; en constatant que si, d'une part, le handicap s'exprime nécessairement par rapport à l'activité professionnelle spécifique antérieure, d'autres critères - plus positifs - doivent être pris en considération, tels que, par exemple, l'évaluation de la capacité de travail résiduelle ainsi que la disposition du diminué physique à collaborer à sa propre réintégration dans le travail.

Ce dernier facteur - essentiellement psychologique - joue un rôle très important également lors du processus de réentraînement à l'effort et de rééducation pré-professionnelle, processus de transition entre la réadaptation médicale/fonctionnelle et la remise au travail. Le Comité examinera, lors de sa prochaine session - prévue pour le mois de juin de cette année -, des notes, élaborées par les diverses délégations, qui illustrent la conception et la pratique en vigueur dans ce domaine au niveau national.

Le Comité procède également, en vue d'aboutir à l'adoption de

mesures en commun, à l'étude approfondie des possibilités d'adapter les postes de travail en appliquant des principes ergonomiques au contexte particulier des handicapés, en vue de leur permettre de s'intégrer dans l'ensemble du fonctionnement d'une entreprise. Ceci consiste à adapter le poste de travail aux aptitudes conservées ou récupérées par le travailleur : à titre d'exemple, on pourrait citer l'aménagement de standards téléphoniques afin de les rendre praticables par des aveugles.

Lors de sa prochaine session, le Comité mettra au point un "Lexique de la réadaptation et du reclassement" où sont définis plusieurs termes, tels que, par exemple; "invalidé", "réadaptation" ("médicale, fonctionnelle, psychologique"), "profil professionnel", "orientation professionnelle", "formation ou rééducation professionnelle", "emploi protégé".

Le Comité a également adopté, il y a quelques années, une Recommandation relative à l'emploi protégé. Par ailleurs, un très grand nombre de rapports et recommandations émanant de ce Comité et adoptés par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, restreint aux Représentants des Etats membres du Comité mixte, visent la réadaptation médicale de plusieurs catégories de diminués physiques.

Enfin, je voudrais vous dire combien j'ai été sensible à l'attention que vous avez bien voulu m'accorder.

Merci, Monsieur le Président.

- A. DASSBACH, Association Internationale de la Sécurité Sociale

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Le secrétaire général de l'Association internationale pour la Sécurité sociale, M. Léo WILDMANN, m'a chargé de remercier la Commission de l'invitation à ce colloque et de lui exprimer ses regrets de ne pouvoir y participer.

L'Association internationale pour la Sécurité sociale, fondée

en 1927, exerce ses activités dans le cadre de l'Organisation internationale du travail. Ses membres sont nommés par le Bureau international du travail. L'association a son siège central sur les lieux mêmes du Bureau international du travail; elle constitue toutefois une organisation distincte de celui-ci, ayant ses services administratifs et ses organes propres. Elle regroupe à l'heure actuelle, 270 institutions et établissements de 47 pays, représentant un total de 500 millions de personnes assujetties à la sécurité sociale.

De nombreuses institutions membres de l'association se consacrent, en partie par obligation légale, en partie bénévolement, aux problèmes de la réadaptation. Beaucoup possèdent leurs propres établissements de réadaptation, d'autres aident ces établissements ou travaillent en collaboration avec les services les plus divers chargés de la réadaptation.

C'est pourquoi l'association et ses membres sont vivement intéressés par les résultats de ce colloque et par les efforts de la Communauté.

Mais l'association est également prête à mettre à la disposition de la Communauté les résultats de ses efforts passés et futurs dans le domaine de la réadaptation.

Les premières études de l'Association internationale pour la Sécurité sociale sur les différents aspects de la réadaptation ont été réalisées dans le cadre du comité permanent spécialisé en médecine sociale, qui a publié les rapports suivants :

1. La détermination de l'invalidité,
2. L'influence de la réadaptation professionnelle sur la détermination des rendements,
3. L'uniformisation des bases pour la détermination de la capacité de gain,
4. Aperçu des mesures prises et des services mis en place pour la promotion de la réadaptation dans les établissements de la Sécurité sociale.

Tous ces rapports ont été établis à partir d'enquêtes par questionnaires auprès des instituts membres de l'association.

Une nouvelle enquête sur les "Mesures prises par les systèmes de Sécurité sociale pour la promotion de la réadaptation" se déroule actuellement et a fourni jusqu'ici 50 réponses en provenance de 43 pays.

Le groupe d'étude de l'Association charge des problèmes de réadaptation, auquel j'appartiens, a soumis, lors de la 17e assemblée générale de septembre de l'année dernière, un programme à long terme sur les activités futures de l'Association internationale pour la Sécurité sociale. Celui-ci prévoit les activités suivantes :

1. Classement et examen des données réunies par le secrétariat de l'AISS sur le rôle et les activités des membres de l'AISS dans le domaine de la réadaptation.
2. Recensement de tous les établissements de réadaptation gérés et financés par des instituts membres de l'AISS ou qui travaillent en collaboration avec eux. Publication des documents y relatifs, compte tenu en particulier des tâches des différents services.
3. Etude, analyse, diffusion et échange d'informations concernant la réadaptation.
4. Organisation de colloques et de séminaires sur des problèmes généraux, régionaux et particuliers à la réadaptation.
5. Réalisation par des groupes d'experts, ou par des experts indépendants, d'études et d'enquêtes sur des problèmes particuliers à la réadaptation.
6. Etablissement de contacts entre les différents services de réadaptation membres de l'AISS et les collaborateurs de ces services; échange d'auditeurs libres entre les établissements de réadaptation.
7. Intervention d'experts-conseils là où cela paraît souhaitable ou

est souhaité.

8. Elaboration de méthodes et de programmes destinés à informer les assurés et l'opinion publique des problèmes et de l'importance de la réadaptation (en réunissant et en diffusant par exemple une documentation sur des établissements et des activités ayant valeur d'exemple).
9. Incitation aux échanges de travailleurs sociaux, en particulier entre Etats qui emploient des travailleurs migrants, en vue d'une meilleure compréhension réciproque ainsi que d'une meilleure réadaptation de la main-d'oeuvre étrangère et, en particulier, pour que la réadaptation se poursuive sans heurts après le retour au pays.
10. Réalisation d'enquêtes sur les relations existant entre la prévention de l'invalidité et la réadaptation.
11. Elaboration et échange de programmes de formation et d'information.
12. Développement et échange des recherches dans le domaine de la réadaptation.

Ces projets doivent être placés sous le contrôle de groupe d'étude en collaboration avec le secrétariat de l'AISS, chargés de les apprécier et de les planifier dans le détail. Le groupe d'étude proprement dit se consacrera tout d'abord aux questions et aux problèmes suivants :

1. Méthodes qui paraissent aptes à garantir une plus grande efficacité des mesures de réadaptation dans les pays où la réadaptation médicale, professionnelle et sociale des handicapés n'est pas encore prévue ou n'est prévue que partiellement.
2. L'influence du développement technologique sur la réadaptation.
3. La garantie offerte par la Sécurité sociale pour les personnes handicapées depuis l'enfance.

4. La détermination de l'invalidité ne résultant pas d'un accident du travail.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Dans les allocutions d'ouverture, nous avons eu un certain nombre d'informations intéressantes sur les activités passées ainsi que sur les projets d'importantes organisations internationales. Je me permets de vous inviter à rechercher les moyens et méthodes propres à coordonner les efforts des différentes organisations afin d'éviter les doubles emplois et les gaspillages de fonds.

J'espère que les informations que j'ai fournies sur les activités passées ainsi que sur les projets de l'Association internationale pour la Sécurité sociale auront déjà apporté une contribution à la réalisation de cet objectif.

- P.J. TREVETHAN, International Society for Rehabilitation of the Disabled

Monsieur le Président,
Messieurs les Membres de la Commission,
Mesdames, Messieurs,

Je suis très flatté de l'honneur qui m'est fait de pouvoir vous adresser mes chaleureuses salutations et mes souhaits cordiaux pour le succès de cette rencontre.

Ces salutations je vous les adresse pour moi-même, pour la Vocational Commission of Rehabilitation International avec laquelle vous avez collaboré pour organiser le présent colloque et pour le président Jean Regnier dont la mission est d'utiliser les disciplines de la réadaptation professionnelle comme un instrument de promotion pour la cause de la paix mondiale et comme un signe de préoccupation constante à l'égard de nos frères handicapés ou invalides du monde entier.

Il est particulièrement significatif que par ce colloque ses organisateurs aient reconnu et exprimé, dans l'avant-propos du programme, le besoin d'une approche commune pour la solution d'un problème universel, à savoir celui de donner aux invalides la possibilité d'utiliser au maximum leur potentiel pour devenir des citoyens utiles, reconnus et acceptés dans tous les pays qui, par une nouvelle idéologie courageuse, ne veulent plus former qu'"un seul monde".

Je n'ai pas besoin d'indiquer que l'époque à laquelle nous vivons, vous et moi, est celle d'une civilisation à la fois terriblement complexe et exigeante. Autrefois, nos ancêtres avaient à leur disposition un moyen d'échapper aux difficultés de leur temps. Ils pouvaient découvrir de nouveaux pays, ils pouvaient emporter leurs affaires, rassembler leur famille et s'en aller vers de nouvelles contrées non colonisées où ils recommençaient leur vie selon leurs désirs et leur choix. Les pressions émanant de philosophies inutiles disparaissaient. La charge de soigner les invalides et les handicapés était laissée à ceux qui restaient, car ils étaient eux les forts et les puissants.

Aujourd'hui, pour ainsi dire, il n'existe plus de nouvelles contrées où vous et moi puissions nous échapper. Les distances ont été réduites à zéro. Les communications sont devenues excessivement rapides et ce qui s'est passé la nuit dernière au Viet-Nam, à Moscou, à Washington ou à Luxembourg, nous l'apprenons ce matin. Nous ne pouvons nous désintéresser ni nous détourner des responsabilités exigeantes qui nous incombent : nous devons nous soucier de nos semblables, handicapés et invalides.

Confrontés aux impératifs de cette situation, les organisateurs du présent colloque ont décidé d'agir pour y faire face. Ils y ont vu un facteur commun de besoin universel dans les pays qu'ils représentaient et reconnu les valeurs que l'on trouve toujours présentes lorsqu'on cherche à travailler ensemble. Un individualisme stérile n'avait plus aucune raison d'être. Les besoins de nos semblables à l'échelle mondiale sont devenus primordiaux. Ce n'est que dans la coopération communautaire, objet de l'intérêt et de la pré-

occupation des initiateurs du présent colloque, que nous trouvons un moyen adéquat de relever l'un des défis à la fois les plus exigeants et les plus prometteurs des années 1970.

L'historien Toynbee, exposant ses idées sur le souvenir que l'on gardera de la période au cours de laquelle vous et moi avons le privilège de vivre, a écrit : "on se souviendra de cette période de l'histoire mondiale non pas pour ses armées ou des flottes, non pas pour ses canons et son aviation militaire, non pas pour ses conflits engendrés par la mésestente, la haine et l'injustice, quelle que soit leur importance d'un point de vue temporaire. Cette période, dit l'historien, sera celle à propos de laquelle on rapportera que pour la première fois dans toute l'histoire l'homme s'est soucié du bien-être de ses semblables".

Pour la réalisation de cet objectif hautement souhaitable, nous qui sommes réunis ici ce matin, nous engageons notre pensée, notre expérience, notre vocation et notre travail au service d'autrui.

La Vocation Commission of Rehabilitation International et son organisation mère saluent les organisateurs et les initiateurs appartenant à la Commission des Communautés européennes et adresse à tous les participants ses vœux fervents et sincères pour que les réunions qui vont se tenir soient un stimulant et qu'elles portent leurs fruits.

Que cette rencontre et les efforts que nous déploierons ensemble à Luxembourg soient, pour reprendre les paroles de l'astronaute à son arrivée sur la lune, un pas de géant pour la cause de la paix et la fraternité dans le monde. Qu'elle proclame l'avènement de jours plus heureux et plus chargés d'espoir pour les invalides, où qu'ils se trouvent.

C'est pour cette tâche que la Vocational Commission of Rehabilitation International accorde son soutien et se joint à vous dans tous les efforts qui seront faits aujourd'hui et tous les jours à venir.

C'est dans cet esprit que nous devons travailler.

- F. VINCK, Commission des Communautés Européennes

Au nom de la Commission des Communautés Européennes, j'ai le privilège et le plaisir de remercier vivement les organisations internationales qui nous ont fait l'honneur d'être parmi nous aujourd'hui, l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation internationale de la réadaptation des Handicapés, et le Conseil de l'Europe.

Leur présence ici, et l'aide qu'ils nous ont apportée dans la préparation de ce colloque, vont donner à celui-ci un rayonnement dépassant singulièrement les frontières de la Communauté, et démontrent ainsi que la Communauté dans ce domaine comme dans tous les autres domaines, est une Communauté ouverte.

Dans le problème qui nous préoccupe, il est important que nous nous passions mutuellement les enseignements dont nous disposons. La Commission des Communautés Européennes n'a pas la prétention d'avoir découvert le problème de la réadaptation des handicapés, mais elle veut donner à ce concept un contenu pragmatique et concret. Nous avons besoin de l'aide de ceux qui ont fait du travail dans ce sens avant nous. Nous ne serons pas de trop à entamer une tâche extrêmement complexe et difficile.

C'est pourquoi, encore une fois, au nom de la Commission des Communautés Européennes, j'exprime ma gratitude aux organisations internationales qui sont aujourd'hui parmi nous.

- U. VIDALI, Commission des Communautés Européennes

Mesdames, Messieurs,

En regardant cette assemblée, en appréciant le nombre et la compétence des personnes qui ont répondu à notre appel, nous

sommes largement payés en retour de l'effort que nous a coûté la préparation de ce colloque. Votre présence ici nous permet de croire qu'en organisant cette rencontre nous avons répondu à un besoin, et que ce besoin n'existait pas uniquement du côté des Institutions.

Maintenant, cette chance d'expression et de confrontation qui nous est offerte ne doit pas être gaspillée. Il y a donc lieu de nous mettre d'accord, d'emblée, sur quelques aspects pratiques de notre travail de ces jours : l'aspect "rencontre", l'aspect "programme", l'aspect "méthode".

L'aspect "rencontre".

Nous sommes ici pour communiquer, donc : faites-vous connaître. La serviette qui vous a été remise à l'arrivée contient un badge avec votre nom; épinglez cela à votre boutonnière. Vous avez aussi une liste des participants; veuillez vérifier si votre nom et votre adresse y sont mentionnées correctement et signaler les erreurs éventuelles au secrétariat; à défaut, vous risquez de ne jamais recevoir le compte-rendu du colloque.

En parcourant cette liste, on est frappé de constater la variété de nos points de départ, de nos compétences, de nos spécialités. C'est une richesse et une garantie de succès pour notre rencontre, dont le but le plus général est d'ouvrir des échanges. Ces échanges, ils sont une affaire d'attitudes individuelles, de notions communes, de langage.

En bons praticiens de la Réadaptation, vous avez l'habitude du contact et l'art du travail d'équipe. N'oubliez pas, aujourd'hui et demain, d'utiliser cette merveilleuse aptitude à établir des liens, à jeter des ponts.

Le problème d'arriver très rapidement à utiliser des notions communes, en leur donnant tous la même signification, me préoccupe davantage.

Monsieur le Commissaire Coppé a fait mention d'un document que vous avez reçu et qui constitue une première étude de la Commission

sur la réadaptation. Ce rapport est provisoire et incomplet, et il ne traite pas à fond les problèmes que nous avons à approfondir lors de ces assises. Cependant on trouve, dans ce document et notamment aux pages certaines idées de base, qui vous sont proposées comme des références provisoires; en attendant des définitions communes, elles nous aideront à nous comprendre.

Je vous propose donc d'appeler "handicap" l'écart qui existe entre les prestations attendues de la part d'une personne et les performances que cette personne parvient effectivement à fournir. Dans cet esprit, nous ferons attention à ne pas confondre le "handicap" et la lésion ou l'anomalie qui en est l'origine, qu'elle soit organique ou non. De même, nous ferons attention à ne pas confondre les termes de "handicapé" et "invalidé"; dans certains pays, la loi leur donne une signification précise; pour être simples, nous penserons aux images évoquées par ces deux expressions :

- la notion d'"invalidité" évoque celles de pension, rente, indemnité,
- la notion de "handicapé" évoque celles de compensation fonctionnelle, de réadaptation, d'entr'aide.

Cela nous aidera à éviter des malentendus, du moins lorsque nous parlons la même langue.

D'une langue à l'autre, les difficultés sont plus grandes. En l'absence d'un tableau d'équivalents linguistiques qui soit réellement satisfaisant, nous avons fait la tentative d'en proposer un, et cela nous a permis de mesurer toute la difficulté du problème. Par exemple, le terme de "handicapé" n'a pas d'équivalent exact en langue italienne. Nous avons accepté provisoirement d'utiliser, dans le programme, le terme de "minorato", dans le sens d'une diminution fonctionnelle, mais cette solution ne nous satisfait qu'à moitié. Quoi qu'il en soit, ce tableau des équivalences est principalement destiné aux traducteurs et interprètes qui collaborent avec nous, et à ceux d'entre vous qui sont polyglottes; au cas où les équivalences proposées ne vous satisferaient point, veuillez nous rendre un exemplaire avec vos corrections et vos commentaires :

nous pourrons ainsi, après le colloque, le perfectionner.

J'en viens maintenant à l'aspect "programme".

Dans le cadre de leurs tâches particulières, la plupart d'entre vous voient les problèmes de réadaptation par le commencement : apparition d'une lésion, mesures thérapeutiques immédiates, réadaptation fonctionnelle, etc. Si tel est le cas, vous êtes invités, Mesdames, Messieurs, à regarder le problème par l'autre bout de la lorgnette, c.-à.-d. à penser tout le processus de réadaptation en fonction de son aboutissement, à la concevoir comme une préparation au moment où le handicapé ne dépend plus des autres pour ses activités courantes et peut reprendre un travail rémunéré.

Ce renversement de perspective, et l'exercice mental auquel il nous oblige, ont deux conséquences :

- a. nous allons nous intéresser uniquement aux sujets en âge de travail sans exclure pour autant la préparation du handicapé à son premier emploi. Ceci veut dire que cette fois-ci nous ne traitons pas du problème des handicapés congénitaux et de la première enfance;
- b. nous prendrons en considération uniquement les grands aspects qualitatifs de la réadaptation, qui sont communs à tous les handicaps. Les aspects plus particuliers, qui sont spécifiques aux différents types de handicaps, ne seront pas traités. Comme vous le voyez nous avons opéré un choix qui nous semble valable pour faire cette première rencontre dans le cadre de la Communauté. Ceci ne veut nullement dire que nous ne sommes pas conscients de tous les autres aspects concernant les handicapés.

Parmi les grands aspects de la réadaptation, nous intéresse principalement celui qui a été bien mis en vedette par M. Coppé : la nécessaire liaison entre phase médicale et phase professionnelle de la réadaptation, dans le cadre d'un processus de réadaptation unique et bien coordonné. Pour faire une bonne confrontation des conceptions, des expériences, des besoins actuels, il nous a paru

nécessaire de procéder en deux temps :

- considérer d'abord les aspects médicaux et pédagogiques de la réadaptation, entendue comme préparation au travail, ensuite les aspects juridiques et pratiques du placement, et cela d'un point de vue technique;
- placer ces mêmes problèmes sous un éclairage politique et les considérer du point de vue qui est propre aux partenaires sociaux et aux associations de handicapés.

L'analyse critique et la synthèse, nous les ferons au cours de la table ronde finale, dont je vous parlerai dans quelques minutes.

Vous avez sans doute votre programme en main. Ce programme prévoit des exposés, sur les thèmes que je viens d'évoquer. Sauf exception, nous ne serons pas en mesure de vous fournir le texte des exposés pendant le colloque. En contrepartie :

- nous nous sommes efforcés de rendre disponible, dans les différentes langues, le tracé, le schéma de chaque exposé. Cela vous permettra de suivre plus facilement les orateurs. Vous noterez que, dans le programme, chaque exposé porte un numéro. Ce même numéro figure sur les schémas, pour faciliter leur emploi. Les schémas qui manquent encore à votre collection seront rendus disponibles, au fur et à mesure, sur la table placée à l'entrée de la salle.
- enfin, nous nous sommes engagés, avec la coopération de nos services de la Diffusion des connaissances, qui sont les techniciens du problème, à assurer la sortie du compte-rendu du colloque dans les meilleurs délais, au plus tard en automne.

En lisant ce programme, vous aurez aussi remarqué que, l'on n'a pas réservé de séance à la présentation de communications individuelles. Bien sûr, nous vous avons priés de nous indiquer, dans votre demande d'inscription, le domaine particulier dans lequel vous

étiez en mesure d'apporter une contribution originale au cours de certains contacts individuels, pris il y a quelques mois, on vous a également demandé sur quel thème vous êtes en mesure de parler.

Toutefois, au fur et à mesure que notre travail de préparation s'est développé, nous avons reconnu l'importance de faire porter l'effort de tous les participants sur certains thèmes de caractère général; et de faire traiter ces thèmes uniquement par des exposés. Il faudra donc que vos contributions prennent place dans la discussion, qu'elles soient courtes, pertinentes, substantielles. Et ceci nous amène à aborder l'aspect "méthode", qui touche à deux problèmes, les discussions et la table ronde.

Nous avons établi le programme avec l'intention très ferme de ménager le temps nécessaire pour les échanges de vues, ce qui nous conduit évidemment à mettre des limites au temps de parole. Les présidents de séance auront peut-être quelques difficultés à organiser et discipliner la discussion entre personnes de nouvelle rencontre mais je suis convaincu qu'avec votre compréhension et votre aide tout se passera bien. Pour qu'il en soit ainsi :

- les intervenants sont priés de demander la parole pendant les exposés, sans attendre l'ouverture de la discussion et d'utiliser à cet effet les fiches que nous avons prévu; une hotesse se chargera de les ramasser;
- en ouvrant la discussion, le président de séance donnera les noms des personnes qui souhaitent intervenir et précisera la durée du temps de parole à respecter (de 1 à 3 minutes);
- lors de leur intervention les orateurs sont priés de bien vouloir indiquer leur nom et lieu d'origine, et ensuite présenter leurs idées dans le court laps de temps imparti;
- vous êtes priés de parler lentement et clairement afin que vos idées puissent être correctement traduites dans les autres langues;
- après votre intervention, vous êtes priés d'en rédiger le texte

et de le remettre au secrétariat spécial, ou bien encore de le dicter à une des secrétaires; elles sont à votre disposition dans une salle prévue à cet effet;

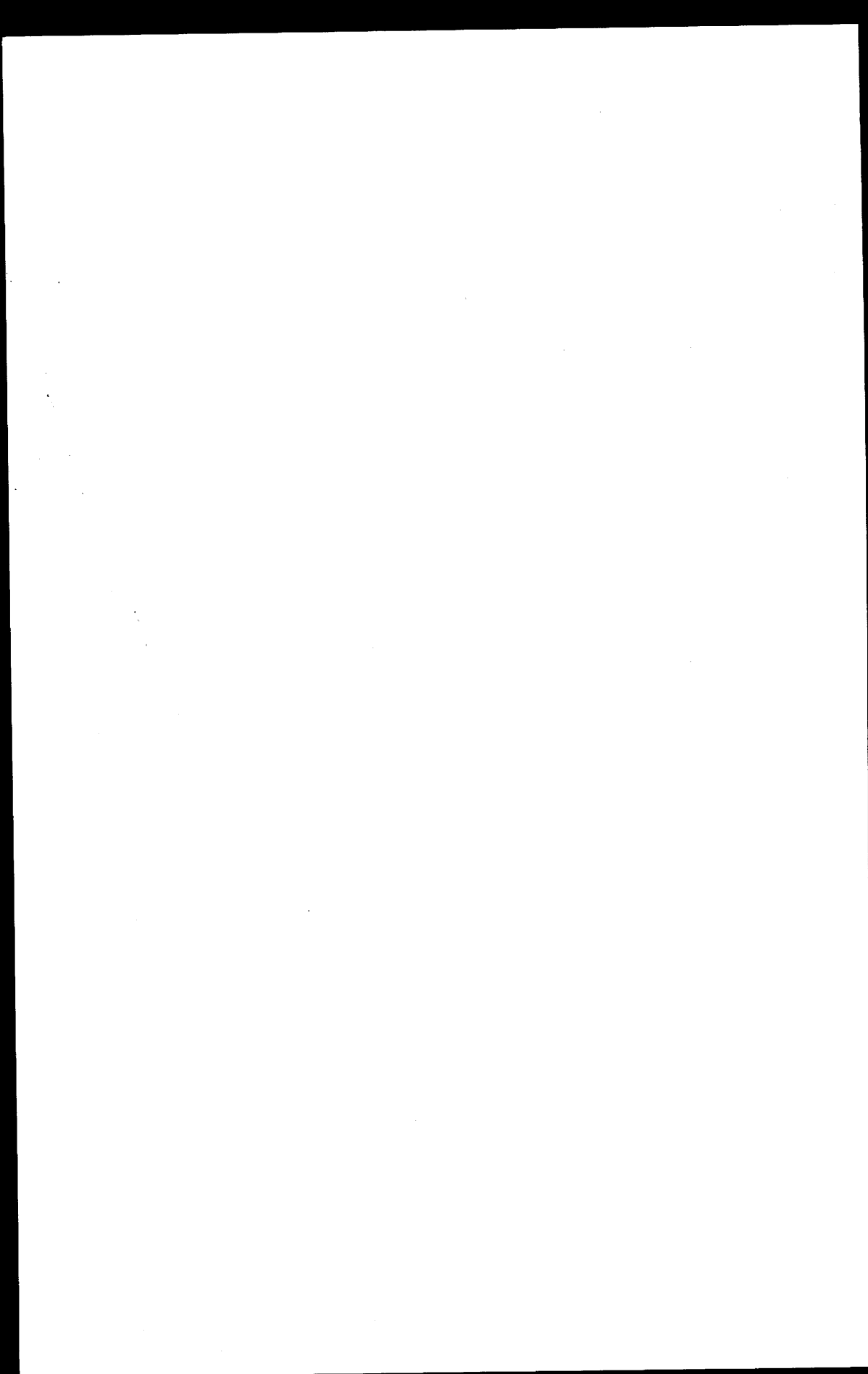
- en fin de discussion, les orateurs qui ont fait des exposés cités dans le programme répondront aux seules demandes d'éclaircissements; les autres contributions seront considérées comme un rapport d'expériences personnelles fait en vue de la synthèse finale.

Venons-en maintenant à la table ronde finale. Elle doit nous permettre de dégager, de l'ensemble des données qui auront été fournies par les exposés et les discussions, celles qui ont une valeur déterminante et devront figurer dans nos conclusions. C'est pourquoi la préparation de la table ronde commencera en fait dès le début de ce colloque. Dans ce but, MM. HOUSSA, HOFRICHTER, VELDKAMP, rapporteurs pour les trois sections principales du programme, doivent disposer en priorité de toutes les données utiles. Certaines de ces données, nous les avons déjà mises à leur disposition (conclusions des exposés préparées par les auteurs); d'autres se feront jour au cours des discussions; enfin, vous pouvez communiquer vos idées, p.ex. sous la forme de courtes notes inspirées par des échanges de vues en petit groupe, si ces échanges de vues sont bien ou pour éclaircir ce qui aura été insuffisamment précisé dans la discussion. Le Secrétariat est à votre disposition pour faire la liaison et servir, si nécessaire, d'intermédiaires.

Nous allons lever la séance pour nous retrouver cet après-midi à 14 h 30. Nous commencerons avant l'heure prévue.

Avant de terminer je voudrais à mon tour remercier particulièrement les membres du Comité Organisateur, les Présidents de séance, ainsi que toutes les personnalités de haute compétence qui ont accepté de présenter les rapports à ce colloque.

LA PREPARATION AU TRAVAIL DU HANDICAPE



DE LA NOTION D'INVALIDITE A CELLE DE HANDICAPE

Présidence de M. DERATTE

Président de la Commission d'Avis de l'Office
des Travailleurs Handicapés
Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
Luxembourg

Rapporteurs : K.A. JOCHHEIM, R. NOESEN

RAPPORTS

Dr. NOESEN

Dans un but d'introduction, mon exposé va rappeler et définir quelques concepts de base classiques et modernes, retracer brièvement l'évolution qui s'est faite au cours d'un siècle, en matière de réparation matérielle et de préparation à l'emploi, confronter les notions d'invalidité et de handicap, dégager de cette étude comparative un dénominateur commun valable pour les conceptions en vigueur dans nos pays.

En résultera un excès de schématisme dont je vous prie de bien vouloir m'excuser.

Distinguons, pour commencer, entre invalidité et handicap.

1.- Réparation matérielle, économique : L'invalidité. Les victimes de guerre et les accidentés du travail.

1.1.- Origine et concepts de base.

Les termes "invalidé" et "invalidité" font partie du langage courant. Ont d'abord été considérés comme invalides les gens qui ont été blessés ou qui avaient perdu leur santé au cours de la guerre. Le terme d'invalidité désigne finalement aussi bien l'état de la personne en question que la pension qui est octroyée à celle-ci, en quelque sorte par faveur, dans un esprit de charité ou de reconnaissance.

Puis, du fait de la révolution industrielle, les accidents du travail ont pris de l'ampleur. Le Reich allemand a alors créé le système des assurances sociales, en particulier le régime de l'assu-

rance contre les accidents, afin d'assurer une répartition collective de la responsabilité.

Depuis lors l'invalidé du travail a droit à la sécurité sociale, en particulier à l'allocation d'une rente d'invalidité partielle permanente.

L'exemple de l'Allemagne fut rapidement suivi par l'Autriche et, peu après 1900, par le Luxembourg. Il a fallu encore un demi-siècle pour que le système de sécurité sociale s'étende à d'autres pays et à d'autres catégories de travailleurs. Il fut coordonné en France en 1946, ce qui peut être considéré comme fin d'une étape, mais aussi comme début de réformes. Dans certains pays une centralisation et une coordination se sont opérées par le transfert de la gestion des assurances sociales à certains établissements tels le F.N.A.M.I. en Belgique et l'I.N.A.I.L. en Italie.

Nous ne parlerons pas de la nouvelle législation néerlandaise qui est moins une évolution du système de la sécurité sociale actuelle qu'une refonte, pour ne pas dire une révolution des conceptions de base.

1.2.- L'invalidité partielle permanente et son évaluation.

A l'origine, l'indemnisation des suites d'accident visait essentiellement la réparation matérielle. L'allocation de la rente d'invalidité partielle, surtout permanente, était destinée à compenser le manque à gagner ou plus exactement la réduction de la capacité de gain. Le médecin-examineur ou expert devait constater les dégâts anatomiques (et fonctionnels); il avait à se prononcer sur la réduction de la capacité de travail qui en découle, notamment par référence à des guides-barèmes, généralement indicatifs. La commission des rentes ou l'instance compétente devait en déduire le taux de réduction de la capacité de gain, compte tenu de facteurs non médicaux.

Les prestations jointes à la rente devaient permettre à l'invalidé de récupérer, du moins partiellement, sa capacité de travail et d'assurer sa subsistance. L'indemnisation poursuivait un but économique et intéressé. Le monde du travail espérait ainsi "récupérer"

l'invalidé ou plutôt la capacité de travail de celui-ci, en tant que valeur marchande.

Pour les grands invalides de guerre et du travail dits "irrécurables", on réservait finalement des postes légers, dits d'invalidé.

1.3.- Le facteur professionnel et l'indemnisation individualisée.

Généralement l'invalidé cumule le montant de sa rente partielle permanente avec son nouveau salaire, censé avoir diminué.

Depuis longtemps, ces données initiales se trouvent faussées. Hormis les taux indicatifs, d'autres critères se trouvaient subsidiairement inscrits dans les dispositions législatives et réglementaires. Il y avait lieu de tenir compte, dans une certaine mesure, des connaissances et acquisitions professionnelles. La référence à un emploi quelconque sur le marché général du travail perdant son sens du fait de la spécialisation et qualification, certains pays ont introduit un facteur professionnel de majoration. Lors de la coordination de la sécurité sociale en France, la loi de 1946 fixait déjà des critères d'évaluation plus nuancés qui tiennent compte à la fois de la nature de l'infirmité, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales, des aptitudes, de la qualification professionnelle et, en dernier lieu seulement, d'un barème indicatif. Cette évaluation combine l'incapacité physique et l'incapacité de gain sans que l'une ne prime l'autre.

Ajoutons qu'à l'invalidité "des deux tiers" s'est rajoutée l'invalidité "de moitié", d'abord en tant qu'invalidité des employés, ensuite en tant qu'incapacité professionnelle des ouvriers (République Fédérale allemande).

Il s'ensuit qu'un nouveau champ d'application des mesures de réadaptation va s'ouvrir à ceux qui sont en quête d'un emploi à temps partiel ou à gain réduit "de moitié".

Le cercle des bénéficiaires des assurances sociales s'est progressivement étendu. Dans certains régimes, la rééducation ou réadaptation professionnelle est même devenue obligatoire.

Nous assistons donc à une extension mais aussi à une diversification de la sécurité sociale. Les concepts de base de l'indemnisation, qui constituaient un commun dénominateur, risquent d'être battus en brèche par les amendements proposés ou les réformes en cours. Cette disparité des dispositions surgit au moment même où des organismes inter- ou supranationaux, notamment la Commission des Communautés Européennes, tendent vers une harmonisation en cette matière.

Pour ce qui était de ces réformes se rapportant aux besoins de rééducation ou de réadaptation professionnelle, il y avait deux voies à suivre:

- ou bien réformer le système de sécurité sociale (p.ex. fixation de l'invalidité partielle permanente après réadaptation, comme en République Fédérale allemande) ainsi que l'extension de prise en charge des mesures de rééducation ou réadaptation professionnelle à d'autres personnes non assujetties au régime normal de sécurité sociale (p.ex. dispositions législatives et réglementaires d'assistance ou de solidarité sociale), ou bien
- créer quelque chose de nouveau c'est-à-dire une législation spéciale, instituant un organisme de placement et de reclassement, non plus des seuls invalides de guerre et du travail, mais de toutes les personnes handicapées, à quelque titre que ce soit et quelque soit l'élément générateur du handicap.

C'est de cette deuxième voie que nous allons parler.

2.- La réparation du point de vue humain: Le handicap et la préparation au réemploi. Les personnes handicapées.

2.1.- Origine et concepts de base.

Les termes de "personne handicapée" et de "handicap", inscrits dans les dictionnaires, sont devenus ces dernières années d'un usage courant en réadaptation, sauf dans les pays d'expression allemande où l'on préfère au terme littéral "Handikap" une expression plus générale (Behinderung) qui implique la notion d'entrave. La notion de handicap était initialement réservée au turf et comportait la rajoute

de poids additionnels afin d'égaliser les chances des chevaux et de leur cavalier dans une course. Egaliser les chances de réussite, dans le domaine de la réadaptation, voilà ce qui vise à combler l'écart entre les prestations attendues de la part de celui qui occupe un poste de travail ou exerce un rôle social (astreintes), et les prestations qu'il parvient à fournir dans les conditions effectives d'activité (contraintes). On pourra ainsi parler de handicap professionnel et social, indépendamment des causes spécifiques qui l'engendrent.

Une personne handicapée est celle qui doit pouvoir bénéficier de certains avantages, aides et mesures, pour avoir les mêmes chances de réussite dans sa vie scolaire, professionnelle et socio-familiale. Ces avantages ne sont pas consentis à titre d'indemnisation ou de réparation de lésions anatomiques, mais à titre de préparation à des tâches définies et adéquates, conformes aux performances gestuelles et autres. Il s'agit, en l'occurrence, de mesures non plus causales mais finalisées.

2.2.- Le handicap et son évaluation.

La rééducation fonctionnelle ou la réadaptation professionnelle est avant tout une question de méthode et de technique. N'empêche que la discipline qui est à la base de la réadaptation, doit trouver sa consécration dans les textes de loi et les règlements d'application pratique.

Mais comment faire sortir le législateur des chemins battus?

En voulant créer quelque chose de nouveau on était bien obligé de composer avec les défenseurs des traditions bien ancrées. Par chance, au Luxembourg, la loi portant création d'un Office de placement et de rééducation professionnelle (loi du 28 avril 1959) ne contenait déjà plus le terme de capacité de gain, mais gardait uniquement, comme notion de référence, la capacité de travail. A droit à la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé - et non pas d'invalidé - toute personne accusant une diminution de capacité de travail de 30 % au moins.

Précisons que la législation française concernant l'emploi des travailleurs handicapés et leur classement (loi du 23 novembre 1957) ne prévoit pas de pourcentage minimum, alors que la loi belge portant création du Fonds de réadaptation et de reclassement social des handicapés (loi du 28 avril 1958) exige un pourcentage minimum de 30 pour les handicapés physiques, de 20 pour les handicapés mentaux.

Au Luxembourg, le législateur avait omis de préciser à quoi devait se rapporter les 30 % de diminution de la capacité de travail. Il manquait le sujet de comparaison ou le système de référence. Doit-il s'agir d'une moyenne statistique ou d'une variation par rapport à l'état même su sujet?

Pour sortir de ce dilemme, il fallait constituer un groupe de travail pour élaborer les critères d'évaluation du handicap. Il fut décidé que la diminution de la capacité de travail d'au moins 30 % devait se rapporter non pas au marché général du travail (de la même région), mais aux activités professionnelles antérieures de l'intéressé (arrêté grand-ducal du 30 juin 1961).

Ce chiffre de 30 % n'a rien d'absolu, et surtout, il n'a rien de commun avec les barèmes d'évaluation. Il est censé indiquer la limite à partir de laquelle une personne n'est plus capable de pourvoir elle-même à sa réadaptation professionnelle.

A l'encontre de l'évaluation plus ou moins forfaitaire du degré d'invalidité en sécurité sociale, l'évaluation du handicap doit se faire par rapport à l'individu. Il s'agit d'une conception globale, destinée à évaluer le potentiel individuel de travail en comparant la situation actuelle à la situation antérieure à l'événement générateur du handicap.

Le handicap ne résulte pas seulement des dommages et déficits mais implique l'évaluation des capacités et aptitudes restantes.

Un travailleur en élévation, monteur, charpentier ou couvreur, auquel on a accordé en assurance-accidents, une réduction de la capacité de gain ou invalidité partielle permanente de 7 à 12 % pour des troubles cochléo-vestibulaires posttraumatiques, pourra prétendre à

la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé; il invoquera dans sa demande une diminution de sa capacité de travail de 30% au moins par rapport à ses activités professionnelles auxquelles il doit nécessairement renoncer. Il va sans dire que la commission d'orientation émettra un avis favorable pour que ce handicapé entre au bénéfice des avantages consentis par la loi, en vue de son reclassement.

A l'encontre de l'examen médical périodique, de routine ou d'expertise en assurance-accidents, l'évaluation du handicap se fera progressivement, de façon détaillée et nuancée, en particulier par l'étude comparative de différents bilans.

Pour les travailleurs ces bilans s'insèrent d'une part, entre l'examen médical d'aptitude à l'emploi (là où il est prescrit) destiné à révéler les contre-indications à certains secteurs d'activité et, d'autre part, l'examen de médecine du travail à l'embauche, ou lors de la reprise du travail, L'analyse ergonométrique des cycles du processus de travail facilitera l'adaptation réciproque de l'homme handicapé et du poste ou milieu du travail.

- En rééducation et réadaptation nous avons en particulier
- l'examen du médecin-réadaptateur (et non pas d'un seul spécialiste)
 - le bilan kinésithérapique, notamment morphostatique, articulaire, musculaire, sensitif et psycho-moteur
 - le bilan utilitaire et de performance, par épreuves d'effort
 - le bilan gestuel fonctionnel
 - le bilan des gestes en ergothérapie (non professionnelle) et en ergopropédeutique (professionnelle)
 - le bilan psychologique et psycho-métrique.

Si tout le monde s'accorde plus ou moins sur ces vues, il y aurait cependant lieu, en présence de la diversification et multiplicité des méthodes d'investigation, d'arriver à une certaine harmonisation des conceptions de base et des outils de travail, voire à l'établissement de systèmes de référence et de codification permettant l'exploitation par ordinateur.

L'évaluation du handicap n'est pas un but en soi, mais se fait en vue d'actions finalisées préparant au réemploi. Elle décidera des aides et mesures de rééducation et de réadaptation d'ordre médical, professionnel, socio-familial et administratif.

2.3. - La préparation au réemploi.

Les dispositions législatives prévoient entre autres: une initiation au travail ou une propédeutique professionnelle, même une formation professionnelle, notamment accélérée des adultes; la mise à la disposition de l'outillage ou de l'équipement, du moins courant, la fourniture d'équipement particulier; des priorités d'emploi et la réservation de postes aux handicapés, selon des pourcentages variables suivant les pays, les régions ou dans le temps.

Du point de vue législatif, cette dernière stipulation est capitale. Elle ouvre la porte de l'entreprise non plus au simple gré de l'employeur, mais sur la base d'un accord obligatoire réciproque entre l'employeur et l'Office de placement ou de reclassement. On pourrait même parler de passerelle facilitant le passage du milieu particulier de la réadaptation vers le milieu du travail de l'entreprise, du fait que les avantages accordés par la loi évitent les chicanes habituelles si fréquentes au cours de quête d'emploi.

Le travailleur handicapé, après réadaptation, est finalement à considérer comme travailleur à part entière.

3.- L'invalidité, notion statique. Le handicap, notion dynamique.

L'invalidité en matière de sécurité sociale est basée sur la réduction de la capacité de gain. Au cours des dernières décennies, des réformes tendent vers une indemnisation moins forfaitaire et partant plus individualisée qui tiendra davantage compte du facteur professionnel. Voilà pourquoi, rééducation et réadaptation sont passées au premier plan des préoccupations.

Dans un certain nombre de pays une législation spéciale a vu le jour: elle concerne les personnes ou travailleurs handicapés indépendamment des causes du handicap. Des organismes spéciaux ont été

créés pour assurer le placement ou reclassement des handicapés.

Le handicap est basé sur la diminution du potentiel individuel de travail par rapport aux activités professionnelles spécifiques.

Au lieu de la réparation, destinée à combler le manque à gagner, les conceptions modernes visent la préparation au réemploi, assurant automatiquement un salaire convenable, voire supérieur. C'est là le but du reclassement.

Dans certains pays la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est liée à un pourcentage minimum de diminution de la capacité de travail.

Alors que l'invalidité partielle permanente impliquait généralement une notion de consolidation et avait de ce fait un caractère statique, immuable, le handicap est censé diminuer, voire disparaître par la rééducation-réadaptation et implique donc une notion fonctionnelle et dynamique, variable avec le poste occupé.

Vu l'évaluation plus individualisée, soit en sécurité sociale, soit en reclassement, nous assistons à une convergence des concepts, tendant à assurer le réemploi.

Le handicapé a dorénavant droit à la santé, au travail et le cas échéant, à la sécurité ou solidarité sociale.

(Voir page suivante: schéma comparatif ou idéogramme)

Droit au travail: préparation à l'emploi, reclassement

but convergent

réparation

(vers 1960)

Droit à la sécurité et solidarité soc.: 1) allocation d'une rente 2) prestations diverses
3) év. mesures de réadaptation professionnelle

- matérielle, économique :
= indemnisation
(rente ou pension
aux assurés)
- incapacité professionnelle, 50% au moins
- + facteur professionnel
- évaluation forfaitaire
la capacité de gain
le marché du travail
commission des rentes
- réforme et extension de
la sécurité sociale et
solidarité sociale

du point de vue humain:
= reclassement
(reconnaissance de la
qualité de handicapé)

handicap par rapport à
l'emploi, 30% au moins

+ capacité restante

évaluation individualisée
le potentiel de travail
l'individu et son poste
commission d'orientation
dispositions relatives
au reclassement des
personnes handicapées

(vers 1950)

- = conception causale
catégorie de
bénéficiaires
- indemniser la perte de
gain
- 3) autres régimes
d'assurance/assistance
- 2) associations prof.
d'assurance (accidents
du travail et maladies
professionnelles)

= conception finalisée
rééducation-réadaptation
indépendante de l'élément
générateur du handicap

égaliser les chances de
réussite

handicap ou entrave

handicap, notion du turf
(poids additionnels)

(autour de 1900)

- 1) octroi d'une pension
(invalides de guerre)

(législations anciennes
sur placement prioritaire
des blessés de guerre)

INVALIDITE

HANDICAP

origine différente

(alinéas à lire de bas en haut)

Droit à la santé : 1) rééd. méd., fonct., prof., soc. 2) aides et mesures de reclassement
3) allocations diverses

Les exigences en matière de politique sociale auxquelles nous nous efforçons, nous aussi, d'apporter des solutions pratiques au cours de ce colloque, figurent déjà dans la constitution française du 24.6.1793 dont l'article 21 dit "L'assistance publique est une dette sacrée. La société doit prendre en charge ses citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en accordant des moyens d'existence à ceux qui ne sont pas en état de travailler".

Au cours des 19e et 20e siècles, les pays industrialisés d'Europe et autres continents ont fait, certes, quelques pas en direction de cet objectif, mais ce n'est que depuis la seconde guerre mondiale qu'ils ont développé suffisamment l'appareil scientifique, organisationnel et juridico-social de la réhabilitation, pour pouvoir, dans une certaine mesure, satisfaire à la double exigence du droit subjectif à travail approprié et à la garantie des moyens d'existence. Les difficultés socio-politiques tenaient en grande partie au fait que des considérations juridiques en matière de responsabilité civile avaient tout d'abord conduit à n'accorder qu'au groupe des invalides de la guerre et du travail des indemnités de réadaptation appropriées et des dommages-intérêts, alors que pour toutes les blessures et maladies accidentelles des aides au reclassement ou des prestations de pension étaient offertes.

La convention médicale qui présidait à la fixation du montant de l'indemnisation en espèces pour les invalides de guerre et ceux du travail était le plus souvent hiérarchisée en fonction du constat médical et n'avait plus, compte tenu de la diversité des types d'activités professionnelles et des différentes possibilités de compensation personnelle du handicapé, qu'un rapport très lâche avec la réduction de la capacité professionnelle. Ceci doit être formellement observé bien qu'en République fédérale d'Allemagne, par exemple, la base de calcul soit définie comme "la diminution de la capacité de gain". Il est cependant tout à fait évident que la perte de la jambe droite, classée comme entraînant une diminution de 80% de la capacité de gain, a des répercussions très différentes sur le revenu selon la profession antérieure et les possibilités individuelles de réédu-

cation professionnelle. Jusqu'en 1957, la législation sur les rentes pour les ouvriers et les employés s'en est aussi tenue à une abstraction analogue dans les pourcentages, et a ainsi contraint l'expert à établir son évaluation en grande partie indépendamment des motivations favorables ou défavorables et des possibilités d'emploi régionales.

Une telle classification abstraite, même si des prestations de pension ont été accordées pour une diminution de la capacité de gain de 66%, 2/3 ou plus tard de 50% seulement, est toujours une source d'injustices dans les deux sens.

Une partie des handicapés reçoivent déjà ou reçoivent encore une pension, alors que leur capacité de rendement est tout à fait suffisante pour la reprise d'une activité, d'autres, ayant des déficiences physiques peut-être beaucoup moins graves, mais moins d'aptitude pour apprendre, ne réussissent pas leur rééducation professionnelle, deviennent chômeurs et quittent un ou plusieurs régimes de la sécurité sociale ou de la prévoyance sociale, pour entrer ainsi dans le dur combat pour la garantie de l'existence.

Une insécurité juridique particulière dans ces évaluations provient des fluctuations conjoncturelles, régionales ou structurelles, qui, comme le montrent justement les enquêtes en cours sur le problème de l'invalidité précoce, ont des répercussions considérables sur l'attribution d'une rente, qui en fin de compte est tout de même la plupart du temps couronnée de succès. La notion d'"invalidité" s'est donc essentiellement développée en fonction de l'attribution de moyens d'existence qui en vertu de dispositions légales et de constatations médicales, devaient être octroyés par la société en cas d'invalidité. Il s'agissait donc de prestations compensatoires en espèces pour une "dépréciation" sur le marché général du travail évaluée de manière très abstraite.

La situation de groupe et la spécification de groupe, issues en l'occurrence de la législation sociale, sont sans aucun doute aussi peu heureuses qu'elles sont objectivement fausses.

C'est avec raison que Howard RUSK a fait remarquer, il y a

de nombreuses années déjà, que nous devons tous en raison du profil ^o de nos aptitudes, de notre préparation et de notre formation, être considérés comme des spécialistes sur le marché du travail et que nous ne pourrions en aucune façon exercer n'importe quelle activité à tout moment. D'une façon analogue, le handicapé est aussi à considérer comme un spécialiste dont l'insertion dans la vie active est déterminée par les possibilités qu'offrent ses aptitudes et par les limites que lui impose son handicap. C'est pourquoi des prestations de réhabilitation sous la forme d'aides à la recherche d'un emploi convenant individuellement doivent être accordées à tous les handicapés, sans tenir compte de l'élément générateur de l'infirmité. Ces aides doivent, il est vrai, tenir compte de la déficience médicale, mais elles sont, quant à leur importance et à leur orientation, bien moins déterminées par la déficience elle-même que par ses répercussions dans la vie quotidienne sur l'indépendance matérielle et les possibilités de déplacement, ainsi que par ses répercussions sur la carrière professionnelle actuelle et future. Les syndromes médicaux de déficience qui doivent être examinés ici peuvent se répartir en 4 groupes principaux :

1. les déficiences de l'appareil tuteur et locomoteur
2. les déficiences des organes des sens
3. les déficiences des organes internes
4. les déficiences des capacités fonctionnelles psycho-intellectuelles.

En ce qui concerne les aides à la réhabilitation, ce sont les déficiences de l'appareil tuteur et locomoteur qui sont de loin étudiées le plus à fond et on peut à l'heure actuelle, grâce à des procédés curatifs modernes, tels que l'arthroplastie, les atténuer considérablement. Il faut toutefois, quand il s'agit par exemple d'amputations, d'ankyloses, de lésions du cerveau et de la moelle épinière, de séquelles de paralysie infantile et de malformations, s'attendre à une infirmité permanente diminuant la capacité de locomotion et/ou l'adresse manuelle.

La capacité fonctionnelle qui reste toutefois disponible ne peut être détectée à partir de la déficience seule, sans données complémentaires.

Les déficiences des organes des sens semblent aussi de prime abord avoir des répercussions uniformes. Mais une analyse plus précise fait apparaître cependant qu'en cas de perte de l'ouïe, comme en cas de perte de la vue, l'intelligence, le désir de s'adapter, la ténacité, jouent un si grand rôle que ce sont ces éléments seuls qui déterminent les perspectives professionnelles. Des juristes aveugles ont des possibilités professionnelles et sociales tout à fait différentes de celles d'un manoeuvre devenu aveugle.

Beaucoup plus difficile est l'appréciation concrète d'une déficience des organes internes. Les lésions chroniques du foie, des reins ou du coeur entraînent des restrictions diététiques, mais elles donnent lieu aussi, en raison de la dysrégulation végétative, à des limitations de la tolérance aux contraintes climatiques, à la privation du sommeil et à un effort de travail accru. Les études ergonomiques sur les travailleurs âgés, qui sont précisément intensifiées à l'heure actuelle, montrent clairement de quelle manière on pourrait obtenir ici un meilleur équilibre entre la capacité fonctionnelle et les prestations exigées.

Les plus grandes difficultés se présentent enfin pour l'appréciation des déficiences psycho-intellectuelles qui imposent souvent à la réintégration professionnelle et sociale des limites dont l'estimation est très difficile.

L'appréciation des simples handicaps à l'apprentissage est sans aucun doute la plus facile, celle des troubles du comportement et des syndromes de déficience psychotique est en revanche beaucoup plus difficile.

Pour toutes les déficiences mentionnées jusqu'ici, il est pour ainsi dire impossible de déterminer du premier coup sans avoir eu recours à une physiothérapie spéciale et à un examen final, l'importance de la capacité fonctionnelle résiduelle. Pour des déficiences sérieuses, la durée des exercices est d'au moins 2 à 3 mois. Les exercices à exécuter sont de nature physique et visent au développement de la force musculaire, de l'endurance et de la dextérité ou, comme l'a brièvement résumé STORM, la réadaptation à l'effort.

Un autre facteur d'adaptation est l'utilisation judicieuse dans la vie quotidienne de moyens auxiliaires, de moyens orthopédiques, surtout de prothèses et d'orthèses et de moyens auxiliaires de travail relevant du domaine de la recherche ergonomique, moyens dont on ne peut pleinement apprécier l'utilité qu'à la suite d'un entraînement approprié.

Mais les fonctions psycho-intellectuelles nécessitent elles aussi un traitement diligent à l'aide de programmes d'enseignement modernes permettant de réassimiler les connaissances scolaires et professionnelles et d'acquérir de nouvelles aptitudes et une nouvelle dextérité sur lesquelles viendront se greffer des mesures de rééducation spécialisées.

Il est également nécessaire, en même temps que les processus d'apprentissage mentionnés, de recourir à des aides psycho-thérapeutiques afin de traiter la déficience et de permettre à l'intéressé de tenir une place nouvelle dans la vie professionnelle et familiale. C'est seulement un fois ce vaste processus d'apprentissage terminé qu'il est possible de porter une appréciation définitive sur la capacité fonctionnelle; celle-ci doit bien sûr tenir compte des limitations occasionnées par la déficience, mais elle saisit dans leur ensemble toutes les possibilités qui apparaissent désormais maintenant que le programme d'exercices en a mises à jour. C'est seulement à partir de cette image positive des capacités que l'on peut donner au handicapé un conseil socio-professionnel judicieux, et cette image doit être mise en rapport avec les données qui existent déjà dans nos différents pays sous la forme des nombreux profils professionnels et des prestations qu'ils aient dans le secteur du commerce, de l'industrie et de l'artisanat.

Le handicapé qui a reçu la soigneuse préparation, décrite ici très brièvement, à l'intégration ou à la réintégration dans la société, n'est assurément plus déprécié, ni refoulé en marge de la société, il a, au contraire, acquis les conditions essentielles pour pouvoir participer pleinement à la vie sociale. Notre devoir en matière de politique sociale consiste non seulement à développer de nouvelles notions, mais à réaliser pleinement, dans le cadre des possibilités

qui existent sur le plan des institutions et des organisations, les tâches urgentes sociales et humanitaires qui incombent à notre époque.

o

o o

DISCUSSION

E. DE VERICOURT

Les législations diverses créent de nombreuses injustices vis-à-vis des handicapés.

La différence des modalités de réparation suivant qu'il s'agisse d'accident du travail ou de maladie est souvent choquante.

C'est ainsi que dans l'aviation toute affection cardiaque est présumée accidentelle, ce qui n'est pas le cas dans les mines. L'infarctus du myocarde considéré par les uns comme la conséquence de l'athérome coronarien, maladie, est considéré par les autres comme résultat de "stress" psychique, ce qui peut tous nous concerner.

Il y a lieu de réglementer les réparations en tenant compte de la rééducation possible, du dommage causé et de la fortune de l'intéressé qui lui permet ou non de vivre décemment.

C'est une question de justice pour tous qui se trouve ainsi posée.

S.J.H. BREUKEL

Si intéressantes que soient tant l'introduction de M. Noesen que celle de M. Jochheim, ce dont il s'agit, c'est du contenu des notions "invalidité" et "handicap". D'après moi, il est difficile de parler d'invalidité en relation avec la notion de travail, tel que cela a

été exposé dans l'argumentation des deux orateurs.

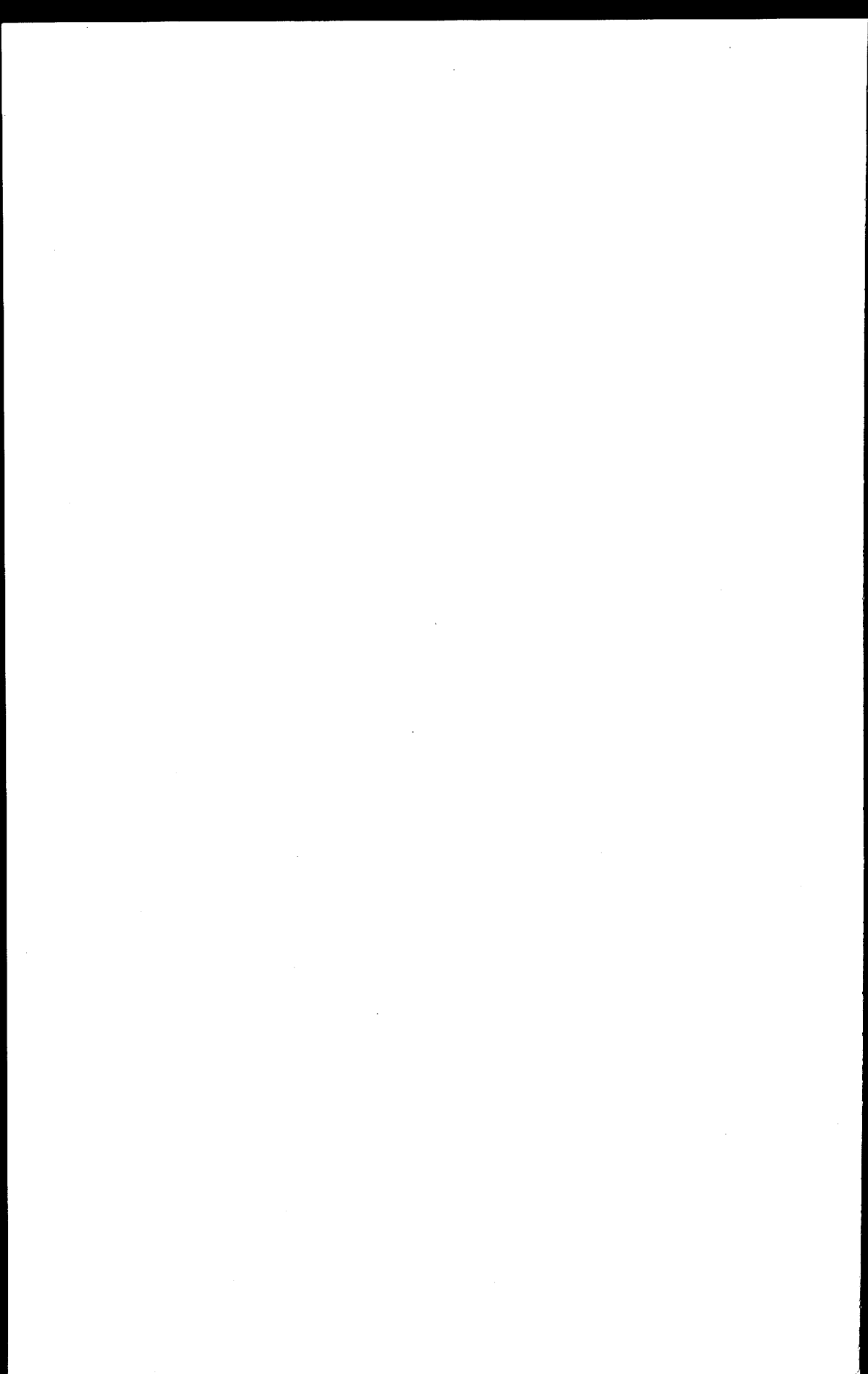
Ce qu'il faut déterminer, c'est dans quelle mesure la validité diminuée est déterminante pour pouvoir appeler quelqu'un handicapé (en relation avec le travail qu'il doit effectuer).

Je pensais qu'il était essentiel, si l'on veut arriver un jour à l'harmonisation de la législation, de décrire de façon claire cette notion de "handicapé par rapport au travail". À partir de ce point, les différentes disciplines peuvent fixer leur méthodologie, leur collaboration et leur attitude mutuelle. En outre, les dispositions et la capacité de chaque personne à réadapter jouent par la force des choses un rôle déterminant. Les orateurs pensent-ils qu'il est possible, en partant de la diversité des individus, donc de la manifestation des handicapés, d'arriver à une définition de ce genre ?

K.A. JOCHHEIM

On ne peut parler de handicap que si une infirmité corporelle a des conséquences fonctionnelles importantes sur l'autonomie du handicapé et/ou sur l'activité professionnelle qu'il exerçait jusqu'alors.

Par exemple, la perte du petit doigt ne constitue pas en général un handicap important. Néanmoins, cette perte peut avoir une importance professionnelle considérable pour un pianiste et imposera en sa faveur des mesures de réadaptation. Un handicap n'est donc pas une déviation d'une norme abstraite, mais est constitué par les effets dans la vie sociale d'une telle déviation de la norme.



ROLE ACTUEL DE LA MEDECINE DE READAPTATION

Présidence du Prof. GUARDASCIONE

Capo dei Servizi Sanitari dell'INAIL
Italia

Rapporteurs : G. GERUNDINI, P. HOUSSA

RAPPORTS

Prof. GERUNDINI

1 - Importance de la médecine de réadaptation : Précocité et continuité de ses traitements.

1.1 - Aujourd'hui, il est désormais universellement reconnu que, pour compléter la médecine préventive et la médecine curative une nouvelle branche de la médecine s'est formée, surtout au cours de ce dernier cinquantenaire.

La médecine de réadaptation.

Pourquoi, pour commencer nos travaux, nous proposons-nous précisément la médecine de réadaptation comme thème central en matière de réadaptation fonctionnelle ou intégrale? Pourquoi disons-nous explicitement médecine, tout en sachant que le processus de récupération doit se poursuivre jusqu'au retour effectif du handicapé à un poste de travail, ce qui semblerait sortir de l'orbite médicale?

Une première réponse sommaire peut être celle-ci. Dans notre activité de récupération, nous opérons sur des patients dès la phase de maladie, au cours de laquelle, d'un côté, nous réactivons et consolidons les structures et les fonctions de reprise positive, et de l'autre côté parallèlement, on délimite et définit les séquelles handicapantes qui se révéleront plus ou moins réversibles.

1.2 - En particulier, ces derniers temps, où s'est clairement définie la fonction de reconstruction humaine de la médecine de réadaptation, on a pu aussi constater que, si l'on agit précocement et avec des méthodes rigoureusement spécialisées, on réduit de toute façon en pourcentage plus ou moins positifs les séquelles défi-

nitive, même s'il n'est pas toujours possible d'éliminer l'invalidité à la fin du traitement.

En d'autres termes, nous avons et nous continuons de constater qu'en examinant immédiatement, dès la phase d'hospitalisation, l'objectif et la méthode de récupération, et en travaillant sur le patient en étroite collaboration avec toute l'équipe spécialisée (et dans cette première phase, les médecins traitants feront aussi partie de l'équipe), nous parvenons, avec des pourcentages autrefois inespérés, à surmonter de graves handicaps et nous obtenons un rétablissement moral surprenant du patient.

1.3 - Le rôle principal de la médecine de réadaptation est donc d'intervenir précocement, mais sur une longue période, c.-à.-d. jusqu'à ce que le patient traité retrouve une place au plan économique et social. Par contre, la médecine traditionnelle intervenait pendant des périodes brèves et bien arrêtées: en effet ses interventions se terminaient avec la guérison ou la stabilisation clinique.

La médecine de réadaptation va donc plus loin et jusqu'au fond; elle accompagne le handicapé au fur et à mesure qu'il retrouve ses moyens, et va jusqu'à charger le médecin d'usine de continuer son oeuvre lorsqu'il s'agit, par exemple, d'ouvriers revenant dans une entreprise.

Les difficultés auxquelles se heurte une médecine de réadaptation ainsi conçue pour réaliser son oeuvre proviennent du fait qu'elle n'est pas une médecine purement biologique, mais touche à la personnalité tout entière, morale et civile du patient, à ses réactions, ses possibilités et ses aspirations. Tout ce travail ne peut être exécuté dans l'abstrait, mais doit s'appuyer sur des éléments concrets où entrent la prudence et la responsabilité.

1.4 - Maintenant, s'il fallait définir sur quoi s'appuie tout le processus de réadaptation, nous devrions avant tout le considérer dans son ensemble: il s'appuie d'une part sur les premières phases de la maladie et d'autre part sur la réintégration effective de l'invalidé réadapté et reclasser dans la vie professionnelle.

Il s'agit donc d'un processus qui part des premières phases de l'évènement pathologique. Par conséquent, tout l'ensemble des interventions successives de réadaptation doit s'appuyer sur les structures portantes d'une vigilance et d'une responsabilité médicales sans faille, soit parce que le patient a encore besoin d'être aidé pour revenir à la vie active, soit parce qu'il s'agit d'un handicapé de parties déterminées de son organisme dont on cherche à améliorer sérieusement les fonctions résiduelles et la réutilisation de ces fonctions.

Pour que la récupération et donc la réintégration du handicapé à la suite d'une maladie ou d'un traumatisme, s'effectue de la meilleure manière, il faut en créer les conditions, lorsque l'individu en cause, ayant constaté qu'il a perdu de ses moyens, commence à être envahi par des sentiments d'incertitude par la peur du lendemain et par la préoccupation de se trouver contraint à vivre au-dessous des besoins de son existence, de ses habitudes et de son environnement.

1.5 - Et c'est justement au cours de la phase d'hospitalisation et immédiatement après que ces sentiments d'amoindrissement commencent à se manifester et à inquiéter de plus en plus le sujet au point de le placer dans un état de méfiance anxieuse et de découragement. C'est donc dès l'hôpital que le patient doit, au cours des premiers soins physiologiques et de réadaptation, être aussi informé de ses véritables conditions physiques et de ses possibilités de récupération et de réintégration dans la société.

C'est sur ce thème, profondément humain, que s'est développée la médecine moderne de réadaptation dont les tâches actuelles sont évidemment plus vastes et plus complètes que celles de la simple médecine physique ou thérapeutique physique traditionnelle.

Aujourd'hui, en effet, bien que continuant à utiliser les incidences biologiques et thérapeutiques dans l'organisme humain de l'application des diverses techniques physio-kinésithérapeutiques, la médecine de réadaptation vise résolument à la récupération du sujet, notamment du point de vue actif, économique et social.

C'est ainsi que cette médecine remplit, par ses interventions, la mission morale de la société, qui est d'aller au-delà de la pure et simple protection de l'existence des individus, en assurant, avec tous les moyens aujourd'hui disponibles, leur récupération au point de vue familial et économique.

Il apparaît donc aussitôt que nous nous trouvons devant un problème complexe et un long processus de transformation progressive surtout du fait qu'il existe de nombreuses variantes dont il faut tenir compte, étant donné les différents types de maladies et, partant de handicaps, les différences d'âge, le niveau social et tous les éléments qui se rattachent à la personnalité du sujet à traiter, allant du tempérament aux traits de son caractère et au degré de ses aspirations.

1.7 - Dès lors, dans quelles conditions et avec quels moyens doit se réaliser ce processus de récupération? Nous avons déjà dit que, d'une part, le processus doit commencer précocement dès le séjour hospitalier. Sur la base d'un traitement de récupération et en particulier fonctionnel aussi positif que possible, il faut prévoir ce qui effectivement semble récupérable et ce qui, au contraire, s'annonce irréversible.

C'est précisément dans ce premier moment et ici que l'équipe destinée à ce travail doit prévoir, sur la base de la formule "from bed to job", la préparation appropriée de ce qui sera, au terme du traitement, le retour effectif au poste de travail des sujets en traitement.

Il est évident que tout ce qui peut se faire dans les divisions ou les services hospitaliers a des limites. C'est pourquoi, à un certain moment, il faudra prévoir le transfert des patients en temps opportun, suivant les types de handicaps dont ils sont atteints et leur âge, dans les centres spécialisés dans le domaine de la récupération fonctionnelle et professionnelle.

Nous espérons que, dans tous les pays de la Communauté, ces centres seront de mieux en mieux répartis, et de plus en plus efficaces et adaptés à la demande quantitative croissante et au

progrès des méthodes. Ces centres ou instituts, par un traitement en pension, demi-pension ou à domicile, devront appliquer les méthodes correspondant le mieux aux divers groupes de malades. Les caractéristiques de ces centres peuvent par conséquent différer notablement tant en ce qui concerne la composition de l'équipe que le matériel dont ils disposent.

Je profiterai maintenant de l'occasion qui m'est ici offerte de souligner l'intérêt qu'il y aurait à unifier les moyens d'informations et les critères d'organisation de façon à réaliser ce système homogène d'orientation et de collaboration qui conférerait sûrement une efficacité accrue aux interventions et aux réalisations dans tout le territoire de la Communauté.

2 - Nécessité d'un travail en équipe et utilité du service psychologique

2.1 - Tous ceux qui, soit pendant le séjour hospitalier, soit dans les centres spécialisés, seront préposés au traitement des invalides à récupérer, devront travailler en équipe. Cette équipe devra être d'une "composition fluide", en ce sens que, suivant les cas et les moments, il faudra des collaborateurs différents ainsi qu'une répartition et un équilibre différents de leurs tâches et de leurs interventions.

Il y aura, en effet, un moment où la médecine de réadaptation revêtira une importance primordiale et déterminante qui, s'atténuant ensuite, deviendra peu à peu une simple fonction de surveillance médicale spécialisée. Il y aura donc passage à la phase comportant surtout des enquêtes psychologiques sur l'attitude et l'orientation avec une nette prépondérance du psychologue et de l'orientateur. Ensuite, on passera à la phase de réentraînement au travail et des premières mesures de formation professionnelle, où l'ergothérapeute et les instructeurs joueront le rôle principal. A la fin de cette phase interviendra le processus de qualification ou de requalification professionnelle par des cours techniques et pratiques différenciés où les médecins et autres laisseront peu à peu la place aux enseignants.

Evidemment, le physiologue, le psychologue et l'assistant social sont les trois pivots de l'équipe, même si leurs fonctions alternent suivant le moment et leur importance, tandis que les autres collaborateurs susmentionnés interviennent et ne prédominent qu'au cours de certaines phases.

2.2 - Je crois devoir souligner en particulier l'importance du psychologue dans l'équipe de spécialistes dont le travail devrait s'effectuer parallèlement à celui du physiologue. Je dis cela par expérience, pour en avoir constaté la grande importance au centre que je dirige, où le service de psychologie a toujours étroitement collaboré avec nous.

Les répercussions psychiques et morales suivantes sous formes morbides et traumatiques, fortement et moyennement handicapantes, constituent un important champ d'enquête et d'intervention qui va se précisant de plus en plus et acquiert une cohérence nosologique et thérapeutique spécifique. Le convalescent, au cours de la première phase de récupération motrice, fonctionnelle et exécutive, se trouve non seulement encore sous l'action commotionnelle du traumatisme subi, mais doit aussi, jour après jour, reconquérir nécessairement lui-même et surtout son indépendance physique, puis mobiliser progressivement toutes ses ressources latentes, résiduelles et récupérables, pour pouvoir redevenir une personne capable, utile et sûre d'elle-même.

Ce passage critique, où le patient cherche à se reconquérir lui-même ainsi que ses capacités, peut provoquer toute une séquelle de petites et grandes frustrations, déséquilibres et incompatibilités de caractère, de même que des difficultés générales d'ordre neuropsychique et moral. Tout l'individu a été frappé, diminué, handicapé, mais ce qui avant tout le tourmente et le préoccupe sont les handicaps physiques et fonctionnels les plus visibles et les plus enlaidissants, plus ou moins directement liés à des déficiences ou incapacités probables sur le plan professionnel.

C'est à ce moment particulier que l'intervention du psychologue doit donner les meilleurs résultats en indiquant et en définissant la lésion subie et en mettant à nu les motivations et les diffi-

cultés, les obstacles et les possibilités, en résorbant la tension morale et en atténuant les appréhensions pour l'avenir immédiat.

Ce travail s'effectuera surtout au début du processus de récupération, mais l'oeuvre du psychologue se poursuivra ensuite comme thérapeutique de soutien pendant tout le processus de réadaptation et, enfin, pour surmonter la crise inévitable que produit l'éloignement du centre de soins et le début du retour au rythme de la vie active.

2.3 - Tout cela ne doit pas seulement s'effectuer précocement, c'est-à-dire sans perdre de temps au début des traitements, mais aussi avec une continuité rigoureuse, c'est-à-dire sans interrompre les traitements, sans séparer les phases, sans abandonner le patient à lui-même pendant des périodes plus ou moins longues, ni sans interrompre l'ensemble de l'assistance avant que les phases essentielles de la récupération se soient accomplies dans la continuité.

Tout intervention longue est néfaste, non seulement à cause de la stase motrice et par conséquent du silence fonctionnel qui inévitablement en résulte, mais aussi parce que les gestes professionnels dont se compose chaque métier perdront sûrement de leur précision, de leur vivacité et de leur automatisme.

3 - L'Ergothérapie comme thérapeutique de choix pour le réemploi du handicapé

3.1 - En continuant à décrire les aspects de la phase préparatoire à la réadaptation du handicapé, j'estime par expérience qu'il faut insérer dans la thérapeutique de récupération l'ergothérapie.

Nous entendons par ergothérapie un genre de travail ou une activité récréative prescrite d'une manière bien définie et structurée dans son action curative, effectué par le patient sous contrôle, en vue de favoriser et d'accélérer la réintégration psychosomatique et sociale de l'invalidé, quelle que soit la nature de son invalidité et pour quelque raison que ce soit.

Ergothérapie est donc la dénomination la plus extensive de tout ce qui se fait et se fait faire au handicapé pour qu'il retrouve en fin de compte ses aptitudes. Mais, sous cette dénomination, nous devons distinguer des significations particulières de moments particuliers de l'ensemble du processus au cours duquel le travail est, sous diverses formes et à divers degrés, utilisé en même temps comme thérapeutique complémentaire et comme préparation à la reprise d'une activité professionnelle.

Nous distinguons donc dans l'ergothérapie une thérapeutique occupationnelle, une kinésithérapie générale avant la reprise du travail et une ergopropédeutique professionnelle.

3.2 - La thérapeutique occupationnelle constitue chronologiquement le premier moment de l'application de l'ergothérapie et la base du développement de la réadaptation professionnelle. Elle a recours à de modestes prestations de travail uniquement en vue d'une thérapeutique de diversion et d'une récupération fonctionnelle des activités de la vie quotidienne, sans tenir compte encore de la récupération fonctionnelle des zones lésées, ni d'orientations particulières.

Ce faisant, le patient, à peine convalescent, sera détourné, par cette activité, de la rumination et de l'abattement qui souvent sont l'antichambre des névroses.

3.3 - Dans la kinésithérapeutique de préparation au travail, toujours générale, le mouvement appliqué à des machines et des outils particuliers fait passer l'activité du domaine de l'occupation et de la distraction pures à celui d'une première réalisation du produit, sans que le produit réalisé ait une grande importance et sans qu'il y ait une orientation professionnelle décisive. Cependant, les zones lésées commencent à être sollicitées et leurs possibilités sont analysées et évaluées, tout en exerçant une activité de caractère général. En particulier, les zones fonctionnelles les plus valides seront consolidées et les premières tentatives seront faites pour les secteurs moins valides. Mais, dans le même temps, il sera fait appel à tout l'organisme pour une première intervention myo-neuro-articulaire, respiratoire, circulatoire, perceptive et réceptive.

Durant cette première phase de traitement, les séances seront brèves, l'effort demandé léger, avec alternance de périodes de travail et périodes de repos. Progressivement, mais sans passages brusques, il sera procédé à une réactivation et à une réadaptation aux machines avec des mouvements qui de globaux deviendront de plus en plus segmentés. Ainsi, avec l'aide des machines, on reconstituera les gestes moteurs nécessaires suivant le cas, en particulier, la mise en oeuvre de l'effort musculaire et la sollicitation de la zone lésée.

3.4 - De la kinésithérapeutique générale de préparation au travail - toujours dans le cadre du processus ergothérapeutique - on passe, en suivant un critère logique de progression tant dans l'effort que dans le choix de la mobilisation, à la dernière phase, la plus délicate et la plus absorbante, que nous avons appelée "ergopropédeutique professionnelle".

Je crois qu'il y a lieu d'indiquer immédiatement les raisons qui nous ont porté à créer ce mot désignant le processus préparatoire à un travail particulier qu'à certain moment, nous devons sciemment inclure dans le processus général de reprise fonctionnelle. Il est donc un moment où, ayant déjà obtenu la guérison fonctionnelle et générale, il s'avère nécessaire de projeter ces fonctions récupérées dans les actes spécifiques d'un travail déterminé.

Si l'on considère, dans les profils de travail, la partie strictement motrice (attitudes, type de gestes, intensité de l'effort, ampleur de l'excursion articulaire, rythme et fréquence de travail), il est possible de reconstituer le geste moteur et donc les exigences des gestes du métier auquel nous décidons de destiner nos patients en cours de réadaptation.

L'ergothérapie ainsi conçue, combinant admirablement les effets d'une activité psychologique à celle d'une activité somatique, accomplit une oeuvre rationnelle de récupération, en délimitant et en amplifiant les ressources motrices et, partant de travail, ainsi qu'en les destinant à de nouvelles possibilités dynamiques et constructives et en favorisant finalement le retour de l'invalidé dans le climat et l'ambiance de travail.

Par ces caractères, l'ergothérapie peut constituer l'un des pivots du programme actif de récupération motrice de l'invalidé et de sa réadaptation professionnelle, à côté et parallèlement à la physiothérapie et à la kinésithérapie.

On aura donc affaire à des sujets rétablis du point de vue fonctionnel qui, dans le même temps, se seront entraînés eux-mêmes aux outils, aux machines et à l'effort, avec l'avantage d'avoir réussi, grâce aux gestes d'une propédeutique strictement professionnelle, une épreuve qui leur permettra d'occuper aisément leur nouveau poste de travail.

4 - Conclusions

4.1 - Il est temps maintenant, en guise de conclusion, de résumer ce qui me semble être les points fondamentaux sur lesquels l'attention doit être appelée:

- a) la médecine curative doit être complétée autant que possible par la médecine de réadaptation;
- b) la réadaptation doit être prévue dès l'hospitalisation du patient, c.-à.-d. au cours de la phase d'invalidité encore potentielle;
- c) au cours de tout le processus de récupération, il est nécessaire de pouvoir utiliser le travail concerté d'équipes spécialisées adaptées aux divers types de handicaps;
- d) parmi les méthodes à préférer entre toutes selon moi dans le domaine de la réadaptation j'estime que l'ergothérapie (au sens de préparation au travail en exécutant un travail) doit être utilisée au maximum et jouer un rôle central.

4.2 - Naturellement, tout ce que je viens d'exposer à titre d'introduction aux sujets spécialisés qui vont être développés, relève un peu de la prévision théorique. Beaucoup de choses résistent et s'opposent encore aux réalisations nécessaires et suffisantes pour donner pleine vitalité à la médecine de réadaptation.

Qu'est-ce qui manque surtout ? Avant tout, informer le grand public de ce qui peut être fait dans le domaine de la récupération et de l'importance que revêt aussi pour le handicapé la possibilité de récupérer, même dans des conditions limitées, sa propre dignité

de citoyen actif. Il manque aussi une législation complète permettant d'obtenir tous les moyens nécessaires à ce type de médecine. Mais ce qui manque par dessus tout, c'est une prise de conscience claire et efficace de la part des médecins eux-mêmes ainsi que, à l'origine, une préparation académique à cette spécialité et en descendant aux niveaux inférieurs, la préparation de tout le personnel para-médical d'assistance.

Le Professeur HOUSSA, nous entretiendra de ces questions particulières et développera ce qui pourrait être les points fondamentaux d'un alignement des programmes à l'échelon communautaire.

Prof. HOUSSA

Actuellement, la médecine ne peut plus se contenter de corriger un état physique ou psychique déficient, mais dans tous les domaines qu'elle contrôle elle doit élargir la notion de guérison et se préoccupe de l'avenir et du devenir de son patient.

Il y a une trentaine d'années, quelques attirés par cette médecine plus humaine s'intéressèrent à la réadaptation et celle-ci eut bientôt droit de cité.

Actuellement, dans le monde entier s'édifient ou s'érigent des centres de réadaptation bien équipés, disposent du matériel nécessaire pour appliquer parfaitement leurs techniques mais cependant freinés dans leurs efforts par manque de personnel compétent et en particulier de médecins intéressés par la question.

Pourquoi les médecins et en particulier les jeunes médecins n'ont-ils pas suivi le mouvement ? A mon avis, parce qu'ils n'ont pas été suffisamment informés. La réadaptation n'est pour eux qu'une branche mineure de la médecine et ceux qui s'en occupent, des originaux pas toujours à l'abri de moqueries. C'est pour eux une phase terminale et indépendante de la maladie qui ne s'applique que lorsque la guérison est obtenue ou le cas consolidé. Or, c'est totalement faux. La réadaptation est intimement liée à tout traitement d'affection invalidante et doit faire partie intégrante de la médecine au même titre que la médecine préventive. Paradoxalement, et

même malgré cela, dans de très nombreux pays, elle ne fait pas l'objet d'un enseignement systématique.

Cette lacune n'a pas échappé aux organismes internationaux qui, à de très nombreuses reprises, ont attiré l'attention des pouvoirs publics sur ce point. L'Organisation Mondiale de la Santé la préconise et le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe dans sa résolution AP 69 4, adoptée le 27 juin 1969, s'intéresse à la formation du personnel s'occupant de la réadaptation.

Ces organismes, recommandent d'introduire l'enseignement de la réadaptation dans le curriculum régulier aux étudiants en médecine, car ceux-ci ignorent tout de la question. On n'en parle pratiquement pas dans leurs cours et bien rares sont ceux qui ont fait un stage ou suivi un service de réadaptation pendant quelques mois et qui ont pu en saisir l'esprit et se rendre compte que, loin d'être une branche mineure de la médecine, la réadaptation, en resserrant les liens entre patients et médecins, valorise au maximum la profession.

Dans la plupart des pays d'Europe occidentale, la réadaptation appliquée depuis une trentaine d'années a été introduite par des médecins qui s'occupaient particulièrement de victimes d'accidents et qui, par conséquent, traitaient des troubles locomoteurs. Mais, progressivement, elle s'est imposée comme un complément à de très nombreux traitements. Or, le succès de la réadaptation dépend essentiellement de la participation du corps médical car c'est toujours le médecin qui en sera responsable; prescrivant et surveillant le processus de la réadaptation ou orientant son patient. Pour pouvoir remplir ces tâches, il faut que les médecins au premier chef soient informés. Or, il semble bien que dans de très nombreux pays c'est cette information qui fait défaut.

La médecine de réadaptation a fait trop de progrès dans tous les domaines et toutes les disciplines pour qu'on puisse se contenter de quelques articles glanés au hasard des publications pour se prévaloir d'en faire. Il faut une base solide, des connaissances dans les différentes techniques, pour pouvoir prescrire les traitements et des notions, aussi minimales soient elles, dans le domaine professionnel pour savoir quels métiers peuvent être exercés avec

tel ou tel handicap etc ... C'est une matière importante, il faut bien reconnaître qu'actuellement les chaires de réadaptation sont particulièrement rares en Europe et les programmes pas toujours complets. Or, il est indéniable que fondamentalement la réadaptation reste un acte médical bien qu'il ne puisse s'exécuter sans l'aide des paramédicaux.

Il faut poser un diagnostic, établir un bilan précis, prescrire un processus, le surveiller, le contrôler afin d'adapter les techniques à l'évolution du cas. De plus, le médecin doit être tenu au courant du follow-up pour pouvoir confronter les résultats escomptés avec les résultats obtenus.

De l'ensemble de ce qui précède, il découle que le "réadaptateur" a une tâche importante à remplir et il y a actuellement deux théories en présence, presque opposées, l'une faisant de la médecine de réadaptation une spécialisation individualisée et couvrant l'ensemble des affections invalidantes, sensorielles, psychiques etc ... et l'autre, faisant au contraire une qualification d'une spécialité.

Il ne rentre pas dans ce propos de faire la critique de ces théories divergentes, mais d'insister sur le fait qu'il est indispensable à l'heure actuelle que tous médecins aient des notions de réadaptation suffisantes pour savoir ce qui peut être espéré et, soit orienter efficacement leurs patients vers des centres spécialisés sans leur faire de fallacieuses promesses, soit prévoir durant la phase aiguë de l'affection les possibilités de réadaptation et ne pas compromettre par une erreur grave la réintégration du patient: par exemple l'équinisme des pieds d'un alité à long terme est souvent une entrave à la reprise de la déambulation; soit considérer que des séquelles invalidantes n'empêchent pas la reprise d'une activité.

Nous avons déjà signalé que l'enseignement de la médecine se faisait sur l'affection pathologique et qu'en réadaptation, la partie essentielle se passe sur le secteur de l'agent pathogène, c'est-à-dire, l'être humain. Or, par suite de sa maladie ou de son accident, l'être humain se trouve confronté avec des problèmes personnels, fa-

liaux, sociaux et professionnels et il faut, bien entendu, compter avec ce contexte afin de pouvoir l'aider au maximum. Aussi, est-il indispensable de pouvoir prêter une oreille attentive à ses "histoires", de pouvoir passer à côté de son lit le temps qu'il faut pour lui expliquer ce que l'on fait pour lui, ce qu'il peut attendre du traitement, mais aussi ce qu'il ne peut obtenir, car les promesses que l'on ne peut tenir et l'espoir déçu font plus de mal que de bien. C'est tout au long du traitement qu'il faut prendre le temps de continuer ce colloque singulier si riche et si fructueux pour le médecin et pour le malade.

Il ne faut jamais oublier non plus qu'on ne peut jamais faire seul de la réadaptation. C'est un travail d'équipe et l'influence des paramédicaux est énorme. Il faudra apprendre à les écouter avec la même patience et la même attention. Leurs remarques sont en général précieuses et permettent parfois de comprendre un point resté obscur car, eux aussi doivent avoir un enseignement de réadaptation, non seulement sur la théorie et les méthodes préconisées mais sur l'esprit et plus spécialement sur l'esprit d'équipe afin de maintenir cette homogénéité, cette confiance et cette compréhension qui entraînent le patient à suivre sans réticence le long traitement de la réadaptation.

Toutes ces notions et bien d'autres doivent faire partie de l'enseignement de la réadaptation car tout est différent dans un service de réadaptation. On ne peut y traiter le patient comme on le fait dans un service de médecine curative classique où il ne fait qu'un séjour de courte durée et où les traitements sont plus faciles à imposer.

En réadaptation, les séjours sont plus longs, les progrès très lents et il faut la collaboration du patient.

Il y a enfin les secteurs orientation professionnelle, rééducation professionnelle et réintégration sociale qui sont en fait très loin de la médecine mais dont les rudiments au moins sont indispensables pour mener à bien le programme de réadaptation et arriver, pour certains cas au moins, à la phase optimum qui est la reprise

dans de bonnes conditions d'un travail rémunérateur et la réinsertion dans le circuit économique.

En fait, la réadaptation paraît constituée de différents secteurs parfois assez éloignés les uns des autres qui, comme des maillons d'une chaîne, sont chacun indispensables et présentent leur importance pour éviter tout hiatus. Il faut demander à chacun ce qu'il peut apporter, à l'avantage du patient.

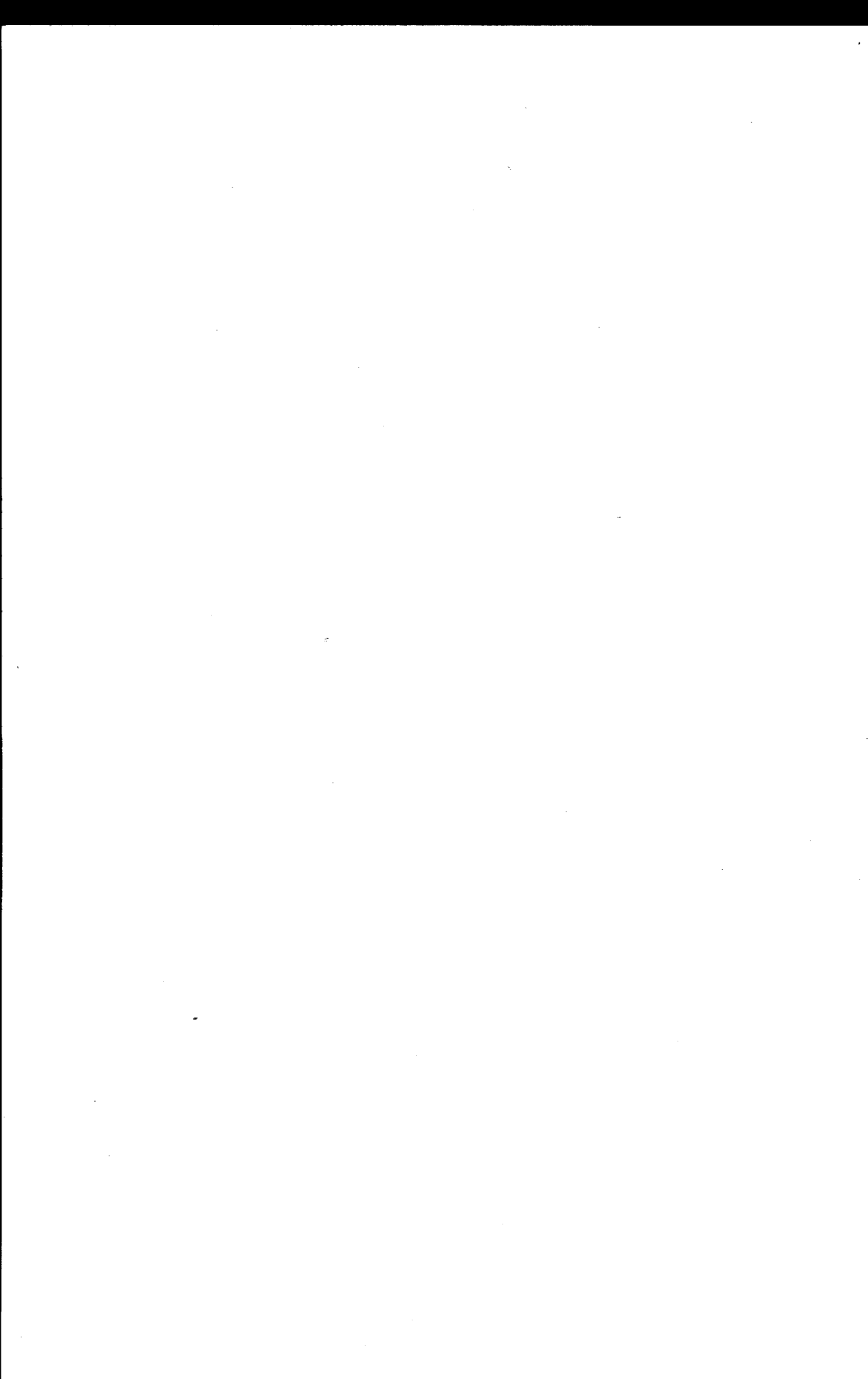
C'est ainsi que la kinésithérapie apportera la rééducation musculaire, aidée en cela par l'ergothérapie qui, plus constructive, ajoutera une action psychologique; les infirmières aussi ont une action morale qui peut être des plus importantes (puisque aux Etats-Unis, elles ont à ce point de vue des responsabilités accrues).

Le service social, les professeurs, entraîneurs, moniteurs et animateurs ont tous leur rôle à jouer mais le médecin doit rester le coordinateur.

En tout état de cause, l'enseignement de la réadaptation ne peut être que bénéfique pour des patients d'abord mais surtout pour tout le groupe des paramédicaux qui comprendront mieux leur mission et la place irremplaçable qu'ils occupent dans l'équipe; pour tous les médecins diplômés qui pourront en toute connaissance de cause orienter leurs patients vers les centres spécialisés, pour les jeunes médecins surtout, qui au moment où la profession tente de se dépersonnaliser et à s'éloigner de la clinique, retrouveront le rôle qui leur est dévolu depuis le serment d'Hypocrate et qui est d'être aussi le confident, le conseiller, en un mot l'ami auprès de qui le patient trouvera la chaleur humaine, le réconfort et l'espoir sans lequel il ne peut vivre.

DISCUSSION

La discussion des thèmes "Rôle actuel de la médecine de réadaptation" et "Réadaptation au travail" a été groupée en une seule séance (voir p. 110)



READAPTATION AU TRAVAIL

Présidence du Prof. GUARDASCIONE
Capo dei Servizi Sanitari dell'INAIL
Italia

Rapporteurs: A. CAHEN, L. PIERQUIN, A. STORM

RAPPORTS

Prof. PIERQUIN

1 - HISTORIQUE et TERMINOLOGIE

1.1.- Introduction

1.1.1.- La remise des handicapés au travail, à un travail convenable, a toujours été considérée comme l'objectif majeur de la réadaptation, pour la raison très simple que l'exercice d'un travail est le signe le plus sûr de l'indépendance, la garantie de possibilités d'acquisitions de toutes sortes et de satisfaction des besoins normaux.

De son côté, la Société trouve dans le travail des handicapés des avantages divers. Devenus "agents économiques" à part entière, ils produisent, consomment et paient des impôts comme les autres. Leur rôle est maximum dans le cadre d'une politique de plein emploi.

1.1.2.- Dès 1940, la Conférence internationale du Travail a fixé et a précisé dans plusieurs recommandations aux gouvernements la conduite à suivre pour la remise au travail des handicapés, afin que soit respecté leur droit au travail inhérent à leur qualité d'être humain. Les principes et les règles de l'orientation professionnelle, de la formation professionnelle et du placement ont été ainsi arrêtés (1).

Grâce à ce conseil éclairé, aux décisions des pouvoirs publics nationaux et aux efforts de divers promoteurs, la préparation des handicapés à la remise au travail apparaît aujourd'hui comme un processus déterminé dans l'essentiel. Les malades ou les blessés bénéficient d'abord dans les hôpitaux, puis si cela est nécessaire dans des centres spécialisés, de soins particuliers donnés par les méde-

cins et leurs auxiliaires et groupés sous le terme de "réadaptation médicale ou fonctionnelle". A la fin de cette période, s'ils sont entièrement guéris ou si leur handicap est léger, ils reprennent leur travail antérieur. Dans le cas contraire, on évalue leurs aptitudes restantes par le moyen de l'"orientation professionnelle"; les uns reprennent alors en entreprise une activité adaptée à leurs possibilités; les autres apprennent un nouveau métier, c'est à dire font une nouvelle "formation professionnelle" avant d'être placés.

1.1.3.- Dans la pratique tout n'est pas aussi simple; il est des handicapés qui ne peuvent après réadaptation médicale reprendre tout de suite le travail et qui, d'autre part, ne sont pas justiciables d'une formation professionnelle véritable en raison d'un niveau scolaire et intellectuel insuffisant. Ils forment un groupe important; leur remise au travail peut être obtenue grâce à certaines pratiques qui prolongent la réadaptation médicale et qu'on peut réunir sous le vocable de "Réadaptation au travail". Nous pensons que ces mêmes pratiques sont aussi utilisables en association avec la formation professionnelle la plus authentique.

1.2.- Historique

1.2.1.- Les Anglais semblent avoir résolu la question en donnant à leur "Réhabilitation médicale" une conception plus large et un contenu plus vaste. Elle n'est pas limitée à la simple correction par la "Physiotherapy" et l'"Occupational-therapy" des fonctions élémentaires altérées (paralysie, ankylose). Elle tente de remédier, par une simple extension de ses pratiques, au déficit des fonctions complexes et globales de l'organisme, souvent inhibées par le traumatisme, la maladie ou l'immobilité. Elle parvient ainsi, dans la plupart des cas, en s'approfondissant et en se prolongeant, à conduire le handicapé au seuil du travail.

Toutefois, lorsque certains handicapés ne peuvent, du fait de leur inaptitude, obtenir ou conserver un emploi, ils sont accueillis dans des établissements spéciaux: les "Industrial Rehabilitation Units" (I.R.U.), tout différents des "Vocational Training Centers" (2). Ils y sont encouragés et travaillent, y font de la gymnastique et

sont peu à peu orientés professionnellement. A la sortie de ces établissements, ils sont réemployés en entreprise ou en ateliers protégés (Remploy).

1.2.2.- Certains Français se sont trouvé affrontés à ce problème au moment de la 2ème Guerre mondiale à l'occasion de la réadaptation des tuberculeux pulmonaires soignés en sanatoriums. Ils ont créé le terme de "réentraînement à l'effort" pour désigner les activités générales du corps et de l'esprit, qu'il convenait de donner à ces malades pour les sortir de leur inertie, avant de les remettre effectivement au travail ou de leur donner une formation professionnelle. Ce terme a été ultérieurement utilisé en France pour d'autres catégories de malades (les mentaux et les cardiaques) qui, comme les tuberculeux, avaient été contraints à un long isolement et à un repos rigoureux (3).

Dans le domaine de la réadaptation des accidentés du travail et de la route, la question ne s'est pas posée de la même manière, et, hormis de rares exceptions, personne n'a utilisé les mots de "réentraînement à l'effort". La plupart des responsables de la réadaptation fonctionnelle des traumatisés, naguère encore trop médicaux, c'est à dire trop attachés à une kinésithérapie analytique ou segmentaire, ont tendance maintenant à élargir leur conception et leur pratique en développant l'ergothérapie et en organisant des exercices physiques généraux en gymnase.

Mais, une véritable réadaptation aux gestes et aux contraintes du travail, précise dans son but et rationnelle dans son organisation, n'est pas encore organisée systématiquement en France, bien qu'elle soit, à notre avis, indispensable. Notre rapport relate une expérience de ce genre (G. CAHEN).

1.2.3.- En Belgique, la situation est à peu près la même. Sous le vocable de réentraînement à l'effort, une initiative exemplaire a été prise, que nous allons relater (A.STORM). Il s'agit d'une tentative de prolonger et d'accentuer les bienfaits de la réadaptation fonctionnelle analytique par la pratique d'exercices généraux préparant au travail et à la reprise de la vie sociale.

1.3.- Terminologie

Il importe de se rappeler certaines définitions, généralement adoptées et consacrées par l'usage, afin de mieux situer le sujet traité dans ce rapport.

1.3.1.- La réadaptation est le processus d'accomodation du handicapé à son milieu; la rééducation, c'est le recours à une pédagogie pour améliorer ce processus.

1.3.2.- La réadaptation ou rééducation fonctionnelle, c'est la correction des troubles des fonctions motrice, sensitive, sensorielle et viscérale, qui résultent de l'affection pathologique. Elle se fait essentiellement par l'exercice physique (kinésithérapie) et le travail (ergothérapie), spécialement choisis et prescrits en vue de la correction de ces troubles.

1.3.3.- La réadaptation ou rééducation professionnelle ou mieux formation professionnelle, c'est l'acquisition par le handicapé de connaissances techniques, théoriques et pratiques, en vue de l'exercice d'un nouveau métier.

1.3.4.- La réadaptation au travail, c'est l'accomodation du travailleur handicapé aux conditions particulières, physiques et psychiques, de son futur travail, quel qu'il soit. Elle se fait toujours à l'aide de deux moyens, nécessairement unis: une activité gymmique et une activité d'atelier, toutes les deux choisies et réglées en fonction des contraintes du travail.

Ces activités font suite à celles de la réadaptation fonctionnelle, leur sont intimement et respectivement liées; elles ne cessent qu'au moment du réemploi. Elles peuvent préparer et accompagner la formation professionnelle.

Suivant la prédominance d'un mode d'activité sur l'autre, ou plutôt suivant l'importance du caractère spécifique ou professionnel de cette préparation, on peut distinguer actuellement deux formes de réadaptation au travail:

- le réentrainement à l'effort (A. STORM)
- le réentrainement au travail (G. CAHEN)

Dr. STORM

2.1.- Réentraînement à l'effort

Ce travail est dû à l'expérience vécue au sein du Centre de Traumatologie et de Réadaptation Fonctionnelle de la Clinique Reine Fabiola à Montignies-sur-Sambre, Belgique, créé en 1958 à l'initiative de la Caisse Commune d'Assurance de l'Industrie Charbonnière des Bassins de Charleroi et de la Basse-Sambre, à l'intention des accidentés du travail de cette industrie grâce à l'action de Monsieur Jean LIGNY, Président du Conseil d'Administration et sous les directives de son Médecin-Chef le Docteur DESENFANS. Actuellement, le Centre continue d'ailleurs à recevoir ces accidentés comme ceux de nombreuses industries de la région et du pays. Il accueille en outre des patients, tant hommes que dames, provenant d'autres disciplines médicales: neuro-chirurgie, rhumatologie, orthopédie, pneumologie, cardiologie... Leur âge varie de 10 à 80 ans.

Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle se "greffe" dans un complexe hospitalier où l'idéal à atteindre est le rétablissement ad integrum de l'état antérieur, statique et dynamique.

2.1.1.- But. Le réentraînement à l'effort s'intègre au processus de la Réadaptation Fonctionnelle. Son but est de remettre le patient dans les conditions qui étaient siennes avant l'accident en lui rendant toutes ses capacités antérieures de travail dans son emploi - autonomie à la maison, à la rue, utilisation des moyens de transport en commun, restauration synergique des grandes fonctions.

- Définition. C'est une activation méthodique et globale des fonctions physiques et psychiques. Il concerne l'organisme tout entier et pas seulement une partie du corps. Son contenu est assez varié suivant les nécessités.

2.1.2.- Moyens : Equipe de Réadaptation - Equipement.

La reprise des activités antérieures doit être préparée à tous points de vue: physique, psychologique, administratif, professionnel et social. On perçoit donc tout l'intérêt d'une préparation par des liaisons efficaces.

L'équipe comprendra outre le chirurgien ou médecin spécialiste responsable, le médecin physiothérapeute, le professeur d'éducation physique, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'assistant social, le psychologue, la secrétaire médico-administrative et éventuellement le conseiller du travail, le prothésiste, le médecin du travail, le moniteur d'atelier et la diététicienne (4).

- Equipement (5) : - Salle de mise en condition physique comportant : échelles horizontale, verticale, poutre d'équilibre, bancs suédois, espaliers, cadre-guide ou barre de musculation, échafaudage, différents poids à manutentionner.

- Espace à aménager pour le déroulement des activités physiques en groupe (activités gymno-professionnelles et jeux).

- Salle de rééducation analytique avec boxes de pouliothérapie, de massage et de physiothérapie.

- Hydrothérapie : piscine de mobilisation (minimum 7/3 m).

- Ergothérapie : ateliers de tissage, de menuiserie, de fer forgé, de poterie, etc...

- Jardin avec parcours "handicap".

2.1.3.- Techniques : activités physiques.

2.1.3.1.- Caractéristiques fondamentales.

- Analyse physiologique de l'exercice.

De par la connaissance pédagogique et physiologique du mouvement, les exercices seront adaptés au genre de handicap à traiter. Par exemple la répétition d'un geste n'est pas le fait uniquement d'un entraînement musculaire mais est simultané à une adaptation cardiopulmonaire. Une formule simple préconisée par Bellin du Coteau (6) permet de visualiser les caractéristiques de l'exercice physique :

- vitesse = dominante cardiaque,
- adresse = dominante de neuro-coordination,
- résistance = dominante cardio-pulmonaire.

- endurance = dominante cardio-pulmonaire,
- force = dominante articulaire et musculaire.

La résistance et l'endurance sont très proches l'une de l'autre avec cependant une légère différence : la résistance est la qualité qui permet de prolonger un certain temps un effort proche du maximum, tandis que l'endurance est la faculté de soutenir longtemps un effort d'intensité relativement faible.

La vitesse est une question de contraction dans un temps minimum, l'adresse dépend de la difficulté du geste et la force préside aux mouvements conduits, lents et peu répétés avec charge maximum.

Déjà par cette analyse, il devient possible de choisir des exercices en tenant compte de la principale action dominante.

Exemple : - la montée sur un escabeau exige de la force,
 - la montée de plusieurs étages d'un escalier demande force et endurance,
 - la montée sur un échafaudage de X marches et le franchissement de plusieurs échelles exige force, résistance et adresse.

- Gestes professionnels.

Qui dit "gestes professionnels" dit effort physique, exercice physique. Toutefois, il ne faut pas vouloir à tout prix étiqueter des métiers imprécis, il vaut mieux s'exprimer en langage gestuel comme le font Delaet et Lobet (7). Ils nous donnent dans leur livre, une documentation exceptionnelle. Leur analyse de 1.300 professions apporte comme résultat 43 gestes, plus toutes leurs combinaisons permettant l'exercice de tous les métiers. Cette étude oriente notre action en vue d'accentuer l'effort du patient sur une rééducation plus analytique en fonction de sa profession. Néanmoins, elle ne pourra être retenue comme base essentielle du réentraînement à l'effort car trop analytique.

Le travail parcellaire étant déjà une dominante des activités professionnelles, il est inadéquat de "robotiser" l'individu en période de réadaptation.

- Classification des gestes de l'ouvrier.(8)

Trois catégories :

- Gestes d'évolution dans le milieu professionnel : grimper à une échelle, lancer une brique, etc... Nous savons que dans le travail, le maçon, le charpentier n'a pas seulement à manier ses outils, il a d'autres comportements : grimper à des échelles, utiliser des balancelles, se déplacer sur des échafaudages parfois à des hauteurs importantes tout en manipulant des objets; le grutier ne doit pas seulement estimer à l'oeil des aplombs, des niveaux, visser, dévisser, il lutte également contre le vertige tout en soulevant des charges.

- Gestes purement techniques à trajectoire guidée par un mécanisme : tourner une manivelle, pousser un levier, un chariot. Ces gestes se situent à l'échelon inférieur de la hiérarchie des difficultés. Ils se multiplient à l'infini dans les emplois offerts par nos industries modernes.

- Gestes purement techniques à trajectoire dirigée par l'esprit vigilant : limer, forger, peindre, souder. Ce sont les gestes de l'ouvrier qualifié, de l'ouvrier de qualité, du spécialiste.

- Facteurs fondamentaux du travail humain.

La force, la vitesse et la précision sont les bases du travail humain. La force varie avec les techniques. Elle peut être continue, intermittente, brusque ou progressive.

-) type de force brusque avec préhension en poignée complète : le forgeron.
-) précision et force sont indispensables au cuisinier pour couper la viande, en plus des différentes formes de préhension.
-) le travail de mécanographie exige vitesse et précision mais également endurance musculaire du "geste professionnel" : la presse.

Suite au machinisme, l'importance du facteur force s'affaiblit considérablement au profit de la vitesse et de la précision, deux caractéristiques à ne pas négliger.

- Catégories de métiers suivant l'intensité du travail.

On peut diviser les métiers en 4 catégories :

-) travail lourd exigeant force, adresse, précision, résistance et vitesse (forgeron, abatteur, ...). Le monteur en charpente n'est pas seulement adroit de ses mains, mais il doit être adroit pour maintenir son équilibre.
-) travail semi-lourd où toutes les dominantes de l'exercice sont nécessaires mais à un moindre degré (ajusteur, peintre, ...). L'électricien de réseau possède une main de travail mais également une main de sécurité, une main qui peut s'agripper.
-) profession où se rencontre essentiellement le principe d'alternance de travail et de repos (artisan, commerçant, ...). Le chauffeur ne conduira pas uniquement son camion, il utilisera continuellement une préhension digitopalmaire indispensable à l'exercice de sa profession, mais il se verra à certains moments, contraint à manutentionner.
-) profession dite sédentaire où certaines de ces qualités sont nécessaires; toutefois, les dominantes cardio-pulmonaires ne sont pas requises de manière absolue (couturière, employée, mécanographe, standardiste, ...).

De ces différentes caractéristiques, il ressort qu'il est quasi impossible au rééducateur de connaître tous les métiers, mais après interrogatoire minutieux du patient sur sa profession, il est possible de déterminer un programme d'activités axé sur les grandes fonctions.

2.1.3.2.- Bases : Qualités motrices polyvalentes.

Exercices sans dénivellation.

- marcher, courir, ramper, tomber.

Exemple: ajusteur se déplaçant en portant une bonbonne.

Exemples avec dénivellation.

- déplacement sur engin - sans charge
- déplacement sur engin - avec charge
- monter, grimper, descendre, sauter
- s'accrocher, s'agripper, se suspendre

- franchir des obstacles (lutte contre le vertige)
- grimper à une échelle en tirant un câble, travail qui peut être extrapolé en activité gymnique.

Manutension.

- soulever, porter, transporter, jeter, déposer, pousser.
- Exemple : - replacer un wagonnet sur les rails, technique de soulever. En salle de rééducation, l'attention est attirée sur les points clés d'une bonne manutention.
- geste du plafonneur, du recarreur
 - poussée d'un camion représenté par une mêlée de rugby.

Précision des gestes.

- maniement et coordination (lancer d'outils, de briques).

2.1.3.3.- Programme (9)

1ère gymnastique générale où les dominantes de l'exercice sont incorporées. Tous les segments accessibles du corps y sont traités. La majorité des patients ne pouvant supporter les stations debout et unipodique, elle s'effectue en assis sur tabouret ou couchée.

2ème gymnastique qui accueille les patients en progression moyenne et finale, est essentiellement à retentissement cardio-pulmonaire.

Parcours: Son but est de retrouver tous les gestes de la marche en tous terrains et l'utilisation des moyens de transports en commun. La progression du parcours s'établira comme suit: parcours de déambulation, parcours avec échafaudages et course.

Jeux et sports. Ils contribuent non seulement au rétablissement de l'état général mais restituent également les qualités physiques tout en étant récréatifs. La pratique du sport par les handicapés élimine certaines barrières infranchissables.

Activités gymno-professionnelles. Elles se divisent en deux grandes classes :

- Gymnastique spécifique : gymnastique de groupe intéressant un membre ou segment lésé. Les exercices sont globaux à but analytique. L'intensité et le rythme de la leçon procure un retentissement cardio-pulmonaire.
- Gymnastique utilitaire : elle est nécessaire au patient atteint de n'importe quelle lésion en fin de progression. Il ne subsiste plus aucun problème médical, consolidation osseuse parfaite, aucune contre-indication cardiaque, puissance musculaire satisfaisante, amplitude articulaire sans déficit. Outre les exercices de manutention, des exercices avec ou sans dénivellation, de précision dans le geste, la leçon comprendra un ou plusieurs gestes-clés. Les exercices d'équilibre occupent également une place importante. La leçon ne doit pas seulement tenir compte des trois groupes de gestes de l'ouvrier et des dominantes de l'exercice, mais surtout des qualités motrices polyvalentes. Rappelons qu'il n'est pas possible d'introduire des gestes spécifiques à un métier, à moins de tomber dans un centre hyperspécialisé et propre à une profession bien déterminée.

Musculation (10)(11). Cet entraînement musculaire ou mise en condition physique est une activité superposable à la capacité de travail du handicapé pour qui, avec ou sans technicité, la force, l'endurance et l'agilité sont indispensables.

Hydrothérapie. En dehors de toute la gamme des exercices de thérapeutique analytique dirigée, la natation et les jeux constituent son activité principale.

Trottoir de marche: Son utilisation à vitesse et pente réglables augmente la capacité d'effort et améliore objectivement certaines dominantes de l'exercice physique.

L'emploi du vélo ergométrique par contre, en couché ou en assis, améliore d'autres qualités avec possibilité de doser l'amplitude articulaire et la force musculaire.

Ergothérapie : Suivant l'intensité recherchée dans l'effort, des activités de vannerie, tissage, poterie, bois, fer forgé, jardinage, permettent le réapprentissage de la station debout prolongée, la

déambulation, la manutention tout en polarisant l'attention du patient sur un centre d'intérêt que constitue la fabrication d'un objet.

Ces activités se déroulent en groupe ou individuellement. La psychologie du handicapé joue un grand rôle et l'on ne saurait oublier que l'individu est un tout. L'oubli de cette notion fondamentale est à l'origine de bon nombre d'échecs. Le travail de groupe donne une atmosphère compétitive en même temps qu'un encouragement et un désir de bien faire. Cette émulation collective procurera également une entraide réciproque.

Nous devons avoir la certitude que lorsque le patient quitte le Centre, il s'est "sécurisé" physiquement et moralement, qu'il est "dopé" pour reprendre son travail. On attirera l'attention sur les points clés de la sécurité et de la prévention. La sécurité n'est pas une branche séparée, une sorte de morale professionnelle : elle est la technique même. L'accent doit être mis sur les qualités réflexes, sur les bonnes réactions, car une des matières premières du travail "bien fait" est la bonne condition physique. On saisira l'occasion d'introduire des notions de sécurité et de secourisme.

L'acceptation du fatalisme et des risques du métier doit être contrecarrée. Normalement, l'Ecole Professionnelle, les Instituts Techniques sont des terrains de prédilection, le Centre de Réadaptation en est le complément.

L'homo faber qui n'est pas éduqué à la sécurité est aussi démuné que l'homo sapiens discourtois.

Lorsqu'il y a des suppléances à apporter, le rôle du rééducateur est de donner au handicapé les aides techniques indispensables à la réalisation des gestes de la vie courante et le moyen de s'en servir et de se conditionner.

2.1.4.- Organisation et fonctionnement (4) (5).

- 2.1.4.1.- La somme des activités proposées au patient
- 2.- durant une journée de 6 heures confère à la
- 3.- réadaptation au travail son caractère bien net.
- 4.- réadaptation au travail son caractère bien net.

Cette intensité peut paraître excessive, mais elle est indispensable dans le cadre d'une multitude de professions.

Dès l'entrée du patient, le dialogue s'installe. Il est accueilli par le service social et au cours de ce premier contact, il est mis au courant de l'ambiance dans laquelle se dérouleront ses traitements.

L'assistant social s'informe de la situation familiale et professionnelle et essaie d'éveiller un climat de confiance qui permettra une meilleure participation du patient à sa réadaptation. Cette action indispensable est déjà une action psychothérapique et suffit le plus souvent pour permettre un début et une progression vers une solution adaptée.

Dans toutes les phases de réadaptation fonctionnelle, le patient doit être actif et être le propre artisan de sa guérison. Les membres du personnel et le matériel qu'on lui fournira, sont pour lui, les moyens de parvenir à sa réinsertion sociale. L'aider est une des tâches de l'équipe de réadaptation. Le blessé doit être pleinement éclairé sur son véritable intérêt, grâce à une psychologie attentive, sans brusquerie ni flatterie et alliant à cette fin, à la fermeté, la souplesse et l'amitié.

Chaque membre du personnel, dans sa fonction, sollicitera continuellement le patient à une participation active. Il faut savoir la faire naître, la développer et l'orienter parfois. Pour comprendre l'individu, chaque membre de l'équipe tentera, dans un effort personnel, "de se mettre à sa place", toute l'action visera à l'aider à résoudre les difficultés qui l'assaillent afin de le libérer de son anxiété, le "sécuriser" afin qu'il puisse jeter toutes ses forces dans la réadaptation et atteindre le but final : sa réinsertion sociale. Chaque personne devra en conséquence avoir ces motifs en tête.

Pour que chacun soit informé, le patient est présenté à tous les membres de l'équipe. Au fur et à mesure de l'évolution, les staffs de consultation et de programmation se déroulent régulièrement. Au cours de ces confrontations, les différentes activités auxquelles le

patient peut participer sont prescrites sur la base des bilans articulaire, musculaire et fonctionnel. L'attention sera attirée particulièrement sur les contre-indications.

Ce travail de symbiose permet au patient de constater que son programme est constamment étudié et conçu en fonction des impératifs médicaux et de réadaptation; il est orienté sur la base d'un dialogue constant.

Le point est fait tous les jours avec l'ensemble du personnel de même que le bilan en fin de journée.

2.1.5. - Résultats.

Ainsi peut être obtenu le passage progressif de l'état de handicapé à celui de travailleur à rendement normal ou à un poste adapté.

La reprise du travail, la réinsertion sociale doit être préparée à tous les points de vue par des liaisons efficaces: physique, psychologique, administrative, professionnelle et sociale. Elle ne peut s'effectuer sans avoir confronté l'avis des divers techniciens. Cette préparation sera le facteur de la réussite.

Dans cette phase, il existe une jonction, une symbiose entre l'intérêt humain et économique. Les Sociétés d'Assurance, la Sécurité Sociale, les Chefs d'entreprises, les Syndicats, devraient comprendre la nécessité de cette phase et la réaliser.

Les Centres de Réadaptation, les Industries, les Ecoles et le Personnel y affecté, ne sont pas suffisamment éclairés sur ce problème.

Les Facultés de Médecine, les Instituts Supérieurs de Kinésithérapie, d'Ergothérapie, d'Education Physique devraient informer plus complètement les étudiants afin de pouvoir la mettre en pratique de façon plus généralisée.

2.2.- Réentraînement au travail

La réalisation que nous allons vous présenter n'est en rien opposée à celle qui vient de vous être décrite, elle en est complémentaire. Elle s'en différencie par l'importance qui est donnée à l'étude et à la préparation de la composante professionnelle de la réadaptation (12).

2.2.1.- Buts et définition

Le centre de réentraînement au travail accueille tous les travailleurs qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie et après les traitements médicaux, chirurgicaux et de rééducation fonctionnelle, ne peuvent reprendre leur ancien travail, ou y rencontreraient sans autre préparation d'importantes difficultés. Il s'y ajoute les handicapés adolescents qui, au seuil de leur vie professionnelle, posent de difficiles problèmes d'orientation.

Le séjour a pour but de prolonger et de parfaire l'entraînement physique voire mental de ces personnes, de choisir après en avoir étudié toutes les données, la meilleure solution professionnelle et de la préparer. Toutefois, quand celle-ci comporte une formation professionnelle, l'intéressé est alors dirigé vers un établissement approprié.

Les promoteurs du centre ont tenu à ce que le réentraînement au travail se distingue de la réadaptation médicale ou fonctionnelle par son cadre, son personnel, ses installations et ses techniques. L'ambiance des soins y fait place progressivement à celle du travail. Ces caractères ont pu être réalisés d'autant plus facilement que le centre fait partie d'un vaste ensemble de services ou d'établissements, qui assurent la réadaptation précoce au stade hospitalier et la réadaptation fonctionnelle post-hospitalière des enfants et des adultes; la succession des phases de la réadaptation, le transfert d'un service à l'autre, se réalisent sans difficulté ni solution de continuité. Le centre de réentraînement au travail a pu con-

sacrer tous ses efforts à l'élaboration des agencements et des activités spécifiquement orientés vers son objectif.

2.2.2.- Moyens et cadre

2.2.2.1.- Equipe de réadaptation

Les handicapés en traitement, étant souvent atteints de séquelles graves et encore évolutives (non consolidés au sens de la législation française sur les accidents du travail), la direction technique du centre est médicale, mais les trois médecins du centre, qualifiés en Réadaptation et Rééducation fonctionnelles, travaillant tous à plein temps, bénéficient sans cesse du concours indispensable de deux Conseillers du travail. Ceux-ci, dès l'entrée du stagiaire, maintiennent ou rétablissent le contact avec l'ancien employeur, renseignent sur les exigences du poste et les possibilités d'adaptation ou de mutation dans l'entreprise. Ils sont les conseillers permanents de l'équipe pour tous les problèmes du travail et ont évidemment un rôle primordial dans l'élaboration des orientations professionnelles.

Le reste du personnel technique comporte une assistante sociale, cinq kinésithérapeutes, cinq moniteurs de gymnastique, un ergothérapeute, six moniteurs d'atelier, des infirmières, un instituteur.

Il est fait appel, au titre de consultants permanents, à un psychologue, un psychiatre, des chirurgiens, mais aussi au psychologue du travail du centre régional de sélection psychotechnique.

2.2.2.2.- Les locaux

Les locaux médico-techniques comportent essentiellement des salles de kinésithérapie, un vaste gymnase et un plateau d'évolution extérieur, et un ensemble de six ateliers de travail.

Les locaux d'hébergement abritent cent lits et le centre accueille chaque jour en plus des internes, une trentaine de demi-pensionnaires résidant dans l'agglomération voisine. Notre recrutement est essentiellement masculin.

2.2.2.3. - Pathologie

L'éventail des affections invalidantes est très large mais les causes traumatiques représentent plus de 80 % du total, dont 60 % d'accidents du travail ou de trajet.

2.2.2.4. - Recrutement

La zone géographique de recrutement est la région lorraine. 95 % des stagiaires proviennent du département de la Meurthe-et-Moselle et des trois départements voisins.

2.2.2.5. - L'ambiance

Elle n'est plus du tout celle de l'hôpital: les stagiaires par exemple, peuvent sortir librement en dehors des heures d'activités. Ils sont habillés, selon les moments, de tenues de sport ou de vêtements de travail.

Les malades et blessés sont admis sur leur demande ou celle des médecins. Il y a un jour d'entrée par semaine. Le séjour s'achève quand nous estimons avoir rempli notre rôle. La moyenne arithmétique des temps de séjour se situerait actuellement à huit semaines.

Les activités sont réparties chaque jour sur six heures, fragmentées en 4 tranches d'une heure et demie. La gradation de l'entraînement ne se fait pas par une augmentation des heures d'activité, mais par une modification progressive de leur contenu.

2.2.3. - Techniques

2.2.3.1. - Exercices physiques

L'action de notre service de gymnastique est basée sur les mêmes principes que celui qui vous a été décrit en détail tout à l'heure (cf 2.1.3.). Bien que notre terminologie et notre organisation soient sensiblement différentes, les bases physiologiques, les installations gymno-professionnelles et les grandes lignes des techniques utilisées sont très voisines. Nous n'y reviendrons donc pas. Il convient seulement de noter que l'importance des effectifs et

des installations permet la constitution de groupes d'entraînement de 10 à 20 stagiaires, relativement homogènes, au regard du handicap d'une part, de l'objectif professionnel de l'entraînement d'autre part. Les activités gymno-professionnelles ne sont pas l'apprentissage et la répétition de gestes professionnels (ceux-là sont faits en ateliers) mais une préparation du corps et de l'esprit par des gestes voisins moins précis et peut-être plus exigeants. Elles préparent le sujet à l'utilisation des installations et du matériel qu'il est susceptible de rencontrer dans son travail. Elles constituent en outre une éducation à la sécurité. Régulièrement sont pratiqués des bilans d'aptitude physique, à partir de certaines épreuves étalonnées; ils permettent d'objectiver la progression, de repérer facilement les points faibles, et de comparer le niveau gestuel retrouvé avec les exigences physiques du poste de travail envisagé.

Les kinésithérapeutes préparent ou complètent l'entraînement pratiqué dans le service de gymnastique. Ils s'occupent aussi, de façon exclusive, de certains grands handicapés qui ne peuvent accéder au traitement collectif.

2.2.3.2. - Activités d'ateliers

Six ateliers permettent une gamme étendue d'activités:

- l'atelier de travaux légers, comporte des activités d'ergothérapie à visée fonctionnelle et permet l'accueil, l'occupation dans l'attente d'une prothèse ou d'une amélioration physique, ainsi que les premiers sondages d'aptitudes.

- l'atelier d'observation réunit des postes de travail variés allant du soudage au dessin, en passant par l'électricité et la comptabilité.

- l'atelier de poterie-mosaïque, menuiserie, mécanique (tous les travaux de fer, ajustage, machines-outils, forge, soudage) et travaux extérieurs (bâtiment, terrassement, peinture, jardinage) permettent de concourir à un entraînement général non spécifique (forcé, coordination, endurance, parfois développement des compensations nécessaires). Ils assurent aussi, un entraînement spécifique au travail envisagé (position de travail et geste professionnel, technologie, qualité et rendement).

Ils offrent toute une gamme de travaux d'exigences physiques et de complexité croissantes. La gradation de l'entraînement est en général obtenue par la participation successive à différentes activités dans un ou plusieurs ateliers. Il est évident que toutes les activités professionnelles de la région n'ont pu être représentées au centre, mais, en procédant par analogie, on parvient presque toujours à reconstituer les exigences essentielles du poste de travail désiré. Chaque fois qu'une activité donnée semble après quelques essais pouvoir être retenue pour une éventuelle formation, on établit un bilan plus précis d'aptitude. Il est basé sur une série d'épreuves essentiellement pratiqués et préalablement étalonnées, qui viendra compléter les tests psychotechniques.

L'entraînement terminal se déroule :

- soit sur le poste de travail habituel du handicapé,
- soit sur différents postes reconstituant les opérations fondamentales du travail.

Les fabrications effectuées aux ateliers ont toujours un caractère utilitaire :

- objets achetés par les handicapés,
- fourniture de matériels pour l'équipement et l'entretien des centres.

Les ateliers sont liés organiquement avec le service de Réemploi-Reclassement, ce qui facilite leur harmonisation avec les industries régionales.

Il faut préciser que ces ateliers sont animés par des moniteurs (et non des ergothérapeutes), qui ont certes acquis des connaissances para-médicales, mais qui sont avant tout des "professionnels".

2.2.3.3. - Techniques associées

2.2.3.3.1.- Les examens psychologiques, les enquêtes sociales apportent souvent l'explication d'un comportement difficile et parfois les moyens de le modifier.

2.2.3.3.2. - Les tests psychotechniques

renseignent sur les aptitudes intellectuelles et scolaires à bénéficier d'une formation professionnelle (selon des critères utilisés à l'échelon national). Ils peuvent concourir aussi à l'orientation d'une reprise de travail directe.

2.2.3.3.3. - La présence d'un instituteur permet d'assurer une révision des connaissances scolaires, un bref complément des acquisitions antérieures et parfois un début de scolarisation. Cette valorisation scolaire est parfois suffisante pour autoriser une formation au départ exclue.

2.2.3.3.4. - L'atelier d'appareillage situé dans l'établissement, facilite la confection rapide pour les amputés de prothèses bien adaptées.

Des activités professionnelles réelles permettent ensuite de les tester et d'apporter éventuellement certaines modifications.

2.2.3.3.5. - L'enquête professionnelle

Elle renseigne sur la situation professionnelle au moment de l'arrêt de travail, sur le passé professionnel. Elle dégage les possibilités de reprise ultérieure de travail dans la perspective d'un retour dans l'entreprise ou d'un reclassement.

2.2.4. - Organisation et fonctionnement :

Ils doivent permettre d'individualiser l'étude et la progression d'un cas particulier à travers des activités collectives. Cela est rendu possible grâce à une très grande souplesse dans l'établissement des programmes d'activités. Chaque stagiaire se voit prescrire les soins, les exercices ou le travail, qui paraissent le plus utiles à un moment donné de cet entraînement et dans les proportions souhaitables.

Notre méthode de travail est guidée par deux grands principes

- le travail en équipe
- l'orientation continue.

2.2.4.1. - Le travail en équipe :

L'équipe est liée par le secret professionnel partagé. Les informations concernant un stagiaire sont communiquées à tous les membres de l'équipe et il y a un échange permanent d'observations et d'opinions.

Les décisions importantes (progression, modification de programme, proposition d'orientation professionnelle, sortie) sont prises sous la responsabilité du médecin, qui a recueilli l'avis de chacun au cours de réunions hebdomadaires dites de "synthèse".

2.2.4.2. - L'orientation continue :

En dehors de rares cas où l'objectif professionnel peut être clairement défini dès le début, nous nous gardons de définir précocement une orientation. Cette prudence nous est dictée par l'incertitude du pronostic fonctionnel qui se prolonge tant que toutes les ressources de l'entraînement n'ont pas été épuisées et par la relativité de certaines contre-indications médicales.

Nous avons vu très souvent des blessés dont le retour au travail antérieur paraissait à l'entrée compromis par l'importance des séquelles, faire au cours de l'entraînement des progrès inattendus et s'accomoder finalement très bien des exigences de leur profession initiale.

L'inverse n'est malheureusement pas rare non plus : un arrêt inattendu de la progression, des difficultés imprévues obligent à abandonner au cours du séjour une solution qui paraissait a priori raisonnable.

Enfin, il est bien des cas où il n'existe pas de bonne solution et où l'on est contraint de choisir la moins mauvaise en négligeant sciemment les contre-indications relatives qui, dans des cas plus favorables, auraient emporté la décision.

Les programmes d'activités sont ainsi sans cesse revus en fonction de la progression, des solutions ou des essais envisagés et réciproquement les solutions retenues dépendent évidemment du dé-

roulement de ces activités.

Pour nous, la notion de réentraînement au travail est indissociable de celle d'orientation professionnelle. Les conclusions formulées à la sortie doivent donc tenir compte du bilan médical, gestuel, psychologique, scolaire, technique, des motivations du sujet de sa situation familiale, de son contexte professionnel antérieur. A l'exception de 10 % environ de cas d'inaptitude, elles débouchent sur une solution de réemploi.

2.2.4.3. - Le réemploi : ce service est assumé par les conseillers du travail. Plusieurs solutions sont envisagées (13)

2.2.4.3.1. - La reprise du travail directe chez l'ancien employeur. Le conseiller du travail, soit par correspondance, soit au cours de déplacements, a pu étudier les caractéristiques des postes de travail disponibles. On peut préconiser la reprise intégrale au poste de travail antérieur, ou à un poste différent mieux adapté aux aptitudes restantes.

2.2.4.3.2. - Le réemploi par l'intervention des services officiels de placement (Agence Nationale pour l'Emploi).

Il s'agit de la recherche chez un nouvel employeur d'un poste de travail convenable. Nous fournissons dans ce cas à cet organisme toutes les informations qui peuvent faciliter le processus en insistant, non pas comme on le voit trop souvent sur les travaux qui ne peuvent être effectués, mais sur ceux qui nous paraissent possibles. Nos propositions leur parviennent parfois par l'intermédiaire de la Commission Départementale d'Orientation des Infirmes, organisme officiel de reclassement.

2.2.4.3.3. - C'est également à cette instance que nous transmettons nos propositions de formation professionnelle en centres spécialisés pour handicapés physiques ou en centres de formation professionnelle pour adultes.

2.2.5. - Résultats

Les résultats moyens de ces dernières années se résument en

trois pourcentages :

- reprise du travail directe, dont une moitié au poste antérieur et une moitié à un poste adapté 75 %
 - Inaptitude temporaire ou définitive 10 %
 - Reclassement professionnel 15 %
- dont
- . placements directs par le service officiel 7,5 %
 - . formations professionnelles 7,5 %

2.2.5.1. - Un contrôle des résultats obtenus et des suites données à nos propositions est effectué. L'envoi systématique de questionnaires six semaines après la sortie du centre et à nouveau six mois plus tard, nous permet de faire à deux reprises, le point de la situation. Les questionnaires étant adressés au travailleur et à son employeur, nous bénéficions d'un double point de vue.

Une enquête récente, confiée à un organisme tout à fait indépendant du centre et disposant de moyens importants, nous a permis de constater que ces questionnaires sont suffisants dans la plupart des cas et permettent d'établir des statistiques très valables.

Il va de soi qu'à la sortie des liaisons épistolaires sont établies avec les médecins traitants, les chirurgiens traitants, les médecins du travail, les assistantes sociales. Cela nous permet de suivre plus directement un certain nombre de cas difficiles.

Nous souhaiterions pourtant pouvoir dans certains cas au moins, prolonger davantage notre action par des visites à domicile ou sur les lieux du travail d'équipes médico-socio-professionnelles.

Avec 15 ans de recul, nous avons la conviction que la réadaptation au travail pratiquée sous cette forme assure la réinsertion professionnelle dans des conditions optimales. La reprise du travail antérieur est de loin la solution la plus souvent retenue, mais les possibilités de qualification ou de surqualification, gages de plus de sécurité et de plus d'indépendance pour l'avenir, ne sont jamais négligées.

3 - FORMES DE REALISATION ACTUELLES : avantages et inconvénients

3.1.- La réadaptation au travail dans un service ou centre de réadaptation fonctionnelle, inclus ou annexé à un système hospitalier, a nécessairement une dominante médicale, donc gymnique. Il est difficile dans ces établissements de parler travail et a fortiori d'organiser un travail effectif en ateliers. A la rigueur et à la précision des directives et du contrôle cinésiologique et physiologique, expliquant le qualité des résultats, ne peut guère s'ajouter une emprise égale en matière professionnelle. Ce procédé réussit d'autant mieux qu'il s'inscrit dans un système plus vaste assurant le réemploi.

3.2.- La réadaptation au travail en centre spécialisé, géographiquement éloigné du milieu hospitalier, permet au contraire le développement d'ateliers, de chantiers et de tout un système d'orientation continue, d'enquêtes sociales, de liaisons avec les entreprises. Ce serait même une dominante travail qui risquerait de s'y manifester si le centre était séparé des formations sanitaires pratiquant la réadaptation fonctionnelle, si son personnel ne comprenait que des spécialistes du travail à l'exclusion de médecins, de rééducateurs de la motricité et de gymnastes, si le désir d'une production n'y était pas dominé par le souci de satisfaire les besoins humains des handicapés.

En général, le Centre de réadaptation au travail est polyvalent, recevant sans inconvénient des handicapés malades ou blessés de toutes origines et de toutes natures, à condition qu'ils soient convenablement groupés. Il a l'avantage de disposer d'installations importantes et de permettre ainsi à tout handicapé de découvrir dans une gamme d'activités variées celle qui convient à son propre cas.

3.3. - Les formations spécialisées, toujours moins importantes, n'ont pas cet avantage, mais le compensent par une attention accrue dans des secteurs particuliers.

3.3.1. Certaines d'entre elles sont spécialisées dans la réadaptation d'un groupe pathologique déterminé.

Les responsables de la remise au travail des travailleurs accidentés sont plongés dans la pathologie post-traumatique, dans les problèmes physiologiques et psychologiques du travailleur en face d'un handicap précis, dans les délicates questions de compensations gestuelles, d'accomodation au poste de travail et de sécurité. Ils peuvent donner à leurs techniques de réadaptation au travail une rationalisation très poussée.

La réadaptation au travail des tuberculeux commence à l'intérieur des sanatoriums sous la forme d'activités "occupationnelles", d'exercices gymniques et se poursuit dans des établissements de post-cure". Elle y est rapidement mêlée à une formation professionnelle. La maladie tuberculeuse, du fait de l'efficacité des antibiotiques, est presque devenue une maladie comme les autres et les tuberculeux tombent dans la communauté des soins. Seule la réadaptation des "tuberculeux sociaux" rencontre encore d'insurmontables difficultés, tant médicales que professionnelles.

La réadaptation des cardiaques, surtout des sujets atteints d'infarctus du myocarde, est au contraire en plein essor (44). Sitôt la période aigüe de l'affection terminée, on pratique (en France et en Belgique, sous le nom de réentraînement à l'effort) une gymnastique, minutieusement dosée et rigoureusement surveillée, consistant en un pédalage sur bicyclette ergométrique, puis en des exercices divers étalonnés suivant la dépense énergétique qu'ils provoquent. Ces activités, qui sont une véritable "rééducation fonctionnelle myocardiaque" ne peuvent être accomplies qu'en milieu hospitalier ou parahospitalier.

Dans certains cas favorables, elles doivent faire place à une véritable réadaptation au travail, c'est à dire à des activités gymniques et d'atelier correspondant au futur travail, déterminé par orientation professionnelle. Nous n'avons qu'une expérience restreinte sur ce stade tardif de la réadaptation des cardiaques, mais il nous semble cependant plus convenable de cesser sans tarder

la ségrégation de ces malades, néfaste à plus d'un titre. Dès que le pronostic professionnel est fait, il est préférable de les transférer dans un centre polyvalent de réadaptation au travail, à la seule condition d'une poursuite des mesures de prudence et de sécurité, c'est à dire d'un contrôle physiologique et cardiologique rigoureux au cours des activités physiques.

3.3.2.- Certaines entreprises (bâtiment et travaux publics, mines, etc...) se groupent quelquefois pour organiser la réadaptation au travail de leurs employés. Il s'agit de formations spécialisées suivant la "famille professionnelle" (15).

Ce système peut avoir une ampleur suffisante; il a toujours une forme particulière en raison de la limitation des travaux auxquels il prépare; il aboutit à un placement simple et facile dans le cadre de l'entreprise. Il n'est toutefois pas sûr que, dans de pareils centres, le handicapé puisse bénéficier de toutes les possibilités offertes par la législation sociale sur le reclassement.

3.4.- La réadaptation au travail en entreprise est a priori excellente, car on ne s'adapte jamais si bien qu'en s'incorporant au milieu. Elle peut se faire de deux façons, soit individuellement, par le moyen de "contrats de réadaptation" passés entre l'employeur et l'organisme de prise en charge, soit collectivement, dans des ateliers spéciaux.

3.4.1. - La première formule est adoptée par les petites entreprises. Si l'employeur possède et met en oeuvre les moyens médicaux et techniques nécessaires à cette réadaptation, les résultats peuvent être excellents.

3.4.2. - La seconde formule, celle des "ateliers spéciaux de réadaptation" est la plus connue et a donné lieu à une abondante littérature.

Les premières réalisations anglo-saxonnes visaient à accueillir dans des ateliers d'entreprises des travailleurs handicapés pendant la période d'incapacité temporaire résultant d'une maladie ou d'un accident. On se proposait de remplacer ce temps d'inactivité

et de difficulté financière par un véritable travail et un salaire normal. Ce faisant, on avait surtout pour but d'empêcher la désadaptation, qui résulte de l'immobilité et de la séparation du milieu et ses conséquences néfastes pour l'ouvrier et pour l'entreprise. A la fin de cette période passée en atelier spécial, le travailleur reprenait généralement le travail antérieur (16)

Les pratiques utilisées dans ces ateliers avaient à la fois une visée fonctionnelle et une visée professionnelle. Le geste de travail, demandé au handicapé, devait corriger l'anomalie motrice localisée et n'était donc qu'une ergothérapie. L'activité générale du corps et de l'esprit, qui s'y associait nécessairement, n'était autre qu'une réadaptation au travail.

Les réalisations actuelles, au moins en France, diffèrent sensiblement des expériences originelles. Les travailleurs handicapés ne sont guère admis dans les ateliers de réadaptation qu'après la date de consolidation. Ils ont déjà bénéficié d'une rééducation fonctionnelle normale ou en ont été malheureusement privés, et le médecin a autorisé la reprise du travail. Les responsables de l'entreprise acceptent ce retour, mais, constatant l'inaptitude partielle du travailleur, conséquence des séquelles de son affection pathologique, se disposent à la corriger par une réadaptation au travail. Les activités proposées ne sont pas spécifiques du travail futur, mais sont plutôt choisies en fonction du handicap à corriger.

3.5.- En principe, le travail "protégé", l'atelier "protégé" - ce qualificatif signifiant l'aide et la garantie des pouvoirs publics - était réservé aux handicapés ne pouvant obtenir ou conserver en raison de leur inaptitude un poste de travail dans le circuit normal. On devait y loger de grands handicapés, adolescents et adultes, moteurs, sensoriels ou mentaux et ce placement avait un caractère permanent, sinon définitif.

En pratique, il n'en a pas été ainsi et la plupart des ateliers protégés sont, pour une part importante de leurs bénéficiaires, des lieux de passage vers le circuit normal du travail. On y fait de l'observation, du triage, de la formation professionnelle et de la réadaptation au travail.

C'est une solution moins pure, mais plus réaliste et probablement plus humaine. Il s'ensuit donc que les ateliers protégés entraînent souvent de grands handicapés à des activités d'atelier correspondant aux débouchés découverts chez les donneurs d'emploi et aboutissent à des placements en entreprises.

3.6.- Il arrive assez souvent que le handicapé ne puisse retrouver un poste de travail en raison à la fois de l'importance de son inaptitude physique et de l'inaccessibilité de la formation professionnelle.

Il ne peut compenser sa faiblesse corporelle par l'acquisition d'une qualification. Et comme les tâches de manoeuvre sont pénibles, il ne lui reste guère que l'emploi à un "petit poste", ce qui consacrera son déclassement.

Pour ces handicapés, on peut tenter la formation d'ouvrier "spécialisé" (O.S.), que certains ont appelée "réentraînement industriel".

Ce n'est pas une véritable formation, car les connaissances et les pratiques techniques exigées sont élémentaires et rapidement acquises. Ce n'est pas un réentraînement simple au travail. C'est à la fois l'une et l'autre, un mode particulier de réadaptation au travail différent de ceux qui ont été précédemment décrits. Il peut être le moyen d'une réinsertion professionnelle très satisfaisante.

4 - CONCLUSIONS

La réadaptation des handicapés connaît depuis la 2ème guerre mondiale un essor considérable, en raison de l'augmentation du nombre et de la gravité des cas et aussi en raison du désir accru des hommes de faire profiter les plus malheureux d'entre eux des bienfaits du progrès.

Les expériences et les législations se sont multipliées et diversifiées dans les nations. Jamais le besoin n'est apparu plus nécessaire et plus urgent d'une information, d'une confrontation et surtout de respect d'une doctrine.

La réadaptation est un processus continu de relèvement conduisant le handicapé du début de son affection jusqu'au travail, c'est à dire à l'indépendance. Il se déroule sans interruption des hôpitaux aux entreprises. D'abord guidé par les médecins et leurs auxiliaires, il l'est ensuite par les spécialistes du travail. Il a toujours un aspect complexe, puisqu'à tout moment se posent, avec plus ou moins d'acuité, des questions de santé, d'avenir professionnel et d'engagement social (17).

L'unité de la réadaptation, c'est à dire le groupement de toutes les aspirations, de toutes les réalisations et de toutes les techniques en vue de la réintégration du handicapé dans la société, à la place qui lui convient et à laquelle il a droit, est indispensable. Elle implique un état d'esprit commun, une organisation monolithique et une équipe animée par un même idéal.

La réadaptation au travail n'est pas un nouveau processus de réadaptation, venant se substituer à celui que nous connaissons. Elle n'est que le perfectionnement de ce processus, sur un de ces points, dans un de ses aspects.

Beaucoup de handicapés physiques ne peuvent reprendre le travail après une réadaptation fonctionnelle ou médicale, telle que nous la concevons et la pratiquons, c'est à dire dominée par le souci de santé, l'ambiance de soins, le désir de corriger un déficit moteur localisé, la présence du médecin et de ses auxiliaires. Ils manquent de force et de résistance et n'ont pas appris à compenser leur handicap par des gestes nouveaux.

La réadaptation simple au travail, qui prolonge la réadaptation fonctionnelle, paraît souvent la solution la plus facile et plus raisonnable. Les deux moyens précédemment utilisés, sous les vocables de kinésithérapie et d'ergothérapie, : l'exercice physique et le travail, sont continués. Ils n'ont plus cette fois un objectif thérapeutique: guérir le déficit moteur localisé à un membre ou à un segment de membre touché par le traumatisme ou la maladie. Ils ont un objectif professionnel et social : élever le corps et l'esprit ensemble au niveau des contraintes du travail.

Suivant la prédominance d'un de ces moyens sur l'autre, la réadaptation au travail pourra prendre une forme "gymnique" ou une forme "professionnelle". Cette variation provient des milieux et des hommes et non d'une divergence quant à la doctrine. S'il était possible de faire un projet idéal, nous réunirions, sans restriction et sans différence ces deux moyens : activité physique et activité d'atelier pour construire la réadaptation au travail et nous placerions celle-ci au milieu d'un vaste système groupant la réadaptation médicale et la réadaptation professionnelle.

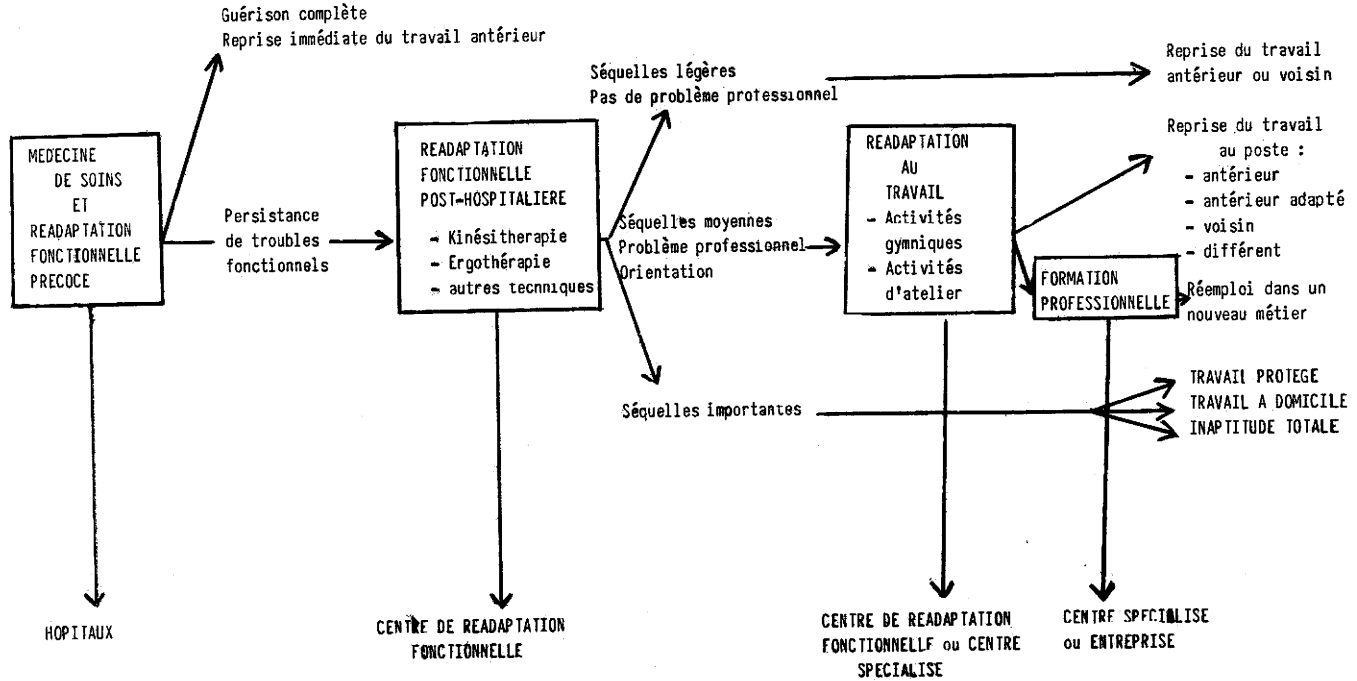
6 - BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Conférence internationale du Travail
 - 33ème session, 1950 : la formation professionnelle des adultes, y compris les invalides (chap. V)
 - 38ème session, 1955 : l'adaptation et la réadaptation professionnelles des invalides
 - Guide pour le placement sélectif des invalides, 1968.
Publications du B.I.T. (Genève)
- 2 - Rehabilitation and care of the disabled in Britain, prepared for British-Information Services by the Central Office of Information, LONDON, Août 69, R.F.P 4972/69, Classification I. 4 (C), pp. 22-25
- 3 - PIERQUIN L. - Le réentraînement des handicapés physiques à l'effort et au travail (questions de terminologie et de doctrine), Réadaptation, n° 176, pp. 5-13, Janv. 71
- 4 - STORM A. - "Esprit et travail d'équipe en Réadaptation"
Revue de l'Hôpital Belge, n° 76 - 1968
- 5 - STORM A. - "Le Centre de réadaptation fonctionnelle de la Clinique Reine Fabiola - Montignies-sur-Sambre, Belgique - Organisation et Fonctionnement" - Gestion Hospitalière, n° 76-1968;
Hôpital Belge n° 74-1968
- 6 - RABEUX et MICHAUX - "Réentraînement à l'effort après lésion des membres inférieurs". Bulletin du Cercle d'Etudes des kinésithérapeutes de Lorraine, 1964-1965
- 7 - DELAET M. et LOBET E. - "Etude de la valeur économique des Gestes professionnels", Bruxelles, de Visscher, 1949
- 8 - CHOUFFET P. - "L'Education des Gestes dans les Métiers du Bâtiment - Paris, 1945
- 9 - STORM A. - "Le réentraînement à l'effort", Revue de l'Institut d'Education Physique, U.C. Louvain vol. III, n° 4, 1969
- 10 - DEBUIGNE G. - "Musclation par le culturisme", Paris, Amphora, 1963
- 11 - DOTTE P. - "A propos de l'utilisation du cadre-guide", Revue

belge de Thérapeutique Physique, n° 1, 1962

- 12 - CAHEN G. - Réadaptation au travail au Centre de Gondreville, Réadaptation, n° 176, pp. 14-16, Janv. 71
- 13 - PIERQUIN L., LAMBERT P., CAHEN G. et BOISSEAU J. - La remise au travail des handicapés physiques (IVème Congrès international de Médecine Physique, Paris, Sept. 64), Excerpta medica, Congress Series n° 107
- 14 - Publications de l'O.M.S.
 - 1er opuscule : la réadaptation des malades cardio-vasculaires, Oct. 67, Pays-Bas
 - 2ème opuscule : la réadaptation physique des malades atteints d'infarctus du myocarde, Mars 1968, Allemagne
 - 3ème opuscule: l'évaluation des méthodes de réadaptation des malades cardio-vasculaires, Oct. 69, Belgique
- 15 - DELMAS R. - L'orientation professionnelle, la réadaptation, le reclassement professionnel dans les professions du bâtiment-travaux publics, Réadaptation, n° 95, pp. 13-20, Déc. 62
- 16 - THOMPSON A.R. - The industrial approach to Rehabilitation Medical Press, dec. 1953, 230, n° 5979
- 17 - PIERQUIN L., BOISSEAU J. et CAHEN G. - Handicap et travail, Volume Kinésithérapie - Rééducation fonctionnelle de l'Encyclopédie médico-chirurgicale, 16, rue Séguier, Paris (En cours de parution 1971).

5 - SCHEMA DE LA READAPTATION



DISCUSSION

H.G. SCHWARZ

Les effets du travail physique sur la santé des jeunes dans l'industrie dépendent souvent davantage de leur état physique que de la nature de leur profession. C'est pourquoi il faut veiller, par des contrôles médicaux, à ce que les personnes ayant un faible rendement et les jeunes présentant des troubles physiques ne soient pas affectés à des professions qui seraient susceptibles de mettre leur santé en péril.

Un nombre suffisant de stimulants, particulièrement d'ordre physique sous la forme d'un travail musculaire passager, sont nécessaires en permanence afin d'assurer le développement physique. C'est pour cette raison que chaque législateur s'efforce de mettre en oeuvre dans l'entreprise des plans théoriques et pratiques de formation des jeunes, tant pour l'apprenti que pour le jeune travailleur, afin d'éviter au cours de l'activité professionnelle un travail exigeant peu de mouvements ou des efforts excessifs, qui pourraient freiner le développement.

Pour analyser l'influence d'un travail déterminé sur le développement physique et donc sur la santé des jeunes, il faut d'abord déterminer si l'intéressé est en état d'exercer une profession. Environ 10 % de tous les étudiants ayant achevé leurs études ne sont pas aptes, en raison de leur état de développement physique, à travailler dans des entreprises industrielles ou dans le secteur des mines, les motifs de ce refus d'engagement étant différents d'une année à l'autre. Une telle appréciation ne repose pas uniquement sur l'examen clinique; on juge également la nature des efforts imposés aux jeunes - ce qui suppose des valeurs normatives pour les jeunes travailleurs - afin de pouvoir provoquer grâce à des activités physiques de puissants stimulants de développement, mais aussi afin d'éviter d'éventuelles lésions de l'organisme en croissance.

Il s'est avéré qu'en ce qui concerne l'emploi de jeunes dans

l'industrie, des cas de fatigue ou d'épuisement ne sont observés que lorsqu'il s'agit de jeunes retardés, c.-à.-d. de jeunes dont le développement général ne correspond pas à la moyenne. Les travaux qui font apparaître des signes de surcharge chez les retardés sont absolument nécessaires pour les autres personnes du même âge en tant qu'entraînement en vue de leur développement.

L'expérience montre que les jeunes accusant un retard ou une avance dans leur développement présentent en outre plus fréquemment que d'habitude des vices généraux d'attitude, une sollicitation plus marquée du système circulatoire en période de repos et une diathèse accrue. Malgré la pénurie de jeunes pour l'industrie et pour les mines, une sélection physique toute particulière est nécessaire afin de garantir la santé, le développement et un déroulement régulier de la formation.

Afin d'éviter des perturbations dans le développement, on procède, dans de nombreuses entreprises, en dehors des examens préventifs conformes à la loi sur la protection du travail des jeunes, à des examens médicaux d'embauchage et de contrôle. Ces examens se rapportent principalement à un travail déterminé et sont effectués dans la plupart des cas par des médecins du travail ou des médecins d'entreprise. Il existe également des prescriptions en matière de protection du travail qui prévoit des examens médicaux préventifs et de contrôle là où certains travaux présentant des risques pour la santé doivent être exécutés par des jeunes ou également par des personnes adultes. Dans le secteur des mines, par exemple, les jeunes doivent être contrôlés médicalement à intervalles réguliers; de plus, un nouvel examen médical doit en tout cas avoir lieu lorsque le milieu de travail change, par exemple lors d'une affectation aux services du fond.

Afin de déceler les jeunes ayant un rendement plus faible, on procédera dorénavant dans toutes les entreprises industrielles à un examen de la capacité de rendement qui permettra de déterminer si la capacité de l'intéressé correspond à la norme, dans quelle mesure il entre dans une catégorie de rendement déterminée et si la capacité de rendement de l'adolescent correspond déjà à celle de l'adulte.

Les examens de la capacité de rendement, empruntés en grande partie à la médecine sportive, se rapportent en premier lieu à la capacité de rendement physique, et s'attachent moins à étudier la capacité motrice par des mesures dynamométriques que l'activité cardio-vasculaire ainsi que les fonctions ventilatoires au repos et à l'effort, c'est-à-d. à l'aide de mesures ergospirométriques. Toutefois, étant donné que même chez les jeunes travailleurs la sollicitation physique générale diminue tandis que la sollicitation psychique augmente par suite du développement de la technique et de l'automatisation, il convient également de déterminer la charge psychique admissible en tant que mesure de la capacité de rendement.

Le contrôle des jeunes ayant un rendement particulièrement faible comprend, outre la détermination de la capacité de rendement, l'examen de la charge physique et psychique au poste de travail, pour lequel il s'avère avantageux de répartir autant que possible ces mesures sur toute une période de travail de huit heures. Comme les individus en cours de développement présentent fréquemment des phénomènes de fatigue à la suite d'efforts unilatéraux de certains systèmes organiques, il ne suffit pas de procéder régulièrement à des mesures automatiques de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle; il faut également effectuer des mesures pneumométriques et des analyses de gaz, ainsi que des mesures de la température du corps. Il convient en outre de déterminer, grâce à des procédés de mesure psychiques, les impulsions de fatigue qui peuvent freiner l'élément psychomoteur au poste de travail.

Les jeunes ayant un rendement plus faible dans un secteur industriel déterminé ou dans l'industrie minière, et dont le développement physique et psychique ne correspond pas à celui des autres jeunes, ou dont on peut supposer que le développement sera moindre même lorsqu'ils auront atteint l'âge adulte, gênent le déroulement de la formation des autres jeunes en raison des égards qu'exige leur constitution physique. Il s'est avéré que ces jeunes, qui doivent être considérés comme ayant une faible capacité de rendement dans les entreprises industrielles où sont exigés certains efforts physiques, prouvent souvent qu'ils sont encore en mesure de s'acquitter convenablement de leur tâche dans d'autres entreprises, sans que

l'on puisse les qualifier de "travailleurs ayant un faible rendement".

Méthodes et critères.

Les examens de la capacité de rendement, effectués sur le tapis roulant, ont montré que des jeunes âgés de 14 à 16 ans sont aptes à travailler dans l'industrie s'ils sont en mesure de marcher pendant 30 minutes sur un tapis roulant avançant à une vitesse de 60 m par minute, sans présenter de troubles circulatoires importants. La même chose est valable pour les jeunes de 17 à 19 ans, la vitesse du tapis étant portée de 60 à 100 m par minute. Au lieu de marcher sur un plan horizontal, il est également possible de se déplacer pendant un temps réduit (15 minutes) sur un tapis roulant présentant une pente de 3 %; pour les jeunes de 14 à 16 ans la vitesse est de nouveau de 60 m par minute, tandis que pour les plus âgés, elle est de 100 m.

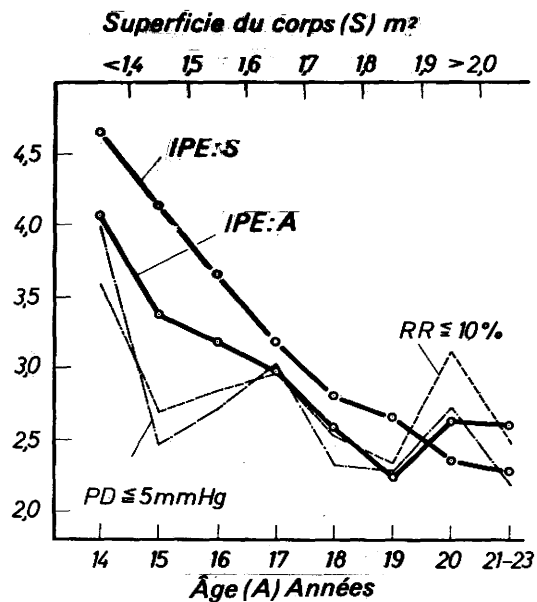
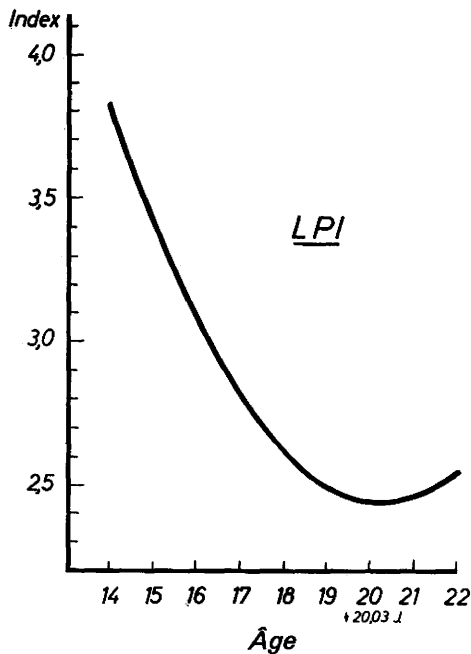
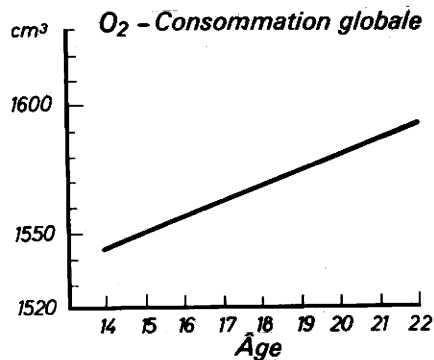


Fig. 1 et 2

Il est recommandé - particulièrement chez les jeunes - de déterminer la capacité de rendement physique au moyen d'une charge croissante continue au cours d'un travail sur le cycloergomètre, en employant autant que possible l'indice de fréquence cardiaque à l'effort (LPI) d'après E.A. MULLER. On peut exiger des jeunes à tout âge un certain LPI. Les jeunes ne présentent pas toujours un pouls normal au repos ; il faut également mesurer la tension artérielle, car chez 14,7 % des jeunes âgés de 14 à 15 ans et chez 9,4 % des jeunes âgés de 16 à 20 ans on a pu constater des troubles de la pression artérielle, tandis que leur fréquence cardiaque était moins sollicitée, ce qui a permis d'établir un LPI meilleur que celui qui correspond à leur capacité de rendement véritable.



**Travail manuel sur l'ergomètre
à manivelle 80 Watts**

Fig. 3

Pour les examens spiro-ergométriques de jeunes travailleurs, il s'est avéré notamment que le travail à l'ergomètre à courant parasite actionné par manivelle, d'une puissance de 80 watts constitue une bonne charge; l'intensité de charge correspond à un effort d'endurance moyen pendant un poste et permet par conséquent des comparaisons avec des mesures correspondantes au compteur à gaz et des mesures pneumométriques effectuées sur le lieu de travail. En même temps, on peut effectuer, outre la mesure de la consommation de O₂ et du rejet de CO₂, des mesures du système circulatoire; les résultats d'electrocardiogrammes sont toutefois meilleurs lorsque le sujet se trouve en position couchée et qu'il exécute un mouvement de pédalage.

Travail manuel sur l'ergomètre à manivelle - 80 watts.

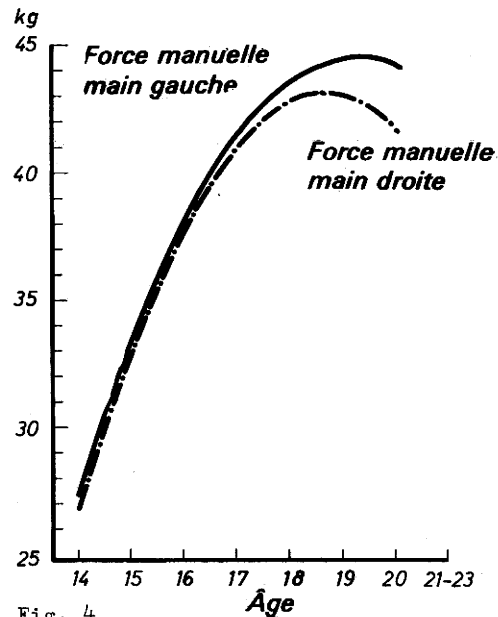


Fig. 4

Force manuelle. La mesure dynamométrique du développement de la force musculaire de jeunes travailleurs est souvent nécessaire pour la détermination de la norme. Ainsi, au cours de la dernière décennie, la force musculaire de jeunes travailleurs occupés dans les mines et dans les usines s'élevait en moyenne à 63 % de la puissance maximale pour les jeunes âgés de 14 ans, à 67 % pour les jeunes de 15 ans, à 84 % pour les jeunes de 16 ans, à 90 % pour les jeunes de 17 ans et à 93 % pour les jeunes de 18 ans.

R. HAIZMANN

La réintégration du diminué physique sans handicap apparent tel comme par exemple après des affections chroniques internes ou après de graves interventions chirurgicales, exige pour différentes raisons des procédés spéciaux.

Encore aujourd'hui, il n'est pas toujours possible d'évaluer avec assez de précision l'importance de la lésion; la durée du traitement clinique ou de la thérapeutique de substitution ne peut être prévue et ses effets sur le rendement ne sont pas perçus, et ne peuvent donc pas être pris en considération, par l'entourage en bonne santé de la personne handicapée.

De plus, il faut tenir compte de ce que toute interruption de l'adaptation permanente dans le métier et dans la société pour cause de maladie entraîne forcément avec le temps des difficultés d'intégration qui, en fin de compte, compromettent le reclassement.

Fig. 1.

Ce que le patient, après une maladie de courte durée, peut encore faire seul, ne le fera plus tard que s'il est aidé. Mais si l'on méconnaît la nécessité de déployer dès que possible des efforts pour surmonter le retard dans l'adaptation, et si l'on préfère en laisser l'initiative au handicapé, et ne s'en occuper que cas par cas à certains intervalles, ou même pas du tout, le résultat sera également insatisfaisant.

Le fossé entre ce qui peut aujourd'hui être obtenu par la médecine et les exigences d'une société industrielle moderne ne peut donc être comblé que par une réintégration parfaite à l'aide de ce qu'on appelle des fonctions "pont" (figure 2).

Celles-ci visent, une fois estompée la phase aiguë de la maladie, à compléter dès que possible la suite du traitement clinique par des mesures de réactivation physique et psychique, à soumettre progressivement l'ensemble de l'organisme à un effort et, dans ce cadre, à établir un plan individuel de reclassement, en faisant appel

à des spécialistes de l'extérieur qui opéreront de concert avec l'intéressé considéré comme partenaire égal en droit. Dès que les données médicales le permettent, il faut poursuivre ce plan dans un sens de promotion professionnelle en comblant les lacunes dans les connaissances, en mobilisant les réserves d'aptitudes et en prenant des mesures se rattachant au métier.

Fig. 3

Une institution s'occupant de la réadaptation parfaite ne peut donc voir dans celle-ci que le résultat d'une action complexe.

En principe, on dispose à cet effet de cinq méthodes différentes qui, soit uniquement par l'entraînement, soit par des mesures orientées de promotion professionnelle, permettent à l'intéressé de reprendre son ancien emploi ou d'en trouver un nouveau approprié ou même de changer de métier lorsque des impondérables médicaux ou autres n'autorisent qu'une simple intégration dans la société ou n'exigent pas des soins constants.

Fig. 4

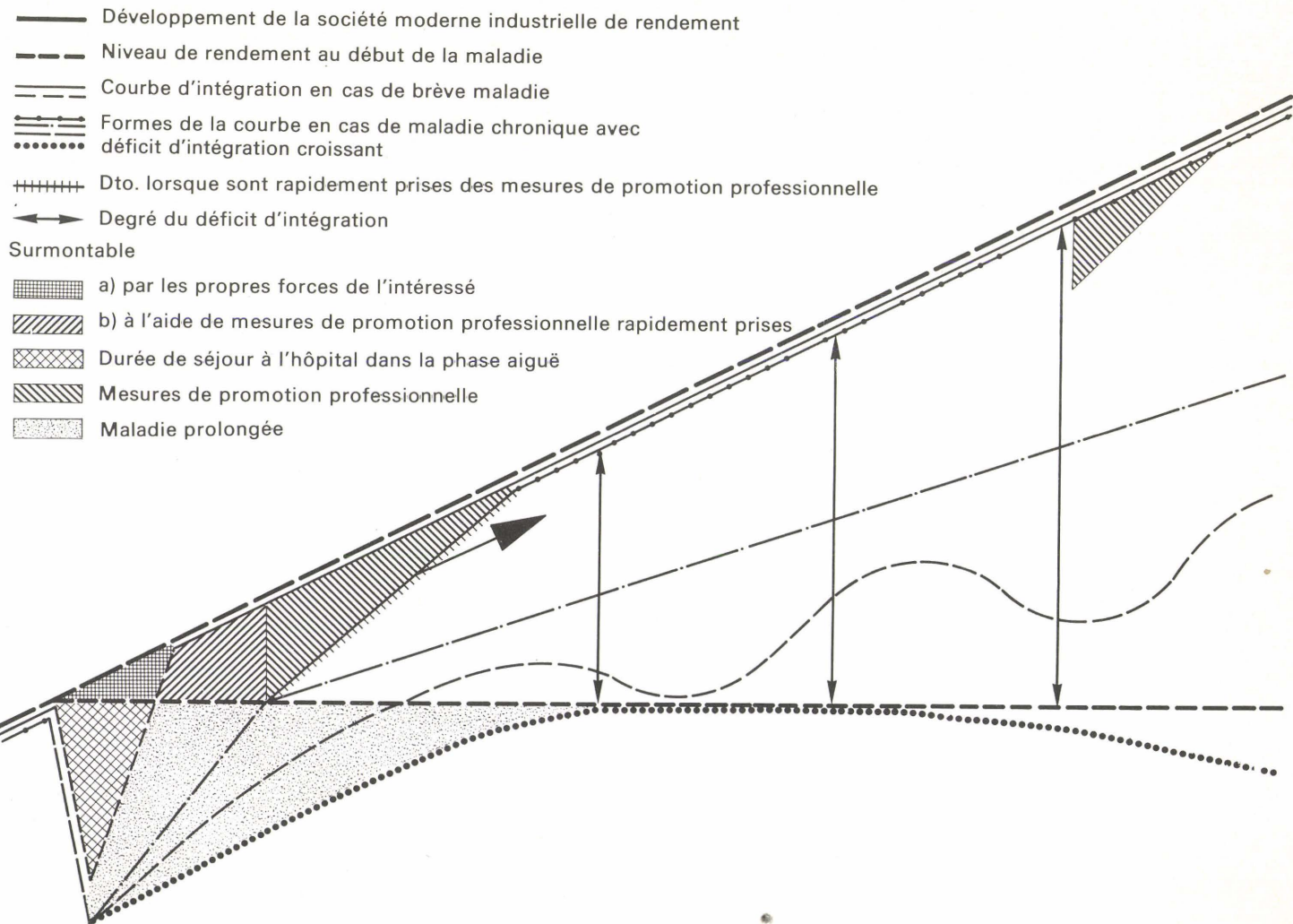
L'organisation d'une telle charnière entre la longue maladie et une réintégration satisfaisante devra, comme le montre l'exemple de notre centre, tenir compte également de considérations médicales et professionnelles et se servir avec la souplesse nécessaire des moyens dont elle est dotée dans l'intérêt de la personne en cause.

Fig. 5

Ainsi que le montre l'exemple de 500 invalides précoces, il nous a ainsi été possible de fournir à 187 d'entre eux, par simple réactivation, un emploi permanent approprié et de diriger les autres, par des mesures de rééducation professionnelle, à l'intérieur ou à l'extérieur de notre établissement, vers une nouvelle activité professionnelle correspondant à leur capacité de rendement.

Toutefois, seul un système de réadaptation bien organisé, au sens d'une alliance (?) interdisciplines constructive (figure 6) englobant aussi sans restriction notre organisation, peut faire espé-

Évolution du déficit d'intégration en cas de «longue maladie»



Tâches de la « fonction pont » pour surmonter le déficit d'intégration en cas de longue maladie

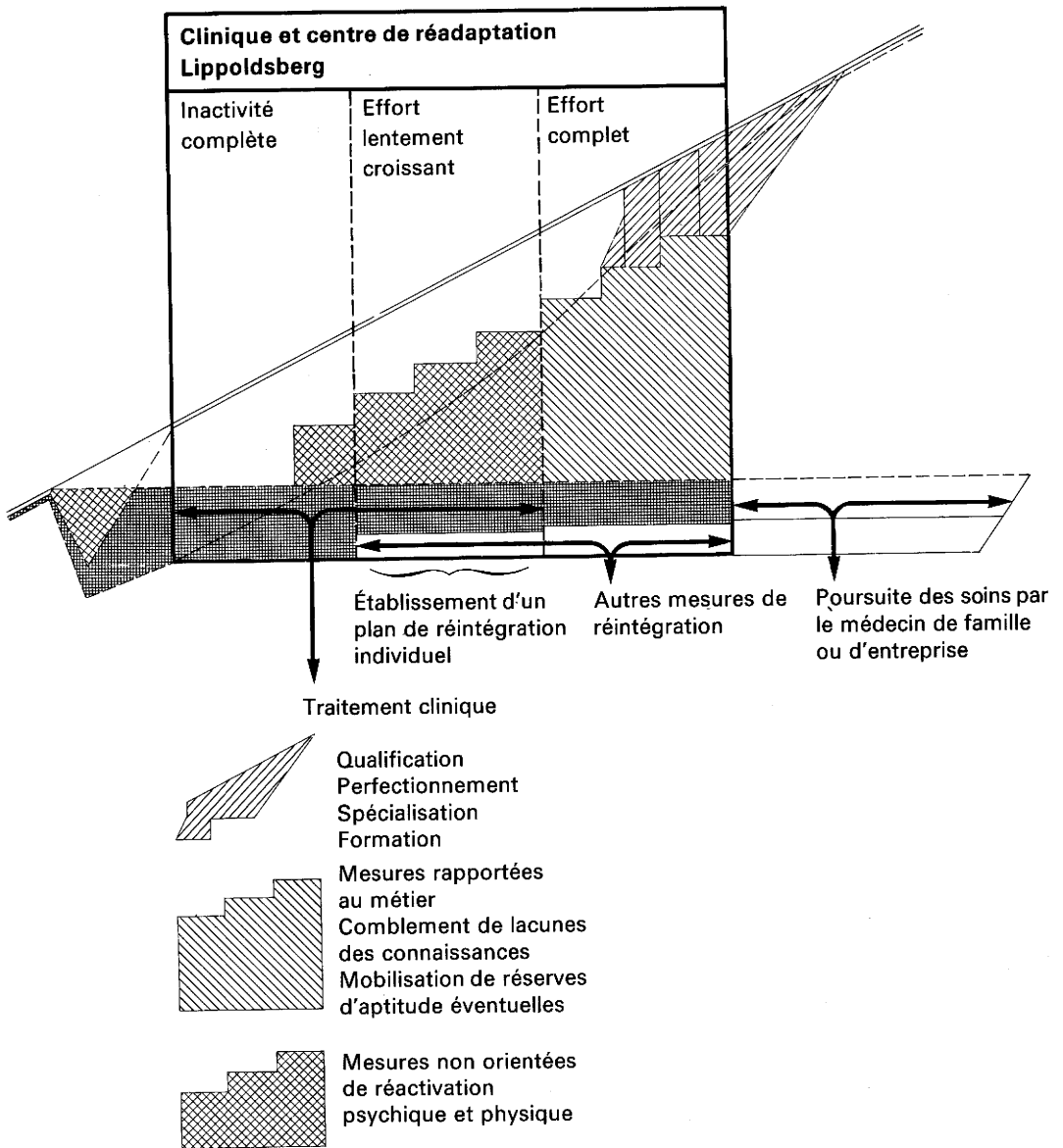


Schéma de réintégration en cas de longue maladie

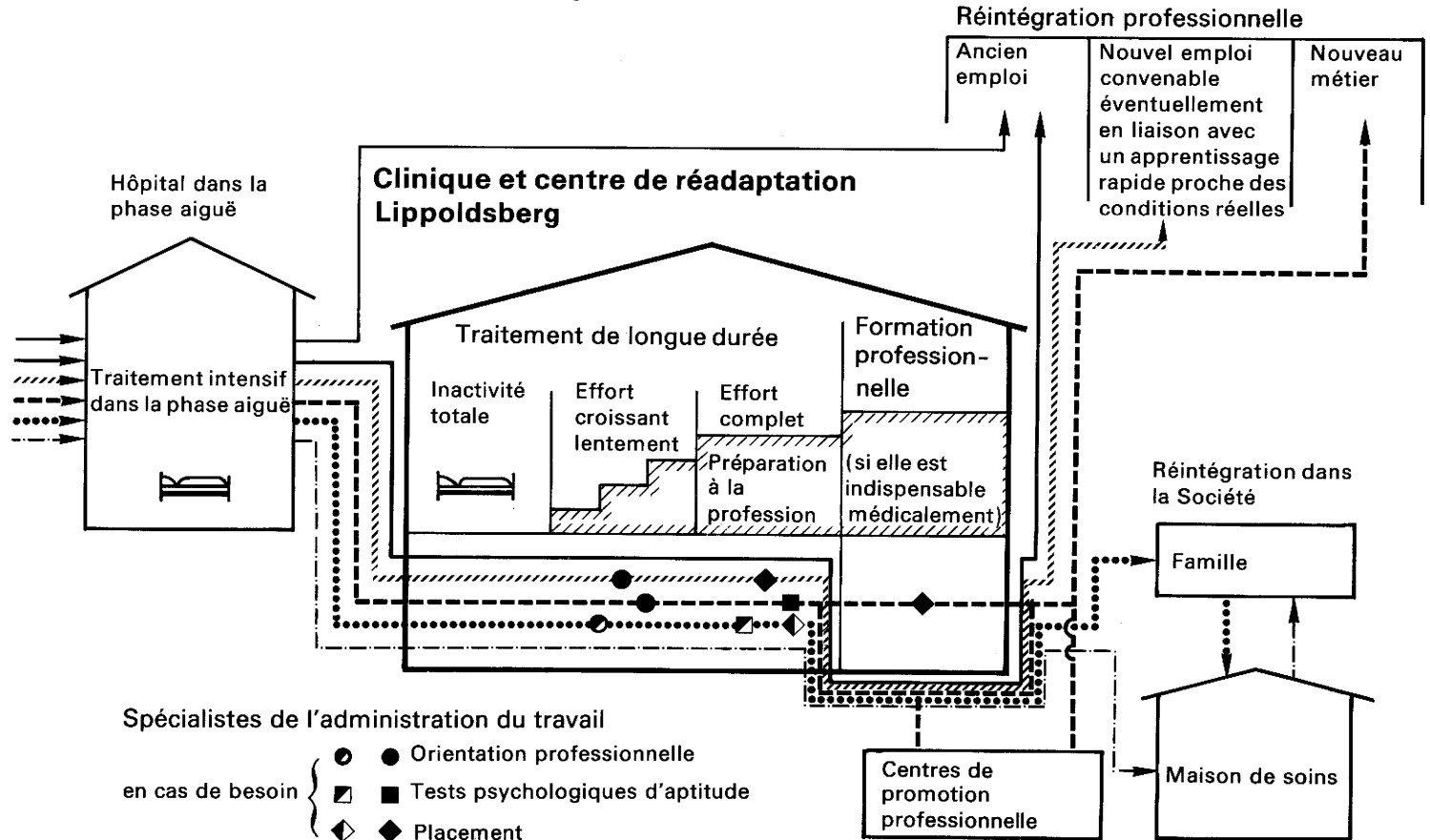
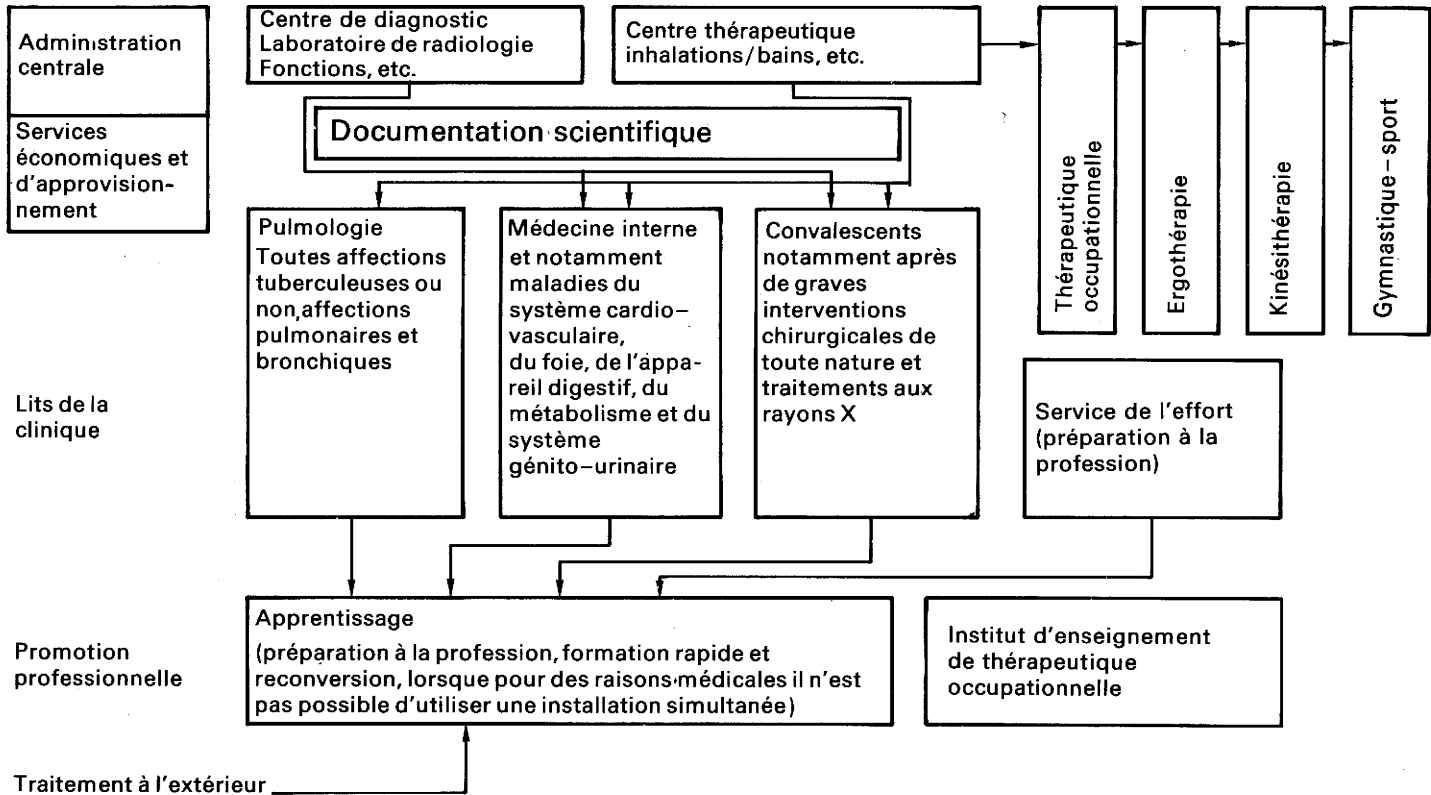


Schéma pour la clinique et le centre de réadaptation Lippoldsberg



Réintégration des patients menacés d'invalidité ou frappés d'incapacité de travail, en coopération avec les spécialistes de l'Institut fédéral du travail (AA Kassel)

Clinique

Conseils par des spécialistes de l'orientation professionnelle et du placement de grands mutilés

Constatation des aptitudes principales et rapport psychologique sur les aptitudes =

Institut de formation professionnelle et de reconversion

Personnes traitées au dehors
Personnes frappées d'incapacité de travail

Personnes reclassées

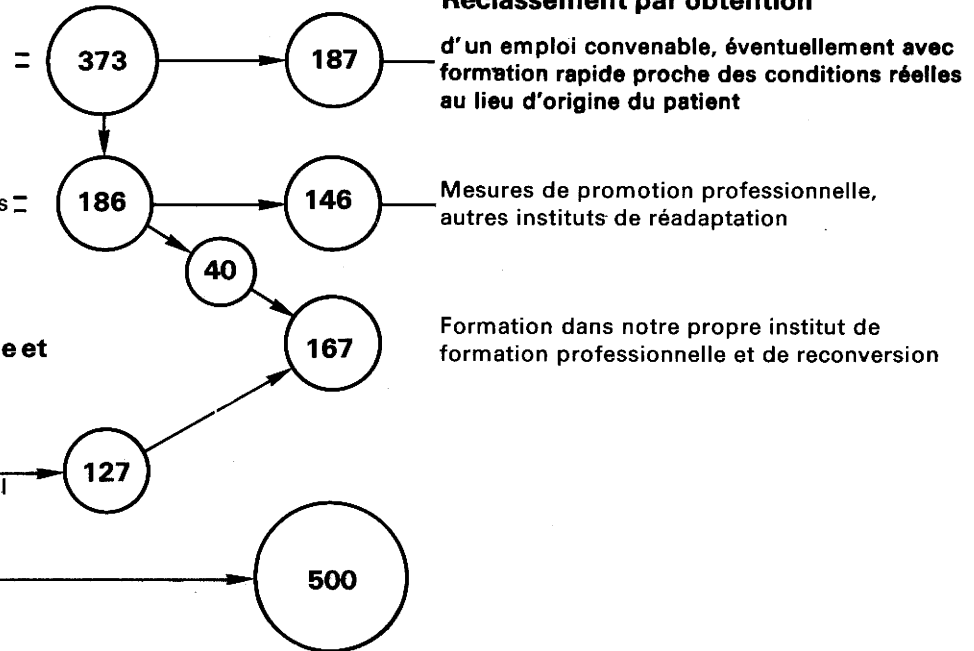
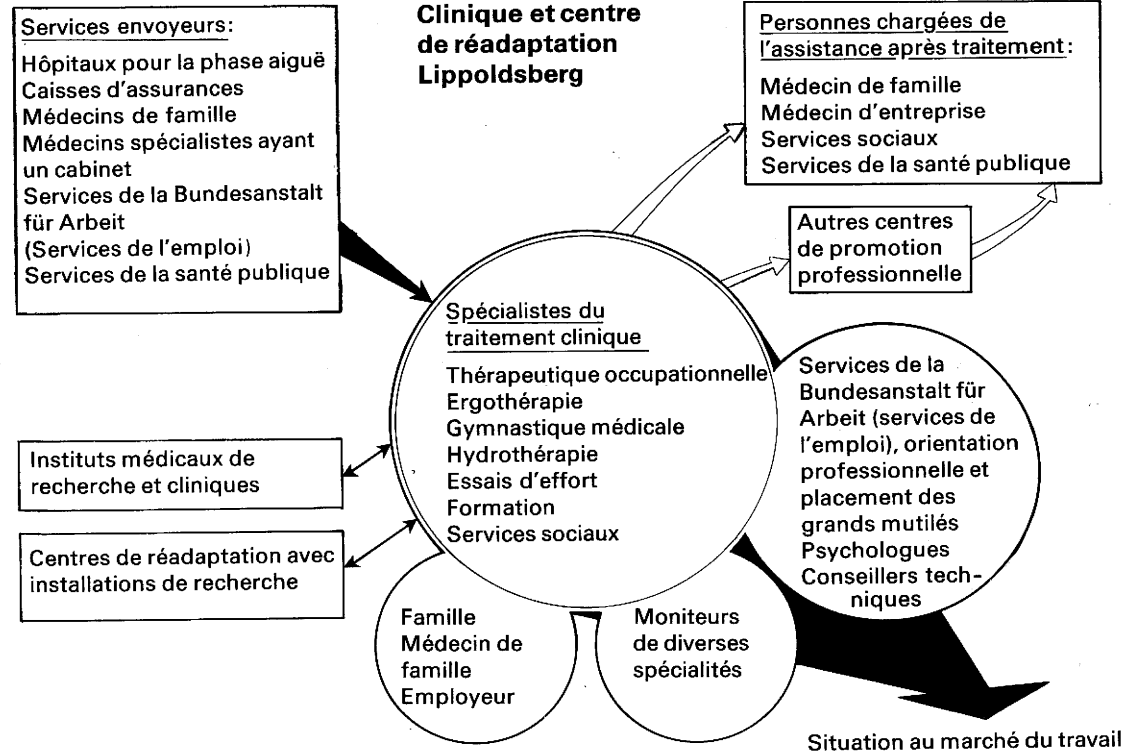


Schéma de l'alliance interdisciplines



rer des résultats satisfaisants.

Seule une coopération sans préjugé entre services envoyeurs et organismes de réadaptation, d'une part, et les personnes chargées de l'assistance après traitement, d'autre part, permettra d'assurer une réintégration parfaite. Et seule une coopération entre les spécialistes de la réadaptation, les moniteurs, la famille, le médecin et l'employeur ayant présentés à l'esprit les exigences du marché du travail, garantira que toutes les possibilités de réadaptation seront épuisées, sans négliger pour autant les nécessités médicales.

Cela requiert, il est vrai; un effort constant vers le progrès en matière médicale et des perfectionnements dans le domaine de la formation.

Des initiatives encourageantes ont été prises à cet égard dans notre sphère d'activité avec la création d'un secteur spécial de recherche sur la réadaptation et d'organismes de perfectionnement correspondants.

Toutefois, on ne pourra attendre de nouvelles impulsions décisives que si l'on s'attaque énergiquement à des projets de recherche visant à obtenir de meilleurs critères d'appréciation et de meilleurs procédés, si l'on intensifie la coopération clinique dans le sens de la réadaptation et si l'on intègre davantage les problèmes de réadaptation dans l'enseignement et les mesures de perfectionnement pour le plus grand profit des handicapés ainsi qu'au bénéfice de notre société.

M. LENOBLE

La place de la sociologie dans le processus de la réadaptation

Comme différentes disciplines de la réadaptation on énonce généralement la médecine réadaptative, la psychologie, la psychothérapie, la kinésithérapie, l'ergonomie, etc. La sociologie est trop souvent oubliée. En effet, le groupe des handicapés rentre dans la théorie sociologique de la déviance. Dans le domaine de l'acceptation sociale le stigmate du handicapé constitue un élément pré-

pondérant. Ce stigmatisme du handicapé résulte selon Erving GOFFMAN entre l'identité réelle à savoir : l'identité à laquelle le handicapé peut effectivement prétendre et l'identité virtuelle à savoir celle qui lui est attribuée par l'extérieur. Dès lors, le rôle de la sociologie se situe au niveau des passages d'un milieu à un autre, par exemple, le passage d'un milieu de réadaptation à celui de la société globale, de la famille et de l'environnement, d'un atelier protégé à une organisation du travail ordinaire. En outre, la sociologie intervient également dans l'étude des structures d'organisation des différentes institutions thérapeutiques dans le but de réduire les distorsions structurelles entre celles-ci et la société globale.

F.B. VENEMA

Remarque concernant les points e et f du résumé.

Point e : Il faut fonder le plus grand nombre possible de centres ou d'institutions spécialisées pour la réadaptation fonctionnelle et professionnelle.

Cette opinion est à mon sens trop peu nuancée et, portée à l'extrême, il pourrait en résulter un écart entre la réadaptation et le traitement dans les hôpitaux où a lieu néanmoins une partie importante du traitement médical.

Aussi faut-il avant tout développer la réadaptation à l'hôpital et, partant des besoins qui apparaissent après la sortie d'hôpital, créer des centres spécialisés en liaison étroite avec, le plus souvent, un groupe des hôpitaux cités ci-dessus.

Cela aura également pour effet de procurer une base saine pour l'intégration de la réadaptation et, si la réadaptation est développée à l'Academisch Ziekenhuis (Hôpital Universitaire), on aura de meilleures chances de succès pour son enseignement.

Enfin, encore une remarque concernant la spécialisation "réadaptation".

Au niveau européen, nous connaissons deux formes : tout d'abord la réadaptation en tant que "compétence" et, en second lieu, la réadaptation en tant que spécialisation reconnue comme aux Pays-Bas, par exemple, où la formation dure 4 ans et où cette spécialisation est reconnue au même titre que par exemple la chirurgie et la médecine interne.

Il me semble que la reconnaissance de la réadaptation comme discipline autonome peut contribuer à sa meilleure intégration et peut promouvoir son enseignement dans le cadre de la formation médicale normale. Aux Pays-Bas, par exemple, des maîtres de conférence donnent des cours de réadaptation avec un programme propre dans quatre universités différentes.

M. GESA-BIANCHI

Je suis d'accord sur le fond de l'exposé Gerundini-Houssa, comme sur l'importance des activités de groupe et d'orientation professionnelle continue, soulignée dans l'exposé Pierquin-Storm. Pour compléter, j'estime nécessaire d'indiquer les points suivants :

- 1) La médecine de réadaptation qui doit commencer son action très tôt accomplit une fonction de prévention secondaire par rapport aux dommages - autrefois jugés fatals - qui persisteraient en tant que conséquence stable d'une lésion.

Mais cette fonction très utile doit s'articuler continuellement avec la prévention primaire, c'est-à-dire la prophylaxie des accidents et des maladies qui déterminent les lésions.

- 2) La réadaptation doit intéresser non seulement le handicapé, mais sa famille qui souvent se ressent indirectement de ce qui est arrivé à son membre, et peut représenter un obstacle à sa réadaptation.
- 3) Le handicap n'est pas nécessairement physique, mais peut être psychique (déficit intellectuel, troubles émotionnels, etc.) ou social; et même lorsqu'il est physique, il présente un facteur

psychologique et social qui doit être considéré dans la réadaptation.

- 4) L'action sur le handicapé et sur sa famille doit s'accompagner d'une action sur la société qui en modifie les préjugés et en facilite un comportement favorable à la réintégration du handicapé.
- 5) La réintégration du handicapé dans le travail doit pouvoir comporter - si c'est nécessaire - une adaptation ergonomique du travail lui-même aux possibilités que présente le handicapé.

N.E. COPPER (1)

Les deux orateurs ont à juste titre souligné la nécessité d'inclure la réadaptation médicale dans le programmes des cours des écoles de médecine. Je me permets de suggérer que ces cours fournissent aux étudiants en médecine un aperçu sur les principes de base de la réadaptation professionnelle. Cela peut se faire de différentes manières :

- I) par des cours spéciaux donnés par des spécialistes de la réadaptation professionnelle;
- II) visite de locaux industriels par les étudiants en médecine, afin de se rendre compte des conditions actuelles de travail auxquelles peuvent être éventuellement confrontés des handicapés;
- III) courtes périodes de stages des étudiants auprès des médecins sanitaires dans des centres de réadaptation professionnelle.

La dernière de ces méthodes est particulièrement efficace, car nous avons trouvé que ces même étudiants, après avoir été reçus et avoir commencé à travailler comme généralistes ou comme médecins d'hôpital, ont adressé consciencieusement leurs patients aux services de réadaptation professionnelle simplement parce qu'ils étaient pleinement au courant de l'aide et de l'assistance inestimables que peuvent procurer de tels services.

N.E. COOPER (2)

L'orateur a eu l'obligeance de rappeler le rôle de pionnier de l'Organisation internationale du travail en matière de réadaptation professionnelle, principalement en ce qui concerne la définition de normes et de directives internationales sur ce sujet. J'ai pensé qu'il serait utile de citer les principales définitions contenues dans la recommandation n° 99 de l'OIT, qui nous donnent une base solide pour des programmes de réadaptation professionnelle :

- (1) L'expression "réadaptation professionnelle" comprend la partie du processus continu et coordonné de réadaptation qui inclut les services professionnels comme par exemple l'orientation professionnelle, l'éducation professionnelle et le placement sélectif, destinés à permettre à un handicapé d'obtenir et de conserver un emploi convenable.
- (2) L'expression "personne handicapée" désigne une personne dont les chances d'obtenir et de conserver un emploi convenable sont fortement réduites à la suite d'une déficience physique ou mentale.
- (3) Les services de réadaptation professionnelle devraient être accessibles à tous les handicapés, quelles que soient l'origine et la nature de leur incapacité et que que soit leur âge, pourvu qu'ils puissent y être préparés et qu'ils aient des chances raisonnables d'obtenir et de conserver un emploi convenable.

G. CRAVIOTTO

Je suis d'avis qu'au cours de ces années, la théorie a progressé davantage que la pratique. En effet, observant en profane les photos d'exercices de réadaptation des handicapés, j'ai eu l'impression que la technique n'a pas fourni au cours de ces années une assistance importante pour la réadaptation.

Il y a ensuite le problème du personnel rééducateur des handicapés. Il est vrai que le médecin n'a pas la possibilité de choisir les sujets à rééduquer, mais il devrait en revanche être possible de sélectionner ceux qui doivent s'occuper de la récupération de l'acci-

denté.

Le personnel des centres de réadaptation devrait non seulement posséder des connaissances théoriques, mais aussi connaître suffisamment le milieu du travail pour pouvoir suivre également sur le plan psychologique la réintégration du handicapé dans le processus de production.

C. AMOUDRU

Il me paraît utile de souligner par un exemple concret l'importance et l'efficacité de la réadaptation médicale.

Les Charbonnages de France ont créé peu après la dernière guerre plusieurs centres de réadaptation fonctionnelle. Le plus important est le Centre de réadaptation d'OIGNIES, Pas-de-Calais; il compte 80 lits et reçoit principalement des victimes d'accidents du travail appartenant au personnel des Houillères du Bassin du Nord et du Pas-de-Calais.

Or, nous avons l'habitude de suivre le devenir professionnel des réadaptés et en particulier d'examiner leur devenir éloigné plus significatif que le résultat immédiat après sortie du centre. Sur 1 500 sujets ayant fréquenté le centre après un traumatisme minier grave ou moyen, les résultats après 5 ans sont les suivants :

- 60 % ont repris leur travail antérieur au fond;
- 30 % sont présents au fond mais bénéficient d'un travail adapté;
- 5 % ont été reclassés à la surface dans un travail léger;
- 5 % seulement ont demandé leur invalidation.

R. FRANCOIS

Je voudrais faire une simple communication :

Je représente

L'Union nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés et la Ligue Internationale d'Aide aux Handicapés mentaux.

Il nous a été précisé ce matin qu'en fonction de l'importance des problèmes à traiter et des questions posées, il avait fallu faire un choix limitatif.

Je demande seulement que le Comité organisateur n'élimine pas cet aspect particulier de ses préoccupations, même s'il ne peut le traiter au cours de ce colloque. Je forme le vœu que, si nécessaire, il soit étudié l'organisation d'une rencontre propre aux handicapés mentaux adultes sur le plan des pays de la Communauté. Par ailleurs, je me fais le porte-parole d'un petit groupe de participants pour qu'une rencontre entre participants intéressés par ce problème spécifique puisse se faire, éventuellement en dehors du programme de ce colloque.

V. GUARDASCIONE

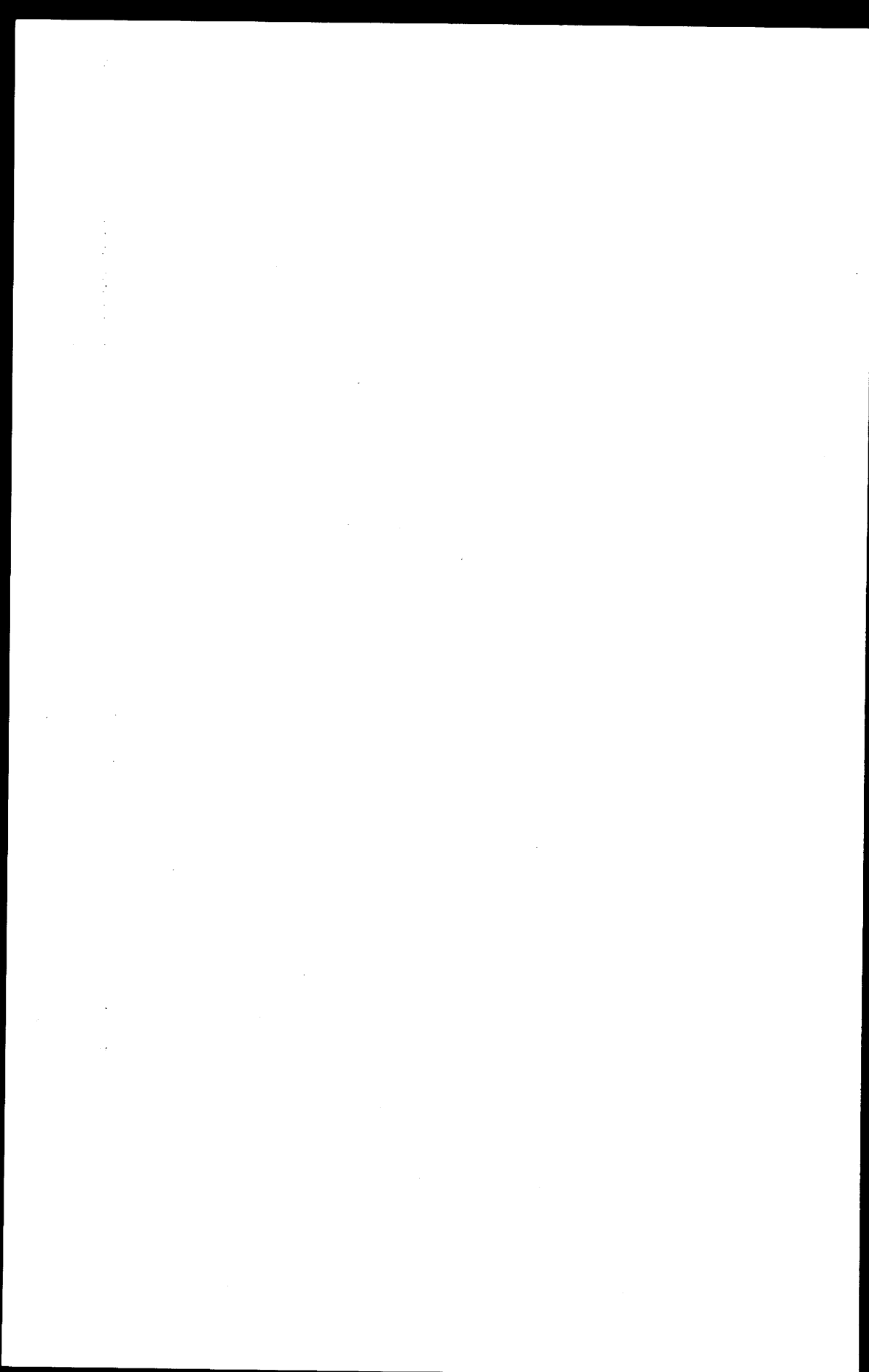
Je partage ce qu'a dit le collègue Gerundini : la réadaptation - pour vaincre l'état anxieux de méfiance et d'abattement - doit être très précoce. C'est-à-dire qu'elle doit commencer au cours de la phase d'hospitalisation ou, au plus tard, au cours de la période post-hospitalière. Mais, pour atteindre l'objectif, il ne suffit pas d'avoir recours au psychologue, à un personnel médical et paramédical hautement qualifié et aux différentes pratiques de physio-kinésithérapie et d'ergothérapie, si l'invalidé ne collabore pas. Nous estimons que de bons résultats ne peuvent être obtenus que lorsque l'on réussit à intéresser le handicapé, en lui donnant la certitude qu'une fois réadapté et rééduqué professionnellement, il aura la possibilité de trouver un nouvel emploi convenant à son nouveau comportement au travail. Le travail doit être nécessairement repris. Il n'y a rien de pire qu'un invalide, réadapté ou rééduqué, restant ensuite inactif et donc socialement improductif. Nous avons depuis longtemps affirmé ce principe, du reste pas nouveau, lorsque nous nous sommes occupés de la prévention de l'invalidité.

Le Prof. Pierquin a d'ailleurs fait allusion au réentraînement des tuberculeux à l'effort. Ce qu'il a dit se trouve confirmé dans l'expérience que nous avons faite avec nos convalescents relevant de

silicose. En effet, nous avons remarqué que si ces sujets restent sans activité et ne font que des cures climatiques et d'aérosols, la reprise du travail, au terme de l'hospitalisation, est toujours plus pénible, comme si le repos avait eu une incidence sur leur entraînement à la fatigue, rompant l'équilibre bien que précaire de la fonction cardio-respiratoire. En revanche, cela n'a pas eu lieu lorsque les sujets atteints de silicose ont été soumis pendant la période d'hospitalisation à une gymnastique respiratoire et à des pratiques ergothérapeutiques.

Le Professeur Pierquin a fait le point sur les termes "réadaptation", "requalification", "rééducation", etc., utilisés parfois sans distinction et improprement. Nous sommes parfaitement d'accord sur ce qu'il a dit. Chez nous, en Italie, l'expression "réadaptation" (riabilitazione) implique un concept se référant uniquement à des pratiques susceptibles de restaurer ou d'améliorer l'état anatomofonctionnel, tandis que l'expression "rééducation" (rieducazione) se réfère uniquement aux phases d'apprentissage et de réadaptation à un nouveau métier.

Ce qu'a dit le Professeur Storm, en particulier au sujet des patients cardiopathiques et des pneumopathiques, est très intéressant. Notre expérience s'est développée à ce propos depuis que nous pratiquons et promovons la réadaptation des sujets atteints de silicose. Comme on le sait, ces sujets ont une fonction cardio-respiratoire précaire, résultant de conditions anatomiques qui présentent une forte tendance vers une évolution allant en empirant. Chez ces sujets, contrairement à ceux qui présentent des séquelles handicapantes de nature chirurgicale, il est difficile de prévoir les résultats d'une thérapeutique de réadaptation et si ces résultats seront plus ou moins durables - dans des limites raisonnables, bien entendu. En tout cas, nous avons remarqué qu'il n'est pas possible d'établir des paramètres entre reprise de la fonction cardio-respiratoire et les travaux auxquels ces malades peuvent être affectés, du fait et comme suite à cette reprise.



FORMATION PROFESSIONNELLE DES HANDICAPES

Présidence du Prof. CLAESSENS
Directeur
Kliniek voor Fygiotherapie en Orthopedie
Rijk Universiteit - Gent
Belgie

Rapporteurs : W. BOLL, M. MUTTERER

RAPPORTS

M. MUTTERER

INTRODUCTION

La Formation Professionnelle est l'une des actions qui concourent à l'adaptation ou à la réadaptation professionnelle des handicapés. Elle doit aboutir à leur placement dans la vie active normale.

Pour y parvenir, elle doit être construite à partir d'une analyse objective de la situation des personnes et des moyens à disposition.

Plus que toute autre mise en oeuvre de Formation Professionnelle, celle qui s'adresse aux handicapés doit adopter une stratégie d'évolution et utiliser des techniques nouvelles en matière d'organisation, de pédagogie et d'information.

Seule une telle démarche permettra d'agir efficacement et d'obtenir pour les handicapés l'égalité des chances.

I. LES BASES ET LES LIMITES DES ACTIONS DE FORMATION PROFESSIONNELLE POUR LES HANDICAPES

Vouloir réaliser l'égalité des chances des handicapés avec les autres travailleurs, ce n'est pas faire une gageure, c'est mener une action réaliste à partir de données précises sur les personnes, leur handicap, leur acquis scolaire et professionnel, leurs motivations. C'est aussi passer en revue les modes et les processus de formation professionnelle, pour déterminer celui qui convient le mieux. C'est enfin tenir compte à tout moment des réalités techni-

ques et économiques du temps présent et, autant qu'on le peut, des évolutions prévisibles.

1. Le handicapé et l'égalité des chances

1.1. Le handicap

Le choix des formations professionnelles est limité par le handicap. Il est vrai qu'il y a des réussites exceptionnelles: le soudeur à l'arc amputé des deux mains, l'aveugle dépanneur en radio-télévision. Ces exemples et d'autres encore trop souvent cités ont été source de découragement et de nouvelles frustrations pour beaucoup. Il ne faut pas se leurrer, le handicap existe, les séquelles des accidents ou des maladies sont de plus en plus sévères. La vie professionnelle n'est pas encore dépourvue de fatigues, de barrières et favorable à l'épanouissement des personnes.

Dans l'éventail des professions, il est nécessaire de choisir celles qui dans la majorité des cas conviennent et il faut admettre qu'elles se situeront toujours dans les limites suivantes :

profession : - assise ou assise debout,
- sans déplacement excessif horizontalement et verticalement,
- sans port de charges,
- dont les horaires sont habituels et réguliers,
- dont le temps de travail ne dépasse pas 40 heures par semaine,
- dont le milieu ambiant n'est ni pollué, ni bruyant,
- dont les cadences et le rythme de travail sont normaux et correctement aménagés.

Voilà beaucoup de conditions à réunir, mais il est indispensable de ne pas les négliger. A-t-on le droit, en effet, de donner aux handicapés une formation professionnelle qui suppose des postes de travail aménagés et des conditions de travail qui ne seraient qu'exceptionnellement réunies? De plus, il ne faut pas oublier que la formation professionnelle doit aboutir au placement dans la vie active normale. Or, celle-ci suppose des trajets à effectuer et bien souvent des barrières architecturales à surmonter.

Aux limites qu'impose par lui-même le handicap, vient s'en ajouter une autre, corrélative : dans le domaine de la réadaptation, la formation professionnelle suppose la préexistence d'un emploi, d'un apprentissage ou, tout au moins pour les jeunes, d'une vocation.

1.2. Le milieu socio-professionnel

Quel est donc le milieu socio-professionnel concerné par une formation professionnelle adaptée ou une conversion professionnelle ? Jusqu'à ce jour, ni les professions libérales, ni les cadres, très exceptionnellement les techniciens ou les cadres de maîtrise. La maladie, l'accident perturbent à tous les coups la vie professionnelle du travailleur manuel. D'une façon très globale, il faut se rendre à l'évidence qu'un manoeuvre, un ouvrier spécialisé, un ouvrier qualifié même, ne disposent que d'aptitudes limitées ou à développer, de connaissances techniques nulles ou à compléter, d'un acquis scolaire insuffisant, oublié, donc à compléter ou à revaloriser.

Le choix des formations et surtout leur niveau technique est de ce fait limité. Le niveau des actions de formations professionnelles pour les handicapés se situe donc plus généralement dans la fourchette des classifications suivantes (classifications récemment adoptées en France) :

- . ouvrier spécialisé (classe V bis)
- . ouvrier qualifié)
- . agent technique ((classe V)
- . technicien (classe IV)

Le temps prévu pour ces formations, malgré une certaine latitude accordée lorsqu'il s'agit d'handicapés, ne permet pas de franchir plusieurs niveaux en une seule période de stage.

Mais les programmes des formations doivent être étudiés de telle façon que l'accession à une promotion ultérieure soit possible pour ceux qui en ont les moyens intellectuels et le courage. La généralisation des actions de formation permanente et de promotion professionnelle doit permettre ainsi à un plus grand nombre d'entre-eux d'atteindre des niveaux supérieurs.

1.3 L'âge - le sexe - la nationalité

Viennent s'ajouter aux limites déjà examinées, celles de l'âge, du sexe et de la nationalité. Elles ne sont pas spécifiques aux handicapés et sont évoquées dans le cadre de toutes les actions de formation professionnelle, d'adultes notamment.

L'admission en formation professionnelle de handicapés de plus de 45 ans, n'est pas contradictoire avec les limites dont on vient de parler. Elle a surtout contre elle, certains préjugés d'ailleurs paradoxaux à une époque de longévité croissante.

De même, il est courant dans nos pays de constater le sous-développement de la formation professionnelle des femmes. La difficulté à surmonter est ici de la même nature que celle causée par l'origine socio-professionnelle des handicapés. Mais elle procède également d'un préjugé qui veut la "femme au foyer" et, a fortiori, "l'infirmière ou la malade" à laquelle sont dévolus de menus travaux ménagers.

A la qualité de travailleur étranger sont en général liés une qualification professionnelle inexistante, un niveau d'instruction peu élevé auquel se surajoute la méconnaissance de la langue. Ségrégation raciale et de classe sont le lot de ces travailleurs; l'investissement nécessaire à leur réadaptation professionnelle est jugé trop important et le rapatriement intervient, mesure socialement injuste.

Les limites propres à la personne du handicapé se cumulent très souvent avec celles qu'engendrent notre société.

1.4 La législation

Elle a pourtant, cette société, tout au long de son histoire, imaginé des systèmes pour résoudre les problèmes posés par la maladie et l'invalidité. Charité, assistance, solidarité, prévoyance coexistent à l'heure actuelle dans la plus grande des confusions et dénaturent pour les handicapés le sens des objectifs de la formation professionnelle.

La diversité des régimes d'assurance ou d'assistance, soit à

cause de leur système financier, soit par leur portée catégorielle, soit dans le type des prestations distribuées, est source d'inégalité. Mais l'est bien plus encore, le fondement du droit en la matière qui tient compte des circonstances du handicap et non du handicap.

La complexité de la législation propre à chaque régime la rend incommunicable et engendre par surcroît une certaine lenteur administrative. Mauvaise information, démarches longues et compliquées, inégalité, préjugés ne sont pas précisément des facteurs favorables à la "motivation" dont on parle tant.

L'harmonisation des actions de formation professionnelle étendues aux handicapés, actuellement mise en oeuvre en France, devrait pouvoir favoriser l'égalité des chances.

2. Les modes de Formation Professionnelle

Les modes de formation professionnelle sont, en effet, à ce point divers, qu'une harmonisation est incontestablement nécessaire. La réalisation des objectifs placement et droit à la formation professionnelle pour tous est à ce prix.

L'accès des handicapés aux différents modes de formation professionnelle est fonction, non seulement des limites qui viennent d'être analysées, mais aussi de celles qui sont propres aux structures des différents organismes de formation professionnelle.

2.1 L'Education Nationale

Les écoles techniques de l'Education Nationale (instruction publique) sont pour les défenseurs de la non-ségrégation des handicapés la solution idéale. Mais il faut se rendre à l'évidence, lorsque cette possibilité existe, que la ségrégation se fait à l'intérieur des structures d'un établissement ("les classes spéciales"). On peut se demander si cet état de choses n'est pas plus frustrant encore pour le handicapé.

De plus, les barrières : âge, sélection, temps de formation sont des réalités comme le sont les escaliers de la plupart des constructions qui abritent ces établissements. Ils ne disposent pas non

plus à l'heure actuelle encore des équipes pluridisciplinaires nécessaires plus particulièrement aux handicapés.

2.2 La formation professionnelle des adultes

Les formations professionnelles pour adultes dont les objectifs de conversion, de recyclage et de promotion professionnelle pourraient convenir, présentent dans leurs structures, leurs implantations, des limites identiques; plus particulièrement la sélection, les temps de stage, la fatigue accumulée avec une journée de travail lorsqu'il s'agit de cours du soir et le manque d'aide médico-psychosociale.

2.3 La formation en entreprise

La formation en entreprise, sous forme de contrat de "rééducation professionnelle" ou dans le cadre de stages de formation professionnelle organisés par l'employeur, est considérée par un certain nombre de personnes comme la plus valable. Leurs arguments se justifient par le retour rapide dans la vie réelle, facteur psychologique et social important, et le coût peu élevé pour la collectivité.

Mais ce mode de formation professionnelle prévu par la plupart des législations de nos pays a été peu ou pas utilisé. Les raisons qui, entre autres, peuvent être invoquées sont les suivantes :

- l'objectif de l'entreprise n'est pas la rééducation professionnelle,
- la formation professionnelle est limitée aux besoins d'une entreprise,
- la rémunération a un caractère particulier, donc frustrante en milieu normal,
- il n'y a pas d'aide médico-psychosociale et pédagogique.

2.4 La formation par correspondance

Un autre mode de formation professionnelle qui pourrait avoir un aspect particulièrement adapté à la situation des handicapés est l'enseignement par correspondance. Il présente malheureusement des

inconvénients graves. Tout le monde sait qu'il est très difficile de travailler seul. La formation professionnelle d'autre part implique des travaux pratiques qui ne peuvent pas toujours être suivis et contrôlés par correspondance. Lorsque cet enseignement est dispensé par les organismes d'Etat ou contrôlé par lui, il a les mêmes limites déjà évoquées et inhérentes à ces modes de formation.

Mais il présente du moins une garantie de sérieux que n'ont pas les nombreuses institutions à but commercial. Leur multiplication et leurs abus ont préoccupé récemment les autorités de nos pays. Les handicapés sont les victimes désignées de ces officines qui sont de véritables marchands d'illusions.

Par contre, certaines organisations, bénévoles d'ailleurs, créées pour préparer les malades et les handicapés à des examens ou des formations professionnelles, sont des actions à encourager et à développer. Elles présentent l'avantage de ne pas prétendre donner une formation professionnelle complète mais d'y préparer et de pouvoir être mises à contribution, gratuitement ou presque, quelle que soit la période de l'année. Cette formule a, en fait, le caractère d'un établissement spécialisé, c'est-à-dire, adapté aux besoins des personnes.

2.5 Les établissements spécialisés

Les établissements spécialisés ont-ils toujours cette qualité? Il semble que l'aspect ségrégatif qui leur est reproché pourrait être évité si l'âge, le sexe, la nature du handicap n'étaient pas, eux, spécifiques. Un certain nombre de centres de formation professionnelle pour handicapés ont à l'heure actuelle un passé d'expériences suffisant pour prouver le bien-fondé d'une formule mixte sous tous ses aspects.

Il est vrai qu'elle exige une certaine capacité d'accueil et aussi, dans ce cas-là, une équipe médicale pluridisciplinaire à temps plein ou du moins en vacation régulière et un personnel infirmier, paramédical et social plus nombreux.

Un groupe important n'est pas forcément déshumanisant lors-

qu'il s'organise bien. La formation professionnelle ne doit plus avoir un caractère protégé, elle le restera toujours quelque peu, malgré tout, par la vie collective et les aides médico-psycho-sociales qui doivent être apportées aux stagiaires.

L'imagination et l'esprit de recherche doivent être les qualités des équipes des centres de formation professionnelle spécialisés. Ils doivent être particulièrement bien informés des débouchés professionnels, des exigences techniques des emplois et disposer d'un équipement correspondant. Leur but est la remise au travail, il serait lourd de conséquences pour le handicapé et la collectivité que cet objectif ne soit pas atteint.

3. Les emplois et le choix des formations

Les progrès techniques contribuent à la réalisation de ce but.

3.1 Les emplois nouveaux

Le développement de l'électronique, de l'informatique et de la mécanique est générateur d'emplois nouveaux particulièrement bien adaptés aux handicapés. Des postes de travail leur deviennent accessibles dans certaines industries où l'automatisation des processus de fabrication prend à son compte des charges de travail insalubres et fatigantes. Les industries nouvelles ont l'avantage aussi de nécessiter des professionnels des niveaux de qualification différents et cela dans un même domaine technologique. Les handicapés ont de ce fait la possibilité d'accéder à des postes adaptés à leur niveau de connaissances et de se promouvoir en fonction de leurs aptitudes dans la même orientation technique.

Cependant, l'accélération des progrès techniques rend nécessaire un ajustement constant des connaissances et très souvent l'acquisition d'un nouveau savoir-faire. Une attitude prospective devrait aider les actions de formation dans le choix des orientations et le contenu des programmes.

3.2 L'amélioration des conditions de travail

Simultanément, les progrès économiques et sociaux ont apporté

aux conditions de travail un certain nombre d'aménagements propres à favoriser le reclassement :

- l'humanisation des lieux de travail, le contrôle des mesures d'hygiène et de sécurité,
- l'attention plus grande portée à la santé, aux problèmes sociaux, aux besoins de formation et d'épanouissement des travailleurs,
- l'allègement des horaires de travail hebdomadaires, l'augmentation des périodes de repos et de congés payés,
- la généralisation de la prévoyance obligatoire pour tous les risques

sont autant de mesures qui rendent le travail moins dur à tous; elles devraient ouvrir plus largement encore les portes de la vie active aux handicapés.

Il reste cependant beaucoup à faire, ces mesures ne sont pas toutes généralisées et sont encore imparfaites. L'accès au travail de certains grands handicapés, par ailleurs aptes à une formation professionnelle souvent très qualifiée, ne peut pas toujours être réalisé en raison de leur très grande fatigabilité; la généralisation d'horaires à mi-temps favoriserait leur reclassement.

De plus, les progrès techniques, les progrès sociaux engendrent de nouvelles contraintes. L'automobile, si nécessaire à certains handicapés, est pratiquement inutilisable par eux dans la plupart des conditions existantes de trajet et de parking. L'environnement, la pollution, les tensions dues au changement accéléré risquent d'être autant de nouvelles "barrières".

3.3 L'aléa des prévisions en matière d'emplois

Ceci dit, la formation professionnelle des handicapés se trouve dans la situation difficile de tout enseignement professionnel. Quel doit être son contenu puisque les techniques sont si vite périmées? Un programme ne s'improvise pas, l'élaboration de la progression des matières à enseigner, leur concordance, leur utilité doivent se vérifier; une période de validation est indispensable. Quel choix y a-t-il lieu de faire en ce qui concerne l'orientation

et la qualification?

Les activités agricoles, industrielles et de service sont sans arrêt en pleine mutation. Dans le domaine qui nous préoccupe, la nature des handicaps, en deux décennies, a complètement changé : les séquelles de tuberculose et de poliomyélite ont à peu près disparu dans nos pays, mais les séquelles de traumatismes; notamment crâniens, et les handicaps psychiques vont en augmentant. La formation des maîtres, celle des animateurs et des personnels spécialisés de plus en plus nécessaires (médecins, psychologue, rééducateurs, travailleurs sociaux) doit tenir compte, elle aussi, de toutes ces mutations.

Quels sont donc les emplois à pourvoir?

Où sont les sources d'informations?

Prospective et planification, dans tous les domaines, sont souvent bousculées. L'ordinateur est un merveilleux instrument, mais il ne répond aux problèmes posés qu'en fonction des informations qui lui sont données. Il semble bien que, dans le domaine qui nous préoccupe, il soit nécessaire d'agir avec un certain pragmatisme, mais il faut avoir, pour le faire, les moyens matériels et surtout les hommes.

3.4 L'orientation des actions de formation

Les bases et les limites des actions de formation professionnelle pour handicapés étant analysées et bien mesurées, la philosophie d'action résolument adoptée, la stratégie d'une formation professionnelle adaptée à notre temps devrait se donner les objectifs suivants:

- rechercher et utiliser tous les moyens nécessaires pour développer les aptitudes des personnes,
- dispenser une culture générale optimale,
- grouper dans une même unité des spécialités d'une même famille professionnelle pour pouvoir les adapter aux demandes d'emplois : cette structure permet également de donner une formation technologique de base par tronc communs et de faire accéder les personnes en formation à des qualifications selon leur niveau de connaissances et leurs aptitudes,
- étudier et mettre en oeuvre des travaux pratiques le plus proches possibles de la réalité,
- organiser des stages dans l'activité réelle pour la mise à l'épreuve du savoir-faire, du rythme et du rendement.

Une politique de ce type suppose, encore une fois, des établissements d'une certaine importance ou une coordination entre les différents centres de formation professionnelle pour handicapés.

Mais il faut, aussi et surtout, promouvoir une politique générale où la formation permanente et l'action médico-sociale aient la place qui doit être la leur.

CONCLUSION

Dans le monde entier, la formation permanente, le recyclage, les conversions et la promotion professionnelle sont un sujet de préoccupation pour les personnes, les organisations et les Etats. Il n'y a pas, sans doute, unanimité quant aux objectifs, mais "nécessité fait loi".

C'est cette même nécessité qui, depuis plusieurs décennies, a fait naître en Europe des centres de post-cure et des centres de rééducation professionnelle grâce à l'impulsion des handicapés eux-mêmes. Sans bruit et au prix de difficultés innombrables, ils ont fait la démonstration de la validité de la formation permanente (même et, pour eux surtout, pendant la maladie) et de la nécessité de la promotion professionnelle.

A l'heure actuelle où pour faire face à l'évolution accélérée des techniques, ces moyens sont ou vont devenir des institutions ouvertes à tous les travailleurs, les handicapés ont droit à l'égalité des chances.

M. BOLL

FORMATION PROFESSIONNELLE DES HANDICAPES

Au cours des dernières années, la rééducation s'est de plus en plus distancée de l'aide sociale destinée à atténuer une détresse pour devenir une aide active en faveur de l'effort personnel. De plus en plus, on voit partout des gens prendre conscience du fait que la majeure partie des personnes handicapées à quelque titre que ce soit peuvent être intégrées complètement dans l'activité profes-

sionnelle si l'on crée un certain nombre de conditions indispensables. Permettez-moi de faire à ce sujet une constatation fondamentale sur l'importance de la capacité professionnelle de tous les hommes comparée à celle de tous les handicapés :

S'il était possible de créer pour tous les individus d'un pays quelconque, dès leur prime jeunesse, des conditions de formation idéales, sur le plan général et professionnel - ce qui ne sera sans doute jamais le cas d'une façon aussi parfaite - 94 % de tous les individus seraient pleinement capables d'exercer au moins une activité professionnelle spécialisée. Quelque 6 % seulement seraient capables d'exercer une profession en raison de leur débilité, déficience mentale, infirmité physique ou de motifs analogues ou seraient seulement capables d'exercer une activité accessoire à une profession ou d'accomplir d'autres travaux très simples. Dans le cas des handicapés, si l'on réunit toutes les causes et toutes les sortes de handicaps, autrement dit si l'on considère l'ensemble des personnes handicapées physiquement, intellectuellement et moralement, les 6 % de personnes incapables d'exercer une profession ou incapables de l'exercer pleinement deviennent quelque 20 % en raison des effets du handicap.

Je voudrais formuler cela de façon quelque peu concrète :

Environ 80 % de tous les handicapés en âge d'exercer une profession pourraient actuellement être intégrés professionnellement et socialement, indépendamment de l'origine, de la gravité ou des incidences de leur handicap, si - et ce "si" sera le fil conducteur de mon exposé - on mettait à leur disposition toutes les aides de réadaptation moderne actuellement mises au point, essayées pratiquement et de ce fait réalisables. Quelque 20 % seulement de toutes les personnes handicapées continueraient à avoir besoin d'un excédent de soins ou de l'atelier protégé où l'occupation est considérée comme thérapie ou soins. Ces constatations sont plus que de simples résultats d'une considération optimiste. Elles peuvent être attestées par des recherches précises, des enquêtes représentatives, l'expérience personnelle et des estimations minutieuses. De même, il est également possible de dire que sur les 80 % de personnes handicapées

intégrables, on peut, en appliquant des formes et méthodes modernes de réadaptation professionnelle, promouvoir au moins 70 à 75 % sur le plan professionnel et social par rapport à leur profession antérieure ou, pour ceux qui n'avaient pas encore de profession antérieure, par rapport au niveau professionnel qu'ils auraient pu atteindre. Ce n'est que pour quelque 25 à 30 % de ces personnes pleinement intégrables qu'il faudra se contenter d'atteindre seulement - et je place ce "seulement" entre guillemets - d'atteindre "seulement" à peu près le niveau social antérieur.

Permettez-moi de considérer en détail les conditions d'une formation professionnelle moderne et d'exposer ensuite les formes et les méthodes nécessaires à cette fin.

Il convient de considérer tout d'abord la sphère de travail et la sphère professionnelle dont dispose actuellement le handicapé ou dont il disposera à l'avenir.

Les changements rapides dans la vie active et professionnelle de notre société industrielle moderne favorisent de plus en plus les efforts déployés pour l'intégration professionnelle. Nous nous trouverons à nouveau placés au début d'une aire où il semble indiqué de nous dépouiller de nos idées professionnelles considérées il y a peu de temps encore comme étant de notre époque. La majeure partie des professions traditionnelles et habituelles ne devraient dorénavant plus être envisagées que dans des cas isolés pour l'intégration professionnelle des personnes handicapées. Abstraction faite de différences de degrés, cette affirmation s'applique aussi bien aux jeunes handicapés qu'aux handicapés adultes pour la première intégration comme pour la réintégration. Les professions traditionnelles du travail et de la transformation des métaux ou matières, qui actuellement encore se situent largement au centre de l'intégration professionnelle, ne devraient plus occuper à l'avenir qu'une part relativement faible, puisqu'elles présentent fréquemment, vu la mobilité limitée de nombreux handicapés, un risque qui peut être actuellement éliminé. Il est possible de leur substituer toute une série de professions analogues qui ne constituent plus de risques de mobilité pour la personne handicapée, car ici la limitation de sa capacité professionnelle est sans conséquence.

Il y a lieu de mentionner ici tout d'abord l'éventail des professions techniques de précision, depuis la mécanique de précision et l'optique jusqu'à la fabrication d'appareils et de petites machines mécaniques et électroniques. Vient ensuite la profession d'opérateur de machines à commande numérique, qui peut également être exercée par des handicapés graves en position assise. La même remarque vaut aussi pour la longue série des nouvelles professions du contrôle de qualité qu'il faudrait ouvrir au handicapé et cela, si possible, longtemps avant que ces professions soient revendiquées par l'éducation professionnelle générale; en effet, dans ces professions, le handicapé, s'il y est suffisamment préparé, peut avoir le même rendement que d'autres travailleurs non handicapés. Fréquemment, son rendement est même supérieur à celui d'autres personnes. Le secteur professionnel de l'électronique et plus exactement les professions de l'électronique industrielle générale, de l'électronique énergétique et de l'électronique radio, qui ont déjà été rendues accessibles aux handicapés, occupent ici le premier rang. D'autres professions de l'électronique sont en train de s'élaborer. Une certaine importance revient aussi aux professions du traitement électronique des données. Je voudrais n'en citer que trois exemples :

Maint tétraplégique, maint sourd et récemment aussi maint aveugle, qui jusqu'ici devait rester dans l'ombre, se voit ouvrir maintenant l'accès à une existence qualifiée, puisque, par rapport aux non-handicapés, il a ici au moins une prestation équivalente. Je m'attarde brièvement à l'exemple du programmeur aveugle actuellement formé en République Fédérale. Il a naturellement fallu tout d'abord un certain nombre de travaux de recherche et de développement scientifiques et techniques pour préparer les appareils et les dispositifs mécaniques et pour créer les profils professionnels adaptés aux aveugles. L'entreprise a été couronnée de succès et elle valait la peine d'être réalisée. En un an et demi, c.-à.-d. dix-huit mois, des aveugles sont maintenant formés pour devenir des programmeurs qualifiés du traitement électronique des données et ils bénéficient en outre, pendant cette formation de dix-huit mois, de la partie qui leur est nécessaire d'une solide formation commerciale orientée vers l'avenir. En règle générale, ils ne possèdent pas de préparation antérieure particulière pour cette profession. Ce qu'il

leur faut, c'est une aptitude spécifique et la "formabilité" nécessaire. De nombreux aveugles possèdent ce pouvoir de réflexion logique exigé pour cette profession ou ils le développent dans le cadre de leur capacité de compensation.

Ce qui a été exposé ici de façon un peu plus détaillée pour les aveugles, les sourds et la paralysés multiples en matière de traitement des données vaut également pour de nombreux autres secteurs professionnels modernes et peut être appliqué à de nombreux groupes de handicapés. Citons par exemple les épileptiques, les traumatisés du crâne, les personnes atteintes d'une insuffisance cardio-vasculaire, d'hémophilie, de nombreux spastiques, les cas de scléroses multiples, les malades psychiques, les personnes atteintes de dystrophie musculaire, les hémiplegiques et de nombreuses autres causes de handicaps. Les secteurs professionnels d'avenir que j'ai mentionnés plus haut offrent des possibilités aux handicapés pour pratiquement tous les cas et tous les degrés de handicap, pour les handicapés à aptitudes élémentaires, comme pour ceux ayant des aptitudes moyennes, plus élevées ou supérieures.

Cela ne vaut pas seulement pour l'homme handicapé, mais finalement aussi pour une intégration durable et complète des femmes et jeunes filles handicapées. Ce monde professionnel et ce monde du travail transformés n'offrent donc pas seulement à une grande partie des handicapés de meilleures possibilités d'occupation que par le passé, mais ils offrent aussi à une partie non moins grande, et ce pour la première fois, la chance d'une intégration professionnelle.

Ces meilleures ou nouvelles possibilités professionnelles commencent à la formation universitaire orientée professionnellement, en passant par l'école spécialisée et la formation d'ouvriers spécialisés entrant le plus en ligne de compte numériquement et finissent à l'adaptation professionnelle et à la formation sur le tas dans l'économie ou l'atelier de conception nouvelle pour handicapés. En effet, il est parfaitement justifié de parler de l'intégration réussie et complète d'un handicapé intellectuel lorsque son occupation dans cet atelier pour handicapés répondant aux exigences actuelles s'effectue, après sa formation réussie sur le tas, sous les

véritables critères de la sécurité sociale, telle que pleine et juste rémunération ou pension normale de vieillesse.

La nouvelle sphère d'activité et la nouvelle sphère professionnelle, en liaison avec les nouvelles méthodes de formation, nous permettront enfin de ne plus être, comme par le passé, en retard sur les autres secteurs professionnels et d'enseignement et nous contenter des restes. Au niveau actuel de l'évolution, nous pouvons, dans un délai limité, être partout en mesure d'inverser les signes et d'avoir une avance de quelques années sur l'évolution dans d'autres secteurs de formation et maintenir cette avance. C'est là un objectif important que la réadaptation devrait se fixer pour les années 1970. Il y a quelques années, c'était encore un vœu pieux. Aujourd'hui, c'est déjà une réalité dans certains secteurs et, dans quelques années, il en sera de même pour les autres secteurs.

La même considération vaut aussi pour un nouvel objectif qui est favorisé par la nouvelle ambiance professionnelle, à savoir créer dans toute la mesure du possible les conditions de promotion professionnelle et sociale pour les handicapés. Ce n'est que pour certains d'entre eux, pour lesquels cet objectif n'est pas réalisable, qu'il faudra se contenter du rétablissement physique plus ou moins complet.

Ces objectifs de réadaptation professionnelle des handicapés, conformes à notre époque, ne sont plus du tout un vœu pieux, mais pourraient être atteints à bref délai pour la majeure partie des 80 % de handicapés capables d'exercer une profession, aussi qu'on le constate en partie déjà dans certains pays. Permettez-moi d'esquisser les principales conditions à remplir à cette fin:

1. L'orientation précoce et judicieuse du handicapé sont des conditions indispensables. Le dilettantisme ou les agissements de personnes mal informées, quel que soit leur degré d'engagement et leur motivation sociale, devraient être évités. La voie doit être bien tracée dès le début. Cela n'est possible que par la collaboration de plusieurs experts appartenant à diverses disciplines. J'estime que l'époque où un conseiller central pouvait oeuvrer seul, où une personne pouvait s'occuper de tout, est révolue car

on aboutit très souvent à un caractère superficiel dans certains secteurs, donc à des orientations erronées, et tout le moins on n'a pas la garantie suffisante d'un résultat optimal. C'est pour cette raison que le groupe de conseillers de réadaptation professionnelle comprendra au moins un conseiller d'orientation professionnelle, un ou plusieurs médecins, un psychologue de diagnostic et un ingénieur-conseiller.

2. Dans de nombreux cas, ce groupe de conseillers ne pourra tracer une orientation judicieuse de l'intégration professionnelle du handicapé que s'il peut acquérir une image exacte des capacités et de l'intérêt de celui-ci. A cet effet, le groupe devra pourvoir s'appuyer en règle générale sur un avis détaillé sur les aptitudes psychologiques, constituant le profil des performances du handicapé.
3. A l'avenir, l'entreprise considérée comme lieu de production ne sera, souvent, plus à même d'assurer une formation professionnelle répondant aux exigences actuelles des handicapés. C'est pourquoi la majeure partie des mesures professionnelles d'adaptation, de perfectionnement, de formation et de rééducation professionnelles pour les handicapés devra s'effectuer au niveau interentreprises ou mieux encore hors des entreprises. Les installations de réadaptation professionnelle hors entreprises devront essentiellement travailler de façon compliquée pour toutes sortes de handicapés ou simultanément pour un grand nombre de personnes présentant des handicaps divers. Ce n'est que dans un petit nombre de secteurs exceptionnels que des installations spéciales seront nécessaires et utiles pour un certain groupe de handicapés. Parmi les installations de réadaptation professionnelle, il faudra distinguer celles destinées aux jeunes handicapés et celles destinées aux adultes. Il n'est plus possible de mélanger jeunes et adultes pour la réadaptation professionnelle en raison des différences dans les conditions de travail productif des deux groupes. Les centres de réadaptation professionnelle pour adultes accueilleront les handicapés à partir de 18 ans environ et utiliseront les méthodes de la formation professionnelle pour adultes qui diffèrent parfois fortement des méthodes de la formation

professionnelle pour les jeunes.

Les plans de formation professionnelle pour handicapés devraient être contrôlés au moins deux fois par an par des commissions techniques et ils devraient être adaptés constamment à l'évolution à l'occasion de ces contrôles. Les moniteurs professionnels qui, contrairement au passé, devraient actuellement être essentiellement de niveau universitaire technique, devront faire tous les ans un stage pratique sur le tas d'environ 3 semaines et bénéficier d'un recyclage de perfectionnement pédagogique d'environ 3 jours par trimestre. Si l'on ne veille pas à cette adaptation permanente des plans de formation professionnelle et des moniteurs, le résultat de la formation professionnelle des handicapés dans un centre de réadaptation aura très vite une valeur problématique.

4. a) Une autre condition essentielle est l'application de nouvelles méthodes et moyens didactiques des études et de la formation qui doivent être fonction de la situation des personnes handicapées. Pour un plan de formation professionnelle des handicapés, il faudrait le plus largement possible avoir recours à la méthode de la formation en groupe en veillant à ce que des personnes présentant des handicaps différents composent ce groupe. Pour les jeunes handicapés, le groupe devrait comprendre quelque 15 personnes, dans le cas des adultes environ 25 personnes.
- b) Un élément essentiel de la formation professionnelle de personnes handicapées est constitué par la transmission de nouvelles connaissances professionnelles. C'est là que s'applique tout d'abord le principe suivant lequel la matière à enseigner doit être présentée le plus largement possible "sous forme illustrée" pour tenir compte de l'aptitude souvent limitée des handicapés à se représenter une chose de façon abstraite. Un point tout aussi important pour le succès de la formation professionnelle de tous les handicapés, et notamment des handicapés adultes, sont les "formes d'études avec participation". Il faut entendre par là surtout le travail des séminaires et des

groupes, l'enseignement sous forme de discussions, le forum, le système dit des tuteurs et le team-teaching. Toutes ces formes encouragent la participation active du handicapé au processus de formation.

L'enseignement traditionnel de formation sous forme de transmission d'informations est remplacé par la constatation de relations, structures et rapports, ainsi que par la capacité de transmettre ces constatations. Chez le handicapé participant à la formation, il faut que la pensée d'imitation passive cède assez tôt le pas à la pensée productive. En outre, il faut remplacer le rapport maître-élève ou maître-apprenti, qui existe souvent encore au sens figuré, par un véritable rapport de collaboration où l'égalité entre le handicapé en formation et le moniteur détermine le style et l'ambiance de travail.

Tout aussi importantes sont les formes de l'enseignement recourant à la technique moderne. L'enseignement programmé a fait ici ses preuves comme meilleur moyen d'optimisation de la formation professionnelle des handicapés et ce, comme moyen de travail préparant à la formation et soutenant celle-ci, mais en même temps comme moyen allégeant la formation dans le sens d'une technique de formation alternante. Il sera en outre indispensable comme moyen d'études objectif préparé dans une bibliothèque de choix programmée et de ce fait constamment à la disposition du handicapé. Il s'y prête comme moyen d'auto-enseignement, mais plus encore pour les objectifs de l'enseignement de perfectionnement, pour compenser des "faiblesses" ou élargir les lignes de force particulièrement décelables des aptitudes chez les divers participants au cours de formation. On crée ainsi aussi une condition essentielle pour le plan de formation individuel qui est aussi important pour chaque handicapé que le plan-cadre de formation pour tout le groupe.

La formation faisant appel à l'ordinateur doit être considérée comme une technique qui a sans doute les incidences les plus grandes pour l'avenir de la diffusion de connaissances dans le cadre de la formation professionnelle de handicapés. Elle repré-

sente ce cas nouveau qui est qu'un ordinateur moyennant un équipement particulier peut être utilisé suivant les règles de l'enseignement programmé comme un automate adaptable au plus haut point permettant à la fois d'enseigner et d'apprendre.

Il faut à cet effet disposer d'un ordinateur doté d'unités spéciales d'entrée et de sortie pour les personnes à former, d'un système pour le programme de commande et un langage de programmation pour l'écriture des programmes de formation professionnelle. La méthode de formation recourant à l'ordinateur peut être utilisée aussi bien pour la formation et la rééducation professionnelles que pour l'adaptation et le perfectionnement professionnels des handicapés. La transmission des données à distance, appelée "teleprocessing" permet de faire fonctionner simultanément un grand nombre de programmes pour les participants ou pour des groupes entiers, simultanément à partir d'une banque d'informations centrale desservant un grand nombre d'installations de réadaptation professionnelle implantées en divers lieux.

Une technique d'enseignement déjà essayée avec succès à l'échelle d'un modèle et destinée à la formation professionnelle des handicapés est la projection interne de films éducatifs, autrement dit, le télé-enseignement interne (en circuit fermé). A cet effet, il faut disposer d'un studio central auquel sont rattachés des locaux de prise de vues et de projection pour des "émissions vivantes" ou pour ce que l'on appelle les "conserves". Un petit groupe bien entraîné doit faire fonctionner l'installation mobile et la rendre accessible à tout le secteur de formation professionnelle d'un centre. Comme en règle générale l'installation de réadaptation professionnelle de l'avenir n'est plus guère concevable en dehors d'une certaine taille, l'installation d'un tel centre de propre téléenseignement sera certainement supportable, dans un délai rapproché, sous l'angle du prix de revient. En république fédérale d'Allemagne, par exemple, on met actuellement au point un dispositif rentable pour les installations de réadaptation professionnelle.

Les techniques d'enseignement audiovisuel telles que les projections internes de films sonores et les petits formats éducatifs constituent une aide particulière pour la formation professionnelle des handicapés, à laquelle une installation de réadaptation professionnelle répondant aux exigences actuelles ne saurait plus renoncer.

La même remarque s'impose pour le laboratoire de langue dont les possibilités d'utilisation dépassent actuellement déjà de loin l'enseignement des langues étrangères et qui rend de précieux services pour la formation professionnelle dans le secteur des autres "matières verbales".

Un instrument indispensable pour la future formation professionnelle des handicapés est aussi la centrale d'étude qui dispose de tous les moyens de formation professionnelle préparés d'avance et objectifs qui sont nécessaires dans les divers cabinets d'étude.

Voici donc exposées quelques nouvelles méthodes et formes d'un enseignement technisé ayant déjà fait ses preuves pour optimiser l'adaptation, le perfectionnement, la formation et la rééducation professionnels des handicapés. Une partie d'entre elles est déjà utilisée dans un centre important de réadaptation professionnelle, d'autres sont à la veille de leur application pratique.

- c) Toutefois, ce ne sont pas seulement les méthodes et les systèmes didactiques pour handicapés en vue de la transmission des connaissances qui sont importantes pour la réadaptation professionnelle, la diffusion de nouvelles connaissances pratiques professionnelles ou de pratiques élargies s'impose également. Le temps nécessaire pour l'étude de ces pratiques professionnelles ne sera généralement pas plus long pour les handicapés que pour les non-handicapés - comme des personnes jugeant superficiellement le croient encore actuellement - mais au contraire ces périodes seront souvent sensiblement plus brèves. Cette réduction du temps par ailleurs normal pour l'exercice

des connaissances pratiques peut être atteinte et est naturelle tant pour l'adaptation et le perfectionnement professionnels que pour la formation et la rééducation professionnelles. Elle correspond à la meilleure motivation du handicapé. Elle est avant tout le résultat de l'application de techniques et méthodes nouvelles pour l'exercice de connaissances pratiques, à l'instar de ce qui se fait déjà dans un certain nombre de centres de réadaptation professionnelle importants. Les exercices pratiques monotones de type traditionnel ne devraient actuellement plus être utilisés pour la formation professionnelle des handicapés, puisqu'ils engendrent le désappointement et souvent aussi la défaillance, alors que les cas de rupture de la formation professionnelle ne sont pas rares.

5. La condition peut-être primordiale du travail de réadaptation professionnelle qualifié est la collaboration entre la formation professionnelle moderne, les diverses prestations thérapeutiques et les aides d'intégration sociale conformes aux exigences actuelles pendant les mesures d'adaptation, de perfectionnement, de formation et de rééducation professionnels. Pour de nombreux handicapés, ces prestations accompagnant la formation constituent des conditions indispensables pour une formation et une intégration professionnelles couronnées de succès, surtout pour les groupes de handicapés que j'ai déjà considérés au début de mon exposé et qui malheureusement à l'heure actuelle encore, sont souvent obligés de renoncer. C'est ici que l'on distingue à nouveau très clairement la limite de l'entreprise de production comme lieu de réadaptation professionnelle suffisante et la nécessité des installations hors entreprises. Tout au long d'une mesure de formation professionnelle, moniteurs et pédagogues professionnels, médecins, psychologues, thérapeutes sociaux, sociologues, aides sociaux et experts paramédicaux sont obligés de collaborer. En d'autres termes : de nombreux handicapés ne pourront parfaire une formation professionnelle et ne pourront être intégrés pleinement au sens des objectifs conformes aux exigences actuelles que si la formation s'accompagne de multiples prestations.

Voici donc brièvement exposées quelques-unes des conditions néces-

saires pour une intégration professionnelle répondant aux exigences actuelles. Leur expérimentation peut être considérée comme achevée et une grande partie d'entre elles sont déjà appliquées avec succès dans certains centres. Cela ne devrait pas rester une exception, mais constituer le cas normal de la réadaptation professionnelle.

C'est à ce moment-là et uniquement à ce moment-là que l'on parviendra aussi à dissiper les préjugés qui ont toujours cours dans les entreprises contre l'emploi de handicapés en général, mais surtout contre certains genres de handicaps, contre des handicapés âgés et contre les femmes handicapées.

Pour terminer, je voudrais souligner encore une fois que toutes les méthodes, formes et procédés que j'ai exposés pour la formation et l'intégration professionnelles de handicapés répondant aux exigences actuelles, compte tenu plus spécialement de ceux que l'on appelle les handicapés graves, ne sont pas des images utopiques ou des conceptions idéales difficiles à matérialiser, mais des catégories réalistes qui ont déjà été éprouvées dans certains centres de réadaptation et qui y trouvent leur adaptation. Ils sont parfaitement défendables et accessibles, également du point de vue de la rentabilité, de l'économie d'entreprise et de l'économie politique. Je neutralise ainsi une objection souvent formulée contre la formation professionnelle orientée vers l'avenir. L'ordinateur d'un centre de réadaptation, pour citer un exemple simple ne contribue finalement pas à alourdir la situation financière, mais améliore rapidement la rentabilité. Le fondement technique et scientifique sans lequel il sera impossible à l'avenir de pratiquer toute réadaptation professionnelle n'entraîne finalement pas de charges supplémentaires, mais une meilleure base rentable par comparaison avec la période de croissance incontrôlée et d'improvisation qui très souvent frise le dilétantisme. Comparée aux autres problèmes sociaux importants de nos temps la réadaptation professionnelle moderne est celui qui finalement exige le moins de dépenses financières pour une utilité élevée pour le Trésor et l'économie. Cet aspect, je ne l'expose toujours qu'à contrecœur et avec hésitation. Cependant, à une

époque où de nombreuses personnes dont nous sommes tributaires pensent et ressentent essentiellement avec le crayon en main, il ne nous est plus possible de le passer sous silence. Cela ne devrait pas porter préjudice à l'objectif essentiellement humain de la réadaptation professionnelle, car il n'est pas possible de taire ainsi que c'est l'homme qui se trouve au centre de toutes les considérations et de tous les efforts.

DISCUSSION

O. DEMOL

La plupart des rapports concernant la préparation au travail du handicapé ont été essentiellement axés sur la réadaptation traumatologique. Celle-ci se base sur une kinésithérapie et une ergothérapie préparant le réentraînement à l'effort et sur une réadaptation professionnelle. Bien sûr, comme on l'a souligné, la psychothérapie est présente à toutes ces étapes.

Il existe toutefois une série de handicaps relevant de la médecine interne et présentant certaines particularités. Prenons, à titre d'exemple, les handicapés neurologiques par atteinte du système nerveux central, tels les hémiplegiques.

- a. Sur le plan moteur, les problèmes sont fort complexes :
au déficit moteur proprement dit se surajoutent des manifestations d'hypertonie, des syncinésies, des troubles sensitifs retentissant sur la motricité. Le traitement de tels patients implique une connaissance approfondie des lois neurologiques, et doit être strictement individualisé.
- b. L'atteinte neurologique centrale s'accompagne fréquemment de troubles du schéma corporel, de troubles praxiques, gnosiques, de déficits psychométriques, de troubles comportementaux, de troubles du langage, telles les diverses variétés d'aphasie. Aux bilans et traitements kinésithérapiques et ergothérapiques doivent s'adjoindre des évaluations neuropsychologiques et

neurolinguistiques. Le rôle de neurologue, du psychologue, du neurolinguiste et de l'orthophoniste (logopède) est ici prépondérant.

- c. La maladie causale peut être évolutive et s'accompagner de rechutes ou de complications dans d'autres domaines.
- d. L'étiologie n'est pas toujours établie lorsque le handicapé est confié au centre de réadaptation. L'hémiplégie est souvent considérée comme étant d'origine vasculaire, alors qu'une investigation électroencéphalographique, échoencéphalographique, artériographique ou scintigraphique font parfois découvrir un hémato-me sous-dural ou une tumeur justiciable d'un traitement chirurgical.

Pour ces diverses raisons, la rééducation fonctionnelle doit s'effectuer précocement dans l'enceinte d'un hôpital général ou neurologique disposant des moyens diagnostiques adéquats.

Dans de telles conditions, la rééducation fonctionnelle de tels patients donne de bons résultats.

Sur le plan professionnel, par contre, beaucoup reste à faire. Une paralysie dans le sens longitudinal avec perte de la motricité fine d'une main est, à beaucoup d'égards, plus invalidante qu'une paralysie dans le sens transversal, pour ne pas mentionner les troubles intellectuels ainsi que ceux des fonctions symboliques et phasiques.

D'autre part, de tels patients sont souvent anosognosiques, pour des raisons neurologiques (dans le cas d'hémiplégie gauche) ou psychologiques. La plupart des hémiplégiques refusent en fait d'accepter les séquelles de leur handicap et se réfugient derrière l'illusion d'une restitution ad integrum avant de vouloir reprendre une activité.

Le problème est dramatique lorsqu'il s'agit de jeunes patients de 20 à 30 ans dont le système nerveux central a été lésé à la suite d'un traumatisme crânien, de troubles du rythme cardiaque,

de phénomènes emboliques, d'artériosclérose précoce ou d'une intervention pour tumeur. Le plus souvent ils végètent dans l'inactivité.

Pour terminer, cet exemple choisi parmi d'autres - et on aurait pu parler de même de rhumatisants, des pulmonaires ou des cardiaques - montre que pour les handicapés médicaux, la réadaptation doit s'inscrire dans le cadre d'une spécialité.

La formation des médecins doit être, pour les étudiants en médecine, essentiellement une information générale sur les problèmes de réadaptation, dispensée en un petit nombre d'heures de cours et un stage au choix dans un centre de réadaptation. Par contre, l'enseignement des réadaptations spécialisées doit s'inscrire dans les enseignements des divers post-graduats.

L. VACCARI

Notre tâche délicate dont le but est la rééducation du handicapé à un travail est d'autant plus indispensable que son état exige la coordination d'éléments plus nombreux et plus complexes, et qu'il ne réussit pas toujours à surmonter un sentiment de découragement dû à son complexe d'infériorité physique. Mais une fois qu'il a réussi à consolider sa personnalité, la société a le devoir de l'intégrer comme une personne normale.

Aussi, grâce à des lois bien étudiées, qui restent encore à définir de manière plus adéquate et plus vaste, le handicapé peut-il être l'occasion d'une nouvelle victoire de l'homme sur l'adversité physique.

Je suis par ailleurs convaincu, après de longues années d'expérience, que le handicapé ne doit pas se contenter d'un seul travail, mais qu'il doit en apprendre plusieurs, toujours en rapport avec ses aptitudes afin que ses possibilités d'emploi soient plus grandes, et qu'il puisse ainsi une plus grande confiance dans une capacité de travail retrouvée.

Cela faciliterait l'intégration, d'égal à égal, du handicapé

dans la société.

Les handicapés ne réclament pas la pitié des autres, mais la possibilité de devenir des travailleurs conscients de leurs droits et de leurs devoirs, car seul le travail peut leur donner cette vie indépendante à laquelle ils aspirent.

A. MONTICELLI

L'un des devoirs fondamentaux de l'Association Nationale Italienne pour les mutilés et invalides du travail est la rééducation professionnelle des mutilés et invalides du travail qui, en raison de leur handicap, ne peuvent recommencer à exercer l'activité qui était la leur au moment où ils sont subis le choc traumatique.

En huit ans d'activités environ, plus de 1 000 invalides du travail ont reçu une rééducation professionnelle et ont été ensuite placés comme réparateurs de radio et télévision, tableautistes, installateurs et réparateurs d'ascenseurs, dessinateurs industriels, fraiseurs, tourneurs et soudeurs.

Au terme de cycles de rééducation d'une année environ, les invalides du travail passent des examens réguliers devant une commission nommée par le Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, et un diplôme de qualification professionnelle leur est remis.

Faute de temps, il ne nous est pas possible d'exposer toutes les difficultés et tous les obstacles qui ont été surmontés pour obtenir des résultats positifs dans le traitement rééducatif.

On peut néanmoins faire rapidement les remarques suivantes :

- 1°) pour que la rééducation professionnelle donne des résultats appréciables, il faut que le groupe d'invalides auquel elle s'adresse soit homogène par l'âge, ait des connaissances professionnelles pratiques similaires et soit composé de 20 unités au maximum.

- 2°) Les invalides qui doivent être rééduqués professionnellement sont envoyés dans les centres de rééducation professionnelle au cours de la période qui suit immédiatement la guérison clinique pour éviter qu'ils ne manifestent un découragement, qui constitue un des principaux obstacles à la rééducation professionnelle.
- 3°) Il faut, dans la mesure du possible, utiliser pour la qualification professionnelle des équipements non modifiés afin que le handicapé apprenne à se servir d'équipements identiques à ceux qu'il trouvera sur le lieu du travail.
- 4°) La programmation des cycles rééducatifs doit tenir compte des pénuries de main-d'oeuvre sur le marché du travail afin que l'invalidé soit rapidement réintégré dans l'activité professionnelle pour laquelle il a été rééduqué. Il est évident que la pénurie de main-d'oeuvre doit de préférence concerner la région où réside le handicapé, ceci pour éviter une migration, même limitée au territoire national.

On ne peut se dissimuler toutefois qu'un bon niveau de culture constitue la base de toute qualification professionnelle et c'est pourquoi les nouveaux programmes qui seront appliqués dans les centres gérés par l'Association nationale italienne des mutilés et invalides du travail prévoient une place bien plus importante pour l'enseignement des matières ayant un rapport étroit avec les activités professionnelles, telles que les mathématiques, la géométrie, la physique, le dessin ainsi qu'une certaine base de culture générale.

Le progrès technique exige maintenant des ouvriers hautement qualifiés et cette qualification ne peut s'acquérir que grâce à une formation appropriée.

Pour les jeunes invalides du travail qui le désirent et qui disposent d'un meilleur bagage culturel, l'Association italienne des mutilés et invalides du travail a récemment institué des cycles de rééducation de type commercial au terme desquels ces invalides seront réintégréés professionnellement comme correspondanciers commerciaux et sténodactylographes.

Le problème de la rééducation professionnelle de l'invalidé doit donc toujours être envisagé en fonction d'une réintégration positive dans le monde du travail, même si les moyens pour atteindre cet objectif ne sont pas les mêmes dans les différents pays, compte tenu des exigences et des nécessités de la main-d'oeuvre, du développement technique et technologique, etc...

L'effort législatif doit cependant toujours se doubler d'une action continue et pressante destinée à convaincre l'invalidé et ses employeurs :

- l'invalidé, afin qu'il comprenne que la société a encore besoin de lui;
- ses employeurs, afin qu'ils comprennent que les invalides rééduqués peuvent être employés comme des travailleurs bien portants à condition de leur confier une activité conforme à leurs aptitudes, et qu'ils acceptent cette réalité nouvelle.

S. FOUCHE

Il est désirable qu'un rassemblement de personnes compétentes et influentes soit l'occasion de décisions pratiques qui facilitent la tâche de chacun et résolvent une partie au moins des grands problèmes abordés.

Que souhaiterions-nous donc en faveur du reclassement des handicapés? Un échange, une mise en commun quasi organique qui ferait des découvertes de chacun le bien de tous.

Echange de personnes :

Nos médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmières, orthophonistes, psychologues, éducateurs, professeurs techniques et leurs directeurs, auraient tout avantage à aller sur place voir ce qui se fait à l'étranger, à confronter leurs méthodes, à élargir leur horizon.

Il faudrait alors que salaire et avantages sociaux continuent d'être couverts par leur employeur d'origine et que leur rempla-

ment soit assuré par un praticien de discipline semblable. Cela suppose une "bourse des échanges" avec préparation linguistique suffisante.

Les frais supplémentaires de voyage, par exemple, pourraient être couverts par la Commission des Communautés Européennes.

Echange de documentation : systématique.

Envoi des revues, des publications, des articles, des rapports, etc... de chaque pays à tous les autres, de façon à ce que soient décrits l'expérience des échecs que chacun n'aurait pas à refaire pour son compte; des réussites et de leurs conditions qui guideraient les projets et les ferait plus vite avancer.

Et par là, j'entends l'intercommunication des nouveaux traitements de la spasticité autant que des plans d'architecte et des apprentissages qui peuvent être proposées aux infirmes. Tout nous est bon à connaître, mais peut-être faut-il qu'un organisme central nous l'indique, nous le résume dans notre langue, référence nous étant donnée de la source et de la personne adéquate à qui s'adresser.

Echange de matériels : sans barrières douanières, ni contrôle de l'Office des Changes.

Qu'en ce qui concerne spécialement l'appareillage et la prothèse, les véhicules adaptés, les gadgets, le matériel de kinésithérapie, nous puissions tous nous fournir dans le pays qui fait mieux que nous, au prix normal, et obtenions les remboursements de nos Sécurités Sociales ou Aides Sociales après une homologation rapide du modèle.

Une rationalisation de la production s'en suivrait, évitant la multiplication des travaux de recherches, réduisant les prix et le temps d'exécution. La communication gratuite des inventions brevetées devrait aussi être envisagée.

Par exemple, la Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail vient pour son compte de s'engager vis-à-vis de la Société des Chemins de Fer Espagnols à lui fournir tous les plans brevetés de son matériel de kinésithérapie, gratuitement, à la condition que

toute amélioration apportée aux modèles lui soit communiquée, que les plans des inventions espagnoles lui soient également fournis et que chacune des deux parties s'engage à ne pas concurrencer l'autre dans son propre pays.

Quand donc en viendrons-nous à cette solidarité universelle ? C'est au Congrès de l'International Society for the welfare of crippled qu'en 1936, à BUDAPEST, j'ai réclamé dans les mêmes termes ces échanges en faveur des handicapés. L'Allemagne hitlérienne s'y était opposée. L'Allemagne d'aujourd'hui en serait le fervent partisan.

Peut-on espérer qu'il ne faudra pas 35 ans encore pour que l'idée aboutisse ?

D. KOKE

Monsieur BOLL nous a présenté de la réadaptation professionnelle une image idéale que je fais mienne, parce que l'impossible d'aujourd'hui sera le possible de demain et le réel d'après-demain. La réussite des mesures de réadaptation dépend de 4 facteurs .

I. Doivent être sélectionnés judicieusement et en temps opportun. Le médecin praticien doit ouvrir la voie qui conduit à la réadaptation et jouer ici un rôle déterminant. Le médecin praticien, le médecin d'entreprise, le médecin des hôpitaux et le médecin de contrôle de l'assurance-maladie sont souvent en mesure, en leur qualité de médecins, de discerner les besoins de réadaptation du patient.

S'agissant de handicapés graves, la prise de contact doit avoir lieu quand le malade est encore dans son lit d'hôpital.

La réadaptation doit commencer au chevet du malade, sur l'initiative du médecin de l'hôpital, et sans rupture apparente. Il ne faut pas laisser la léthargie s'installer. C'est pourquoi la bonne direction doit être prise pendant la période d'inaptitude

au travail.

Pour atteindre cet objectif, nous avons besoin de chaires d'enseignement pour la réadaptation, de cours dans les universités, de l'aide des étudiants dans les établissements de réadaptation et d'une vaste formation des médecins traitants.

- II. L'utilisation bien coordonnée, pendant la réadaptation médicale et professionnelle, de toutes les méthodes scientifiquement fondées et pratiquement éprouvées, dépend la réussite de la réadaptation.

Pour cela, la recherche dans le domaine de la réadaptation est indispensable et doit être intensifiée.

- III. Un accord sur les notions en usage dans la Communauté Européenne est également indispensable.

C'est le comité d'organisation qui devra se charger de ces travaux.

- IV. Il est nécessaire de continuer à surveiller systématiquement les sujets en réadaptation et les bien portants "sous réserve", non seulement après la réadaptation médicale mais aussi après la fin de la réadaptation professionnelle.

Cette action englobe les soins donnés par la famille, l'action des psychologues et des médecins et l'assistance au logement.

Dans une société prospère, une vie conforme à la dignité de l'homme n'exige pas uniquement un emploi, mais essentiellement aussi la participation à la vie culturelle publique. Le réadapté n'a pas besoin de pitié, il a besoin d'aide active et de compréhension sociale.

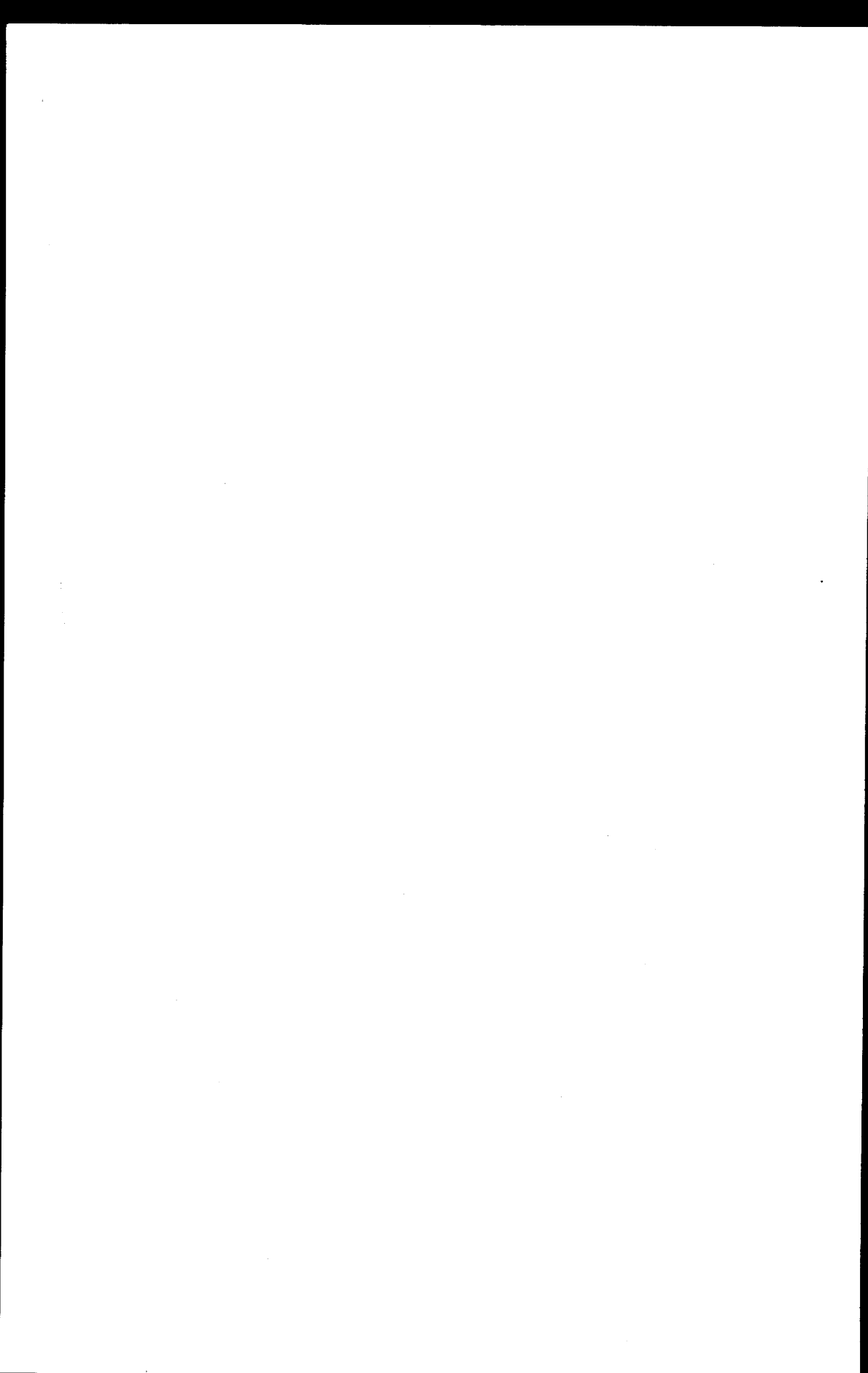
La compréhension sociale nous fait également un devoir d'intervenir auprès des architectes pour que dans leurs projets de constructions publiques ou autres, ils tiennent compte des besoins des handicapés.

Nous sommes au seuil d'une grande tâche dont les problèmes, au-

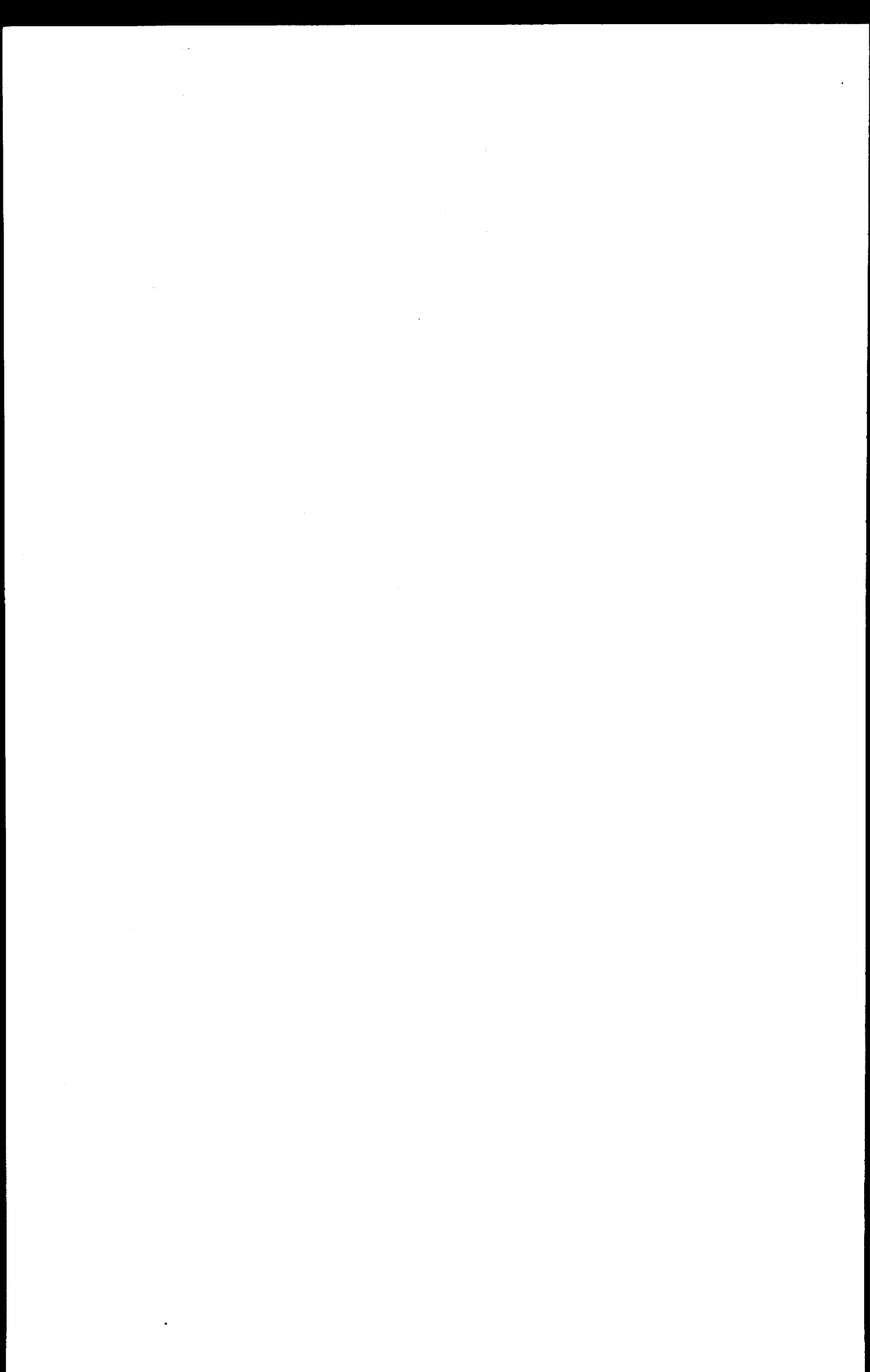
jourd'hui encore bien souvent théoriques, seront demain du domaine de la réalité.

K.A. JOCHHEIM

En ce qui concerne les devoirs et les objectifs de la réadaptation l'écart entre les paroles et la réalité nous contraint à prendre un nouvel et important engagement politique dans les différents pays de la Communauté. Cette action politique ne peut être couronnée de succès que si elle se base sur des résultats de recherche sûrs. Nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, de données suffisamment sûres relatives aux problèmes de l'aptitude, de la capacité de rendement et de la motivation des handicapés. C'est pourquoi les Communautés Européennes sont invitées à créer la base indispensable aux travaux politiques ultérieurs en encourageant les travaux de recherche sur les ensembles de problèmes cités.



LE PLACEMENT



LEGISLATION DES PAYS MEMBRES DE LA COMMUNAUTE EUROPEENNE

Présidence du Dr. MEISEL
Bundesanstalt für Arbeitsmittlung und
Arbeitslosenversicherung
Deutschland

Rapporteurs : A. MARON, G.M.J. VELDKAMP

RA P P O R T S

M. MARON

I.

Les aspects juridiques du placement des handicapés
dans les pays membres de la Communauté Européenne

L'analyse des législations relatives aux handicapés dans la Communauté européenne nous entraîne à constater une évolution constante dans les préoccupations de la collectivité.

Dans chacun des pays et non seulement dans ceux de la Communauté, l'attitude de la collectivité à l'égard du handicapé se caractérise par les notions suivantes :

a) le rejet de l'invalidé

L'invalidé est considéré comme un être inutile, nuisible et souvent même possédé des esprits malins.

PLATON par exemple a recommandé l'élimination des enfants difformes, tandis que son disciple ARISTOTE défendait la thèse de l'infanticide des enfants infirmes.

On connaît également les pratiques des Spartiates qui exposaient les enfants infirmes jusqu'à ce que la nature ou les animaux les aient privés de vie.

SAMUEL, le plus grand des douze juges des Israélites n'avait-il pas interdit l'entrée des Temples aux aveugles et aux boiteux afin qu'ils ne souillent pas les autels ?

b) la pitié et la charité

L'attitude de rejet de l'invalidé s'atténue au cours de la période des "Rois" des Hébreux pendant laquelle l'influence des "prophètes" amène une conversion des droits fondamentaux de l'homme

créant ainsi un climat propice au christianisme pour le développement de l'évolution des diverses conceptions sociales à l'égard des handicapés.

C'est dans le cadre de ces conceptions que certaines autorités religieuses accordent aux infirmes le privilège de quête dans les paroisses.

Cette consécration du droit à la charité a marqué et, faut-il le dire, marque encore l'attitude de la collectivité à l'égard de l'infirmes. Faut-il, de nos jours, admettre que cette notion de charité puisse encore avoir cours ?

Incontestablement non, le geste de charité que l'on accomplit à l'égard du handicapé entraîne chez celui qui donne, le sentiment d'une part, d'apaiser sa conscience et d'avoir fait son devoir et d'autre part, d'être supérieur à celui qui reçoit ; chez celui qui reçoit, par contre, ce geste installe la confirmation d'être inférieur.

Ce geste affermit donc la notion de ségrégation du fort et du faible et est nuisible, tout compte fait, à l'intégration des handicapés dans la Communauté.

c) du droit à l'assistance

A partir du 16ème siècle, cette notion de charité entraîne dans la plupart des pays de la Communauté, la création "d'hospices pour infirmes" et la création de "bureaux de bienfaisance" destinés à secourir les plus malheureux parmi les invalides.

Mais il faut attendre la seconde moitié du 19ème siècle pour voir éclore dans chacun des pays des législations d'assistance publique par lesquelles les pouvoirs publics s'engagent à l'égard des citoyens malheureux et notamment à l'égard des invalides à assurer tant que bien que mal leur subsistance.

La notion de charité fait donc place de plus en plus à un droit civil d'assistance.

d) du droit à la réparation

Simultanément, et très probablement à la faveur du Code Napoléon, se crée dans les différents pays une notion du droit à la réparation du préjudice subi à la suite d'un acte conscient ou même inconscient posé par un tiers.

1) Les accidents du travail

Faut-il voir dans cette notion de réparation l'origine des différentes législations que l'on retrouve dans les différents pays à l'égard notamment des "accidentés du travail".

Dès la fin du 19e siècle et au début du 20e siècle, se développe en effet dans chacun des pays membres de la communauté une législation de réparation et d'indemnisation des accidents de travail.

En général, ces différentes législations concourent non seulement à l'indemnisation du préjudice subi mais aussi, timidement faut-il le souligner, à la réintégration des accidentés du travail dans le circuit économique.

Progressivement et à la faveur de l'évolution d'une part des techniques de réadaptation médicale ou professionnelle et, d'autre part, de la psychologie à l'égard du handicapé, ces législations ont été aménagées pour faire face de plus en plus à la notion de réadaptation et de réintégration.

C'est ainsi que la loi du 30 avril 1963 sur l'assurance accidents dans la République Fédérale d'Allemagne affermit le principe contenu dans la loi de 1884 que le rétablissement de la capacité de gain doit passer avant l'octroi d'une pension.

C'est dans le même esprit - la législation italienne de 1898 instaure la notion de réadaptation et de rééducation professionnelle des victimes d'accidents du travail

- que les législations françaises du 9 avril 1898 prévoient à l'égard des victimes d'accidents du travail le bénéfice des mesures de rééducation

- que la législation du 5 avril 1902 du Grand-Duché de Luxembourg contient des dispositions tendant à réserver certains emplois aux victimes d'accidents du travail

- que la loi de 1921 sur les accidents du travail aux Pays-Bas, prévoit un traitement de réadaptation

- que la législation belge de 1903 aménagée par les arrêtés des 22 février 1936 et 14 avril 1938 notamment, organise le traitement médical et la réadaptation fonctionnelle des accidentés du travail.

x

x x

2) Les victimes de la guerre

La notion du droit à la réparation jumelée, bien sûr, à une notion de reconnaissance nationale, s'épanouit à la faveur de la 1ère guerre mondiale de 1914-1918 et justifie une série de législations contenant parfois des mesures de réadaptation plus ou moins affirmées.

Il en est ainsi dans les lois

du 12 mai 1920 du Reich
du 11 octobre 1919 en Belgique
du 31 mars 1919 en France
des 20 mars 1917 et 21 août 1921 en Italie
du 26 février 1945 au Grand-Duché de Luxembourg
de 1945 aux Pays-Bas.

Toutes ces lois sont revues et remaniées pendant l'entre deux guerres, mais justifient en tout cas que chacun des pays revise ses législations après la seconde guerre mondiale de 1939-1945.

Ces nouvelles dispositions consolident les notions de réparation mais font état également de l'évolution des méthodes de rééducation et de l'intégration possible des victimes militaires ou civiles de la guerre, dans la collectivité économique.

Ces nouvelles dispositions :

Loi du 21 décembre 1951 de la République Fédérale d'Allemagne

Lois des 28 mars 1951 et 28 juin 1956 en Belgique

Décret du 20 mai 1955 en France

Loi du 10 août 1950 en Italie

Arrêté du 20 février 1945 au Grand-Duché de Luxembourg

Loi de 1945 aux Pays-Bas

créent en général des droits particuliers en faveur des victimes de la guerre, droits aux soins médicaux, droits à la réadaptation et droits à l'emploi sous certaines conditions.

Cette évolution dans la notion de réparation ouvrirait tout naturellement la porte à la notion du droit social.

e) droit social

C'est en effet pendant ou immédiatement après la seconde guerre mondiale que s'instaure, dans chaque pays membre de la Communauté Européenne, la notion de droit social au traitement médical, à la réadaptation médicale et professionnelle et au placement.

Cette nouvelle notion de législation sociale trouve son origine dans la généralisation de la règle de "sécurité sociale" qui s'installe dans les différents pays par

les lois du 23 février et 21 mai 1957 en République Fédérale d'Allemagne

la loi du 28 décembre 1944 en Belgique
le décret du 29 décembre 1945 en France
la loi du 24 avril 1954 au Grand-Duché de Luxembourg
la loi du 4 avril 1952 en Italie
la loi du 18 février 1966 aux Pays-Bas.

Ces diverses législations s'appliquent cependant à l'origine aux seuls travailleurs salariés et à leur famille, mais tendent progressivement à englober aussi les autres couches de la population et à garantir à ceux-ci le droit aux soins de santé, en ce compris éventuellement le droit aux prestations de réadaptation médicale ou parfois professionnelle.

f) le droit à la réadaptation et au travail

Comme nous l'avons vu ci-avant, l'évolution des tendances de ces diverses législations est non seulement de réparer le préjudice subi mais aussi, parfois timidement, de consacrer la notion de réadaptation fonctionnelle et professionnelle et de favoriser la remise au travail.

Ces diverses prestations ne sont toutefois généralement consenties qu'en faveur des "assujettis" ou des bénéficiaires de ces législations.

Le pas qui reste à franchir pour confirmer l'évolution sociale dans les différents pays, est de consacrer dans des dispositions législatives le "droit à la réadaptation et au reclassement social" de tous les handicapés, quels que soient leur statut social et l'origine de leur handicap.

Certaines législations nationales consacrent déjà ce principe soit pour une partie, soit pour l'ensemble des prestations de réadaptation ou de mise au travail. Citons :

en Allemagne : la loi du 25 juin 1969 sur la promotion de l'emploi
en Belgique : la loi du 16 avril 1963 relative au reclassement social des handicapés

en France : la loi du 23 novembre 1957 sur le reclas-
sement des travailleurs handicapés
en Italie : projet de loi à promulguer avant le
31 décembre 1970
au Grand-Duché
de Luxembourg : la loi du 28 avril 1959
aux Pays-Bas : la loi du 14 décembre 1967.

Il conviendrait, semble-t-il, que les six pays de la communauté étudient et analysent les diverses prestations consenties à toutes les catégories de handicapés, congénitaux et autres, à tous les stades de l'adaptation ou de la réadaptation et de la mise au travail, en vue

- 1) de garantir à tous les citoyens le droit à la réadaptation et à l'intégration dans le circuit économique
- 2) de permettre à tous les citoyens de la communauté de bénéficier des mêmes prestations de réadaptation quel que soit le pays de la communauté où ils résident.

Tel est l'objectif qui nous semble devoir être tracé en ces journées consacrées par la Commission des Communautés Européennes au problème du reclassement des handicapés.

II.

Etude des mesures prises par les Gouvernements des pays de la communauté pour promouvoir

- la préparation professionnelle
- l'emploi des handicapés
- le placement des handicapés

A. La préparation professionnelle

En Allemagne

Trois lois (du 23 février et du 21 mai 1957) contiennent des dispositions portant réorganisation de la réadaptation et de la rééducation professionnelles des diminués physiques et changent les régimes de l'assurance pension des ouvriers, de l'assurance pension des employés et le régime des mineurs, de l'exécution des mesures à prendre en ce domaine.

Le soin d'appliquer ces mesures incombe aux Instituts d'assurance des "Länder", à l'Institut Fédéral d'assurance des Employés et aux Instituts d'assurance pension du personnel des mines.

La loi sur la promotion de l'emploi du 25 juin 1969 charge l'Office Fédéral de la main-d'oeuvre du Ministère du Travail et des Affaires sociales de coordonner les mesures de réadaptation par l'utilisation des services spécialisés qu'il comporte et du réseau d'offices régionaux qui assurent un accès direct au marché du travail.

Cette mission prévoit son intervention tant par ses prestations sur le plan individuel que sur le plan collectif.

En Belgique

La préparation professionnelle est prise en charge, en vertu de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 pour les assurés sociaux ou dans certains cas pour leurs ayants droit

soit par le régime d'assurance maladie-invalidité lorsqu'ils sont atteints d'une invalidité de 66 % ou plus

soit par le régime de l'assurance chômage lorsqu'ils sont atteints d'une invalidité de moins de 66 %.

Signalons cependant que la loi du 16 avril 1963 garantit à chaque handicapé quelle que soit la nature ou l'origine de son handicap et quel que soit son statut, le bénéfice d'une formation ou réadaptation professionnelle. Cette disposition assure donc à tous citoyens belges, et dans certaines conditions aux étrangers résidant en Belgique, le droit à la formation et à la réadaptation professionnelles, en faisant éventuellement appel à l'application de la législation de 1944 sur l'assurance sociale.

La loi du 16 avril 1963 est destinée à assurer à tous les handicapés, atteints de 30 % d'incapacité physique ou de 20 % d'incapacité mentale, le bénéfice d'une réadaptation médicale, professionnelle, d'un placement et de l'aide sociale destinés à assurer leur réintégration dans le circuit économique.

En France

En vertu du décret du 29 décembre 1945 contenant le livre III du code de la sécurité sociale, les prestations de réadaptation et de rééducation professionnelles sont garanties aux assurés sociaux et à leurs ayants droit.

En outre, depuis l'ordonnance du 21 août 1967, le régime de sécurité sociale compte des assurés volontaires auxquels sont garanties les prestations de rééducation et de réadaptation professionnelles.

Mais il y a lieu de remarquer qu'en vertu de la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés, toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales, a droit aux mesures de réadaptation professionnelle.

Cette loi impose en outre à tout établissement ou groupe d'établissements appartenant à une même activité professionnelle et groupant plus de 5.000 ouvriers, d'assurer le réentrainement au travail et la rééducation professionnelle des malades ou blessés de l'établissement ou groupe d'établissements.

En Italie

Les lois du 5 octobre 1962 et du 6 août 1966 fixent des mesures particulières pour les invalides civils et les diminués physiques, sans qu'il soit fait de distinction entre les divers types de diminution, cause de l'invalidité.

Ces lois prévoient l'institution de cours de qualification professionnelle auxquels ont accès les invalides sélectionnés par une commission provinciale.

Les invalides et mutilés civils qui ne peuvent fréquenter les cours normaux de formation en raison de leur déficience physique pourront être placés par les soins du Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale dans des cours créés à cet effet dans les centres de rééducation professionnelle de l'Institut National de l'Assurance contre les Accidents du Travail, de l'Oeuvre Nationale d'Aide aux Invalides de Guerre, de l'Association Nationale libre des Mutilés et Invalides civils.

Au Grand-Duché de Luxembourg

En vertu de la loi du 28 avril 1959, le travailleur handicapé peut demander le bénéfice d'une rééducation professionnelle.

Si cette rééducation professionnelle est jugée nécessaire par l'"Office de Placement et de Rééducation Professionnelle des Travailleurs Handicapés ", les frais sont supportés :

- 1°) par l'Etat pour les invalides de guerre;
- 2°) par l'assurance Accidents pour les accidentés du travail.

Le patron collabore à la rééducation professionnelle en mettant à la disposition des intéressés son matériel, ses installations et son outillage courant.

Aux Pays-Bas

Les mesures à prendre pour améliorer la capacité de travail sont laissées à la discrétion des organisations professionnelles qui sont chargées de l'application de la loi du 18 février 1966 relative à l'assurance incapacité de travail.

Toutefois, cette loi du 18 février 1966 crée un "Service médical commun" pour les tâches n'entrant pas dans le cadre de l'assurance maladie (prestations en nature).

Le service médical commun coopère avec les organismes de l'assurance soins médicaux (caisses de maladie) pour ce qui concerne le traitement médical. Il prend les mesures nécessaires à la réadaptation professionnelle ou sociale.

B. L'emploi

a) Obligation ou priorité d'emploi

En Allemagne

Le 3 juillet 1961, le Parlement de la République fédérale d'Allemagne a adopté une loi concernant l'emploi des invalides, qui codifie la législation précédente sur la question. Au sens de la loi, sont considérées comme "grands invalides", les personnes de nationalité allemande dont la capacité de gain a subi une réduction permanente d'au moins 50 % par suite

- a) de la guerre;
- b) d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle;
- c) d'une lésion consécutive à des mesures de persécution de la part du régime national-socialiste, fondées sur des motifs politiques, raciaux ou religieux, ou
- d) par suite de plusieurs de ces raisons.

La loi s'applique également aux aveugles de nationalité allemande, indépendamment des dispositions qui précèdent, si le lieu de leur résidence permanente est situé dans la République fédérale ou dans la zone ouest de Berlin. Les personnes qui ne sont pas de nationalité allemande, mais qui résident dans la République fédérale ou dans la zone ouest de Berlin, dont la capacité de gain a subi une réduction permanente d'au moins 50 % par suite d'une ou de plusieurs des causes énumérées ci-dessus, peuvent aussi se prévaloir de la loi si elles ont droit aux prestations d'invalidité.

Ont droit en outre au bénéfice de celle-ci, par assimilation, les personnes dont la capacité de gain a subi une réduction définitive d'au moins 30 %, en raison d'une ou plusieurs des causes susmentionnées, sous les rubriques a), b) et c) et qui sont dans l'impossibilité de trouver du travail.

Sont également assimilées les autres personnes dont la capacité de gain a subi une réduction définitive d'au moins 50 %, mais qui ne peuvent pas prétendre être classées dans la catégorie des grands invalides et qui sont dans l'impossibilité de trouver du

travail à condition que leur placement ne porte pas préjudice au placement des grands invalides. L'assimilation est limitée à certaines entreprises et pourra être rapportée dans un certain délai.

Les employeurs qui emploient plus de neuf personnes (les administrations fédérales, les administrations de Land, les administrations locales, les associations et fondations sans but lucratif), sont tenus d'employer un contingent d'invalides égal à 10 % de leur effectif total. En ce qui concerne les établissements publics et privés, tout employeur qui occupe plus de quinze personnes a l'obligation d'employer un contingent d'invalides égal à 6 % de son effectif total et, en tout cas, au moins un invalide.

Ces pourcentages peuvent être portés, par décision du gouvernement fédéral, à des maxima de 12 % et 10 %, respectivement, ou abaissés à un minimum de 4 %. Tout gouvernement d'Etat qui emploie un contingent supérieur au maximum de 12 % peut imposer un contingent similaire aux administrations locales, ainsi qu'aux associations et fondations sans but lucratif de son ressort. Les bureaux régionaux de l'emploi peuvent, dans certains cas d'espèce, imposer à titre spécial des maxima de 24 % et de 20 %, respectivement, ou abaisser le contingent jusqu'à un minimum de 2 %. Dans certaines circonstances, les employeurs qui occupent un effectif de cinq ou six personnes peuvent être astreints à employer au moins un invalide.

Des dispositions doivent être prises pour que ces contingents comprennent une proportion suffisante d'aveugles de guerre et d'autres aveugles, de titulaires d'allocations pour aide spéciale, de blessés du cerveau, de tuberculeux et de personnes ayant subi une incapacité de gain d'au moins 80 %.

L'établissement fédéral pourra admettre dans certains cas que chaque poste occupé par un invalide dont le placement rencontre des difficultés particulières sera pris en compte comme l'équivalent de deux postes réservés.

L'invalide peut être compté pour une unité dans le contingent, s'il est occupé au moins vingt-quatre heures par semaine. Certaines personnes n'entrent pas en ligne de compte pour le calcul des effectifs du personnel servant à fixer le contingent (p.ex. les apprentis sous contrat, les personnes faisant l'objet d'une rééducation professionnelle d'une durée minimum de six mois, lorsque les frais sont imputés sur les deniers publics).

En ce qui concerne la fixation du nombre de postes, les entreprises appartenant à un même employeur seront considérées séparément en vue de la détermination du contingent. A la demande de l'employeur, les entreprises pourront être groupées en vue de la fixation du nombre de postes.

Sont assimilés à des "postes de travail", le travail à domicile des personnes employées principalement par un même commettant. L'obligation d'occuper des invalides incombe exclusivement à ce commettant. En ce qui concerne le calcul des postes, il n'y aura pas lieu de prendre en considération le nombre des travailleurs, mais la quantité de travail distribuée : cette dernière correspondra à la quantité de travail effectuée par un ouvrier occupé dans une entreprise d'activité identique ou comparable.

Les employeurs peuvent s'acquitter des obligations qui leur incombent en vertu de la loi en organisant des centres ou des logements pour les invalides ou en mettant un autre employeur à même d'employer un nombre supérieur au contingent qui lui est assigné.

Pourvu que la compétence professionnelle des candidates soit assurée, les administrations publiques doivent donner la préférence, dans l'attribution des postes à remplir par des femmes, aux veuves dont le mari est mort par suite de blessures reçues au cours de son service dans les forces armées ou comme civil pour des raisons directement imputables à la guerre, aux veuves de personnes portées disparues au cours de leur service dans les forces armées et de prisonniers de guerre, ainsi qu'aux épouses d'invalides incapables de travailler. L'emploi d'une veuve ou d'une épouse répondant à ces conditions peut compter pour une demi-unité dans le contingent d'un employeur, à condition que cet emploi ne porte pas

préjudice aux perspectives d'emploi d'un invalide et que la veuve ou l'épouse soit dans l'impossibilité de trouver un autre emploi. Dans ce cas, la veuve ou l'épouse doit recevoir un contrat prévoyant un préavis de congédiement d'au moins huit semaines.

L'invalide ne peut être congédié sans l'autorisation du bureau principal d'assistance, et le délai de congédiement est de quatre semaines au moins. La demande de congédiement peut être approuvée dans le cas d'une entreprise qui ferme d'une manière définitive ou qui réduit son personnel, à condition qu'elle continue à remplir ses obligations en matière de contingent une fois la réduction de personnel opérée, si un autre emploi convenable peut être trouvé pour l'invalide ou si l'invalide est âgé de plus de 65 ans et que la preuve soit faite qu'il dispose de moyens d'existence. Ces dispositions ne sont pas applicables dans certains cas (p.ex. renvoi immédiat pour motif n'ayant aucun rapport avec l'invalidité physique de l'intéressé; arrêt temporaire dû à une grève ou à un lock-out).

Les employeurs privés qui ne remplissent pas leurs obligations relatives aux contingents d'invalides sont passibles d'une taxe compensatoire mensuelle de 50 D.M. pour chaque poste du contingent non pourvu. Cette amende peut être réduite ou annulée en cas de difficultés exceptionnelles de l'employeur et celui-ci en sera exonéré si, malgré ses efforts, il ne peut s'acquitter de l'obligation d'occuper des invalides et si l'Office du Travail n'a pu lui fournir cette main-d'oeuvre.

La taxe compensatoire peut être réduite lorsque l'employeur a passé des commandes dans une entreprise comportant un secteur d'emploi protégé et dont l'effectif comprend 50 % d'invalides. La taxe compensatoire ne pourra être utilisée qu'aux fins de la rééducation professionnelle d'invalides ou en faveur des veuves et épouses d'invalides, ainsi que pour la récupération et la conservation des capacités professionnelles des invalides, ou encore au bénéfice de l'assistance aux invalides et aux survivants des victimes de la guerre.

L'employeur privé qui n'a pas rempli les obligations qui lui incombent aux termes de la loi peut être astreint à embaucher, pour compléter son contingent, un invalide désigné par l'Office du Travail local. Cette désignation équivaldra à un contrat de travail entre l'employeur et l'invalide.

Les employeurs assujettis doivent communiquer à l'Office du Travail de leur ressort un état du personnel, le nombre d'invalides qu'ils emploient et toutes autres modalités d'emploi d'invalides. En outre, ils doivent tenir une liste des invalides. Tout employeur devra occuper les invalides de telle sorte que ceux-ci puissent autant que possible exploiter entièrement et continuer à développer leurs capacités et leurs connaissances. Tout employeur privé est tenu de permettre le contrôle efficace dans la mesure nécessaire à la protection des intérêts des invalides, les secrets de l'exploitation devant être dûment sauvegardés.

En Belgique

La coordination de la politique de l'emploi des handicapés est assurée par le Fonds National de Reclassement Social des Handicapés (F.N.R.S.H.).

a) Placement dans le secteur privé

1) L'embauchage du handicapé.

En vertu de l'article 22 de la loi du 16 avril 1963 relative au reclassement social des handicapés, l'Office National de l'Emploi est chargé du placement des handicapés enregistrés auprès du Fonds National de Reclassement Social des Handicapés qui ont terminé, le cas échéant, leur formation, leur réadaptation ou leur rééducation professionnelle et qui sont aptes à travailler dans les entreprises privées.

A cet effet, le Fonds National de Reclassement Social des Handicapés demande l'inscription, comme demandeurs d'emploi, des handicapés qui sont aptes à exercer un emploi.

2) Obligation d'emploi.

L'article 21, § 1er, 1° de la loi du 16 avril 1963 relative au reclassement social des handicapés prévoit l'obligation d'emploi d'un certain nombre de handicapés dans les entreprises industrielles, commerciales et agricoles comptant au moins vingt personnes. Il est prévu l'intervention des commissions paritaires (composées de représentants des employeurs et de représentants des travailleurs) pour la formulation d'un avis sur le pourcentage des handicapés obligatoirement employés dans les diverses entreprises.

Un arrêté royal devra fixer pour chaque branche d'activité, le nombre de handicapés qui doivent être occupés. Jusqu'à présent toutefois, ces dispositions n'ont pas été appliquées.

3) Moyens mis en oeuvre pour favoriser l'embauchage des handicapés.

Quatre mesures essentielles ont favorisé l'intégration des handicapés dans le circuit économique; les frais visés par ces mesures sont supportés par le Fonds National de Reclassement Social des Handicapés :

- Une intervention dans le salaire et les charges sociales durant une période maximale de un an est prévue par l'arrêté ministériel du 22 janvier 1968. Cette mesure, limitée dans le temps, trouve sa justification non dans une diminution ou un manque de rendement du handicapé, mais uniquement dans l'adaptation au travail rendue plus difficile par l'existence du handicap.
- L'arrêté ministériel du 17 mars 1965 fixe les conditions et les modalités d'intervention dans l'aménagement d'un poste de travail.
- Une intervention dans le coût d'instruments et de vêtements de travail est prévue, toujours dans le cadre de la politique de l'emploi des handicapés, par l'arrêté ministériel du 17 mars 1965.
- La possibilité d'octroi et de garantie de prêts par le Fonds National de Reclassement Social des Handicapés est envisagée par l'arrêté ministériel du 17 novembre 1965. Ces prêts sont garantis ou octroyés dans la mesure où ils sont rendus nécessaires en vue du placement.

b) Placement dans le secteur public

1) L'obligation d'emploi.

En vertu de l'article 21, § 1er, 2° de la loi du 16 avril 1963 relative au reclassement social des handicapés, les administrations publiques et les organismes d'intérêt public sont tenus d'occuper un certain nombre de handicapés (un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres doit déterminer le nombre de

handicapés qui doivent être occupés). Cette disposition n'a pas encore été rendue applicable.

2) Examen des aptitudes physiques pour l'entrée en fonction dans une administration.

En raison de ce que les emplois à conférer dans les administrations publiques impliquaient des avantages substantiels aux agents, l'arrêté royal du 30 mars 1939 prévoyait pour le recrutement des agents, une sélection judicieuse et draconienne. L'arrêté royal du 1er décembre 1964 assouplit très fortement les règles d'admission aux emplois publics : aucune entrave n'est faite au candidat handicapé si, d'une part, il n'y a aucun danger pour lui ou pour autrui d'exercer cette fonction publique et si, par ailleurs, ses aptitudes physiques ou mentales lui permettent d'exercer la fonction.

En outre, le pouvoir exécutif a pris dans l'exécution de ces dispositions, une mesure qui caractérise sa volonté d'assurer une intégration réelle dans les cadres de l'administration, lorsqu'il stipule qu'en cas de refus d'admission d'un candidat, les motifs de ce refus doivent être communiqués au Fonds National de Reclassement Social des Handicapés, si le candidat est enregistré auprès de lui. Suite à cette communication, le Fonds National fait parvenir au Service de santé administratif, ses observations sur la décision prise.

En France

La loi du 26 avril 1924 assurant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre, constitue la première mesure législative en cette matière. Elle faisait obligation aux employeurs occupant régulièrement plus de dix salariés de plus de 18 ans, d'employer des pensionnés de guerre dans la proportion de 10 % de leur personnel total. Le décret du 20 mai 1955 a étendu ces dispositions, notamment à certaines catégories de veuves et d'orphelins de guerre.

Enfin, la loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés a fixé un certain nombre de mesures propres à assurer effectivement ce reclassement.

Est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier des dispositions de ladite loi, toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales.

La qualité de travailleur handicapé est reconnue par la Commission Départementale d'Orientation des Infirmes.

La loi confirme les droits de tout travailleur handicapé au bénéfice d'une réadaptation, d'une rééducation ou d'une formation professionnelle, et prévoit, à cet effet, des avantages complémentaires.

Elle impose à tout établissement ou groupe d'établissements appartenant à une même activité professionnelle et groupant plus de 5.000 ouvriers, d'assurer le réentraînement au travail et la rééducation professionnelle des malades et blessés de l'établissement ou groupe d'établissements.

Les Administrations publiques, les établissements industriels, commerciaux, coopératifs les employeurs des professions libérales, sont assujettis à la loi du 23 novembre 1957. Des sanctions pécuniaires sont prévues.

Les bureaux de main-d'oeuvre sont chargés du placement des handicapés enregistrés à leur demande.

Une priorité d'emploi est réservée aux handicapés à concurrence du pourcentage fixé par l'arrêté ministériel du 20 septembre 1963.

Ce pourcentage est de 3 %, pour tous les organismes et entreprises visés aux alinéas 1, 2 et 3 de l'article 3 de la loi du 23 novembre 1957.

La mise en oeuvre de la priorité d'emploi dans le secteur public a fait l'objet du décret du 16 décembre 1965 qui a donné lieu à de nombreux arrêtés fixant les pourcentages applicables aux divers emplois des administrations.

Dans les entreprises agricoles, le pourcentage est appliqué si elles occupent plus de 15 personnes.

Dans les mines, minières et carrières, elles ne sont soumises à l'obligation que pour le personnel du jour.

Les dispositions de l'arrêté entrent en vigueur sur tout le territoire le 1er janvier 1964 sauf si un arrêté particulier à un département ou à un groupe de départements règle un autre pourcentage pour une activité ou groupe d'activités.

En Italie

a) Dans le secteur privé

1) Invalides du travail et malades professionnels

Le décret législatif n° 1222 du 3 octobre 1947 prévoit l'engagement des mutilés et invalides du travail dans les entreprises privées. Il vise les travailleurs du sexe masculin âgés de moins de soixante ans et ceux du sexe féminin âgés de moins de cinquante-cinq ans qui ont subi, par suite d'accident du travail ou de maladie professionnelle, une réduction permanente de leur capacité de travail d'au moins 33,33 %. Les dispositions de la loi ne sont pas applicables à l'égard des mutilés et invalides du travail qui ont perdu toute leur capacité de travail et à l'égard de ceux dont la présence en raison de la nature et du degré de leur invalidité peut être préjudiciable à la santé et à l'intégrité corporelle de leurs compagnons de travail ou à la sécurité des installations. Au cas où il n'y aurait pas d'invalides à placer, les entreprises doivent couvrir les pourcentages obligatoires prévus ci-après, en plaçant des orphelins et des veuves de travailleurs décédés.

Les entreprises privées qui emploient plus de 50 travailleurs (ouvriers et employés) sont tenues d'engager un mutilé ou un invalide du travail pour chaque groupe de 50 travailleurs ou fraction de 50 supérieure à 25. Les entreprises de navigation aérienne et maritime ne sont pas tenues de se conformer à l'obligation prévue en ce qui concerne le personnel navigant.

Le texte prévoit des amendes à l'égard des employeurs qui contreviennent aux dispositions du décret ou aux règlements concernant son exécution.

2) Tuberculeux

Le décret législatif n° 538 du 15 avril 1948 dispose que tout sanatorium pour tuberculeux où sont soignés plus de 200

malades, doit accepter d'anciens malades guéris, parmi son personnel, à concurrence de 10 pour cent de l'ensemble de celui-ci.

Le décret prévoit des amendes à l'égard des contrevenants.

3) Invalides de guerre, militaires et civils

Tous les employeurs du secteur privé occupant plus de dix personnes sont tenus d'employer des invalides de guerre, militaires et civils, à raison de 6 pour cent et 2,5 pour cent, respectivement, de leur effectif total.

Les entreprises dont le personnel est en majeure partie féminin sont seulement tenues d'employer des invalides de guerre dans la proportion de 3 pour cent de leur personnel masculin, pour les anciens militaires, de 2 pour cent de leur personnel masculin pour les invalides civils du sexe masculin et de 3 pour cent de leur personnel féminin pour les invalides civils du sexe féminin.

Des sanctions sont prévues à l'égard des entreprises contrevenant aux modalités et aux obligations de la loi. Le produit des amendes doit être versé à l'Institut national pour la protection et l'assistance des invalides en vue de la constitution d'un fonds au bénéfice des institutions de prothèse et de rééducation des invalides.

4) Invalides civils

La loi n° 1539 du 5 octobre 1962 portant disposition en faveur des mutilés et invalides civils prévoit l'obligation d'emploi pour les employeurs et les administrations publiques.

Pour ce qui concerne les entreprises privées, cette loi prévoit que les employeurs dont le personnel s'élève à plus de cinquante ouvriers ou employés, non compris les apprentis, devront chaque fois qu'il se produira une vacance de poste, engager un mutilé ou invalide civil pour dix travailleurs recrutés, jusqu'à ce que soit atteinte la proportion d'un invalide ou mutilé pour

cinquante travailleurs en place, toute fraction supérieure à vingt-cinq comptant pour cinquante.

Les employeurs pourront engager directement les mutilés ou invalides civils inscrits sur les listes tenues par les Offices provinciaux du travail et du plein emploi en collaboration avec les représentants des associations nationales de mutilés et invalides civils.

Pour figurer sur cette liste, le mutilé ou invalide civil devra:

- 1° être âgé de moins de cinquante-cinq ans;
- 2° être atteint d'une déficience physique qui réduit sa capacité de travail d'au moins un tiers (exclusion des sourds-muets, aveugles et invalides civils dont le degré de handicap peut menacer l'intégrité physique, la santé des camarades de travail, et la sécurité des lieux de travail);
- 3° fournir une déclaration de la Commission provinciale de santé nommée auprès de chaque Office provincial du travail attestant l'existence de la déficience physique;
- 4° fournir tous documents propres à attester les aptitudes professionnelles générales ou spécifiques de l'intéressé.

En vue du contrôle, les employeurs sont tenus de remettre à l'Office provincial de travail et du plein emploi compétent "ratione loci", un état indiquant:

- 1° le nombre total des travailleurs à leur service, classés par établissement, par sexe, par catégorie;
- 2° le nombre, l'état-civil, la qualification professionnelle et la date d'engagement des invalides civils.

Les sanctions sont les suivantes :

- a) les employeurs qui ne remettent pas les états susvisés, sont passibles d'une amende de 5.000 à 50.000 liras;
- b) les employeurs qui ne satisfont pas à l'obligation d'emploi sont passibles d'une amende de 1.500 à 3.000 liras par jour ouvrables et par poste réservé non occupé.

b) Dans le secteur public

1) Mutilés et invalides du travail

La G.U. (Journal officiel) n° 265 du 24 octobre 1966 publie la loi n° 851 du 14 octobre 1966 concernant l'engagement obligatoire des mutilés et invalides du travail, des orphelins et veuves des travailleurs décédés sur les lieux de leur travail, dans les Administrations de l'Etat, les Organisations locales ou publiques.

Le Décret-loi C.P.S. n° 1222 du 3 octobre 1947 ne prévoyait l'obligation d'engagement des diminués de la catégorie que pour les entreprises privées ayant plus de 50 travailleurs dépendants.

Or, d'après l'article 3 de la nouvelle loi n° 851, les mutilés et invalides du travail peuvent être engagés comme effectifs, sans concours, jusqu'à atteindre les proportions de 1 % des places des cadres de la carrière auxiliaire ou assimilée et de 3 % de la carrière du personnel auxiliaire et assimilé.

Ces Administrations sont également tenues d'embaucher sans concours des mutilés et invalides du travail dans la mesure de 5 % du contingent ouvrier des deux sexes, effectifs et non effectifs, pour chacune des catégories prévues par l'article 2 de la loi n° 90 du 5 mars 1961 après vérification préalable de leur aptitude professionnelle, effectuée au moyen d'une épreuve appropriée pour les deux premières catégories.

Au cas où il n'y aurait pas d'invalides à placer, les Administrations doivent couvrir les pourcentages obligatoires en plaçant des orphelins et des veuves de travailleurs décédés sur les lieux de leur travail (Art. 12).

Sont bénéficiaires des dispositions de la loi n° 851, les travailleurs du sexe masculin ou féminin, âgés de moins de 55 ans, qui ont subi, par suite d'un accident de travail, une réduction permanente de leur capacité de travail d'au moins 33,33 %.

Pour pouvoir bénéficier de cette disposition, les mutilés et invalides du travail doivent s'inscrire à la Section provinciale de l'Association Nationale des Mutilés et Invalides du Travail (A.N.M.I.L.), après présentation préalable d'une déclaration délivrée par l'Institut National d'Assurance contre les Accidents sur le Travail (I.N.A.I.L.) certifiant la nature de l'invalidité et le degré de réduction de la capacité de travail, de même qu'une déclaration légalisée, délivrée par un médecin du service de santé certifiant que l'intéressé, en raison de la nature ou de son degré d'invalidité, ne peut porter préjudice à la santé et à l'intégrité de ses compagnons de travail et à la sûreté des installations.

2) Invalides de guerre, militaires et civils (Loi n° 375 du 3.6.1950, modifiée par la loi n° 367 du 5.3.1963).

Pour les postes de l'Etat ouverts aux employés d'administration et aux comptables, les invalides de guerre qui justifient qu'ils répondent aux conditions exigées sont engagés par préférence, à concurrence d'un invalide pour dix postes, pour les anciens militaires, et un pour vingt postes, pour les civils; il est prévu un nombre minimum de deux postes dans chaque cas.

Les postes de commis et d'employés subalternes doivent être pourvus sans concours dans la proportion de 10 pour cent et 30 pour cent, respectivement, pour les anciens militaires invalides et de 5 pour cent et 15 pour cent, respectivement, pour les invalides civils. Les services publics doivent employer des anciens combattants invalides et des invalides civils à des travaux manuels, dans la proportion de 6 et 3 pour cent, respectivement, du nombre total de travailleurs hommes et femmes formant leur personnel. Pour l'emploi dans les chemins de fer de l'Etat et dans les services publics de transport exploités en concession par des entreprises privées (chemins de fer, tramways, trolleybus, téléphériques, navigation intérieure), l'obligation d'engager des invalides de guerre ne porte que sur certains emplois, et il est prévu des pourcentages différents (de 6 à 30 pour cent pour les anciens militaires

invalides et de 3 à 15 pour cent pour les invalides civils) ; les pourcentages les plus élevés valent pour les occupations sédentaires, et les plus bas, pour les emplois exigeant un effort physique.

3) Invalides civils

- Sourds-muets (loi n° 308 du 13.3.1958)
- Standardistes aveugles (loi n° 155 du 5.3.1965)
- Masseurs aveugles (loi n° 686 du 21.7.1961)
- Mutilés et invalides civils, en ce qui concerne la carrière auxiliaire (loi n° 1539 du 5.10.1962).

Les mutilés et invalides civils qui satisfont aux conditions citées ci-avant, au A. Secteur privé, 4), Invalides civils, peuvent obtenir un poste à l'Etat et dans les organismes publics, suivant la proportion de 2 % des emplois prévus au budget et dans le contingent.

Au Grand-Duché de Luxembourg

L'arrêté grand-ducal du 26 février 1945 avait institué l'Office pour le Placement et la Rééducation Professionnelle des accidentés du travail et invalides de guerre.

Tous les postes de travail placés sous la surveillance de l'Inspection du Travail et des Mines qui pouvaient être occupés par des invalides du travail ou de guerre ayant subi une diminution de leur capacité de travail professionnel d'au moins 50 % leur étaient réservés par priorité.

Comme ces dispositions réglementaires ne visaient que les accidentés du travail et les invalides de guerre, une loi a été promulguée afin de généraliser les mesures de rééducation et les étendre à tous les diminués physiques, assurés ou non. Il s'agit de la loi du 28 avril 1959 concernant l'Office de Placement et de Rééducation professionnelle des Travailleurs Handicapés.

La loi prévoit explicitement une priorité d'emploi qui est réservée aux travailleurs handicapés d'après les modalités suivantes :

- 1° L'Etat, les communes, la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, ainsi que les établissements publics, sont obligés de réserver aux travailleurs handicapés, à condition qu'ils remplissent les conditions de formation et d'admission légales ou réglementaires, 2 % au moins de l'effectif total de leur personnel salarié en qualité de fonctionnaires, d'employés ou d'ouvriers.
- 2° Dans le secteur privé, les entreprises occupant régulièrement 50 travailleurs au minimum sont tenues de réserver aux travailleurs handicapés 2 % au moins de l'effectif total de leur personnel salarié en qualité d'employés ou d'ouvriers. Les entreprises occupant au moins 25 et au plus 50 travailleurs doivent accorder aux travailleurs handicapés un droit de priorité pour un poste auquel ils sont particulièrement aptes. Les emplois à réserver aux handicapés sont désignés par l'Office, après consultation des chefs d'entreprises.

Au Pays-Bas

La loi de 1947 sur l'emploi des diminués physiques permet à tout travailleur diminué d'être inscrit comme tel au Bureau de l'emploi de l'Etat du district où il réside. Elle impose à toutes les entreprises un pourcentage obligatoire d'emploi. Des garanties de salaire sont également prévues pour les invalides travaillant normalement.

Au sens de la loi du 1er août 1947 concernant l'emploi des invalides, ce terme désigne les personnes qui, par suite de déficiences, d'infirmités ou de troubles mentaux ou physiques, sont matériellement dans l'incapacité de gagner leur vie en travaillant.

La loi s'applique aux entreprises publiques ou privées. Chaque entreprise occupant plus de 20 salariés est tenue d'employer au moins un invalide si l'ensemble de son personnel ne dépasse pas 50 salariés et au moins un invalide supplémentaire pour chaque tranche complète de 50, s'il dépasse 50. La loi prévoit la publication de règlements destinés à déterminer certaines catégories d'entreprises pour lesquelles cette proportion peut être modifiée, et à étendre l'obligation à certaines entreprises n'occupant pas plus de 20 salariés.

Des amendes sont prévues en cas de contravention ou d'infraction aux dispositions de la loi.

L'employeur est tenu de fournir, dans son entreprise, des outils et des machines adaptés aux déficiences des travailleurs invalides et munis de dispositifs convenables de protection.

C. Le placement des handicapés

1) Fixation du salaire

Des mesures relatives à la fixation du salaire sont reprises dans les législations allemande, belge, française, luxembourgeoise et hollandaise.

En Allemagne : en vertu de la loi du 3 juillet 1961, il ne peut être tenu compte, pour le calcul de la rémunération, d'aucune rente fondée sur la loi fédérale sur l'Assistance ou sur l'assurance sociale.

En Belgique : le travailleur a droit à la rémunération affectée par les Commissions paritaires à l'emploi qu'il occupe.

En France : la loi du 27 décembre 1960 stipule que les travailleurs handicapés dont le rendement professionnel est notoirement diminué pourront subir des réductions de salaire dans les limites déterminées par décret.

Le décret du 7 février 1964 prévoit l'application de ces dispositions par :

- 1) des abattements maxima en raison de la catégorie de handicap
- 2) la fixation de minima de salaires à partir desquels une décision des services de l'emploi est nécessaire.

La Commission d'orientation des infirmes fixe, s'il y a lieu, l'abattement pouvant être effectué par l'employeur sur le salaire du travailleur handicapé en raison du poste de travail qu'il occupe dans l'entreprise.

Ce classement est effectué en catégorie

- A. si le handicap est léger
- B. si le handicap est modéré
- C. si le handicap est grave.

Cet abattement ne peut excéder, par rapport au salaire normalement alloué au travailleur valide accomplissant la même tâche :

10 % pour la catégorie B.

20 % pour la catégorie C.

En conséquence, un travailleur handicapé classé en catégorie A. ne doit subir aucun abattement de salaire par rapport au salaire normalement alloué au travailleur valide accomplissant la même tâche.

Toutefois, dans les cas où, par suite des abattements opérés, le salaire offert au travailleur handicapé est inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (S.M.I.G.) la décision d'application est prise :

par le Directeur départemental du travail et de l'emploi, lorsque la réduction n'excède pas 10 % du salaire minimum interprofessionnel garanti

par l'Inspecteur divisionnaire du travail et de l'emploi, lorsque la réduction est supérieure à 10 %.

Au Grand-Duché de Luxembourg : l'article 7 de la loi du 28 avril 1959 concernant la création de l'Office de Placement et de Rééducation Professionnelle des travailleurs handicapés stipule que la rémunération de l'invalidé s'effectuera selon les aptitudes et la capacité de travail de l'intéressé sous réserve des dispositions légales concernant la fixation du salaire minimum social. S'il remplit intégralement le poste lui confié, il a droit au salaire prévu pour ce poste. Si, par suite de son infirmité il ne peut remplir sa tâche que partiellement, son salaire pourra subir une diminution en rapport. En cas de désaccord des parties, l'Office décidera.

La fixation de la rémunération interviendra indépendamment et sans prise en considération du montant des rentes-accidents servies à l'intéressé par l'Association d'assurances et par l'Office des dommages de guerre.

Lesdites rentes sont à payer intégralement aux bénéficiaires: elles ne doivent en aucun cas être déduites de la rémunération des travailleurs handicapés, ni être réduites d'une autre manière au détriment de leurs bénéficiaires.

Aux Pays-Bas : la loi du 1er août 1947 sur l'emploi des diminués physiques prévoit des garanties pour les salaires des invalides travaillant normalement.

2) Intervention du Gouvernement dans la rémunération et les charges sociales payées par l'employeur.

Nous ne trouvons une disposition relative à l'intervention des pouvoirs publics dans la rémunération et les charges sociales supportées par l'employeur que dans la législation belge.

Tout travailleur handicapé, ouvrier ou employé, qui, en raison de la nature de son handicap, éprouve des difficultés pour s'adapter à son poste de travail et de ce fait n'atteint pas le rendement normal, justifie une intervention des pouvoirs publics.

Cette intervention est accordée pendant un an maximum (23 F. l'heure maximum pendant les 6 premiers mois, et est réduite de trois en trois mois) par

- a) l'Office National de l'Emploi lorsqu'il s'agit de travailleurs assujettis à la Sécurité Sociale
- b) Le Fonds national de reclassement social des handicapés pour les autres travailleurs.

x

x x

Citons cependant pour être complet la politique grand-ducale relative à l'emploi social que nous examinerons d'une façon plus particulière dans la rubrique de l'emploi protégé.

x

x x

Signalons également que, en République Fédérale d'Allemagne, la loi du 3 août 1965 relative aux victimes de la guerre prévoit le versement d'une indemnité compensatoire aux invalides qui, pendant une certaine période d'initiation à leur nouvel emploi, ne reçoivent pas encore l'intégralité de leur salaire.

3) Aménagement du poste de travail

Dans la République Fédérale d'Allemagne, la loi du 3 juillet 1961 impose à tout employeur d'aménager et d'entretenir les locaux de travail, les installations, les machines et l'outillage et d'organiser l'exploitation en tenant compte tout particulièrement des risques d'accident, de façon à permettre l'utilisation permanente du plus grand nombre possible d'invalides. Tout employeur est en outre tenu d'équiper le local de travail avec les accessoires techniques indispensables. Ces prescriptions ne seront pas applicables si leur exécution devait causer un préjudice grave à l'entreprise ou entraîner des dépenses excessives, ou encore si les prescriptions relatives à la protection des travailleurs établies par l'Etat ou par des associations professionnelles s'y opposent.

Dans toutes les entreprises ou administrations dans lesquelles existe un conseil d'entreprise, celui-ci est tenu de favoriser le placement des invalides et de veiller à leur procurer un emploi correspondant à leurs capacités et à leurs connaissances. Dans toute entreprise ou administration occupant au moins cinq invalides autrement qu'à titre temporaire à des postes réservés, ces salariés devront élire un délégué chargé de défendre leurs intérêts et qui sera lui-même un invalide.

x

x

x

En Belgique, la loi du 16 avril 1963 dispose que le Fonds National de Reclassement Social des Handicapés prend à sa charge le coût de l'adaptation du poste de travail au handicap de l'intéressé.

Le coût pris en considération représente, en cas d'appareil adapté, (centrale téléphonique par exemple) la différence entre l'appareil adapté et l'appareil standard. (Arrêté ministériel du 17 mars 1965)

x

x x

Aux Pays-Bas , au terme de la loi du 1er août 1947, l'employeur est tenu de fournir, dans son entreprise, des outils et des machines adaptés aux déficiences des travailleurs invalides et munis des dispositifs convenables de protection.

4) Intervention dans la fourniture de vêtements et outils de travail

La législation belge du 16 avril 1963, et plus particulièrement l'arrêté ministériel du 17 mars 1965 prévoit l'intervention du Fonds National de Reclassement Social des Handicapés dans le coût des vêtements et outils de travail lorsque ceux-ci sont indispensables au handicapé et lorsqu'ils ne sont pas pris en charge obligatoirement par l'employeur.

5) Aides sociales facilitant l'accès à l'emploi

En République Fédérale d'Allemagne, la loi du 23 février 1957 sur l'assurance pension cite, au nombre des prestations, l'assistance sociale destinée à sauvegarder, à améliorer et à restaurer les facultés d'activité lucrative.

D'autre part, la loi fédérale sur l'assistance sociale, révisée le 18 septembre 1969 prévoit l'attribution d'une aide en vue de l'acquisition d'un véhicule à moteur lorsque celui-ci est indispensable au reclassement de l'intéressé.

En Belgique, la loi du 16 avril 1963 prévoit l'intervention du Fonds National de Reclassement Social des Handicapés pour toute aide sociale destinée à favoriser la remise au travail des intéressés. C'est ainsi que le Fonds National intervient dans

- l'aménagement d'un véhicule automoteur
- la fourniture de voiturette à propulsion mécanique ou électrique
- les frais de transport, à titre exceptionnel, et lorsque ceux-ci constituent une charge exorbitante pour le handicapé.

6) Autres initiatives non classées dans les rubriques précédentes

En République Fédérale d'Allemagne, en vertu de la loi du 21 février 1964 relative à l'aide aux victimes de la guerre, des subventions peuvent être accordées pour l'achat, l'entretien et l'aménagement de véhicules à moteur, ainsi que pour les frais de garage relatifs aux véhicules à moteur et aux voitures d'infirmes et pour les dépenses occasionnées par le logement de chiens d'aveugles; il est également possible d'obtenir une participation aux frais afférents à certains services personnels ou autres.

D'autre part, en vertu de la loi du 3 juillet 1961, relative à l'emploi des invalides, les invalides ont droit à un congé payé supplémentaire de six jours ouvrables par an.

D. Organisation du Placement

En République Fédérale d'Allemagne, la loi sur la promotion de l'emploi du 25 juin 1969 charge l'Office Fédéral de la main-d'œuvre du Ministère du Travail et des Affaires Sociales, par le truchement du réseau d'Offices régionaux, d'assurer le placement des handicapés.

Ces offices déterminent les employeurs assujettis, les contingents obligatoires et assurent le placement des invalides.

En Belgique, le placement est assuré par l'Office National de l'Emploi, créé en vertu de la loi du 28 décembre 1944 sur la Sécurité Sociale. Cet office, par ses bureaux régionaux qui ont été dotés de personnel spécialement formé pour les cas problèmes, assure le placement des handicapés.

Lorsqu'un handicapé a été adapté ou réadapté en vertu de la loi sur le reclassement social des handicapés, le Fonds National demande l'inscription de l'intéressé, comme demandeur d'emploi, auprès du Bureau régional de l'Office National de l'Emploi.

Rappelons ici que le régime légal d'obligation d'un certain pourcentage de handicapés dans les entreprises n'a pas encore été rendu applicable.

En France, les bureaux de la main-d'oeuvre sont chargés du placement des handicapés enregistrés à leur demande, tandis que l'application de la règle relative à la priorité d'emploi incombe en vertu de l'arrêté ministériel du 20 septembre 1963 à la Direction Générale du Travail et de la main-d'oeuvre du Ministère du Travail.

En Italie, le placement des victimes d'accidents du travail ainsi que le placement des "invalides pour service" (loi du 24 février 1953) sont assurés par des commissions provinciales, présidées par le Directeur des Offices régionaux ou provinciaux du travail.

Les Offices provinciaux du travail et du plein emploi sont chargés de l'application de la loi du 5 octobre 1962 relative à l'emploi obligatoire des mutilés et invalides civils.

Au Grand-Duché de Luxembourg, l'Office de placement et de rééducation professionnelle des travailleurs handicapés est chargé du placement des travailleurs handicapés.

Aux Pays-Bas, les "Bureaux de l'emploi de l'Etat" sont chargés de l'application des mesures relatives à l'emploi des handi-

capés, toutefois en ce qui concerne "l'emploi social", des commissions locales ont été créées pour l'application de cette politique. Des représentants des centrales syndicales ouvrières généralement reconnues siègent dans ces commissions locales ainsi qu'à la commission centrale destinée à informer le Gouvernement.

x

x x

E. L'emploi protégé

Des dispositions légales ont été promulguées dans trois pays de la communauté européenne pour organiser l'emploi protégé.

Il s'agit de la Belgique, de la France et des Pays-Bas :

En Belgique, la loi du 16 avril 1963 fixe les règles d'agrément et de subvention de création, d'aménagement, d'équipement et de fonctionnement des ateliers protégés.

En vertu des Arrêtés Royal et Ministériel du 23 mars 1970, le Gouvernement a fixé les montants de rémunération minimum des travailleurs occupés en atelier protégé, tandis que par ailleurs, il fixait le montant de l'intervention du Fonds National de Reclassement Social des Handicapés dans la rémunération du travailleur.

Cette intervention est en général équivalente à 65 % de la rémunération. Ce taux est toutefois augmenté et peut atteindre 100 % lorsqu'il s'agit de handicaps graves.

En ce qui concerne la création, l'aménagement ou l'équipement des ateliers protégés, le Fonds National intervient à raison de 60 % du coût de ces constructions, travaux ou achats.

En France, la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés comporte des dispositions relatives au travail protégé.

En vertu de l'article 23 de cette loi, les handicapés dont le placement dans un milieu normal de travail s'avère impossible peuvent être admis

- soit dans un centre d'aide par le travail visé par le code de la famille et de l'aide sociale;
- soit dans un atelier protégé.

En outre, des ateliers appelés "centres de distribution de travail à domicile" peuvent procurer des travaux à effectuer à domicile aux travailleurs handicapés.

Les ateliers protégés et les centres de distribution de travail à domicile peuvent recevoir des subventions, notamment de l'Etat, des départements et des communes, ainsi que des organismes de sécurité sociale, en application de la loi du 23 novembre 1957.

Ces subventions donnent lieu, dans chaque cas, à l'établissement d'une convention.

Aux Pays-Bas, la loi du 23 novembre 1967 sur l'emploi protégé réglemente les différentes formes d'emploi protégé.

La loi de 1967 sur l'emploi social a prévu que les pouvoirs publics assumeront à l'avenir la charge de créer et de maintenir des emplois adaptés pour tous les handicapés qui en ont besoin.

La nécessité d'emplois adaptés s'accroît à mesure qu'augmente le nombre des personnes dont les chances de survie étaient faibles à la naissance ou dont l'état de santé s'est sensiblement détérioré à un âge plus avancé, mais qui sont en mesure de reprendre une vie active grâce aux nouvelles possibilités offertes par la science médicale, notamment dans le domaine de la réadaptation. Néanmoins, une activité professionnelle exercée dans les conditions normales étant trop pénible pour nombre d'entre eux, il faut leur procurer un emploi adapté.

En dehors de ces considérations de caractère socio-politique, le Gouvernement a également estimé nécessaire - étant donné

l'ampleur prise par l'emploi social - de régler par des dispositions législatives les rapports entre le gouvernement central, les pouvoirs locaux et les organismes bénévoles, appelés à se rencontrer pour mettre au point les modalités d'application de l'emploi social.

Les rapports financiers entre les pouvoirs publics et les organismes bénévoles doivent également être fixés par voie législative. Cette loi codifie les règles et directives sur l'emploi social qui - avec de nombreux amendements - avaient été énoncées dans des arrêtés ministériels pour les travailleurs manuels et non manuels. Pour certaines questions, par exemple, la réglementation des salaires, de la durée du travail et des conditions accessoires de l'emploi, la loi définit des principes de base dont les modalités détaillées d'application feront l'objet d'arrêtés.

Au sens de la loi, l'expression "emploi social" désigne "la fourniture d'un emploi adapté tendant, dans toute la mesure du possible, à maintenir, rétablir ou améliorer la capacité de travail de personnes aptes à exercer une activité professionnelle, mais qui ne peuvent occuper un emploi dans des conditions normales en raison principalement de facteurs de caractère personnel". Cette définition témoigne de l'objectif de l'emploi social qui est d'accroître la capacité de travail par l'activité professionnelle (réadaptation)

Responsabilité. Il incombe au Gouvernement central de promouvoir des possibilités d'emploi suffisantes et, en conséquence, de les organiser. La loi prévoit une cogestion des pouvoirs locaux, qui ont été chargés de promouvoir ces possibilités d'emploi. Cela implique qu'il leur appartient de désigner les personnes pouvant bénéficier d'un placement dans un emploi protégé et qu'ils ont également la charge de créer des emplois convenables ou de susciter la création d'emplois sociaux par d'autres instances.

Des commissions locales ont été créées pour l'application de cette politique, tandis qu'une commission centrale conseille le Gouvernement sur les questions d'ordre général.

La participation du Gouvernement central au coût de l'emploi social est considérable. Le taux de la subvention a été fixé à 90 % - 75 %, tandis que des moyens financiers plus amples sont mis en oeuvre pour le développement des services de médecine du travail et la formation du personnel d'encadrement. 50 % des salaires des travailleurs sont subventionnés par l'Etat.

III.

Organismes Nationaux chargés de la coordination des mesures

Le point 13 de la recommandation concernant la politique en ce qui concerne la réadaptation des invalides, adoptée dans le cadre de l'organisation du Traité de Bruxelles, devenue Conseil de l'Europe (Accords partiels) stipule :

" Il importe d'établir une liaison très étroite entre les divers " " organismes intéressés par la réadaptation et le réemploi, tels " " que les administrations nationales ou régionales et les organi- " " sations bénévoles, mais surtout entre les différents groupes de " " personnel, médical et autre, s'occupant directement de la réa- " " daptation. La coopération doit être encouragée sur le plan na- " " tional et régional; il est opportun que chaque pays possède un " " organisme central de coordination".

Dans chaque pays de la Communauté européenne, cette disposition relative à la création d'un organisme central de coordination a été réalisée avec plus ou moins de succès.

Dans la République Fédérale d'Allemagne, toutes les lois dans le domaine social actuellement en vigueur, pour autant qu'elles contiennent des dispositions visant l'intégration et la réintégration des invalides dans la vie active, ainsi que les lois en préparation dans ce domaine, prévoient pour les autorités et institutions publiques compétentes, l'obligation de coopérer étroitement entre elles en vue d'assurer le succès voulu aux efforts communs en faveur de l'intégration et de la réintégration des diminués physiques dans la vie active et dans la communauté. Les autorités appelées à participer à l'application de ces mesures, ont déterminé, de commun accord, les procédés à suivre en vue d'assurer une coopération efficace. Ce procédé a donné des résultats satisfaisants en pratique.

L'adoption de la loi sur la promotion de l'emploi du 25 juin 1969 entrée en vigueur le 1er juillet 1969 confie au Ministère fédéral du travail et des affaires sociales la responsabilité de tout le secteur de la sécurité sociale, du régime d'aide aux victimes de la guerre et de la protection des grands invalides. Il s'efforcera conjointement avec les autres ministères fédéraux et les autorités des "Länder" de coordonner les mesures de réadaptation professionnelle. Son personnel et son organisation assurent à l'Office fédéral de la main-d'oeuvre une position-clé en matière de réadaptation professionnelle. Il fournit les services spécialisés indispensables pour assurer le succès de la réadaptation et assure par son vaste réseau d'offices régionaux et locaux de placement un accès direct au marché du travail.

x

x x

Groupe de travail fédéral sur la réadaptation

Le 31 mars 1969 a été créé le Groupe de travail fédéral sur la réadaptation, qui réunit les organisations centrales d'assurance-maladie, d'assurance-retraite et d'assurance-accidents, l'Office fédéral de la main-d'oeuvre, les "Länder", le Groupe de travail fédéral des organismes inter-régionaux d'aide sociale, la Confédération allemande des associations d'employeurs, la Fédération allemande des syndicats et l'Union allemande des salariés.

Aux termes de ses statuts, le Groupe de travail fédéral sur la réadaptation est chargé de coordonner et de promouvoir des mesures dans le domaine de la réadaptation médicale, professionnelle et sociale.

Centre d'information pour les établissements de réadaptation

Le Centre d'information pour les établissements de réadaptation, qui fonctionne au Centre de réadaptation de Heidelberg par décision du Ministère fédéral du travail et des affaires sociales,

a organisé à partir de l'automne 1969 le premier stage de formation et de perfectionnement du personnel spécialisé dans la réadaptation professionnelle. Ce stage a été suivi par les employés d'établissements de réadaptation ainsi que par le personnel spécialisé des différentes institutions de réadaptation; d'autres stages ont lieu ultérieurement.

En Belgique, la loi du 16 avril 1963 relative au reclassement social des handicapés donne pour mission principale au Fonds National de Reclassement Social des Handicapés :

- 1° la tâche de coordonner les activités existantes afin d'éviter la dispersion des initiatives par un effort efficace et concerté sur le plan national; cet effort de coordination se situe sur trois plans distincts:
 - a) l'aménagement d'un programme de réadaptation relevant de sa compétence pour éviter le double emploi avec une autre législation;
 - b) la coopération avec les diverses oeuvres et institutions tant publiques que privées qui s'occupent de la réadaptation;
 - c) l'intervention par la création de centres ou services nécessaires à la réadaptation lorsque l'initiative publique ou privée fait défaut.
- 2° la tâche de promouvoir la réadaptation et le reclassement social des handicapés :
 - a) en coordonnant par sa compétence d'avis, les mesures à prendre en matière de réadaptation;
 - b) en coordonnant l'activité des divers centres ou services s'occupant de réadaptation;
 - c) par la surveillance de l'embauchage des handicapés, en liaison avec les services ministériels compétents.

x

x

x

En France, des mesures ont été prises d'un commun accord au cours des dernières années par les départements ministériels compétents, en vue d'établir les bases d'une organisation coordonnée, au sein de laquelle se développeraient les efforts des services et institutions divers. La loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés a, notamment, institué un "Conseil Supérieur pour le Reclassement Professionnel et Social des Travailleurs Handicapés" ayant pour mission de:

- 1° promouvoir les initiatives publiques ou privées en matière de :
 - prééducation,
 - réadaptation fonctionnelle,
 - réadaptation et placements professionnels;
 - organisation du travail protégé;
 - enseignement, éducation et adaptation au travail des enfants et adolescents handicapés,et d'en faciliter la coordination et le contrôle;
- 2° réunir tous les éléments d'information par enquêtes, sondages et statistiques concernant ces problèmes, et notamment les possibilités d'emplois;
- 3° favoriser la création et le fonctionnement des organismes de recherches et d'expérimentation et les Centres de cure et de reclassement;
- 4° remplir auprès des pouvoirs publics, un rôle consultatif pour tous les actes législatifs et réglementaires concernant les handicapés;
- 5° assurer par la presse, la radio-télévision et tous autres moyens d'information appropriés, un climat favorable au reclassement.

En Italie, l'exigence d'une coordination sur le plan national de toutes les activités concernant la réhabilitation des handicapés physiques (y compris les handicapés sensoriels) et psychiques a amené le Ministère de la Santé à instituer, dans le cadre de ses propres services, une division centrale avec la tâche de favoriser et d'harmoniser les différentes activités dans ce domaine,

suivant des directives uniformes fondées sur le progrès des techniques modernes de la réadaptation.

x

x x

Au Grand-Duché de Luxembourg, il n'existe pas d'organisme de coordination proprement dit. En ce qui concerne l'application pratique des mesures de réadaptation, la coordination a effectivement lieu au sein du "comité-directeur" de l'Office des Travailleurs Handicapés, où sont représentés les principaux organismes de l'Etat ou parastataux, ainsi que des organismes d'employeurs et de travailleurs.

x

x x

Aux Pays-Bas, les diverses activités en faveur des handicapés ont inspiré la création, en 1954, du Conseil pour la réadaptation, par les Ministres des Affaires Sociales et de la Santé Publique, de la Défense, de l'Assistance Sociale et de l'Education, des Arts et des Sciences. Ce Conseil, qui comprend des représentants des ministères susnommés et des organismes privés s'occupant de la réadaptation, est un organe consultatif et de coordination. Son avis est sollicité, en particulier, sur les mesures à prendre dans le domaine de la médecine sociale et en vue de favoriser le développement de l'assistance médico-sociale offerte aux invalides par les organismes et établissements privés.

C O N C L U S I O N S

Au terme de cette étude portant sur une partie des législations relatives au reclassement social des handicapés, il est réconfortant de constater le dynamisme de chacune des législations nationales en cette matière.

Manifestement, chaque Gouvernement a senti l'obligation d'assurer au handicapé une place dans le potentiel économique de la nation.

Que les impératifs soient d'ordre humain, social ou économique, chaque pays a, au cours de ces vingt dernières années, développé les moyens mis à la disposition des handicapés.

Dans le cadre de cette rencontre européenne, il nous paraît opportun de formuler deux objectifs à atteindre.

Tout d'abord que dans chaque pays de la Communauté, des dispositions soient prises pour garantir à chaque handicapé - quel que soit son statut, quelle que soit la cause ou l'origine de son handicap - son droit à la réadaptation fonctionnelle et professionnelle et son droit au travail, soit dans des conditions normales de travail, soit dans des conditions protégées.

Ensuite que, chacun des pays ayant atteint le même niveau non seulement dans ses législations mais encore et surtout dans ses réalisations, chaque citoyen de n'importe quel pays de la Communauté puisse assurer sa réadaptation et sa réintégration dans n'importe quel endroit de la Communauté européenne.

Puisse la présente étude contribuer à atteindre ces objectifs.

1. Le point de vue du législateur

On peut aborder le problème de reclassement des handicapés dans le cadre de la législation des pays membres des Communautés Européennes en prenant comme point de départ soit la législation qui existe, soit l'établissement des lois (de lege ferenda). Dans le cadre du présent exposé nous adopterons ce dernier point de vue.

Si l'on considère l'évolution de la législation applicable aux handicapés dans la plupart des pays occidentaux, on constate que cette évolution se confond avec les tendances qui caractérisent le droit social en général. Dans sa phase initiale, le droit social apparaissait comme un droit d'exception. Il tendait à accorder une protection particulière à toutes les personnes se trouvant dans une situation difficile. Je rappelle que, dans ses débuts, la protection du travail visait essentiellement les enfants, les femmes et, en ce qui concerne les travailleurs adultes, les travaux effectués dans ces conditions particulières, entendez par là surtout les travaux dangereux.

Bien que, depuis lors, le droit social ait pris une extension considérable et que la protection assurée n'ait plus d'une manière générale, le caractère limité des débuts, ce droit conserve encore aujourd'hui dans la plupart des pays occidentaux de nombreuses traces du caractère d'exception qu'il avait initialement. Il me semble que c'est surtout le cas pour la législation applicable aux handicapés. C'est dans le cadre de la législation relative à l'assurance contre les accidents que le législateur a attaqué pour la première fois et avec le plus de bonheur des problèmes que posent les handicapés. Dès le début, on a été très conscient qu'un travailleur victime, par le fait ou à l'occasion de son travail, d'un accident ou bien d'une maladie professionnelle assimilée à un tel accident, devait être indemnisé aussi complètement que possible par l'entreprise. Celle-ci, en effet, était la cause de son incapacité. On considérait que l'indemnisation aussi complète que possible du travailleur devait normalement être à la charge de l'entreprise. Initialement, on indem-

nisait le plus souvent le travailleur intéressé en lui procurant un revenu, mais aussi, peu à peu, en lui donnant une formation lui permettant d'être reclassé soit dans sa profession, soit dans une autre. Les conventions de l'organisation internationale du travail ont sensiblement contribué à renforcer cette tendance.

Mais il faut bien se rappeler que cette législation applicable aux handicapés était et est par essence une législation d'exception, qui reste donc limitée aux personnes se trouvant dans une situation particulière, à savoir les personnes ayant été, par le fait ou à l'occasion de leur travail, victimes d'un accident, atteintes d'une maladie professionnelle assimilée à un tel accident. Comme il ressort de l'exposé fait par Monsieur Maron, le législateur n'en est pas resté là. Au contraire, on a élaboré dans les différents pays des dispositions s'appliquant aux personnes qui n'ont pas été victimes d'un accident de travail ou atteintes d'une maladie professionnelle. Mais un examen superficiel de cette législation suffit déjà pour constater qu'il y a une grande différence entre, d'une part, les travailleurs victimes, du fait ou à l'occasion de leur travail d'un accident ou d'une maladie professionnelle et, d'autre part, les travailleurs et non-travailleurs qui ne remplissent pas ces conditions.

2. Du principe de causalité au principe de finalité

Si l'on pose maintenant la question de savoir quelle est la législation applicable aux handicapés la plus souhaitable, il faut d'emblée se demander s'il est juste de faire une différence entre, d'une part, les travailleurs victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et, d'autre part, les travailleurs et non-travailleurs qui ont été handicapés dans d'autres conditions. En d'autres termes, est-il équitable de maintenir dans la législation le principe de causalité qui est à la base de la distinction existante, ou bien faut-il abandonner ce principe de causalité?

Il me semble qu'il y a tout lieu d'abandonner le principe de causalité. En effet, ce principe ne rend justice qu'à l'optique économique individualiste des handicapés, laquelle se rattache à la responsabilité civile pour les faits illicites. Si un accident survient par le fait ou à l'occasion du travail, celui qui est responsable

que les auteurs sont unanimes à estimer que les causes des accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail ne proviennent dans la grande majorité des cas pas des risques inhérents au travail en tant que tel, mais de certains facteurs propres à chaque individu et à ses conditions de vie et de travail. Si l'on appliquait strictement ce principe de causalité, bon nombre d'accidents ne donneraient droit à aucune réparation. En effet, parmi les facteurs qui influent sur la survenance des accidents, on peut citer :

- 1) la nature de l'entreprise;
- 2) les facteurs matériels (installation et entretien des usines et ateliers et de leur équipement, connaissances, nature et qualité des machines et des outils);
- 3) les facteurs liés aux conditions de travail (température, climat, éclairage, rythme de travail);
- 4) les facteurs liés à l'ambiance qui règne dans l'entreprise;
- 5) le mentalité de l'employeur et des travailleurs vis-à-vis des problèmes de sécurité;
- 6) les facteurs individuels propres au travailleur (état physique et psychique, aptitude à un travail déterminé, fatigue, durée de la relation de travail, âge, prédisposition personnelle aux accidents, consommation d'alcool, sens de la propreté et de l'ordre, accoutumance).

Les facteurs individuels notamment sont très importants. Ce sont souvent les mêmes personnes - ou des personnes du même type - qui semblent ainsi dire attirer les accidents. Inversement, nombre d'accidents autres que ceux survenus par le fait ou à l'occasion du travail sont causés par les conditions d'exercice de la profession ou les conditions d'exécution du travail. Mais dans tous les cas, une chose est certaine : une personne atteinte d'une incapacité de travail a besoin d'une réparation et, dans certains cas, d'une réhabilitation.

- b) On ne voit vraiment pas pourquoi il faudrait opérer une distinction entre les personnes selon qu'elles travaillent au service d'un employeur ou non. Que l'on considère le problème selon le principe de causalité ou selon le principe de finalité, il n'y a

de l'organisation du travail doit supporter les charges résultant de cet aspect du travail. Cette conclusion peut avoir son intérêt pour la réponse à donner à la question de savoir qui doit supporter les charges, bien quelle puisse être contestée par les tenants de la nouvelle école. Ceux-ci considèrent le problème principalement du point de vue de l'entreprise au sein de laquelle le travailleur est un facteur de production. Ils relèguent au second plan l'aspect vital du travail. On travaille pour vivre, on ne vit pas pour travailler. Cet aspect vital est intrinsèque à toute infirmité et non uniquement à celles qui ont été contractées par le fait ou à l'occasion du travail.

C'est pourquoi si l'on considère le problème non d'un point de vue individualiste, mais dans une optique sociale, il apparaît clairement que l'élément socialement important n'est pas le mode d'apparition d'une infirmité, mais le fait de cette apparition. Dans cette optique, l'élément essentiel est le fait que le handicapé ne peut pourvoir à sa subsistance par son travail, et qu'il est donc socialement nécessaire d'y remédier de façon adéquate. Dès lors, ce n'est pas le principe de causalité qui doit nous guider, mais le principe de finalité.

Aussi importe-t-il peu, de ce point de vue, que l'accident dont une personne est la victime soit survenu ou non par le fait ou à l'occasion de son travail. Peu importe également que la personne ait travaillé en qualité de salarié ou de non salarié. Et il semble même peu important que la personne ait été atteinte d'une incapacité de travail au cours de l'accomplissement d'un travail économique dans l'organisation sociale ou non. En effet, toutes ces personnes sont en principe dans la même détresse, qu'il s'agisse de leur procurer un revenu ou du travail, ce dernier aspect étant l'objet particulier du reclassement. Je me propose d'examiner ces trois points plus en détail.

a) En ce qui concerne la distinction faite entre, d'une part, les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail et, d'autre part, les autres accidents, il est à noter que si l'on applique très strictement le principe de causalité, on devrait évidemment rechercher la cause réelle de l'accident. Chacun sait

guère de raisons d'opérer une distinction entre les deux groupes. Dans beaucoup de pays, la question de savoir si la sécurité sociale devrait être limitée aux salariés a fait pendant de nombreuses années l'objet de violentes controverses. On peut cependant constater que, surtout au cours des dernières années, les divergences de vues se sont notablement atténuées.

- c) Enfin, il y a la catégorie des personnes qui ne travaillent pas du tout, c'est-à-dire qui ne sont pas intégrés dans l'organisation économique du travail. On y distingue trois groupes : les personnes qui ne travaillent pas encore; celles qui ne travaillent plus et celles qui, comme les femmes au foyer, ne sont pas intégrées dans l'organisation économique du travail, mais travaillent néanmoins. En ce qui concerne ce dernier groupe l'idée selon laquelle la femme au foyer ne fournit aucun travail au sens économique du terme est dépassée, et on ne voit pas pourquoi, ni selon le principe de causalité, ni selon le principe de finalité, elle n'aurait pas droit à réparation comme les autres groupes de personnes qui travaillent. Restent les groupes qui ne travaillent pas encore ou qui ne travaillent plus: les jeunes et les personnes âgées. Pour les deux groupes, le principe de causalité est insuffisant. Prenons le principe de finalité. Les jeunes ont encore la vie devant eux : mis à part le cas de ceux dont l'infirmité est d'origine prénatale (bébés victimes du Softenon) ou qui ont été atteints d'une infirmité avant de pouvoir accéder à la vie professionnelle, ils rejoignent à un moment donné, en atteignant l'âge adulte, d'autres adultes qui, eux, ont été atteints d'une infirmité au cours de leur vie sociale. Leurs besoins vitaux sont identiques à ceux des autres handicapés. Leurs besoins demandent à être satisfaits de même, et ils doivent notamment avoir la possibilité de s'épanouir en voyant leur subsistance et leur habilitation assurées. On ne voit pas pourquoi il faudrait opérer une discrimination entre ces groupes. Restent enfin les personnes âgées. En général, leur subsistance est ou devrait être assurée par les régimes normaux de pensions. Mais que penser de la réhabilitation des personnes âgées handicapées? Ceux qui pensent en économistes diront peut-être que ces personnes n'ont plus besoin d'être recyclées et reclassées pour remplir une fonction dans la vie

sociale. La question se pose cependant de savoir si elles n'ont pas droit à une réhabilitation et à des mesures appropriées leur permettant de mener une vie humainement et donc socialement normale. Je crois que poser la question, c'est y répondre par l'affirmative.

3. La nouvelle législation

Je préfère donc comme principe de la législation le principe de finalité. La conséquence en est que nos législations doivent être réformées (et les conventions de l'Organisation internationale du travail devraient être remaniées de même) de manière à en étendre l'application à tous les citoyens; d'une part, tous les citoyens handicapés devraient être indemnisés pour le manque à gagner résultant de leur infirmité, d'autre part, ils devraient pouvoir bénéficier des mesures de réhabilitation les mieux appropriées. Je suis conscient que cela constituera pour beaucoup de pays un pas important. Cela signifie en premier lieu qu'en matière d'assurances des travailleurs il faudra abandonner la distinction entre les assurances-accidents et les assurances-invalidité. Cet abandon entraîne une grande difficulté sur le plan de la politique sociale, car, comme je l'ai déjà exposé, le régime des assurances-accidents est généralement beaucoup plus favorable que celui des assurances-invalidité.

Je crois cependant qu'il est possible de faire ce pas. Aux Pays-Bas, nous l'avons fait. Il est bien entendu impossible d'adopter un nouveau régime général procurant aux bénéficiaires d'une prestation en vertu d'un régime légal d'assurance-accident une prestation moins intéressante que celle qui leur était due avant l'entrée en vigueur du nouveau régime. Le respect des droits acquis est en effet un vieux principe de la législation de la sécurité sociale. Ce sera également le cas pour la réforme de la législation applicable aux handicapés. Mais, respecter les droits acquis de ceux qui étaient handicapés avant la mise en vigueur de la nouvelle réglementation n'empêche pas la mise sur pied d'un nouveau régime pour les cas survenant par la suite. Si chacun se rend bien compte de ce que signifie la possibilité de pourvoir correctement aux besoins sociaux de tous et du fait que le nombre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion du

travail est très faible par rapport au nombre total d'accidents, on devra réfléchir à la meilleure solution à prendre. Aux Pays-Bas, cette réflexion a été faite et une solution a été trouvée: on a délibérément opté pour un régime général, encore que son application se limite, dans un premier temps, aux salariés.

Avant le 1er juillet 1967, outre l'assurance-indemnité de maladie organisée dans la Loi sur l'assurance-maladie, l'assurance en matière d'incapacité de travail était régie aux Pays-Bas par cinq lois : la loi de 1921 sur l'assurance-accident du travail, la loi de 1922 sur l'assurance-accidents des travailleurs agricoles et horticoles, la loi de 1919 sur l'assurance-accidents des gens de mer, la loi sur l'assurance-invalidité et la loi sur l'assurance-invalidité des ouvriers mineurs. Jusqu'alors, il y avait une inégalité sensible entre les droits des victimes d'un accident au sens de la législation sur l'assurance-accidents et les droits de ceux qui, assurés en vertu d'une des deux lois précitées sur l'assurance-invalidité, étaient victimes d'une incapacité de travail autrement qu'à la suite d'un accident du travail. D'une manière globale, on peut dire que les prestations en espèces et autres servies au titre des assurances-accidents étaient grandement suffisantes, alors que ce n'était pas le cas pour les prestations servies en vertu de la loi sur l'assurance-invalidité. Cela tenait aux principes qui étaient à la base des deux législations. Les assurances-accidents se présentaient comme des assurances perte de salaire et garantissaient le versement d'indemnités proportionnées au salaire du travailleur victime d'un accident du travail. Les assurances-invalidité au contraire n'avaient pas été conçues dans cet esprit. Les indemnités versées en vertu des lois sur l'assurance-invalidité étaient constituées par les primes payées par ou pour l'assuré; ces primes, exprimées en montants fixes, n'ont pas adaptées au fil des années à l'évolution des salaires et des prix. Certes, pendant et après la deuxième guerre mondiale, on a remédié à l'insuffisance de ces indemnités par un système de suppléments financés par l'Etat et, précédant la loi sur l'assurance-incapacité de travail, un régime provisoire pour les pensionnés d'invalidité a vu le jour, grâce auquel ces pensionnés recevaient une indemnité correspondant à un minimum social. Mais même ce régime laissait subsister un écart sensible entre les prestations selon qu'elles étaient ser-

vies au titre des assurances-accidents ou de l'assurance-invalidité. En effet, les assurances-accidents accordaient une indemnité représentant un pourcentage déterminé du salaire, tandis que le régime provisoire prenait comme base de calcul de toutes les indemnités le salaire d'un ouvrier qualifié. Cet écart devenait sensible pour les pensionnés d'invalidité - tout au moins pour ceux d'entre eux qui bénéficient d'une indemnité en vertu de la loi sur l'assurance-maladie - après l'expiration de la durée maximale d'indemnisation par l'assurance-indemnité de maladie obligatoire, c'est-à-dire au bout d'une année. Cette différence apparaissait de plus en plus contraire à la justice. Après que le Conseil économique et social eut recommandé en 1957 de mettre sur pied une nouvelle assurance-invalidité, permettant d'aligner les prestations d'invalidité sur le niveau des prestations servies par les assurances-accidents, l'idée se fit jour par la suite au sein du Conseil des assurances sociales d'abroger les trois lois sur les assurances-accidents et les deux lois sur l'assurance-invalidité, et de leur substituer un régime légal nouveau qui accorderait des indemnités à tous les travailleurs atteints d'une incapacité de travail de longue durée (c'est-à-dire dépassant une année), quelle que soit la cause de l'incapacité et sans que celle-ci puisse avoir une influence sur le montant de l'indemnité. Le Conseil économique et social (que le gouvernement néerlandais est tenu de consulter pour tous les projets importants dans le domaine économique-social) a marqué son accord sur l'idée d'une assurance-incapacité de travail, exprimée dans l'avis de 1960 du Conseil des assurances sociales, ce qui me permit de concrétiser dans une loi cette idée que j'avais défendue depuis des années dans diverses publications. Cette loi organise tant l'"indemnisation" que la réhabilitation. En vertu de l'article 60 de la loi sur l'assurance-incapacité de travail, l'association professionnelle (Bedrijfsvereniging), qui, aux Pays-Bas, est l'organisme de gestion de toutes les assurances des travailleurs, à l'exception des allocations familiales et de l'assurance frais de maladie, est habilitée à admettre certaines personnes au bénéfice de mesures tendant à maintenir, à rétablir ou à améliorer leur capacité de travail, de mesures d'assistance médicale, et de mesures tendant à améliorer leurs conditions de vie. Les personnes concernées sont: les assurés, les anciens assurés, les personnes assu-

rées depuis moins de 52 semaines (délai de prise en charge) ainsi que les bénéficiaires et anciens bénéficiaires d'une indemnité d'incapacité de travail. La loi table expressément sur le fait que le droit à la réhabilitation est réglé en premier lieu par une autre législation, à savoir les lois qui organisent l'assistance médicale, c'est-à-dire la loi sur l'assurance - frais de maladie et la loi générale sur l'assurance-frais spéciaux de maladie. Aussi les ayants droits ne peuvent y prétendre que si les prestations ne figurent pas parmi celles que prévoient l'article 8, deuxième alinéa de la loi sur l'assurance-frais de maladie ou l'article 6, deuxième alinéa de la loi générale sur l'assurance-frais spéciaux de maladie. Quoi qu'il en soit, on peut admettre que le législateur a voulu établir explicitement - encore qu'à titre subsidiaire - le droit à la réhabilitation etc ... dans la loi sur l'assurance-incapacité de travail. On peut lui déduire, entre autres, du fait que l'article 60, cinquième alinéa, stipule que le juge est habilité à apprécier si le rejet total ou partiel, par l'association professionnelle, d'une demande introduite par ou au nom d'un intéressé en vue d'obtenir le bénéfice des mesures considérées est équitable. Si la mise en oeuvre d'une mesure a pour conséquence que l'intéressé ne peut pas travailler du tout ou ne peut travailler qu'à temps partiel, et subit de ce fait un manque à gagner, il a droit, pour la durée de mise en oeuvre de cette mesure, à une allocation. Cette allocation correspond au montant du manque à gagner, en ce sens que l'allocation journalière, éventuellement majorée de l'indemnité d'incapacité de travail lorsque celle-ci est servie, ne dépasse pas le salaire journalier maximum tel qu'il est défini par la législation sociale néerlandaise. Le Service médico-social, qui agit conformément à la loi pour l'ensemble des associations professionnelles, joue un rôle important dans l'octroi des mesures et dans la surveillance de leur mise en application.

Comme il a été dit, le régime actuellement en vigueur se limite aux salariés. Le Conseil économique et social déclarait encore en janvier 1957 que, lors du remaniement de l'assurance-invalidité - qui aboutirait plus tard à la mise sur pied de l'assurance-incapacité de travail - seuls les salariés devaient y être obligatoirement assujettis. Cependant, le bien-fondé de ce point de vue fut déjà mis en doute cinq ans plus tard. Dans ma demande d'avis adressée le

24 août 1962 au Conseil économique et social et portant sur la politique à suivre à long terme en matière de sécurité sociale, j'ai été autorisé à déclarer au nom du gouvernement de l'époque que l'assurance-incapacité de travail, alors en préparation, apporterait une solution aux salariés, mais non aux non-salariés, qui comprennent les travailleurs indépendants et les personnes handicapées depuis leur enfance et n'ayant jamais travaillé. Je rappelais en outre que, pour le groupe des indépendants, un élargissement du cercle des assurés au titre de l'assurance-incapacité de travail envisagée pourrait résoudre le problème. A ce propos, je faisais remarquer que je ne voyais pas pourquoi les indépendants notamment ne devraient pas bénéficier tout comme les salariés de prestations de longue durée en cas de maladie ou d'accident, donc en cas d'incapacité de travail prolongée. Je faisais remarquer que je voyais au contraire nettement la différence qui existe entre les indépendants et les salariés en matière d'indemnisation de courte durée. C'est que, s'agissant d'un indépendant atteint d'une incapacité de travail, l'exploitation de son entreprise ou l'exercice de sa profession peut se poursuivre durant une période relativement courte, correspondant à celle durant laquelle un salarié bénéficierait en vertu du futur régime, d'indemnités journalières. Mais lorsque l'incapacité est de nature permanente, l'indépendant ne peut généralement plus poursuivre l'exploitation de son entreprise ou l'exercice de sa profession, ou il ne peut plus le faire dans les mêmes conditions, et il se trouve ainsi bien souvent dans une situation semblable à celle d'un salarié atteint d'incapacité. Dans la demande d'avis, je faisais savoir que le gouvernement ne s'opposerait pas à une telle extension de l'assurance-incapacité de travail, étant entendu que l'instauration de l'assurance-incapacité de travail pour les salariés ne devait pas demeurer en suspens dans l'attente d'un avis du Conseil économique et social sur la question. Je faisais en même temps remarquer que cette mesure ne résoudrait pas encore le problème des indemnités à verser aux handicapés victimes d'une incapacité de travail depuis leur enfance. Aussi posais-je la question de savoir s'il ne conviendrait pas de transformer l'assurance-incapacité de travail en assurance nationale. On pourrait alors, dans une certaine mesure, établir pour les indemnités une distinction entre les personnes handicapées depuis leur enfance et celles qui en ont été

atteintes d'une incapacité de travail au cours de leur vie active. Cette différence de traitement pourrait s'appliquer tant au niveau général des indemnités qu'à la possibilité de faire subir une certaine réduction aux indemnités versées aux personnes handicapées depuis leur enfance et qui séjournent dans un établissement ou y reçoivent des soins, les frais étant à la charge de l'assurance nationale contre les gros risques médicaux. Au nom du gouvernement de l'époque (cabinet de Quay), j'indiquais que les charges qui incombent alors (et incombent encore maintenant) à l'Etat continueraient naturellement à lui incomber.

En réponse à ma demande, le Conseil économique et social a émis en décembre 1965 son avis sur une assurance-incapacité de travail pour les non-salariés. Il conseillait de ne pas transformer l'assurance-incapacité de travail pour salariés en une assurance nationale, mais d'instaurer une assurance-incapacité de travail spéciale pour les indépendants et servant des prestations de première nécessité.

Avant d'abandonner mes fonctions de ministre en avril 1967, je n'ai pas été à même de prendre une décision définitive en cette matière importante. Le gouvernement actuel a voulu, pendant qu'il était encore au pouvoir, saisir le Parlement d'un projet de loi créant une assurance-incapacité de travail couvrant l'ensemble de la population. Le Conseil économique et social n'a malheureusement pu se prononcer à temps sur ce projet.

Cela m'amène au deuxième point important qui rendra très difficile pour beaucoup de pays de faire ce pas. Normalement, l'adoption du principe de finalité implique l'abandon de toute distinction entre travailleurs salariés, travailleurs indépendants et inactifs. Retenir le principe de finalité signifie opter délibérément pour une assurance générale couvrant l'ensemble de la population. Je me rends compte que, dans beaucoup de pays, on n'en est pas encore là, et aussi qu'il est économiquement très difficile d'instaurer une telle assurance dans l'immédiat. Cela a notamment été constaté aux Pays-Bas lors des discussions sur le problème. Il ne sera pas encore possible aux Pays-Bas, dans les années à venir, d'étendre aux non-salariés la totalité des avantages prévus par la loi sur l'assurance-incapacité

de travail. On entend par contre, aux Pays-Bas, commencer par la mise sur pied d'une assurance générale couvrant l'ensemble de la population, sur le modèle de l'assurance-vieillesse générale, de l'assurance-survivants générale et de l'assurance-frais spéciaux de maladie générale.

Il importerait de voir d'autres pays faire ce pas et de s'efforcer, en temporisant, d'atteindre le but final.

En troisième lieu, le choix du principe de finalité me semble devoir logiquement conduire à un accroissement des possibilités de réhabilitation, grâce à l'adoption d'une réglementation convenable des ateliers protégés et à la création d'une obligation pour les employeurs d'engager aussi des personnes recyclées.

En quatrième lieu, il y a encore un point très important. Si l'on veut appliquer intégralement le principe de finalité - j'y ai déjà fait allusion en évoquant le problème des handicapés âgés - il faut non seulement envisager des mesures tendant à réintégrer les handicapés dans la vie active, mais aussi un ensemble de mesures permettant aux handicapés de mener une vie plus humaine dans la société. Il y a de nombreux handicapés que l'on ne peut pas réadopter à la vie active, mais dont la vie peut être rendue plus humaine et plus sociale par des mesures appropriées qui, à bien des égards sont semblables aux mesures de réadaptation à la vie active. L'application logique du principe de finalité implique la création de la possibilité de prendre de telles mesures dans le cadre des dispositions légales. Ces mesures sont effectivement prévues par la loi néerlandaise sur l'assurance-incapacité de travail, ce qui ne signifie pas que je sois pleinement satisfait de la façon dont ces dispositions sont appliquées.

4. J'en arrive à la fin de mon exposé. Dans mon rôle de législateur, j'ai préféré le principe de finalité au principe de causalité. J'ai opéré ce choix parce que je suis convaincu que le principe de finalité, en tant que base juridique d'une réglementation légale en matière d'assistance aux handicapés, consacre deux droits fondamentaux : le droit au travail et le droit à la santé ou, si l'on veut,

aux soins. Je crois que ces deux droits fondamentaux n'ont pas de limites et qu'ils reviennent à tout membre de la société parce qu'ils tendent à garantir à chacun les meilleures chances d'épanouissement possibles et à créer les conditions optimales d'une vie heureuse dans la société.

DISCUSSION

A. MERCKLING

Dans l'esprit de ce qui a été dit aujourd'hui, nous aimerions informer les participants de ce colloque que l'Association Européenne pour le traitement et la réadaptation des traumatisés crâniens (B.C.E.) édifie un "centre pilote européen de traitement et de rééducation des traumatisés crâniens" à Hochfelden, près de Strasbourg.

Ce centre est destiné à réaliser les recommandations de 1960 du Conseil de l'Europe (Comité mixte pour la réadaptation et le réemploi des invalides) devenu 10 ans après une impérieuse nécessité. Il doit servir également de centre de recherches, d'échanges d'informations, de stages pour personnel médical et paramédical et n'empiètera d'aucune façon sur les établissements existants auxquels il offrira au contraire un lieu permanent de rencontre et de recyclage.

Nous souhaitons que la C.E.C.A. accorde son patronnage à cette institution et invitons tous les spécialistes et techniciens intéressés par ces problèmes de bien vouloir se mettre en relation avec son président M. le Prof. A. WACKENHEIM - C.H.U. Strasbourg.

Pour gagner du temps, notre Association remettra une communication à ce sujet au Secrétariat de ce colloque en le priant de bien vouloir la publier. Je vous signale dès à présent la série d'articles relative aux surdités post-traumatiques pour les N.E.

Réadaptation des Traumatisés Crâniens

En 1960 le Comité Mixte pour la réadaptation et le réemploi des

invalides a adopté et diffusé une recommandation à tous les Gouvernements des pays membres du Conseil de l'Europe.

Cette recommandation a posé les principes portant essentiellement sur le traitement précoce des blessés crâniens, la nécessité de créer et de perfectionner des centres de réadaptation spécialisés, le personnel et l'équipement nécessaire au fonctionnement de ces centres ainsi que les conditions requises pour la réadaptation professionnelle et sociale, la détection des effets psychologiques et la prévention des blessures du crâne, etc.

LE COMITE

CONSIDERANT l'importance de la réadaptation des blessés crâniens, la gravité et le caractère particulier de leur infirmité, le grand nombre de personnes intéressés, les dangers du travail et ceux toujours croissants qui découlent des moyens de transports modernes, et

RECONNAISSANT que, jusqu'à présent, la réadaptation des blessés crâniens n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante,

EST D'AVIS, que les principes généraux dégagés tant dans le rapport collectif que dans le rapport complet des experts méritent de retenir l'attention des pays membres de l'U.E.O. et, en conséquence, insiste pour qu'ils soient suivis de près à l'avenir;

INVITE tous les gouvernements intéressés à tenir compte, lorsqu'ils prendront, sur le plan national, des mesures pour la réadaptation des blessés crâniens, des propositions et recommandations contenues dans ces rapports, afin de parvenir à une réadaptation professionnelle et sociale complète et satisfaisante des blessés crâniens;

RECOMMANDE aux gouvernements d'assurer une large diffusion aux dits rapports.

Dix ans après, alors que le nombre des traumatisés crâniens augmentait dans tous les pays de façon alarmante, et que la diversi-

té des séquelles, leur gravité et le caractère particulier avaient été maintes fois soulignés : (classification du Dr. J. Debauchez et du Dr. J. Bourgade)

- 1 - Syndrome subjectif seul
- 2 - Syndrome neurologique (paralysies diverses)
- 3 - Syndrome psychiques (psychoses, névroses, démence avec leur retentissement socio-professionnel)
- 4 - Vertige et trouble de l'équilibre
- 5 - Troubles objectifs de l'audition
- 6 - Troubles de la vision
- 7 - Epilepsie et équivalents épileptiques

s'est créée une "Association Européennes pour le Traitement et la Réadaptation des Traumatisés Crâniens", pour répondre aux recommandations susvisées du Comité Mixte.

Son siège social est à Strasbourg.

L'Association se propose :

- de promouvoir à l'échelle européenne la collaboration et l'entraide dans tous les domaines concernant les traumatisés crâniens cérébraux, médullaires et assimilés, quelle que soit l'origine du traumatisme.
- de collaborer avec les pouvoirs et institutions publics et privés, et toutes autres personnes morales ou physiques, afin de coordonner l'action entreprise et envisagée en faveur du développement et du perfectionnement des moyens de diagnostic, de traitement et de réadaptation socio-professionnelle des traumatisés crâniens cérébraux, médullaires et assimilés.
- d'organiser des réunions d'information et des cours de perfectionnement à l'intention du personnel médical, para-médical ou social intéressé par les problèmes relatifs aux traumatisés crâniens.
- de créer un centre de documentation scientifique, technique et administratif chargé de :
 1. Centraliser l'information médico-technique et sociale;
 2. Promouvoir l'harmonisation de la terminologie utilisée en ma-

tière de traumatologie crânio-cérébrale et médullaire dans les différents pays européens;

- d'encourager ou susciter tous travaux de recherche concernant les différents aspects de cette pathologie.
- d'encourager la création et le fonctionnement d'établissements destinés à cette catégorie de traumatisés et, notamment, de créer dans la circonscription sanitaire de STRASBOURG (de préférence à proximité de la ville afin de permettre l'utilisation des compétences et des installations du C.H.U. de STRASBOURG), un centre de diagnostic et de traitement des troubles et affections pouvant résulter à plus ou moins grande échéance d'un traumatisme du crâne, du cerveau, de la colonne vertébrale, de la moëlle épinière ou de leurs annexes.

Un colloque a réuni à VALLENDAR (RFA) le 31 janvier 1971 des spécialistes et des observateurs gouvernementaux de sept pays européens (Autriche, Belgique, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, République Fédérale d'Allemagne). La motion adoptée à la fin du colloque précise que les participants recommandent à l'unanimité que soit réalisée, dans les meilleurs délais, la construction, sur le terrain dont l'Association est propriétaire à HOCHFELDEN, près de STRASBOURG, d'un Centre Pilote Européen spécialisé pour la Recherche, le Traitement et la Réadaptation des Traumatisés Crâniens.

D'autre part, la Commission scientifique a élaboré, sous l'autorité du Dr. LAFON, un rapport sur les surdités post-traumatiques paru dans la revue "Médecine Européenne". Un rapport sur les épilepsies et les équivalents épileptiques, et un autre sur les syndromes subjectifs et post-commotionnels sont en préparation.

Enfin, la Commission d'Etudes Comparatives des droits s'est penchée sur les problèmes suivants :

- échanges des invalides entre pays européens (extension de l'accord portant sur l'échange des mutilés de guerre),
- application aux invalides de guerre du Formulaire E6 en cas de

séjour temporaire dans un autre pays membres (v. Q.E. du 20 mars 1971 J.O./AN - France),

- application plus effective de la législation sur les "emplois réservés",
- reconnaissance des cartes nationales de réduction sur les transports en commun des autres pays membres.

En résumé, l'Association des B.C.E. est ouverte à toutes les personnes intéressées par les buts poursuivis et elle organise de fréquents colloques et rencontres à l'échelon européen, garants de très larges échanges d'informations techniques de tous les niveaux.

Elle souhaite que la C.E.C.A. accorde son patronnage pour la réalisation du Centre pilote européen de traitement et de rééducation des traumatisés crâniens de HOCHFELDEN.

N. COOPER

L'Organisation Internationale du Travail est souvent interrogée sur l'utilité d'instaurer ou de développer une législation appropriée pour l'application de mesures coercitives pour assurer l'embauchage de handicapés dans l'industrie. Je ne parle pas de la nécessité de textes législatifs pour les services et les programmes fondamentaux de réadaptation - je suis sûr que nous sommes tous d'accord pour estimer qu'une telle législation est très nécessaire et même essentielle en tant que partie intégrante d'une politique de développement social. Je songe aux mesures législatives ou aux règlements spéciaux prévoyant des quotas (obligeant les employeurs à embaucher un certain contingent ou pourcentage de personnes handicapées), à la désignation de certains postes de travail, à l'attribution de priorités et de préférences et à la notification obligatoire des postes vacants. Comme c'est le cas pour la plupart des sujets controversés, il y a d'excellents arguments pour et contre la mise en place de mesures coercitives de ce genre et j'ai pensé que le symposium pourrait être intéressé de connaître les informations de l'OIT en cette matière .

On peut dire que les mesures coercitives :

- montrent que le gouvernement préconise en principe l'engagement des handicapés et encourage à la fois les handicapés et ceux qui travaillent pour eux;
- fournissent le moyen d'amener les employeurs à embaucher les personnes handicapées et, si l'on a recours aux méthodes de placement sélectif, sont les employeurs davantage enclins à les admettre et reconnaissent bientôt leur valeur en tant qu'unités économiques;
- ont pour effet de convaincre les employeurs que toutes les entreprises sont traitées sur un pied d'égalité et qu'il n'y a aucune discrimination injuste entre, par exemple, le secteur public et le secteur privé;
- procurent un emploi aux personnes handicapées qui, dans le cas contraire, pourraient rester sans emploi, parce qu'elles n'ont pas la capacité d'effectuer un travail plus pénible ou de plus haute qualification.

Inversement, on peut dire :

- que la contrainte est mauvaise dans son principe,
- que les handicapés placés selon ces normes pourraient avoir l'impression qu'elles le sont par tolérance plus que par leur mérite;
- que seuls les travaux de caractère plus serviles sont réservés aux handicapés;
- que les handicapés eux-mêmes ont le sentiment d'appeler sur eux une attention injustifiée.

Il appartient à chaque pays ou groupe de pays de décider si c'est la méthode coercitive ou la méthode volontaire de placement qui doit être adoptée. Si toutefois on adopte les mesures coercitives, leur succès sera fonction de quatre facteurs principaux :

- une définition pratique simple du handicapé (telle qu'elle est formulée dans la recommandation 99 de l'OIT);
- l'existence d'une organisation efficace pour l'enregistrement des

handicapés;

- l'existence d'un service spécialisé de réadaptation et d'emploi pour permettre aux employeurs de remplir leurs obligations;
- un système d'inspection ou de sanctions permettant d'assurer l'exécution effective des obligations imposées aux employeurs.

Il intéressera le symposium d'apprendre que l'OIT agissant en collaboration étroite avec les Nations unies et l'Organisation mondiale de la santé, entreprend une enquête par questionnaire sur la législation, l'organisation et l'administration des programmes de réadaptation dans 62 pays du monde, comprenant la plupart des pays européens. Nous serons heureux de mettre les résultats de cette enquête (c'est-à-dire de cette étude comparative) à la disposition, non seulement de la Commission, mais de toute personne concernée par le problème de la réadaptation des handicapés.

H. SYMANSKI

Mesdames, Messieurs,

Tous les exposés que nous avons entendus jusqu'ici étaient autant de témoignages d'un certain idéalisme, de certains objectifs et de beaucoup d'optimisme. Cependant, en ma qualité de médecin-inspecteur du travail en Sarre, je suis obligé de verser un peu d'eau dans votre vin. Je me fais l'avocat du diable, c'est-à-dire que je voudrais, par mes observations, susciter vos contradictions éventuelles et vous faire connaître comment les choses se passent effectivement dans la pratique.

Je me réfère à l'exposé de M. MARON. Il est certain que les grandes entreprises observent les prescriptions légales et qu'elles embauchent le pourcentage prescrit de personnes fortement handicapées mais, dans la République Fédérale, on constate que, sur 26 millions de personnes actives, une très petite partie seulement est occupée dans les grosses entreprises, tandis que la plupart de tous les salariés travaillent dans de petites et moyennes entreprises. Or,

ces entreprises et les employeurs ont tout d'abord en vue leur rémunération et leurs bénéfices et c'est une opinion largement répandue dans la population et parmi les employeurs que les handicapés ne sont pas à considérer comme une main-d'oeuvre pleinement valable, mais plus ou moins comme une charge. En général, les travailleurs veulent seulement embaucher du personnel valide et sain. Tel est même le cas en période de plein emploi, et il en résulte un certain nombre de difficultés pour le recrutement de personnes fortement handicapées.

Le deuxième point de vue sur lequel je voudrais mettre l'accent est que l'on constate fréquemment une volonté insuffisante de se faire réadapter. Cette tendance s'accroît avec l'âge et avec la gravité croissante des séquelles des accidents. C'est ainsi que beaucoup de travailleurs préfèrent bénéficier d'une pension et de la prévoyance et sont hostiles à tout reclassement. En Sarre, nous disons alors : "Il travaille à sa pension". Je citerai brièvement, comme exemple, un cas dont j'ai eu à m'occuper. Un travailleur de 57 ans, avec une tuberculose guérie, qui touchait une pension de 30 %, m'affirmait que, bien que s'étant présenté 20 fois à l'Office du travail, celui-ci n'avait pas été capable de lui fournir un travail adéquat dans des locaux fermés et exempts de poussières.

Les conséquences de cette expérience négative de la pratique me semblent être que, sur une large échelle, il faudra encore beaucoup de travail et d'éducation de tous les intéressés pour faire aboutir l'idée de la réadaptation et que, dans la pratique, il sera impossible de ne pas recourir à la coercition légale pour l'embauchage des handicapés dans les entreprises, et c'est pourquoi tous les moyens légaux devront être mis en oeuvre pour y parvenir.

K. VAN ZUNDERT

Je voudrais demander si l'on n'estime pas souhaitable d'examiner la possibilité d'insérer le reclassement social des handicapés dans les règlements 3 et 4 du mois de décembre 1958, pris par la Communauté économique européenne en matière de sécurité sociale des

travailleurs migrants.

On constate en effet dans plusieurs Etats membres une certaine discrimination vis-à-vis des travailleurs étrangers.

E. DE VERICOURT

Les débats auxquels nous avons assisté montrent une évolution de la législation du malthusianisme certain du 19e siècle à l'expansion globale nécessaire au 20e siècle dans la mesure où les conditions économiques le permettent.

La législation française sur les maladies professionnelles qui est un progrès est maintenant dépassée et les tableaux qui y figurent sont l'objet de litiges et de très longues expertises. Il est difficile de distinguer la réparation et la réadaptation du bronchitique chronique et celles du silicotique dont les conditions de travail sont souvent voisines.

Il faut faire un pas nouveau pour une solution globale de l'incapacité quelle qu'en soit l'origine. La réadaptation est aussi importante que la réparation qui ne doit pas créer des inégalités regrettables. L'avenir que nous prévoyons est porteur d'espérances pour tous les handicapés dans le cadre des études de la Communauté européenne.

F. MONTES

- Obligation d'emploi dans l'entreprise ou non-obligation ? Discussion sans fin ...

Je pense qu'il faut une législation parce que la bonne volonté ne suffit pas et pour ne pas créer de distorsions défavorables aux entreprises ayant la meilleure bonne volonté.

Mais cette législation doit abandonner son critère de causalité et harmoniser les législations des accidents et de l'invalidité.

Mais le vrai problème est l'information et la sensibilisation des employeurs et des salariés. Si le niveau de prise de conscience est meilleur, la solution sera facilitée.

- Mettre l'accent sur l'adaptation des postes de travail. Mesures financières mais aussi techniques pour la favoriser. Ergonomie. Recueil des expériences sur le plan européen (URSS : Aveugles)
- Placement, services spécialisés ou généraux ?
 - * Généraux pour la collecte et la recherche des offres;
 - * Spécialisés pour la relation avec les handicapés.
- Objectif : inclure le maximum de handicapés dans le milieu dit normal de travail - déségrégation.
- Harmonisations nécessaires des lois de la C.E.E. dans le cadre des articles 117 et 118 du Traité de Rome.

Mais, là aussi, approche tripartite employeurs, salariés dont représentants des handicapés et représentants des gouvernements.

G. CRAVIOTTO

C'est un problème que le Pr Gerundini a traité dans un article publié dans une revue spécialisée et c'est ce que l'on appelle "psychose de l'indemnisé".

Il s'agit en quelques mots de la tendance que peut avoir le handicapé à se considérer irrécupérable et à se contenter en conséquence des subventions de l'Etat en renonçant à toute réinsertion dans l'activité productive.

Mais cette tendance est déjà combattue par la législation en vigueur qui considère pratiquement la victime d'un accident comme un sujet à punir, tant il est vrai que le salaire qui lui est accordé est inférieur à celui qu'il percevait quand il travaillait.

Naturellement, ce problème doit être traité non sous un angle fiscal et répressif, mais au contraire abordé en termes de reclasse-

ment professionnel pour permettre de réinsérer l'accidenté dans l'activité productive.

Il faut également considérer que, si la législation sur le placement obligatoire des handicapés peut être vraiment platonique dans un pays de plein emploi, elle devient au contraire un "fait social" dans les pays où sévit un chômage structurel.

Il ne suffit pas de connaître les dispositions législatives des différents pays; il faut aussi parvenir à une harmonisation des législations pour éliminer les déséquilibres résultant de situations socio-économiques différents.

C. DE GANCK

Il résulte clairement des interventions d'hier et de ce matin que, du point de vue scientifique, technique, institutionnel et juridique, d'énormes efforts sont déployés pour réaliser la réintégration complète et entière des handicapés physiques dans la Communauté.

En analysant l'ensemble de ces efforts, il semble cependant que l'on parle d'une certaine image idéale des handicapés qui n'existe pas et n'existera jamais dans la pratique.

On semble en effet partir de l'idée que tous les handicapés sans exception tendent intensément à se réintégrer dans la communauté en général et dans le processus du travail actif en particulier.

La pratique révèle cependant que ce point de départ, cette image idéale, est franchement utopique et qu'il est en revanche opportun de distinguer en gros trois catégories de handicapés :

1. Ceux qui ont une attitude positive vis-à-vis de la réadaptation et de la remise au travail - il s'agit là sans nul doute du groupe le plus important.
2. Ceux qui ont une attitude passive et indifférente à l'égard de

leur remise au travail.

3. Ceux qui s'opposent ouvertement et sont hostiles à tout effort de validation du potentiel économique qui leur reste et de le monnayer effectivement.

Je crois que l'actuel colloque de trois jours qui se propose d'étudier les problèmes généraux soulevés par la réadaptation manquera son but si cet aspect du problème n'est pas traité.

La passivité et l'opposition de quelques handicapés contre leur remise au travail constituent effectivement un problème:

1. Il s'agit d'un problème économique parce que cette passivité et cette opposition - quel qu'en soit le motif - débouchent finalement sur un détournement des dédommagements et des fonds de la communauté qui pourraient être utilisés pour des fins autres et plus utiles.
2. Il s'agit d'un problème psychologique parce qu'en raison de l'opposition de quelques-uns, les efforts déployés par la plupart des handicapés pour leur réintégration dans le processus de travail sont dévalués aux yeux de la communauté et des handicapés légers dont l'attitude est positive.
3. C'est cependant surtout un problème pour les handicapés en cause eux-mêmes qui se privent ainsi de tous moyens d'aboutir à une réintégration complète dans la société et à un épanouissement intégral de leur personnalité.

Si l'affirmation de l'égalité parfaite entre les handicapés et les personnes valides implique effectivement que toutes facilités sont offertes au handicapé pour se défendre en toute indépendance dans la société et pour pouvoir transformer ses droits inconditionnels au travail en une remise effective au travail, il sera considéré et accepté par la communauté, par son entourage et par lui-même tout comme une personne pleinement égale dès lors qu'il aura conscience de supporter les mêmes obligations sociales que celles qui sont imposées aux personnes valides par la communauté.

La plus importante de ces obligations me semble être celle de s'occuper en premier lieu, et avant toute intervention de la communauté; de soi-même et de sa propre existence.

Cette obligation, qui s'impose de façon évidente aux personnes valides, peut et doit, me semble-t-il, pour les raisons mentionnées plus haut, être aussi imposée aux handicapés.

Elle constitue en tout état de cause la seule motivation justifiant d'éventuelles mesures d'incitation au travail pour les handicapés.

Il me semble en effet que les motivations en faveur du travail des handicapés, telles que :

- le travail est bon pour leur santé,
- il est nécessaire pour l'économie du pays,
- il est la condition requise pour l'épanouissement de leur personnalité, sont insuffisantes pour justifier une politique de remise au travail des personnes handicapées, avec contrôle de leur capacité de travail et une éventuelle suppression ou réduction des indemnités - appliquée dans la plupart des pays - parce que ces motivations peuvent être contestées.

Seule l'égalité complète des handicapés et des valides, non seulement quant aux droits, mais aussi quant aux obligations, en tant que membres de la communauté peut, selon moi, constituer la solution du problème.

La présente intervention n'a pas été préparée d'avance; elle est donc peu satisfaisante dans ses nuances et dans son développement. On peut certainement la contester, mais cela me semble être précisément le sens de ce colloque : déclencher la discussion.

R. FRANCOIS

Ligue internationale des associations d'aide aux handicapés mentaux
Déclaration des droits généraux et particuliers des déficients mentaux

- Attendu que la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée par les Nations Unies, proclame que tous les Etres Humains, sans aucune distinction, jouissent des droits généraux et inaliénables de dignité humaine et de liberté,
- Attendu que la Déclaration des Droits de l'Enfant adoptée par les Nations Unies, proclame les droits de l'Enfant handicapé physiquement, mentalement ou socialement, au traitement, à l'éducation et aux soins requis par son état,

la Ligue Internationale des Associations d'Aide aux Handicapés Mentaux proclame des Droits Généraux et Particuliers du déficient mental, comme suit :

Article 1er : Le déficient mental a les mêmes droits fondamentaux que les autres citoyens du même pays et du même âge.

Article 2e : Le déficient mental a droit aux soins médicaux et aux traitements physiques appropriés à son état, ainsi qu'à l'éducation, à l'instruction, à la réadaptation et aux conseils qui l'aideront à développer au maximum ses capacités et ses aptitudes, quelle que soit la gravité de son handicap. Aucun déficient mental ne doit être privé de cette assistance en raison de la charge financière qu'elle représente.

Article 3e : Le déficient mental a droit à la sécurité économique et à un niveau de vie décent. Il a le droit d'accomplir un travail productif ou d'exercer toute autre occupation utile.

Article 4e : Le déficient mental a le droit de vivre au sein de sa famille ou d'un foyer s'y substituant, de participer à toutes les formes de la vie communautaire et de s'adonner à des activités récréatives compatibles avec son état. Si son placement en établissement spécialisé est nécessaire, le milieu et les conditions de vie devront être aussi proches que possible de ceux de la vie normale.

Article 5e : Le déficient mental doit pouvoir bénéficier d'une tutelle qualifiée lorsque cela est indispensable à la protection de sa personnes et de ses biens.

Toute personnes intervenant directement dans le traitement ou l'hébergement du déficient mental ne peut se voir confier de fonction tutélaire.

Article 6e : Le déficient mental doit être protégé contre toute exploitation, abus ou traitement dégradant. S'il est l'objet de poursuites judiciaires, il doit bénéficier d'une procédure régulière qui tienne pleinement compte de son degré de responsabilité.

Article 7e : Etant donné la gravité de leur handicap, certains déficients mentaux ne sont pas capables d'exercer effectivement l'ensemble de leurs droits. Pour d'autres, une limitation de ces droits ou même leur suppression doit être nécessaire. La procédure utilisée, aux fins de cette limitation ou de cette suppression devra préserver légalement le déficient mental contre toute forme d'abus. Elle sera fondée sur une évaluation, par des experts qualifiés, de ses capacités sociales. Cette limitation ou suppression des droits sera soumise à des révisions périodiques et préservera un droit d'appel à des instances supérieures.

PAR DESSUS TOUT LE DEFICIENT MENTAL A DROIT AU RESPECT.

le 24 octobre 1968

Commentaire : Cette Déclaration a été présentée à l'ONU. Elle a été repoussée par un certain nombre de pays qui ont considéré avoir à résoudre au préalable des problèmes plus urgents (en particulier ceux de la malnutrition). Depuis, cette Déclaration a été adoptée par la Commission Sociale de l'ONU. Elle sera présentée à nouveau à l'Assemblée de l'ONU en octobre prochain.

PLACEMENT ET ADAPTATION EN MILIEU DE TRAVAIL NORMAL

Présidence de M. TROCLET
Ministre d'Etat
Belgique

Rapporteurs : G. DUBOT, F. MIROT, A. SALMON

RAPPORTS

G. DUBOT

1 - Introduction

Le placement et l'adaptation au travail normal des handicapés obligent l'employeur à choisir des moyens en rapport avec les objectifs à atteindre.

1.1 - Objectifs

Les objectifs étant précisés par la Direction Générale, il importe d'établir et d'assurer le fonctionnement d'une méthode relativement simple, rapide, efficace et adaptée aux dimensions de l'entreprise.

sur un plan pratique nous désirons vous faire part de notre expérience dans une entreprise française "LA REGIE NATIONALE DES USINES RENAULT".

1.2. - Importance du problème

Nos effectifs se situent pour l'ensemble des établissements à 94.000 personnes, la main-d'oeuvre ouvrière représente environ 71.000 personnes réparties dans plusieurs usines.

Une étude récente réalisée dans un secteur de fabrication permet de dénombrer un effectif de 14 % de personnes handicapées; pour 6 % il s'agit de handicap léger et 8 % ont un handicap plus grave.

Nous estimons donc que pour l'ensemble de la REGIE environ

11.000 personnes sont concernées pour un placement ou une adaptation particulière d'emploi.

1.3 - Attributions et obligations

Parmi les attributions et les obligations du médecin du travail, il lui appartient entre autres de faciliter le reclassement des ouvriers handicapés au sein de l'entreprise dans des postes, soit déjà adoptés à certains handicapés, soit après études du poste de travail, de faire modifier ce poste afin de l'adapter au sujet handicapé.

Avant toute chose cela suppose, de la part du médecin, une connaissance aussi complète que possible des différents postes de travail. Cette connaissance ne pourra se faire que par une étude du poste avec établissement d'une fiche d'exigences; fiche qui sera alors comparée à la fiche de possibilités physiques du sujet. Un tel travail nécessite la collaboration étroite des différents services.

L'utilisation rationnelle du personnel handicapé ou non handicapé repose sur les études de postes de travail.

2 - La méthode utilisée

2.1 - Buts des études de postes

Les études de postes de travail à prédominance manuelle ont pour but :

- 1°) D'améliorer les postes de travail, soit sur le plan technique - efficacité, qualité, prix de revient - soit sur le plan humain (diminution de la fatigue, suppression des risques d'accident, etc ...).
- 2°) D'établir un classement des postes de travail, les uns par rapport aux autres, ce qui conduit à une qualification des tâches.
- 3°) De réaliser une bonne appropriation du personnel aux différents postes de travail. C'est la sélection et l'orientation de la main-d'oeuvre.

2.2 - Généralités sur la sélection et l'orientation professionnelle

- La sélection et l'orientation professionnelle reposent sur deux ordres de connaissances :

- 1°) celles de l'homme et de ses aptitudes,
- 2°) celles des postes de travail et de leurs exigences.

- Le principe guide pratique pour la sélection-orientation est la comparaison des monographies d'aptitudes et d'exigences.

2.2.1 - Sélection

- La sélection du personnel consiste à rechercher quel est l'ouvrier qui convient le mieux pour tenir un poste de travail déterminé; le point de départ est le poste de travail.

2.2.2 - Orientation

- L'orientation consiste à aider le sujet à se diriger vers une activité qui convient le mieux à l'ensemble de ses aptitudes, de ses capacités : le point de départ est l'homme avec ses possibilités.

2.3 - Comment réaliser l'étude d'un poste de travail

- La méthode d'étude est identique pour la sélection-orientation et la qualification du travail.

Elle repose sur la consultation de documents existants (gammes, fiches d'instruction) et sur l'observation extérieure de la profession.

2.3.1 - Observation du poste

- L'étude est réalisée après stabilisation du poste de travail.

- L'observation est la partie fondamentale du travail de l'Agent d'étude de postes. Son importance est déterminante pour l'établissement :

- 1°) de la description du travail,

2°) du profil des exigences du travail.

2.3.2 - Description analytique du travail

- Chaque poste de travail étudié fait l'objet d'un document.

Sur ce document nous avons l'identification du poste et une suite de renseignements extraits des gammes.

- La description du travail est faite sous forme analytique et comprend 3 rubriques :

- l'opération en général,
- la description du cycle opératoire,
- les particularités.

- Ces rubriques répondent aux questions classiques: Quoi ? Où ? Quand ? Qui ? Comment ?

Cette analyse permet de bien connaître :

- l'activité physique,
- l'activité mentale,
- l'activité sensorielle,
- l'ambiance de travail.

2.3.3 - Détermination du profil d'exigences du poste

- Les exigences correspondent aux aptitudes minima nécessaires pour tenir le poste.

Elle sont divisées en 3 groupes :

1°) Exigences physiologiques :

- Vue de près,
- Vue de loin,
- Audition,
Intégrité des membres supérieurs,
- Position de travail,
- Pédales ou déplacements,
- Robustesse (effort)
- Résistance à l'effort,
- Risques inhérents au poste.

2°) Les critères d'incommodités ou de nuisances

- Vibrations,
- Irritants respiratoires,
- Irritants cutanés ou caustiques,
- Huiles et graisses minérales,
- Toxiques généraux,
- Conditions climatiques et thermiques,
- Horaire de travail.

3°) Les exigences psychotechniques :

- Cadence de gestes,
- Dextérité,
- Coordination des mouvements,
- Attention concentrée,
- Attention diffusée,
- Compréhension.

Ces exigences sont estimées à l'aide du Résumé des barèmes postes.

Chaque critère fait l'objet d'un examen particulier pour situer le poste étudié dans un des 5 degrés.

- Ce profil étant établi, est soumis aux Services Médicaux pour signature.

3 - Application pratique pour la mise en place du personnel

- La mise en place du personnel est réalisée en deux étapes :

3.1 - La présélection

- Elle consiste à comparer les exigences principales du poste avec les aptitudes correspondantes de l'ouvrier que l'on désire y affecter.

Cette comparaison est faite par des numéros de groupe d'emplois.

Constitution du N° de groupe

- Le numéro de groupe se compose de 5 chiffres :

- . Les 2 premiers chiffres concernent certains critères physiologiques,
- . Le 3ème chiffre concerne le genre d'examen psychotechnique,
- . Le 4ème et le 5ème chiffre concernent les nuisances ou les tolérances.

3.2 - La sélection individuelle

- Elle consiste à comparer les exigences détaillées du poste avec les aptitudes de l'ouvrier que l'on envisage d'y affecter.

Cette comparaison est faite par la superposition de la fiche d'exigences sur la fiche d'aptitudes.

3.2.1 - Fiche d'exigences

Cette fiche est la copie du verso de la fiche d'étude du poste.

Elle est perforée dans les critères physiologiques et nuisances.

Elle est diffusée aux départements après chaque étude de poste.

Cette fiche est valable à condition que le poste ne soit pas modifié.

3.2.2 - Fiche d'aptitudes générales

Cette fiche rédigée par les Services Médicaux suit l'ouvrier dans toutes ses mutations.

Le docteur situe par un point dans la case correspondante le degré d'aptitudes du sujet pour chaque critère

- les degrés à droite de ce point sont colorés en rouge.
- La comparaison de ces deux documents, fiches d'exigences et fiches d'aptitudes, nous indique si le sujet est apte au poste considéré.

3.3- Les renseignements statistiques

- Chaque poste de travail étudié fait l'objet d'une carte

mécanographique.

- Sur cette carte des renseignements relatifs à la qualification et à la sélection y sont perforés.

- Ce fichier mécanographique permet d'établir des listes de postes suivant différents classements.

3.3.1 - Les listes de poste

Ces listes sont établies à la demande des services ou des départements.

Les classements les plus utilisés sont :

- . par numéro d'étude par atelier,
- . par numéro de groupe par atelier,
- . par numéro de groupe par département,
- . par classe de salaire par atelier.

3.3.2 - Les indices moyens

Le calcul de l'indice moyen des exigences des postes permet de classer les ateliers, les départements les uns par rapport aux autres.

Ces indices comparés aux indices "aptitudes" indiquent comment sont situés les secteurs étudiés sur le plan des possibilités d'utilisation du personnel.

4 - Les différents handicaps et les possibilités de reclassement

Il ressort que dans le milieu usinier où nous sommes, nous avons essentiellement des handicapés pour raison médicale pure car, grâce au développement de la sécurité, si les accidents sont encore trop fréquents, leurs conséquences et les séquelles sont moindres, mis à part malheureusement les accidents de trajet.

Cependant, il est une catégorie de travailleurs qui nous pose de plus en plus de problèmes difficiles à résoudre, celle des sujets âgés, qui usés par tout une vie de travail souvent pénible ne peuvent plus assurer un travail normal ou même allégé, en atelier de production, malgré toute leur bonne volonté.

C'est afin de pouvoir conserver un emploi à ces personnes qu'a été créé en 1951 à la REGIE NATIONALE RENAULT un atelier spécial groupé avec un atelier de réadaptation et de réentraînement à l'effort. Dans cet atelier, ces travailleurs âgés et handicapés ont la possibilité de conserver leur travail jusqu'à leur retraite.

Il serait fastidieux de passer en revue toutes les catégories de handicapés dont nous avons eu à nous occuper; en prenant pour schéma nos critères des fiches d'aptitudes générales, nous voudrions indiquer les solutions que nous avons été amenés à prendre selon les handicaps.

4.1 - Les handicaps sensoriels

4.1.1 - Les handicapés visuels

4.1.1.1 - Les borgnes ou les ouvriers dont l'acuité visuelle est très basse de 0,2 à 0,3 de loin et non améliorable, nous les éliminons de tous les postes nécessitant évidemment une bonne vision de loin, de tous les postes dangereux (conduite de véhicules, cars, ponts roulants, presses, machines où il y a risque de projection de particules). Les postes de travail en hauteur sont également contre-indiqués. Par contre, il nous est possible de les reclasser dans des postes de montage si la vision de près est bonne. De même certains postes de manutention manuelle, d'entretien d'atelier peuvent leur être confiés. Ils posent, dans l'ensemble, peu de problèmes.

4.1.1.2 - Les aveugles ou les ouvriers ayant une acuité visuelle très faible qui ne peuvent travailler en atelier en raison des dangers de la circulation d'une part, et qui, d'autre part, n'ayant qu'un champ visuel très restreint, ne peuvent être à proximité des chaînes aériennes en raison des points bas, sont affectés à des travaux uniquement tactiles dans notre atelier de réadaptation. Ils assurent un rendement équivalent à celui qu'ils auraient à fournir en atelier normal (cambrage de tubes, mise à longueur, etc.) et sont payés en conséquence.

4.1.2 - Les handicapés auditifs qui présentent souvent une surdité professionnelle

Il a été possible, dans certains cas, de les affecter dans des ateliers qui avaient été insonorisés et nous avons eu récemment l'occasion de noter que des audiogrammes faits il y a 5 ans et refaits récemment après affectation dans ces ateliers insonorisés, montraient une régression de la surdité professionnelle. Nous disposons également de casques antibruit, mais ceux-ci sont très mal acceptés par la main-d'oeuvre. Le problème du bruit est un de ceux qui trouvent actuellement le moins de solution rationnelle.

4.2 - Les handicapés moteurs

4.2.1 - Suite à un accident de travail, de trajet ou autre présentant des séquelles importantes au niveau des membres supérieurs ou inférieurs. En général les ouvriers qui reprennent leur travail sont pratiquement rééduqués, toutefois certains compléments de rééducation sont nécessaires pour retrouver si possible, ou améliorer "le geste utile".

En cas de séquelles irréductibles, ankylose d'une articulation, il est toujours possible de trouver un poste mi-assis; mi-debout pour ankylose du genou, de supprimer une pédale si ankylose de la tibio-tarsienne, d'abaisser des leviers de commandes manuelles si ankylose du coude ou de l'épaule, etc.

Nous voudrions mentionner quelques cas typiques récents qui ont pu être solutionnés par aménagements de poste :

... M. X. - 30 ans, soudeur professionnel au chalumeau : plaie de l'avant-bras droit avec atteinte des nerfs médian et cubital. Grosses séquelles avec amyotrophie des muscles de l'éminence thénare, hypothénare et des interosseux. Sujet très coopérant. Nous complétons la rééducation faite en ville. Au bout de six mois, cet ouvrier reprend son poste et garde donc sa qualification; la modification du poste de travail a consisté tout simplement en une augmentation du diamètre de la tige du chalumeau.

... M. T. - 35 ans, ancien tuberculeux, éthylique, reprend son tra-

vail. A la suite de déboires familiaux, tentative d'autolyse (se jette sous le métro), a les 2 jambes coupées au 1/3 moyen. Après prothèses et rééducation à la marche, circule sans canne et peut alors être affecté à la conduite d'une balayeuse dont les commandes sont uniquement manuelles. Aucun incident pendant 3 ans mais après de nouveaux soucis et reprise de l'éthylisme, se suicide.

... M. V. - Amputation du 1/3 inférieur de l'avant-bras gauche. Après prothèse, peut être affecté comme surveillant de presses et contrôleur.

Ces 3 cas où les handicapés ont été très coopérants montrent, s'il en était besoin, que dans la rééducation aussi bien que pour le reclassement, les motivations personnelles tiennent une place prépondérante. Tous les échecs que nous pouvons avoir sont en général dus à un état sinistrosique surajouté que nous trouvons le plus fréquemment chez le personnel immigré.

4.2.2 - Handicapés moteurs suite à une maladie, soit cardio-vasculaire (hémiplegiques) soit affection neurologique.

Il n'est guère possible de les faire travailler en atelier normal. D'autre part, afin que nous puissions les reclasser, il est nécessaire qu'ils puissent se déplacer pour venir au travail.

Les quelques cas que nous avons eus ont, en général, repris le travail dans notre atelier protégé où grâce à des modifications des postes de travail réalisées par les techniciens de cet atelier, il nous a été possible de les faire travailler.

4.3 - Les psychiques, les éthyliques et les traumatisés crâniens

Les psychiques et éthyliques ainsi que les traumatisés crâniens qui présentent des troubles subjectifs et les comitiaux posent les problèmes les plus épineux. Nous ne pouvons évidemment employer en usine les sujets qui présenteraient un danger quelconque à travailler en collectivité. Pour les autres nous les reclassons dans les postes les moins dangereux possibles, souvent à des postes de manutention au sol ou des postes de gardiens de vestiaires ou de

parcs de bicyclettes.

4.4. - Les tuberculeux pulmonaires

Les tuberculeux pulmonaires qui représentent la majorité de nos handicapés temporaires, notamment les sujets d'Afrique Noire, ne posent pas de problèmes. Bien que les théories actuelles préconisent une reprise de travail très rapide, nous préférons avant de les remettre directement en atelier, leur faire effectuer un stage de 2 à 3 mois dans l'atelier de réadaptation. Il nous paraît dangereux de remettre directement en atelier avec toutes les contraintes que cela représente (horaire en équipe, rendement) des sujets qui sortent de sanatorium. Au moment du reclassement, nous les éliminons systématiquement des postes à risques toxiques (solvants, plomb, fonderie, etc). Après un recul de plusieurs années, nous notons que les rechutes sont exceptionnelles sauf chez les éthyliques.

4.5 - Les cardiaques

Pour les cardiaques, notamment les infarctus, le reclassement est plus difficile et c'est alors qu'assez fréquemment nous avons recours à une reconversion professionnelle, après examen psychotechnique et stage de formation professionnelle. Nous avons pu ainsi reconvertir un certain nombre de nos ouvriers et leur faire avoir des postes plus ou moins sédentaires de pointeaux, archivistes, magasiniers, métrologistes.

Une enquête effectuée par l'ensemble des médecins de la Régie et portant sur 115 cas nous a révélé que l'infarctus était apparu :

- 52 fois entre 55 et 65 ans,
- 46 fois entre 45 et 55 ans,
- 17 fois au dessous de 45 ans.

La répartition professionnelle était la suivante :

- 28 % de cadres,
- 8 % d'employés,
- 37 % d'ouvriers spécialisés,
- 27 % de professionnels.

En principe nous ne reclassons pas ces anciens malades à des travaux dont la cadence est rapide même si l'effort physique est faible, de même nous évitons les endroits bruyants, le bruit étant un facteur de fatigue psychique au-dessus de 80 décibels. Les postes de travail à la chaleur ou au contraire exposés aux intempéries sont contre-indiqués, ainsi que les postes de sécurité (pontonniers, grutiers, conducteurs d'engins mobiles) de même que les travaux dangereux (charpents en fer ou en bois, entretien à grande hauteur).

Le reclassement peut donc paraître très difficile mais étant donné l'âge auquel nous avons noté que survenait l'infarctus, c'est-à-dire en majorité après 50 ans, nous avons alors la possibilité de faire retravailler ces sujets dans notre atelier social qui justement est réservé au personnel âgé.

Dans cet atelier où il n'est pas demandé de rendement individuel, qui est peu bruyant, où le travail est effectué sur table, en position assise ou debout à volonté, nous pouvons donner du travail à tout ce personnel pour lequel un reclassement en production se révèle impossible.

Bien souvent, d'ailleurs, ce personnel est titulaire d'une invalidité partielle qui, à 60 ans, est transformée en inaptitude au travail.

4.6 - Problèmes des travailleurs âgés

Le rendement des sujets âgés est moindre que celui des sujets jeunes. Nombre de leurs aptitudes diminuent; par contre leur capacité de travail reste sinon entière, tout au moins très grande jusqu'à un âge parfois assez avancé.

Ils manifestent davantage de soin, de régularité, de patience et même de précision que les jeunes, toutes qualités qui compensent la diminution de quantité en assurant une qualité meilleure.

Egalement :

- certain souci de l'économie des matières,
- meilleur soin donné aux outils et machines,
- plus grande stabilité dans l'entreprise.

Envisager les postes de pointeau, magasinier d'outillage, petit montage, conditionnement.

5 - Quelles sont les perspectives dans les années à venir pour le reclassement en usine de grande production ?

Depuis de nombreuses années la plupart des postes de travail ont subi un certain nombre de modifications qui ont souvent amélioré, dans un certain sens, les conditions de travail:

- suppression de postes exigeant des postures inconfortables ou acrobatiques (une étude a été faite dans ce domaine par le laboratoire de physiologie de la Régie),
- modifications de position des pédales ou suppression de celles-ci et remplacement par des commandes manuelles,
- abaissement ou au contraire surélévation des plans de travail,
- modification des éclairages,
- insonorisation de certains ateliers, etc.

5.1 - L'automatisation

Cependant, la plupart des postes de travail restent en chaîne et souvent automatisés. Or, de l'avis même des tenants de ces postes, si l'automatisation a supprimé un certain nombre de contraintes physiques, notamment de manutention, elle ne paraît pas, par contre, avoir apporté une diminution de la fatigue globale. En effet, un effort d'attention plus soutenu et la présence constante au poste de travail est nécessaire.

Ainsi sur certaines machines, l'ouvrier pouvait, avant l'automatisation, forcer un peu sa cadence pendant les premières heures de travail afin d'avoir un certain temps de libre en fin de journée, il n'en est plus de même après automatisation car c'est alors la machine qui commande à l'homme et non l'homme à la machine. Si donc la dépense musculaire est moindre, l'état de tension continu entraîne une fatigue moins facilement atténuée par le repos.

5.2 - Problème des décentralisations

En nous basant sur un recul de plus de vingt années d'exer-

cice de la Médecine du Travail, il faut admettre que plus les années passent, moins nous avons de postes réputés peu pénibles, cela vient du fait que le personnel, sauf cas particuliers, est polyvalent et doit donc être apte à occuper tous les postes d'une certaine catégorie; les décentralisations et les sous-traitances concernent en général les postes les moins pénibles, d'où difficulté de plus en plus grande pour solutionner le cas des handicapés physiques majeurs.

6 - Conclusion

Une statistique récente portant sur 100 cas nous montre que, après passage dans un atelier de réadaptation :

- 47 personnes ont repris leur ancien travail,
- 6 personnes ont repris au même poste aménagé,
- 34 personnes ont repris à un autre poste de travail mais avec qualification équivalente,
- 7 personnes avec changement de poste et qualification inférieure en raison d'affections chroniques (éthylisme en général),
- 6 personnes avec changement de poste et qualification supérieure par acquisition de compétence technique lors du stage, après avoir passé un examen psychotechnique.

6.1 - Bilan sur 5 ans (Usine de BILLANCOURT)

En 5 ans, dans le cadre de l'usine, 420 personnes ont suivi un stage de réadaptation et ont été reclassées dont :

- 15 % d'anciens blessés,
- 56 % d'anciens pulmonaires,
- 13 % de cardiaques dont 50 % d'infarctus,
- 16 % de neuro-psychiques et éthyliques.

6.2 - Bilan sur 16 ans (Usine de BILLANCOURT)

De 1952 à 1968, nous avons admis 519 personnes âgées dans notre atelier et toutes ont obtenu une inaptitude totale au travail à 60 ans.

1.023 malades ou blessés ont été reclassés, donc nous

voyons qu'en 16 ans, nous nous sommes efforcés de solutionner au mieux le sort de près de 1.600 ouvriers.

La reprise du travail après maladie ou accident, le réentraînement à l'effort, l'aménagement des postes de travail et le reclassement ne peuvent résulter que d'un travail d'équipe nécessitant l'étroite collaboration :

- 1°) des différents organismes traitants, médecins, hôpitaux, etc. collaboration souvent difficile à établir entre les médecins du travail et les centres hospitaliers.
- 2°) des responsables de la mise en place dans les usines.
- 3°) des responsables administratifs des ateliers de réentraînement au travail.
- 4°) des responsables administratifs dans les ateliers : chefs de personnel, agent de sécurité, chefs d'atelier.

Ce n'est qu'au prix de cette étroite collaboration et de la compréhension de tous qu'il est possible de tirer le maximum des moyens que nous pouvons avoir pour agir au mieux des intérêts des travailleurs.

Dr. SALMON

Le placement des handicapés au terme du processus de réadaptation ne peut toujours suivre cette voie idéale de la réintégration au sein de l'entreprise antérieure.

Dans beaucoup de petites ou moyennes entreprises, la gamme des activités est trop limitée pour permettre des changements de poste de travail et résoudre ainsi les cas individuels de reclassement. Par ailleurs, l'interruption de travail est parfois fort longue chez certains handicapés qui ne sont plus alors repris sur les listes du personnel; dans d'autres cas analogues, l'entreprise aura peut-être disparu ou se sera reconvertie, avec pour conséquences des suppressions d'emplois. Enfin, il faut tenir compte des adolescents handicapés qui ne possèdent aucun antécédent professionnel susceptible d'amorcer leur reclassement.

Pour de tels cas, le placement devra donc s'effectuer dans le cadre d'une entreprise nouvelle et nécessitera des démarches plus difficiles. Il s'agira de trouver d'abord une entreprise offrant des conditions de travail adéquates au handicapé, d'y introduire celui-ci et enfin de s'assurer qu'il s'y maintient.

Ces tâches incombent normalement aux services de main d'oeuvre qui devraient comporter un bureau spécial pour handicapés. Les services sociaux des autres organismes de sécurité sociale peuvent également intervenir, de même que les centres d'orientation ou les établissements de rééducation professionnelle, ces derniers lorsque le reclassement impose une nouvelle qualification.

Ces divers organismes peuvent travailler suivant des modalités particulières à leur réglementation ou à celle de leur pays respectif, mais sur le plan pratique, le cours des démarches ne diffère guère. Ce sont ces multiples aspects qu'il convient maintenant d'exposer en distinguant trois phases principales :

- les démarches préalables
- la réalisation du placement
- la surveillance du placement.

I. DEMARCHES PREALABLES

Prospection des emplois disponibles.

Le placement doit être préparé par toute une série de démarches préalables parmi lesquelles la prospection des emplois disponibles est une des plus importantes.

Les services officiels de main-d'oeuvre sont évidemment bien placés pour effectuer ce genre d'opérations grâce à leur réseau de renseignement vers lequel doivent normalement converger toutes les demandes d'emploi de l'extérieur. Ils sont habituellement aussi en liaison avec les groupements de développement régional et sont donc informés des débouchés nouveaux.

Toutefois, un nombre important de handicapés passent au préalable par un centre de réadaptation professionnelle. Ces établissements s'adressent aux bureaux d'emploi régionaux pour le placement

de leurs stagiaires mais ils peuvent aussi se charger eux-mêmes de l'opération et sont alors amenés à prospecter pour leur compte.

Leur prospection ne peut se borner à un simple relevé des offres d'emplois parues dans la presse. Ils ont intérêt à établir un inventaire des entreprises locales susceptibles d'offrir des emplois dans la gamme des métiers enseignés et à visiter ces entreprises pour vérifier sur place les possibilités existantes. Ces visites amorcent une politique de relations avec les entreprises, politique extrêmement favorable pour le centre assurant la formation professionnelle ainsi que notre expérience le prouve. Dans le même ordre d'idées, les entreprises ayant précédemment embauché des stagiaires sont de leur côté soigneusement répertoriées. Souvent des appels émanent par la suite de ces employeurs lorsqu'ils ont pu apprécier les qualités professionnelles des anciens élèves du centre.

Quelles que soient les modalités de prospection, elles devront de préférence ne pas trop s'écarter du cadre local de l'individu sous peine de poser des problèmes supplémentaires de transplantation.

Contacts préliminaires.

Lorsque des possibilités d'embauche se dessinent, des contacts s'imposent alors avec l'entreprise en vue de les exploiter. Les relations qui à ce moment vont s'établir entre d'une part, le responsable du placement, et d'autre part, l'employeur éventuel ou son représentant, constituent une étape délicate dont dépend avant tout le succès du placement ultérieur.

Le responsable du placement doit se présenter aux yeux de l'employeur comme un interlocuteur valable, ouvert à ses besoins et capable par conséquent de lui proposer un candidat compétent. Il ne doit pas donner l'impression d'arriver en quémandeur mais plutôt comme une personne susceptible de l'aider.

L'employeur de son côté doit comprendre le handicapé ou son représentant mais une telle attitude est loin d'être générale car beaucoup de préjugés s'y opposent toujours. Certains facteurs peuvent heureusement exercer un effet positif : ce sont les besoins plus ou

moins aigus que l'employeur éprouve en main d'oeuvre qualifiée, les expériences antérieures qu'il aurait tentées favorablement avec des handicapés et enfin le crédit qu'il accorde à la formation donnée dans les centres de réadaptation professionnelle. Dans cette dernière perspective, beaucoup d'institutions s'efforcent d'incorporer des employeurs dans leur conseil d'administration ou dans leurs jurys d'examens.

Ces premières démarches doivent donc s'effectuer dans un climat de compréhension réciproque et déboucher sur une appréciation objective des réalités de part et d'autre.

Examen des exigences formulées par l'employeur.

L'entrevue avec l'employeur devra non seulement déterminer ses besoins exacts en main d'oeuvre mais aussi ses exigences. Celles-ci seront d'autant plus grandes que les emplois à pourvoir requièrent une plus forte qualification. Il est donc utile de connaître les critères de qualification sur lesquels se basent habituellement les employeurs.

Une distinction assez nette apparaît entre les entreprises privées ou publiques.

Dans le secteur privé, le titre de qualification (diplômes, certificats d'aptitude professionnelle, brevets, ...) entre peu en ligne de compte pour les petites entreprises; pour les grandes, il constitue souvent un simple document d'introduction, une sorte de "carte de visite".

Les connaissances professionnelles pratiques sont par contre déterminantes dans les petites entreprises où la pièce d'épreuve est essentielle pour l'embauchage. Il en va de même dans les grandes entreprises, bien que celles-ci imposent au préalable des tests de sélection professionnelle : il est utile à ce moment de communiquer les informations recueillies lors d'examens similaires effectués au service de placement ou de réadaptation professionnelle.

Dans le secteur public par contre, la possession d'un titre de qualification paraît bien indispensable et peut jouer contre le handicapé

adulte ou adolescent qui n'a pu recevoir antérieurement une éducation professionnelle dans l'enseignement traditionnel. Dans certains pays de la communauté en effet, les cours de recyclage pour adultes handicapés ou non ne sont pas encore sanctionnés par un titre homologué. Ces remarques soulèvent un problème beaucoup plus général, celui de l'éducation permanente et du recyclage des adultes qui nous écarterait trop de notre sujet. Quoi qu'il en soit, l'absence d'un titre constitue encore trop souvent un obstacle insurmontable au placement des handicapés dans les entreprises publiques, alors que le rythme de travail habituellement moins contraignant de ces entreprises devrait plutôt leur faciliter l'accès au travail.

Dans la fonction publique, le formalisme administratif intervient donc contre les handicapés alors que dans le secteur privé, passé le préjugé initial, on rencontre plus souvent qu'on ne le croit une attitude compréhensive, humaine et souple.

D'autres exigences peuvent intervenir.

L'âge peut être un obstacle mais il s'agit alors d'un problème général quoique plus accentué chez les handicapés. La question de l'aptitude physique sera traitée ci-après.

Il faut également parler des attitudes de principe de certains employeurs résolument opposés à l'emploi de handicapés, comme cela se voit parfois dans des entreprises récemment modernisées ou implantées avec l'aide de fonds publics, et auxquelles nos gouvernements devraient imposer une attitude moins négative. A l'opposé, on est étonné de l'attitude compréhensive affichée par d'autres employeurs qui négligent le handicap pour autant que le candidat possède les aptitudes professionnelles requises.

Enfin, il faut souligner l'importance des facteurs conjoncturels : un haut degré d'activité économique avec raréfaction de la main d'oeuvre disponible se traduit par un assouplissement des exigences chez les employeurs et un abandon de leurs préjugés.

Etude du poste de travail projeté.

La perspective d'un emploi se précisant, encore faut-il s'assu-

rer que cet emploi sera bien conforme aux aptitudes générales du handicapé.

Cela suppose une étude du poste de travail, envisagée à la fois sur le plan physique et professionnel.

Chez les personnes handicapées, la compatibilité entre l'aptitude physique de l'individu et les exigences du poste de travail est primordiale.

Cette obligation implique à la fois :

- une évaluation exacte de la capacité résiduelle de travail du sujet, et
- une estimation des dépenses énergétiques ainsi que des efforts particuliers auxquels il va être soumis à son nouveau poste.

L'exposé de Messieurs MIROT et DUBOT a montré les possibilités actuelles de la médecine du travail en ce domaine grâce au développement des techniques d'évaluation fonctionnelle et d'ergométrie. Il faut reconnaître cependant que si de telles études sont parfaitement réalisables dans les grandes entreprises dotées d'un service médical bien outillé, elles le sont beaucoup moins dans les moyennes et petites entreprises ne disposant pas des mêmes moyens. Dans ce dernier cas, l'aptitude physique au travail des sujets aura été déterminée dans une unité d'évaluation fonctionnelle extérieure à l'entreprise, préalablement au placement ou en cours de réadaptation professionnelle. De telles unités d'évaluation demeurent elles-mêmes trop peu nombreuses pour généraliser la méthode.

L'estimation du coût énergétique aux postes de travail a aussi bénéficié des progrès réalisés dans les techniques d'investigation médicale. Un grand nombre de professions ont pu être étudiées et des normes énergétiques ont été établies, mais comme nous l'avons montré dans une étude personnelle, les estimations peuvent être difficiles pour les professions où existe une grande variabilité dans les conditions de travail. A côté des chaînes de production, des emplois fixes aux machines-outils où les gestes professionnels se répètent d'une manière uniforme, on rencontre une multitude d'activités où les opérations varient continuellement à longueur de journée. Pour ce genre d'emplois plus fréquents dans les petites entreprises, il faudrait

alors procéder chaque fois à une analyse individuelle du poste, chose qui peut se concevoir dans le cadre d'une recherche expérimentale mais qui est malaisée en milieu de travail.

Enfin, lorsque les aptitudes physiques du candidat ont été définies en-dehors de l'entreprise, le problème se pose de les confronter avec les exigences du poste de travail.

L'idéal serait une concertation entre le médecin de réadaptation et celui de l'entreprise mais de tels contacts ne sont pas toujours faciles à établir dans la pratique courante. Dans bon nombre de cas, la personne chargée de la prospection se retrouvera seulement munie d'une fiche répertoriant des contre-indications médicales et ne pourra se livrer qu'à une approche très approximative des conditions physiques de travail du poste envisagé.

Une correspondance analogue doit être établie entre les aptitudes professionnelles du demandeur d'emploi et les connaissances requises par le poste en vue. Ici, le rôle du placier est déterminant et suppose chez lui une connaissance approfondie des carrières. En fait, son rôle sera de servir d'intermédiaire entre le personnel de maîtrise de l'entreprise et celui qui a été chargé d'évaluer les connaissances professionnelles du handicapé. Mais l'appréciation de l'acquis professionnel du candidat sera souvent fort superficielle, sauf s'il est passé par un centre de réadaptation professionnelle. Dans ce dernier cas, le placier aura intérêt à prendre l'avis de l'éducateur ou du moniteur professionnel pour obtenir des informations plus précises.

II. REALISATION DU PLACEMENT

Présentation du candidat :

Si les démarches préalables ont confirmé la possibilité d'emploi d'une personne handicapée, on passe alors à la réalisation proprement dite du placement.

La première opération consiste à présenter le candidat chez l'employeur.

Diverses modalités peuvent intervenir :

- le service de main d'oeuvre qui a mené l'enquête préalable le présente à l'employeur. Parfois, c'est le service social d'un autre organisme de sécurité sociale qui s'en charge.
- s'il vient d'un centre de réadaptation professionnelle, c'est souvent le personnel de l'établissement qui intervient: son placier, s'il en possède, sinon son assistant social, les éducateurs et moniteurs ou la direction elle-même.
- enfin, le candidat peut entreprendre les démarches à son initiative personnelle d'après les renseignements qu'il a récoltés pour son compte.

En revoyant l'ensemble des cas qui sont sortis de notre centre de réadaptation au cours des dernières années, nous pouvons énoncer les remarques suivantes :

- l'efficacité des services officiels de placement est assez variable et conditionne pour une bonne part les résultats. La présence au sein de ce service d'agents spécialisés pour les handicapés s'impose de plus en plus dans nos pays, compte-tenu du caractère particulier de ce genre d'opérations.
- les enquêtes réalisées parmi nos anciens stagiaires révèlent que ceux-ci sont encore trop souvent livrés à eux-mêmes et ils s'en plaignent à juste titre.
Ils jugent les interventions des placiers trop bureaucratiques.
- notre expérience montre aussi l'efficacité de l'intervention du personnel qui a mené la réadaptation professionnelle. Il s'avère que nos éducateurs sont les meilleurs agents de placement parce que étant du métier, ils entrent plus facilement en contact avec leurs collègues d'usine, et acquièrent ainsi leur confiance.

Comme ils connaissent parfaitement leurs anciens élèves, ils ont la possibilité de les défendre avec un maximum d'information.

En fait, les meilleurs placements que nous avons rencontrés provenaient justement de la conjonction de ces diverses initiatives. Une part de recherche personnelle est donc indispensable au départ, car elle indique de la part du handicapé une volonté réelle de trouver de l'emploi.

Les opérations reposent essentiellement sur l'organisation et l'efficacité des services officiels de main d'œuvre, mais dans le cas d'une réadaptation professionnelle préalable, l'intervention du personnel rééducateur facilite grandement les démarches.

Epreuves d'aptitude.

Après avoir été présenté, le candidat aborde un cap difficile, celui des épreuves d'aptitude.

Sur le plan professionnel, elles seront surtout imposées lorsqu'une qualification est exigée.

Elles peuvent se limiter à la simple présentation d'une preuve écrite de qualification (diplôme, certificat, attestation ...) ou d'une épreuve matérielle (pièces ouvragées antérieurement, études de dessin, travaux de comptabilité, de dactylographie ...).

Plus souvent, le candidat se voit imposer la réalisation d'une pièce d'épreuve ou d'un examen s'il s'agit d'une profession intellectualisée.

Certains employeurs exigent un stage d'essai chez eux, à leur charge ou à celle du service de placement. Ce processus peut ici déboucher sur un contrat d'apprentissage si le handicapé ne possède pas la qualification requise pour l'emploi sollicité.

Les grandes entreprises pratiquent assez fréquemment des épreuves psychotechniques.

Des épreuves de recrutement portant sur des questions à la fois générales et pratiques sont de règle dans les entreprises publiques ou assimilées.

Parallèlement, le candidat devra se soumettre à des épreuves médicales. C'est ici que la collaboration déjà citée entre d'une part, le médecin d'orientation ou de réadaptation, et d'autre part, le médecin de l'entreprise chargé de l'examen d'embauche, prend toute sa signification.

Le vrai problème ici est de rassurer le médecin d'entreprise qui ne connaît pas le handicapé et qui doit assumer la responsabilité de l'engager. Ses hésitations se lèveront souvent s'il reçoit un dossier

détaillé lui donnant toutes les garanties nécessaires. De telles garanties sont évidemment faciles à fournir lorsque le handicapé sort d'un centre de réadaptation professionnelle où ses aptitudes pour le nouveau métier ont pu être vérifiées longuement et effectivement.

En réalité, l'incompréhension dont on accuse beaucoup de nos confrères d'entreprise relève plus d'un manque d'information et d'une crainte des responsabilités que d'un préjugé véritable. Le rôle du médecin de réadaptation sera donc d'informer et d'attester lui-même la capacité physique pour couvrir ainsi la responsabilité de son confrère d'entreprise.

Une autre notion qui s'impose dans la réalité courante est celle du handicap visible extérieurement ou inapparent.

Une enquête hollandaise menée l'année dernière a montré que la proportion des aveugles, muets, et paraplégiques reclassés était faible (moins de 10 % du total des handicapés) et que par contre, les cardiaques, les handicapés physiologiques, les locomoteurs légers trouvaient plus facilement de l'emploi (plus de 40 %).

Une autre difficulté qui se fait jour est l'obligation réglementaire dans certains pays pour le nouvel employeur, de supporter la charge de l'invalidité antérieure en cas de nouvel accident aggravant l'invalidité existante. De telles dispositions ne sont évidemment pas de nature à faciliter le réemploi de handicapés et devraient être réformées ou amendées au plus tôt.

Problèmes pratiques posés par l'engagement.

Le principal est probablement le calcul du salaire.

Notre expérience personnelle montre que les nouveaux embauchés débudent habituellement au salaire de base de la profession. Il ne nous apparaît pas qu'ils puissent débiter à un taux inférieur du fait qu'ils sont handicapés. Les accords paritaires ne doivent normalement pas le permettre.

Des majorations sont par contre possibles au départ lorsqu'il y a une intervention des services de main d'oeuvre dans les charges salariales.

D'autres majorations suivront à la fin de la période d'essai ou ultérieurement, en fonction de la satisfaction donnée à l'employeur. Toute-

fois, malgré cet avancement, l'ouvrier handicapé risque de ne jamais pouvoir rattraper le salaire d'un ouvrier normal du même âge; un décalage peut subsister à son détriment.

Cette disparité dans les salaires préoccupe les organisations syndicales qui ne peuvent l'admettre et qui donnent parfois l'impression de freiner le placement des handicapés dans les entreprises.

L'acquisition des outils et des vêtements de travail ne soulève qu'un problème financier.

La question des déplacements quotidiens peut s'avérer plus difficile à résoudre. Il y a un intérêt évident à ce que ces déplacements soient les plus courts possibles pour éviter des fatigues excessives. Les moyens de transport doivent être commodes en évitant au maxima les changements et correspondances. L'usage d'un véhicule personnel facilite souvent les déplacements; parfois le véhicule doit être adapté au handicapé. Si les trajets sont trop longs ou pénibles, le déménagement devient alors indispensable. La reprise du travail peut donc entraîner des dépenses importantes pour lesquelles une aide financière mériterait d'être prévue. Dans certains cas, l'occupation du poste de travail dans la nouvelle entreprise nécessite son aménagement ou sa transformation pour l'adapter au handicap. Ces questions d'aménagement ont déjà été discutées dans l'exposé de Messieurs MIROT et DUBOT, et les modalités d'application ne diffèrent guère pour le sujet qui nous préoccupe. En principe, il s'agira d'améliorer la position au travail et de faciliter le mode opératoire en modifiant le positionnement des pièces à usiner, en adaptant les organes de commande, en simplifiant le dispositif d'alimentation, de vérification et d'évacuation des pièces.

De tels changements, déjà difficiles à imposer dans l'entreprise où se trouvait occupé l'ouvrier handicapé, le sont encore bien davantage lorsqu'il s'agit d'une entreprise nouvelle. Aussi, malgré les dispositions réglementaires prévues en la matière, il semble que ces aménagements de poste de travail soient plutôt rares et ne concernent que des modifications mineures d'outillage.

Démarches administratives.

D'autres démarches de caractère plus administratif doivent enco-

re être menées où l'intervention du placier sera à nouveau requise.

La reprise de l'activité peut nécessiter le renouvellement du permis de travail dans le cas des sujets étrangers qui souvent perdent de vue cette formalité. Les conditions de travail et de rémunération gagneront à être stipulées par écrit si la chose n'est pas obligatoire et le responsable du placement vérifiera la rédaction des documents pour ménager les intérêts du nouvel engagé.

Des documents plus particuliers devront encore être rédigés dans les cas où les services de main d'oeuvre prennent à leur charge une partie du salaire dans la période initiale. Ici, le placier fera preuve de beaucoup de tact dans ses interventions. Certains employeurs en effet ne sont aucunement intéressés par ces mesures pourtant avantageuses et, pour autant que le candidat leur paraisse valable, déclinent ces propositions dans la crainte sans doute de voir un fonctionnaire s'immixer dans leur service. D'autres réagissent paradoxalement devant ces mesures : ils suspectent un moins bon rendement au travail de la part du travailleur handicapé qu'on leur présente. Enfin, chez d'autres encore, on perçoit d'emblée un intérêt excessif, la tendance à vouloir exploiter une main d'oeuvre bon marché. Il appartient donc au placier d'ajuster chaque fois son attitude en fonction des réactions de l'employeur.

III. SURVEILLANCE DU PLACEMENT

Période d'essai :

Lorsqu'un employeur a donné son accord de principe pour l'engagement d'une personne handicapée, le processus de placement est loin d'être achevé. Le nouveau travailleur entame une phase encore difficile car il n'est généralement engagé que pour une période d'essai, et l'embauche définitive dépend de la manière dont il pourra s'adapter à son emploi. Il importe donc de le suivre durant cette période intermédiaire, pour voir si l'adaptation aux conditions de travail offertes s'effectue correctement.

Le contrôle de l'adaptation doit d'abord se faire sur le plan physique. Il appartient au service médical de l'entreprise de s'assurer que le poste de travail correspond aux aptitudes physiques du travail-

leur handicapé et aux contre-indications médicales définies lors des démarches antérieures. Le problème de la résistance à l'effort est particulièrement important et à cet égard, les handicapés qui ont pu bénéficier avant leur placement d'un passage dans un centre de réadaptation au travail sont nettement avantagés vis-à-vis de ceux placés directement.

Dans une étude récente qu'un de nos collaborateurs a consacrée au placement d'un groupe de traumatisés sortis de notre centre, il apparaît que la majorité d'entre-eux sont satisfaits du réentraînement à l'effort dont ils ont bénéficié durant leur stage et déclarent qu'ils n'ont pas éprouvé de difficultés à s'adapter à leur nouveau travail. Certains mêmes s'étonnent de leur entraînement physique comparé à celui de jeunes adolescents fraîchement sortis d'écoles techniques où la pratique professionnelle est moins intensive.

L'adaptation aux tâches professionnelles constitue l'autre critère déterminant du succès du placement. Une distinction s'impose aussi entre les handicapés ayant pu bénéficier d'une formation professionnelle préalable et ceux placés directement en entreprise.

Les premiers sont avantagés pour autant que la formation reçue corresponde bien aux tâches réelles de l'entreprise. Les handicapés ainsi réadaptés professionnellement ne présentent alors aux yeux des employeurs comme des travailleurs immédiatement rentables et s'intègrent plus facilement dans les entreprises. Les contacts maintenus avec nos anciens stagiaires confirment ce point de vue. Certaines personnes interrogées se félicitent aussi d'avoir reçu une formation assez large et polyvalente qui a accru leur compétitivité vis-à-vis des autres travailleurs et qui leur a permis de s'élever rapidement dans la hiérarchie de l'entreprise; d'autres par contre, regrettent que leur formation soit demeurée trop générale et ne leur ait pas apporté les connaissances approfondies requises par un emploi très spécialisé, comme quoi l'adaptation des programmes pédagogiques demeure une chose difficile devant la diversification et l'évolution incessante des techniques industrielles. Pour les personnes placées directement, la réinsertion dans la vie professionnelle peut être plus difficile parce que plus brutale et le succès de l'opération dépend pour une bonne part de la façon dont elles seront prises en charge par la maîtrise de l'entreprise.

L'adaptation au nouvel emploi peut également poser des problèmes de nature psychologique. L'introduction dans l'entreprise constitue en effet pour le handicapé une étape cruciale qui l'oblige à quitter l'état de dépendance sociale dans lequel il vivait depuis plus ou moins longtemps, pour passer à un stade d'autonomie professionnelle, but ultime de la réadaptation.

Compte tenu de la "fragilité" effective de beaucoup de nos handicapés, on conviendra que ce passage suscite chez eux de nombreuses difficultés et puisse engendrer des attitudes déroutantes allant parfois jusqu'à une véritable réaction de fuite.

Ces considérations font ressortir l'importance de l'accueil au sein de l'entreprise, accueil auquel participent le service médical, les cadres techniques et les aides sociaux mais auquel le responsable du placement pourra également s'associer, compte tenu de la connaissance qu'il a acquise du handicapé et de la confiance qu'il a pu s'attirer de lui. La liaison devrait donc être parfaite à ce stade entre les services de placement et les entreprises.

La période d'essai n'est évidemment pas toujours probante et dans un certain pourcentage des cas, n'est pas prolongée par l'employeur. Le service de placement doit alors reprendre en main le travailleur handicapé et recommencer de nouvelles démarches vers une autre entreprise.

Assez fréquemment aussi, on rencontre des sujets multipliant les essais d'emploi avant de se stabiliser chez un employeur. A la base de cette attitude, on trouve souvent des motifs d'insatisfaction quant aux conditions de travail, au montant du salaire, à la longueur des déplacements ... pas toujours justifiés et qu'il faut alors réfréner.

Nous estimons que l'occupation temporaire d'un emploi pas entièrement adapté est préférable à l'inactivité et que l'essentiel est de s'introduire dans la profession pour faire état ultérieurement de références valables.

D'une manière générale, on insistera pour que le délai entre la fin d'une réadaptation professionnelle et la placement soit aussi court que possible, sous peine de compromettre les effets du réentraînement à l'effort, de perdre peu à peu l'acquis professionnel et de favoriser

le retour à l'état de dépendance.

Période d'engagement définitif.

L'engagement définitif du handicapé ne met pas nécessairement un point final aux opérations.

Des contacts méritent d'être maintenus périodiquement avec lui pour voir s'il se maintient dans son nouvel emploi et si son reclassement aboutit vraiment à la stabilisation professionnelle souhaitée.

Les contacts sont également indispensables aux praticiens de la réadaptation, pour leur permettre de dresser un bilan à long terme de leur action et de vérifier ou de modifier leurs techniques de travail.

De telles études ne sont malheureusement pas aisées à réaliser. Les enquêtes par correspondance sont souvent peu fructueuses, beaucoup de reclassés omettant de répondre. Il faut alors les "relancer" individuellement sur leur lieu de travail mais comme ils sont généralement très dispersés, ces recherches se révèlent laborieuses et longues.

Bien souvent aussi, le recul manque pour avoir une vue d'ensemble de la question. Aussi nous limiterons-nous à quelques faits saillants qui nous ont paru se dégager de notre expérience personnelle. La stabilisation du handicapé dans sa nouvelle vie professionnelle dépend à la fois de facteurs personnels et extérieurs. Sur le plan individuel, c'est essentiellement l'état caractériel du sujet qui détermine son avenir, la stabilité du comportement qui garantit celle de l'emploi et par contre, les troubles du comportement qui affectent souvent le cours de la vie professionnelle.

Dans les facteurs extérieurs, l'évolution de la conjoncture économique et du marché de l'emploi intervient en premier chef : la plupart des observateurs sont forcés d'admettre qu'un fléchissement au niveau de l'emploi se répercute toujours davantage sur la main d'oeuvre handicapée.

D'autres facteurs peuvent encore influencer l'évolution professionnelle : le sens de l'initiative, le désir d'avancement, les besoins matériels des intéressés et dans un autre d'ordre d'idées, les muta-

tions ou reconversions industrielles des régions.

L'absentéisme est encore un facteur intéressant à analyser : plusieurs études font apparaître un taux d'absentéisme inférieur chez les handicapés, comme par exemple chez les cardiaques, tandis que les affections chroniques sujettes à aggravation périodique, comme les bronchopathies ou les lombalgies, y prédisposent plutôt. Autre sujet d'étude : l'évolution des revenus. En ce domaine, il semble manifestement que les sujets bénéficient d'une rééducation professionnelle soient favorisés, et notre expérience nous indique que le phénomène dit de la chance paradoxale n'est pas tellement exceptionnel; par contre, les placements directs semblent plutôt confinés aux emplois subalternes et aux salaires modestes.

Toutes ces considérations font ressortir la complexité des tâches posées par le placement des handicapés en milieu normal. En définitive, l'opération nous apparaît comme une conciliation entre deux mondes :

- celui du handicapé coupé de la vie professionnelle depuis plus ou moins longtemps ou depuis toujours, diminue de plus dans ses possibilités de travail, et
- celui de l'employeur essentiellement préoccupé par ses problèmes de production et de rendement.

Son succès dépendra pour une bonne part du niveau d'information des partenaires, des facteurs conjoncturels et des perspectives d'emploi régionales, de la portée des mesures d'encouragement mais par-dessus tout, de la compétence et du dynamisme de ceux qui en seront chargés.

C'est dire que, si une politique efficace de reclassement des handicapés suppose l'existence d'un réseau de placement bien structuré et bien documenté, il faut encore s'assurer que les titulaires possèdent la formation et les qualités humaines requises par leur mission.

B I B L I O G R A P H I E

- A propos des sollicitations énergétiques chez les handicapés pulmonaires remis au travail. A. Salmon, J.M. Petit, R. Deroanne et P. Hereng.
Journal belge de rhumatologie et de médecine physique 1968, 23, 71/82.

- Quelques résultats concrets du reclassement professionnel.
A. Salmon, J.M. Petit et P. Hereng.
Bulletin du Centre d'Etude et de Documentation Sociale
Juillet-Août 1968 n° 7 et 8.

- Plaatsingsbeleid van werkgevers ten aanzien van gehandicapten
Onderzoek van het Instituut Voor Psychologisch Markonderzoek NV
in opdracht van het Nederlandse Ministerie van Sociale Zaken
en Volksgezondheid. Jaargang 1970 - 4.

- La réinsertion professionnelle des cardiaques dans l'industrie sidérurgique. L. Lefebvre.
Revue de Réadaptation 1970. vol. 12.

- Réadaptation professionnelle chez les traumatisés du travail
Cl. Zuinen.
Travail d'étude de licencié en médecine du travail. Université
de Liège 1970. A paraître.

- L'emploi des travailleurs handicapés.
Compte rendu de la journée d'information organisée à Paris le
25.11.1970 par l'Agence Nationale pour l'Emploi.
Réadaptation n° 177. Février 1971.

DISCUSSION

L. SADO

Dans la région parisienne un groupe de travail dans le cadre de la Commission consultative d'emploi et de reclassement des travailleurs handicapés a étudié un système similaire à celui dont a parlé P. DUBOT destiné à rapprocher l'offre et la demande d'emploi afin que les postes offerts correspondent aux aptitudes des personnes à placer et d'éviter ainsi les échecs.

Il s'agit d'une fiche définissant le poste à pourvoir, destinée à être confrontée avec la fiche d'aptitude établie par les services de reclassement pour les travailleurs handicapés en instance de placement.

Cette fiche est exprimée en termes d'exigences de postes et ne fait donc pas double emploi avec la fiche d'aptitude.

Sur le plan pratique, une expérience est tentée dans un des départements de la région parisienne avec l'accord de la Direction départementale du travail, le concours du chef de l'agence départementale de l'emploi ainsi que celui d'un prospecteur placier spécialisé dans le reclassement des handicapés. Ce prospecteur placier prend actuellement des contacts avec différents employeurs du département. Dans l'ensemble, les chefs d'entreprise accueillent favorablement le système.

Il est évident que la possibilité d'accueillir des handicapés est fonction des possibilités qu'offrent les emplois aux différents types d'infirmité et la fiche étudiée sera particulièrement utile pour les entreprises disposant de postes de travail variés. C'est donc au départ à des entreprises suffisamment importantes que s'adresse le prospecteur placier.

Si l'expérience est concluante elle pourrait être généralisée et le groupe de travail étudie le moyen de mettre au point l'infor-

mation des chefs d'entreprise par l'intermédiaire des organisations professionnelles pour préparer la visite des prospecteurs placiers.

A. MARINELLO

L'expérience que nous avons acquise dans notre pays nous enseigne que le problème du placement des handicapés ne peut être résolu pour l'essentiel que par l'introduction coercitive des dispositions prévues par la loi.

Cette constatation se révèle valable tant pour les travailleurs qui retournent dans l'entreprise où s'est produit l'accident que pour ceux qui changent d'entreprise; elle est valable également dans le cas où le handicapé a bénéficié d'un ou de plusieurs cycles de réadaptation professionnelle car, en général, les différentes catégories d'employeurs sont plutôt prévenues contre l'emploi de travailleurs handicapés.

Toutefois, en Italie, avec l'entrée en vigueur de la loi de 1968, même le placement prévu par la loi a connu une régression forte et inquiétante au point que les possibilités d'emploi pour handicapés se sont trouvées considérablement réduites et que j'ai entrepris, surtout grâce à l'ANMIL que je représente, une vaste action dans le pays et auprès du gouvernement pour obtenir que cette loi soit revue de fond en comble et améliorée.

Avec cette loi N° 482, tandis que très peu de handicapés sont employés, des milliers sont toujours en chômage, et 250 000 postes restent vacants du fait que cette loi est inopérante et présente des lacunes.

Le phénomène du chômage des handicapés est encore plus dramatique si l'on considère que, parmi ceux qui ne s'acquittent pas de leur devoir d'employer les handicapés, on trouve l'Etat et en général les administrations publiques. Une évaluation partielle, que nous avons effectuée sur la base des déclarations qui ont été présentées, révèle que :

- dans un effectif de 72 000 fonctionnaires salariés, 879 handicapés ont trouvé un poste et 1 220 postes sont toujours vacants;
- dans un effectif de salariés de 74 000 organismes publics n'appartenant pas à l'Etat, 693 handicapés ont trouvé un emploi et 1 591 postes sont toujours vacants.

Il apparaît donc clairement que, dans notre pays, les employeurs du secteur privé comme ceux des administrations publiques violent aisément la loi de 1968, qui, comme cela a déjà été dit, a empêché les catégories sociales de progresser dans la voie du placement obligatoire.

Le but que nous nous proposons avec la révision de cette loi est de rendre effectif pour le handicapé de n'importe quelle catégorie, qui a perdu son emploi par suite d'accident, le droit à l'engagement obligatoire dans le secteur privé ou dans les administrations publiques. Il n'est rien de plus douloureux que de constater que le handicapé qui a payé, en perdant une partie de lui-même, une contribution si lourde et peut-être excessive, au progrès, doit se retrouver sans emploi parce que la société est inerte et ne remplit pas ses obligations. L'amertume est encore plus grande si, en dépit des moyens financiers considérables mis en oeuvre pour que le handicapé soit admis au cycle de réadaptation professionnelle, ce qui devrait permettre sa réintégration automatique dans la vie professionnelle, le handicapé n'est pas employé en fonction des aptitudes professionnelles qu'il a reconquises.

R. SMEYERS

- Nous avons voulu attirer l'attention sur les problèmes, les possibilités et l'importance de la réintégration, de la réadaptation et de la mise au travail des personnes qui souffrent de
- 1) troubles du système limbique, de troubles neuro-végétatifs, de ce que l'on a appelé des disfonctions instrumentales (constitutionnelles ou acquises);
 - 2) troubles de la sphère effective et émotionnelle, de la sphère

psycho-sociale;

3) troubles des fonctions de l'intellect : des capacités intellectuelles et du système de la parole et de la volonté.

Les problèmes ne se posent pas seulement en cas de disfonction permanente, mais aussi en cas de régression ou d'arrêt temporaire de certains dynamismes psychiques. Dans la motivation et la détermination de la réadaptabilité de handicapés somatiques, les facteurs de la psychologie profonde et les facteurs psycho-sociaux sont très importants et souvent déterminants.

M. SOEDE

Ce qui a attiré mon attention en écoutant les exposés d'hier a été le fait que l'on s'est occupé presque exclusivement des handicapés eux-mêmes, mais à peine de leur travail. Dans l'exposé de ce midi, cela a été mis en avant d'une façon différente. Il me semble que l'échec du reclassement doit souvent être imputée au travail. Je voudrais exprimer les quelques idées que voici.

Pour les personnes saines, des études très approfondies ont été effectuées concernant leur travail, l'aménagement de leur tâche, les outils, les possibilités de démenche au sens physique et au sens mental du terme. Il serait bon qu'une telle approche soit également faite complètement pour les handicapés; donc une adaptation aussi fondamentale que possible du travail à l'homme pour que la prestation de celui-ci devienne optimale sans qu'il en subisse des conséquences dommageables.

Une telle approche offre un nouveau point de vue sur l'effort mental à fournir par le handicapé. Un handicapé doit fournir un effort mental plus élevé qu'une personne saine. Les raisons en sont les suivantes :

1. Le travail n'est pas toujours conçu spécialement pour lui et le handicapé doit dès lors s'astreindre à plus d'efforts, qui seront dispendieux, pour exécuter une même tâche.

2. Le port de prothèses ou d'orthèses exigera principalement dans la phase d'apprentissage une beaucoup plus grande assimilation consciente d'informations et dès lors un plus grand effort mental de la part du porteur.
3. Avec les prothèses actuelles, il n'y a pratiquement pas de voie de réadaptation. Le handicapé doit alors faire usage d'autres voies que les voies normales. Une autre voie de réadaptation est par exemple souvent la voie visuelle. Cette méthode de réadaptation impose un effort mental plus élevé parce qu'il fait appel à des mécanismes centraux plus élevés du système nerveux.

Dès lors, cela constitue un effort mental supplémentaire pour le handicapé lorsqu'il exécute des tâches motrices ou partiellement motrices. Par ailleurs, dans beaucoup de cas, la capacité contributive est diminuée; la capacité d'emmagasiner des informations peut parfois être réduite, par exemple à cause d'un choc lors d'un accident, d'une plus grande émotivité ou de préoccupations et de toute sorte de problèmes que n'ont pas les gens bien portants. Ce qui a été dit ce midi à propos de rythme imposé par les machines doit bien être compris en termes d'efforts mentaux. Je veux en arriver à la conclusion que le handicapé plus que d'autres court le risque d'être victime d'efforts mentaux excessifs. Pour prévenir ce risque, nous devons intervenir au niveau des tâches que le handicapé a à effectuer. Et, me semble-t-il, nous nous trouvons ici face à des problèmes qui ne sont pas inconnus de l'ergonome expérimenté. Celui-ci pourra indiquer les éléments de tâches qui exigent de la part du handicapé un effort mental particulier. C'est ce que je veux suggérer aux personnes qui occupent des positions de premier plan en matière de réadaptation.

PLACEMENT ET ADAPTATION EN MILIEU DE TRAVAIL PROTEGE

Présidence de M. PRIGENT
Directeur Général de
U N I O P S S
France

Rapporteurs : A.H. HERRING, P. LENNIG

RAPPORTS

Dr. HEERING

1. Que signifie "protégé"

1.1 - Réflexions sur le terme "protégé"

On peut philosopher sur le point de savoir si le terme "protégé", accolé à "travail", "milieu" ou "circonstances" est bien adéquat. D'une part, il n'existe de nos jours guère de genre de travail qui n'ait un caractère plus ou moins protégé. Ce n'est pas pour rien, en effet, que nous avons des lois tendant à assurer la sécurité et à protéger la santé au travail. Et, de plus, nous offrons aux travailleurs la protection de la sécurité sociale. Notre génération dans son ensemble est infiniment mieux couverte contre les risques de la vie active et contre le risque de ne plus pouvoir travailler que ne l'étaient nos grands-parents de leur temps. Près d'un siècle de législation sociale a modifié notamment la situation des salariés. Certains craignent même que le balancier soit allé trop loin dans sa course et qu'à l'heure actuelle, les gens bénéficient d'une protection exagérée qui les rend mous et indolents.

Je n'entrerai pas ici dans cette controverse, car elle a déjà fait couler beaucoup d'encre. Je préfère attirer votre attention sur une raison encore plus importante qu'on a de critiquer le terme "protégé". Il suggère en effet que les intéressés sont traités avec un maximum d'égards, en d'autres termes, que l'on se contente de les ménager et de leur rendre la vie aussi facile que possible sous tous les rapports. Cela n'est assurément pas le cas. La question se pose donc de savoir ce que nous voulons alors désigner par l'expression "travail protégé" au sens spécifique. Elle est en règle générale uti-

lisée en rapport avec les handicapés, et indique manifestement un supplément de protection dont jouit le handicapé au travail. Ce supplément est obtenu par certaines adaptations, non du handicapé, comme dans le titre de cet exposé, mais de la situation normale de travail. De là vient que, dans mon pays, on parle souvent d'"emplois adaptés".

Le but de ces adaptations a de toute évidence une coloration non pas économique, mais sociale. D'où le terme d'"emploi social" qui figure le titre de notre "loi sur la création d'emplois sociaux".

1.2 - Nature des adaptations

Les adaptations apportées à la situation de travail pour la commodité des handicapés portent principalement sur deux points :

- 1) les conditions directes de travail;
- 2) la structure financière de l'organisation du travail.

1.2.1 - Les conditions directes de travail

En 1959 et 1964, se sont tenus des séminaires internationaux sur le "travail protégé" à La Haye et à Saltsjöbaden (près de Stockholm). La 3e conclusion du séminaire de 1964 parle à ce propos d'emplois "supplied under conditions specially designed to meet the temporary or permanent needs of handicapped people". Toutes sortes de mesures peuvent entrer dans cette définition: la suppression de seuils, les modifications apportées à une machine, une plus grande attention personnelle portée par la direction au travailleur, un contrôle régulier, etc ... Bien qu'il s'agisse à peine d'un aménagement spécialement prévu pour faciliter les choses aux handicapés - on trouve souvent dans les usines ordinaires - il importe de signaler la transmission d'énergie par voie pneumatique et électrique, qui convient idéalement à bon nombre de handicapés et est plus d'une fois la condition sine qua non de leur mise au travail.

1.2.2 - La structure financière de l'organisation du travail.

Dans le système capitaliste, le travail se fait généralement au sein d'une entreprise, c.-à.-d. une organisation qui, en vendant ses produits ou ses services, doit rapporter suffisamment

pourqu'il reste encore un bénéfice après déduction des frais. Dans les pays communistes, la réalisation de bénéfices à titre privé est impossible, mais là comme ailleurs, on doit tout de même veiller à ce que les frais ne soient pas constamment plus élevés que les recettes. Lorsque, dans un pays capitaliste ou communiste, des subventions sont versées par l'Etat à des entreprises ou à des branches d'activité, c'est que l'équilibre entre recettes et dépenses est rompu. Des subventions sont alors accordées pour empêcher une entreprise de sombrer ou pour lui donner une chance de se développer face à la pression de la concurrence. De même, dans le cas du travail protégé, les pouvoirs publics versent des contributions afin de maintenir l'équilibre entre les dépenses et les recettes, mais le but poursuivi est différent: il s'agit de compenser à la fois l'insuffisance de la capacité de travail des handicapés et les frais supplémentaires occasionnés par les adaptations particulières de la situation de travail (voir 1.2.1). Sans cette aide financière, on ne pourrait souvent donner aux travailleurs handicapés qu'une rémunération très faible, ou bien les énormes pertes financières obligeraient à cesser le travail.

2. Buts et fonctions des emplois sociaux dans la société actuelle

2.1 - Buts

2.1.1 - Le but principal des emplois sociaux est sans conteste de donner aux handicapés la possibilité de travailler. Il s'agit ici de personnes qui, étant atteintes de graves infirmités ou maladies physiques ou psychiques, ne peuvent plus exercer leur activité non salariée (cas des travailleurs indépendants) ou ne sont plus engagés par les employeurs habituels (cas des salariés). Certes, dans le secteur privé et ailleurs, tous les travailleurs ne sont pas tenus de fournir un rendement de même niveau, mais il y a toujours une limite qui indique le minimum admissible. Grâce aux emplois sociaux, les personnes avérées inaptes à l'exercice normal d'une profession peuvent prendre quand même part à la vie active.

2.1.2 - De plus, les emplois sociaux ont pour but - ou du moins ils le devraient selon moi - d'offrir aux personnes intéressées une chance d'accroître ou de retrouver leur capacité de travail.

Celui qui, après un accident ou une maladie graves, veut se remettre au travail, mais ne peut plus remplir sa fonction antérieure, doit le plus souvent s'exercer très sérieusement à accomplir les tâches même les plus simples. De plus, il se fatiguera rapidement et aura de la peine à se réinsérer dans la vie sociale; bref, il devra souvent faire un effort considérable d'adaptation. Les emplois sociaux doivent lui donner la possibilité non seulement de travailler, mais aussi de réduire le plus possible son incapacité dans et par le travail. Peut-être m'objectera-t-on que, dans la pratique, les emplois sociaux permettent rarement à un handicapé de retrouver une place dans la vie active normale. Cela est vrai, mais, premièrement, beaucoup peut encore être fait pour augmenter ses chances d'intégration et, deuxièmement, il importe grandement, même dans le secteur des emplois sociaux, tant pour le rendement du handicapé que pour sa satisfaction professionnelle, de développer autant que possible la capacité de travail de chacun. Un atelier où tous exécutent à peu près le même travail simple et monotone ne répond pas aux exigences auxquelles doivent satisfaire de bons emplois sociaux.

2.2 - Autres fonctions des emplois sociaux

Bien que les buts cités ci-dessus correspondent en même temps aux principales fonctions des emplois sociaux dans notre société, l'on peut encore distinguer d'autres fonctions. Je veux ici parler brièvement de quelques-une d'entre elles :

2.2.1 - Elles ont une très grande importance pour la sécurité sociale et notamment pour l'assurance-maladie et invalidité. Le pionnier de la sécurité sociale moderne, William Beveridge, a dit que "income security which is all than can be given by social insurance is so inadequate a provision for human happiness that to put it forward by itself as a sole or principal measure of reconstruction hardly seems worth doing" (Sir William Beveridge, Social insurance and allied services, par. 440

Bref, le versement d'une somme d'argent est une bien piètre compensation pour la perte de la possibilité de travailler. C'est pourquoi l'assurance-maladie et invalidité notamment doit toujours être combinée avec la réadaptation qui a pour but d'essayer

de remettre le handicapé au travail. Sans ces efforts de réadaptation, une indemnité de maladie ou d'invalidité s'altère facilement pour devenir une prime à la passivité. Les emplois sociaux peuvent, s'ils sont correctement utilisés, être un important moyen de réadaptation.

2.2.2 - Quelle est l'intérêt que les emplois sociaux présentent pour la santé des handicapés ?

A ma connaissance, on n'a pas ou guère fait d'études dans ce domaine. Mais la pratique donne de nombreuses indications permettant de supposer qu'en règle générale, l'état de santé des handicapés est favorablement influencé par leur affectation à un emploi social.

2.2.3 - Le fait n'est pas établi, mais on semble en droit de penser que cette influence favorable est liée à la stimulation psychique que donne aux handicapés la réinsertion dans la vie sociale et la libération du sentiment oppressant d'inutilité. Ils participent de nouveau, ils comptent de nouveau, ils portent de nouveau une responsabilité, ils gagnent de nouveau leur pain, entièrement ou en grande partie. Leur statut social s'élève et aussi, par le fait même, leur respect d'eux-mêmes et leur assurance. Cet effet sur leur confort moral est assurément une des fonctions principales des emplois sociaux.

2.2.4 - Ainsi se trouve supprimée également une des causes de tensions et de conflits au sein de la famille, et de la déchéance sociale. Dans beaucoup de pays, l'invalidité mène au déclin social, non seulement de l'invalidé, qui devient un paria, mais aussi de sa famille. Les mendiants sur la voie publique n'en sont qu'un symptôme. Dans la plupart des cas, les emplois sociaux peuvent bloquer ce processus en maintenant les handicapés à peu près à leur niveau social d'origine.

3. Responsabilité pour l'organisation

3.1 - Le droit au travail

Le droit moral de tout homme au travail est ancré dans la conscience mondiale et a trouvé son expression dans l'article 23

de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Cela vaut aussi pour le handicapé qui veut et qui peut encore travailler, même si son rendement a sensiblement diminué. L'objection selon laquelle l'article 23 ne parle pas expressément des handicapés ne résiste par à l'examen, car cet article ne cite aucune catégorie : il parle simplement de "tout homme".

3.2 - Tâche de l'Etat, des pouvoirs publics de niveau inférieur et des organisations privées

Si l'on veut que ce droit moral devienne une réalité, l'Etat devra intervenir. Mais, trop souvent encore, la création d'emplois sociaux est considérée comme relevant exclusivement de l'initiative privée; on la considère même souvent comme une oeuvre de charité. A l'opposé, la 6e conclusion du séminaire qui s'est tenu en Suède en 1964, et dont j'ai déjà parlé, dit que "the primary responsibility for sheltered employment rests with the State which should recognize that it has an obligation to see that sheltered employment is available for all those who need it". Cela n'exclut pas le concours d'organismes privés. Je crois que ce concours, s'il est prêté dans l'esprit approprié et à bon escient, doit être acceptée avec reconnaissance. Mais l'Etat doit veiller à ce qu'il y ait suffisamment d'emplois adaptés pour les handicapés et il devra donc aussi les créer lui-même le cas échéant. Mais il peut mettre les pouvoirs publics de niveau inférieur et les organismes privés à même de s'en charger en leur procurant une aide financière et des conseils techniques. En outre, la 7e conclusion déclare l'Etat responsable de la mise sur pied de la législation nécessaire.

En effet, l'évolution se manifestant dans le secteur des emplois sociaux au sein de notre société moderne rend de plus en plus urgente la mise sur pied d'une réglementation nationale fixant les structures d'organisation, les circonstances et les conditions de travail ainsi que les contributions à verser par les pouvoirs publics. Aux Pays-Bas, une loi s'y rapportant a vu le jour en 1967. Entre-temps, les dépenses de l'Etat pour les emplois sociaux ont atteint quelque 340 millions de florins en 1969, c.-à.d. 1 1/2 % du budget de l'Etat ou 0,36 % du revenu national. Le nombre de handicapés occu-

pant dans les emplois sociaux s'élevait, à la fin de cette année, à env. 44 000.

3.3 - Tâche du secteur privé

Le secteur privé, c.-à.-d. les entreprises, fait déjà beaucoup pour donner du travail aux handicapés, même si cet effort se limite en général aux membres de leur personnel qui ont été atteints d'une incapacité partielle alors qu'ils étaient au service de ses entreprises. Ce sont surtout les grandes entreprises qui se donnent beaucoup de peine pour remettre au travail les membres de leur personnel qui ont été victimes d'un accident ou d'une maladie graves.

Or, tant que les entreprises devront supporter elles-mêmes les frais supplémentaires qui en résultent, cet effort restera nettement limité. Les frais considérés ne représentent pas en premier lieu la rémunération, car une compensation partielle peut souvent être obtenue au titre de la prestation sociale à laquelle le handicapé a droit. Mais, de plus, le handicapé a souvent besoin d'une direction plus suivie et de consignes plus précises, le travail subit des interruptions plus fréquentes et il faut parfois procéder à des adaptations de l'outillage technique. C'est pourquoi en principe une bonne chose d'accorder, comme la Suède le fait dans le cadre de son système de "travail semi-protégé", des indemnités aux entreprises qui occupent des travailleurs handicapés et qui, à cet effet, ont pris des dispositions particulières en prévoyant notamment un personnel d'encadrement spécialisé. Mais l'application de cette idée dans la pratique semble encore se heurter à des difficultés qui freinent l'évolution.

4. Formes d'organisation

4.1 - Atelier

Il s'agit ici d'un atelier où les handicapés exécutent un travail à caractère soit artisanal soit industriel. Fréquemment, les produits sont de nature très disparate (on fabrique tout ce qui est susceptible de se vendre) et que le travail est d'un type simple ou très simple.

Ce tableau n'est pas très favorable. Economiquement, le travail artisanal est loin d'être rentable; psychologiquement, il marque l'atelier d'un stigmate. La grande diversité des produits, notamment lorsque l'atelier occupe un nombre restreint de travailleurs, fait que les quantités produites sont très faibles, ce qui diminue encore les possibilités financières d'exploitation. Et le fait que les travaux exécutés en atelier sont rarement compliqués a pour conséquence que beaucoup de handicapés soit refusent d'être placés dans des ateliers sociaux (protégés), soit exécutent des travaux bien au-dessous de leurs capacités. Je considère comme idéal un atelier établi dans un bâtiment d'usine moderne (mais adapté aux besoins des handicapés physiques), situé sur un terrain industriel à proximité d'autres entreprises. Un nombre minimum de 100 travailleurs handicapés y fabriquent, à l'aide d'un équipement technique moderne, des produits industriels ou semi-finis en grande quantité et, si possible, sur commande d'entreprises commerciales (sous-traitance), afin d'éviter les risques de la production destinée au marché. La diversité des activités permet de faire exécuter par une partie des handicapés des travaux semi-qualifiés ou qualifiés. L'atelier ne porte pas officiellement le nom d'"atelier", mais celui d'"entreprise", combiné avec une désignation choisie.

4.2 - Autres formes d'organisation

La littérature et les rapports mettent encore fréquemment sur le même pied le travail protégé ou l'emploi social et le travail en atelier social (protégé). Cela est explicable historiquement, mais ne constitue pas moins une simplification dommageable aux intérêts des handicapés. Les handicapés, pas plus que les personnes "en bonne santé", ne sont tous aptes au travail manuel en atelier. Eux aussi doivent avoir d'autres possibilités.

Aux Pays-Bas existent, outre les ateliers, divers autres "cadres de travail", à savoir, pour les travailleurs manuels :

- l'horticulture (culture maraîchère, floriculture et culture des herbes médicinales;
- les équipes qui effectuent des travaux légers en plein air pour l'entretien de la ville ou des équipements destinés aux loisirs

(aménagement et embellissement des parcs, plaines de jeux, pistes cyclables et allées, etc., construction et réaménagement de maisons de jeunes, etc.);

et pour les travailleurs intellectuels :

- le "centre administratif", où sont exécutés des travaux à caractère permanent ou temporaire pour les pouvoirs locaux et/ou le secteur privé, par exemple; enregistrement, statistiques, comptabilité financière, etc.;
- la salle braille, où les textes sont transposés en braille pour les aveugles;
- des postes isolés dans les établissements publics et les institutions d'intérêt public (musées, archives, bureaux de statistique, institutions scientifiques, etc.).

Pour les travailleurs manuels comme pour les travailleurs intellectuels, on organise aussi des travaux à domicile, mais exclusivement si le handicapé ne peut se déplacer.

Quelques chiffres :

A la fin de 1969, occupaient au total des emplois sociaux :

environ 44 000 personnes, dont a) en atelier	67 %
b) dans les pépinières et les exploitations horticoles	4 %
c) dans d'autres emplois en plein air	19 %
d) dans divers emplois pour travailleurs intellectuels	9 %

Sur quelque 44 000 travailleurs, près de 45 % étaient physiquement handicapés, près de 30 % des débiles mentaux et près de 20 % faisaient ou avaient fait l'objet de soins psychiatriques.

5. Sélection pour le placement

5.1 - Quelles sont les personnes retenues pour être placées dans un emploi social?

Il y a des pays et des régions qui ne prévoient le travail protégé que pour certaines catégories de handicapés: aveugles, handicapés physiques, épileptiques ou débiles mentaux par exemple.

Dans notre société moderne, cela n'est pas suffisant. Nombre de personnes, et notamment de celles qui ont été frappées d'un handicap au cours de leur vie, n'ont alors aucune chance d'obtenir un emploi adapté. Je pense surtout ici aux milliers de personnes présentant une altération de certains organes internes, tels que le système cardiovasculaire, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif, ou qui souffrent de maladies comme le rhumatisme et l'arthrose.

De même, il ne convient plus à notre époque de maintenir au profit de certains handicapés comme les aveugles des ateliers séparés, et de subventionner ceux-ci largement, alors que d'autres catégories de handicapés ne bénéficient d'aucune aide financière. Il est évident qu'on doit mêler les personnes atteintes de handicaps différents, car la formation de plus grandes unités accroît l'efficacité. Ce n'est que lorsque certains handicapés manifestent des résistances psychologiques que la séparation s'impose. En général, cela n'est le cas, que pour les débiles mentaux profonds et pour certains types de malades mentaux.

Naturellement, tous les handicapés ne peuvent pas être retenus pour occuper des emplois sociaux. Il y a une limite supérieure et une limite inférieure. Ceux dont le handicap est si faible qu'ils peuvent trouver une place dans une entreprise ordinaire ou dans une autre communauté de travail recrutant leur personnel sur le marché de l'emploi ne doivent pas occuper des emplois sociaux. Tout au plus peuvent-ils être placés pour une période limitée d'adaptation afin d'améliorer leurs chances de trouver un emploi normal.

N'entrent pas non plus en ligne de compte ceux dont le rendement est trop faible. Il est difficile de fixer un critère de la notion "trop faible". Pour certaines formes de travail manuel, on applique parfois aux Pays-Bas la norme d'"un tiers du rendement minimal convenable dans le secteur privé". Souvent, il faut fixer la limite au jugé. Lorsqu'on ignore dans quelle mesure un handicapé est apte à un travail régulier, on peut l'embaucher pour une période d'essai.

5.2 - Procédure de sélection

Lorsqu'on ne se limite pas à certaines catégories de grands

handicapés, le choix d'une procédure judicieuse de sélection (d'admission) prend encore plus d'importance; cette procédure doit permettre de déterminer :

- a) si un candidat présenté peut être placé;
- b) quelle sorte de travail il (ne) peut (pas) exécuter, et dans quelles conditions;
- c) le cadre de travail qui lui conviendra le mieux.

Cet examen ne peut être fait par une seule personne (par exemple un médecin), mais requiert une équipe de différents spécialistes, comprenant notamment de préférence, outre le médecin (autant que possible le médecin du travail spécialisé en matière d'emplois sociaux), le chef du personnel ou un(e) assistant(e) social(e) du régime des emplois sociaux, un expert en organisation du travail et un fonctionnaire spécialisé du service public de placement. Dans certains cas, il faudra recourir aussi à d'autres spécialistes, tels qu'un médecin spécialiste, un psychologue ou d'un(e) assistant(e) social(e) spécialisé(e).

6. Aide à l'adaptation

6.1 - Nécessité de l'adaptation

C'est surtout pendant la première période qui suit leur placement que les handicapés doivent généralement s'adapter à plusieurs égards :

- Se lever à temps le matin, se faire conduire et passer de nombreuses heures au travail, cela demande au début un gros effort physique.
- Le fait de se retrouver en société nécessite une adaptation mentale importante de la part du handicapé, celui-ci étant resté durant longtemps soit seul, soit en la seule compagnie de son épouse ou de proches parents; il y a là un effort spirituel à fournir.
- Les mouvements du corps ou des membres sont souvent difficiles et parfois pénibles à exécuter; ce n'est que peu à peu qu'ils deviennent plus aisés.
- Le plus souvent, le handicapé a perdu son adresse professionnelle à la suite de son accident ou de sa maladie. Il doit essayer de la

reconquérir en s'exerçant, mais cela aussi demande des efforts. Fréquemment, il doit de plus acquérir des connaissances manuelles qu'il n'avait jamais possédées avant son handicap, parcequ'il faisait alors un autre travail.

- De plus, il doit surmonter la profonde déception que lui cause le fait de devoir vivre désormais avec son handicap, de ne plus pouvoir exécuter bon nombre de travaux ou de ne plus pouvoir les exécuter aussi bien ou aussi vite, et de ne plus pouvoir travailler dans des conditions adaptées et protégées.

6.2 - Aide

A la lumière de ce qui précède, on constate à l'évidence la nécessité de répondre aux besoins des travailleurs handicapés. Le personnel d'encadrement doit y être préparé; lors de la nomination des responsables exerçant une tâche de direction à quelque niveau que ce soit, il faut se préoccuper de leurs qualités tant sociales que techniques.

Il importe beaucoup que le personnel d'encadrement se réunisse régulièrement pour mener des discussions d'équipe, auxquelles devront participer les experts fonctionnels en matière d'emplois sociaux s'il y en a. Les discussions devront porter non seulement sur les problèmes généraux de gestion (conditions de travail, production, sécurité et hygiène, etc...), mais aussi sur les intérêts et les difficultés des travailleurs individuels. En cette matière, la nature et le caractère plus ou moins pénible du travail à effectuer jouent naturellement un rôle important. Ils doivent autant que possible accorder aux capacités du travailleur : ils ne doivent pas être au-dessus de ses forces, mais, de préférence, pas non plus au-dessous! A ce propos, je voudrais rappeler la remarque (voir 2.1.2.) que j'ai faite sur le développement des capacités de travail. On ne doit au fond jamais être satisfait du travail fourni par un handicapé. Il faut sans cesse rechercher des éléments de motivation qui peuvent l'aider à améliorer la qualité de son travail et à en accroître le rythme. Rien n'est plus fatal pour un emploi social qu'une situation stationnaire où chacun reste à la même place pendant des années.

Il serait naturellement merveilleux de donner ainsi à un handicapé la possibilité d'occuper un emploi normal. Le personnel d'encadrement ne doit surtout pas contrarier ce processus, comme cela se fait parfois pour des motifs douteux, mais le favoriser autant que possible.

De l'autre côté, il ne faut pas nourrir d'espairs trop grands. Parmi les handicapés occupant des emplois sociaux les "meilleurs" peuvent au bout de quelques années trouver à se placer sur le marché libre de l'emploi, ce qui réduit évidemment de beaucoup les chances de ceux qui restent.

M. LENNIG

PLACEMENT (ADMISSION) ET ADAPTATION (APPRENTISSAGE) EN MILIEU DE TRAVAIL PROTEGE - ASPECTS PRATIQUES

1. Introduction
2. Définition du milieu de travail protégé:
"Atelier pour handicapé"
- 2.1 Objectif et tâches
3. Personnes visées
- 3.1 Types de handicap
- 3.2 Age, sexe, ateliers mixtes
- 3.3 Situation sociale : famille, foyer, établissement d'hébergement
- 3.4 Chiffres
4. Méthodes
- 4.1 Conditions fondamentales
- 4.2 Atelier
- 4.3 Autres formes de travail pour handicapés
- 4.4 Organisation
- 4.5 Exemples de production - Marché du travail
- 4.6 Méthodes spéciales
- 4.7 Collaborateurs - Personnel spécialisé
- 4.8 Collaboration - Action d'information dans le public
5. Bases légales - Sécurité sociale
- 5.1 Loi sur la promotion du travail

- 5.2 Loi fédérale sur les aides sociales
- 5.3 Assurance-accident, assurance-maladie, assurance-vieillesse
- 5.4 Aide sur le plan institutionnel
- 5.5 Aide individuelle
- 6. Rendement et rémunération
- 7. Résumé

1. Introduction

Dans la Charte Sociale Européenne signée par tous les Etats membres du Conseil de l'Europe, on peut lire à la partie II, art. 15 :
" En vue d'assurer l'exercice effectif du droit des personnes physiquement ou mentalement diminuées à la formation professionnelle et à la réadaptation professionnelle et sociale, les Parties Contractantes s'engagent :

- " 1. à prendre des mesures appropriées pour mettre à la disposition des intéressés des moyens de formation professionnelle, y compris, s'il y a lieu, des institutions spécialisées de caractère public ou privé;
- " 2. à prendre des mesures appropriées pour le placement des personnes physiquement diminuées, notamment au moyen de services spécialisés de placement, de possibilités d'emploi protégé et de mesures propres à encourager les employeurs à embaucher des personnes physiquement diminuées."

Dans la Charte Sociale Européenne, l'accent est mis notamment sur le milieu de travail protégé particulièrement contre la concurrence ou protégé d'une façon générale. Il apparaît ainsi clairement qu'à côté du marché général du travail, il existe un second marché du travail protégé. Notons d'ailleurs à cet égard que, dans la République fédérale d'Allemagne, la notion de milieu de travail protégé est peu usitée; c'est plutôt la notion d'"atelier pour handicapés" qui, en un temps relativement court, s'est imposée aussi bien dans la pratique que dans la législation.

2. Définition du milieu de travail protégé

" Atelier pour handicapés "

Dans une recommandation élaborée en commun en 1967 par la "Werkstattausschuss der Bundesvereinigung der Lebenshilfe" et l'"Ausschuss für Arbeit und Berufsbeförderung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation", l'atelier est défini de la manière suivante :

" Les ateliers pour handicapés sont des lieux de travail mettant des emplois à la disposition de personnes qui, en raison de leur handicap, ne peuvent pas ou pas encore être dirigées vers le marché général du travail; ces ateliers doivent assurer aux handicapés l'épanouissement optimal de leur personnalité et le développement de leur capacité de rendement.

Il s'agit de postes de travail soit permanents, soit temporaires qui ne sont occupés par le handicapé que jusqu'au moment où il peut reprendre sa place sur le marché général du travail.

Tout handicapé est accepté dans l'atelier à condition qu'il ait suffisamment le sens d'assimilation pour s'intégrer dans la communauté de l'atelier".

2.1 - Objectif et tâches

La recommandation susmentionnée, s'appuyant sur la recommandation 99, chap. VIII de l'O.I.T., le Séminaire international sur le "Sheltered Employment", tenu à Saltjöbaden, Suède 1964, et le symposium international sur les ateliers protégés de 1966 vise à traduire dans les faits, au sein des ateliers pour handicapés, les principes suivants :

- 2.1.1 - le droit au travail même pour les grands handicapés;
- 2.1.2 - le droit de participer à la vie de la collectivité;
- 2.1.3 - la liaison entre emplois temporaires et emplois permanents;
- 2.1.4 - la liaison entre le secteur de l'apprentissage et le secteur de la production;
- 2.1.5 - la coexistence de différents types de handicaps.

L'objectif et la tâche des ateliers pour handicapés est de redonner aux handicapés une activité adaptée, satisfaisante sur le plan personnel et utile soit sur le marché général du travail soit dans un atelier pour handicapés, ou un établissement spécial ou général, soit sous forme de travail approprié à domicile.

3. Personnes visées

Pour définir l'ensemble des personnes pouvant être accueillies dans un atelier pour handicapés, on ne peut utiliser au départ le catalogue connu des différents types de handicaps physiques, mentaux ou psychiques. Il faut partir de la définition du travail, car il s'agit en général de handicapés présentant une ou plusieurs déficiences fonctionnelles et qui, après avoir épuisé les possibilités de promotion scolaire et médicale, ne peuvent pas ou pas encore être dirigés vers le marché général du travail ou vers les centres classiques de réadaptation professionnelle.

3.1 - Types de handicaps

L'expérience pratique a montré que dans un atelier suffisamment grand et différencié, les handicapés présentant les types et degrés de handicaps les plus divers peuvent être accueillis (par ex.: blessés cérébraux organiques, sujets souffrant de séquelles de maladies infantiles, blessés cérébraux multiples, épileptiques, sujets souffrant de lésions rhésus, etc.).

Les études les plus récentes de (1) SCHOMBURG et BLASING ont montré que, dans un groupe de personnes examinées,

- 19 % souffraient de 2 handicaps,
- 35,7 % de 3 handicaps,
- 26 % de 4 handicaps,
- 9,2 % de 5 handicaps,
- 0,4 % de 6 handicaps.

Le handicap unique constitue donc l'exception, alors que le handicap multiple est la règle; cf également (2) BACH.

A côté de ce principe de la multiplicité, il sera toujours

nécessaire de disposer d'instituts spécialisés pour secteurs marginaux particuliers, par ex. malades atteints de troubles psychiques aigus.

3.2 - Age, sexe, ateliers mixtes

Pour des raisons compréhensibles, le handicapé ne pourra être accepté dans un atelier pour handicapés qu'après avoir reçu une formation scolaire et pédagogique particulière. Il en résulte que dans la plupart des cas le jeune handicapé sera accueilli à partir de 18 ans environ après procédure appropriée d'appréciation et de contrôle. Il n'y a pas de limite d'âge supérieure. L'âge moyen relativement bas des handicapés accueillis dans les ateliers pour handicapés de l'Allemagne occidentale est vraisemblablement dû au fait que l'organisation de ce domaine particulier de la réadaptation professionnelle est relativement récente. (Une statistique portant sur mon champ personnel d'expérience montre que pour 230 handicapés, l'âge moyen est de 23 1/2 ans).

En ce qui concerne la ventilation par sexe, la répartition à l'intérieur des ateliers pour handicapés est la suivante :

- 55 % d'hommes,
- 45 % de femmes.

Dans la plupart des cas, hommes et femmes travaillent ensemble. Seuls quelques organismes, à tradition rigide, séparent encore les sexes.

On peut se demander si, dans la perspective qui nous intéresse ici, il existe réellement, à l'exception de travaux physiques particulièrement pénibles, des travaux spécifiquement féminins ou spécifiquement masculins.

3.3 - Situation sociale

Famille, foyer, établissement d'hébergement

Ayant considéré l'importance justifiée du travail sur le plan de la situation sociale, il semble nécessaire d'attirer également l'attention sur les facteurs tout aussi importants de l'envi-

ronnement social, de l'hébergement et des conditions générales de logement et d'aménagement des loisirs du handicapé. On voit apparaître ici tout un champ de tensions possibles - interactions positives ou négatives sociales connues - sur lequel il convient d'attirer l'attention des parents des handicapés et des collaborateurs à l'intérieur des ateliers.

L'expérience pratique montre que si sur le plan du travail la réinsertion du handicapé est relativement aisée, on a souvent des échecs sur le plan social que nous venons d'esquisser.

Selon des estimations

80 % des handicapés vivent dans leur famille,

15 % dans des foyers et

5 % dans des établissements d'hébergement et se rendent chaque jour dans les ateliers, soit seuls en empruntant les moyens de transport publics, soit sont amenés et repris.

3.4 - Chiffres

Au printemps 1971, il y avait dans la RFA 230 ateliers offrant 10 000 postes de travail.

Les besoins contrôlés statistiquement dans certaines régions sont estimés dans l'immédiat à 0,5 poste de travail par 1 000 habitants. Ce chiffre doublera vraisemblablement au cours des 10 prochaines années.

Les besoins estimés de la RFA, pour une population de 60 millions d'habitants env., sont les suivants :

- actuellement : 10 000 postes de travail,
- besoins de rattrapage immédiat : 30 000 postes de travail,
- dans 10 ans : 60 000 postes de travail.

Cela exige un besoin de financement global de 25 milliards DM (3).

Les données sur le coût d'aménagement d'un poste de travail vont de 25 à 30 000 DM.

Les études prévisionnelles régionales en partie réalisées prévoient des ateliers groupant 120 postes de travail. La zone de recrutement ne devrait pas dépasser un rayon de 25 km. Dans des régions de moindre densité, des groupements d'ateliers sont envisagés.

4. Méthodes et programmes

Pour des raisons faciles à comprendre il ne peut y avoir de méthodologie générale en ce qui concerne les ateliers pour handicapés. C'est pourquoi nous ne pouvons discuter ici que des grandes lignes de base, et cela même de façon fragmentaire.

4.1 - Conditions fondamentales

Etant donné que l'atelier doit offrir au handicapé une possibilité de réadaptation professionnelle et de travail correspondant à ses aptitudes et à ses goûts personnels, mais également à la nature et à la gravité de son handicap, il doit être de dimensions suffisantes pour assurer une différenciation optimale.

L'expérience pratique personnelle, mais aussi les résultats d'études prévisionnelles (4) montrent les avantages notables de centres d'assez grandes dimensions. Seuls de tels centres ont les moyens financiers d'engager des collaborateurs qui, au-delà de l'activité des chefs d'équipe et des chefs d'atelier, peuvent assumer des tâches particulières - assistants en matière sociale, médecins spécialisés, psychologues, logothérapeutes, etc. A ce problème se trouve étroitement rattaché celui de l'implantation économique-géographique de l'atelier, son orientation par rapport aux firmes pouvant éventuellement passer des commandes et par rapport aux moyens généraux de transport.

La conception d'équipement, l'aménagement technique des postes de travail, l'acquisition d'outils appropriés, d'aides pour le travail et de machines permettant d'offrir au handicapé des conditions de travail optimales sont également des éléments fondamentaux qui requièrent un organisme financier aussi puissant que possible. Tout cela revient à dire que l'atelier doit être conçu et organisé à l'intention du handicapé et non pas inversement.

4.2 - Atelier

Un atelier pour handicapés doit être aménagé d'après une conception générale répondant aux tâches diverses énumérées ci-dessus. C'est un élément de base dont il convient de souligner ici la valeur particulière sur le plan de la politique sociale et de la politique du marché du travail.

Un tel atelier se distingue du monde normal du travail en ce sens que la main-d'oeuvre est ici constante mais la production interchangeable, tandis que, sur le marché général du travail, la production est fixe, la main-d'oeuvre étant également interchangeable. Atelier pour handicapés ne signifie pas seulement offre d'activités de travaux et de commandes les plus diverses provenant de l'industrie, mais aussi possibilités de travail très variées sur le plan commercial ou administratif ainsi que travaux appropriés de plein air.

4.3 - Autres formes de travail pour handicapés

A côté de l'atelier qui offre des postes de travail permanents, d'autres formes de travail peuvent être offertes aux handicapés:

4.3.1 - "Services en circuit fermé" pour handicapés à l'intérieur d'établissements industriels qui, soit relèvent de la direction des ateliers, soit sont entièrement intégrés.

4.3.2 - Postes de travail protégés individuellement sur le marché général du travail, également dans le service public.

4.3.3 - Fourniture de travail approprié à domicile.

4.4 - Organisation

Pour parvenir au but susindiqué, il est nécessaire que l'atelier pour handicapés ait une organisation moderne, la mobilité d'une entreprise, sans avoir toutefois la rigidité des services publics. Cette organisation devrait être transparente et ouverte à toute conception nouvelle.

4.5 - Exemples de production - marché du travail

En ce qui concerne les sortes possibles et appropriées de travaux à réaliser par les handicapés, on peut affirmer que notre société industrielle, avec son haut degré de technicité et sa division poussée du travail, constitue un point de départ particulièrement favorable pour les ateliers. On ne pourrait entrer ici dans le détail sans sortir du cadre de cet exposé. La pratique montre que, pour tous les secteurs industriels et de fabrication, des travaux appropriés présentant tous les degrés de difficultés peuvent être réalisés par les handicapés après préparation et décomposition appropriée du travail.

Il convient de distinguer en principe :

- les commandes industrielles
- les commandes de services
- la production propre et la vente.

Nous ne pouvons dans le présent contexte nous attarder sur la transformation totale des différentes possibilités de travail à l'intérieur de notre société industrielle hautement développée. Dans nos efforts de réadaptation professionnelle en général et en particulier à l'intérieur des ateliers pour handicapés, nous nous trouvons sans cesse devant des modes de pensées et conceptions qui procèdent encore d'une société artisanale de corporation, telle que celle qui existait au Moyen-âge. De façon analogue se comportent d'autres auteurs qui veulent voir dans le développement de l'automatisation un épouvantail pour l'atelier pour handicapés et pour l'ensemble de la réadaptation professionnelle des handicapés.

Progrès techniques et transformation économique ne signifient pas restriction des possibilités de réinsertion professionnelle des handicapés, mais au contraire possibilités accrues et mieux appropriées d'activité professionnelle.

4.6 - Méthodes

Le premier impératif en matière d'apprentissage et de remise au travail du handicapé est de procéder par petites étapes méthodiquement délimitées. On peut envisager les étapes suivantes :

Observation - Appréciation

Adaptation

Apprentissage

Entraînement

Charge normale.

Il faut considérer ici que tout travail a un caractère stimulant (incitation) qui doit être sciemment utilisé comme motivation. Toute forme d'apprentissage devrait être proche de la pratique et concrète. Un travail donné devrait être décomposé en une suite d'opérations particulières. Les difficultés doivent être apparentes ou rendues apparentes. L'apprentissage et la mise en train doivent être orientés en fonction du handicapé et non pas en fonction de la production.

4.7 - Collaborateurs - Personnel spécialisé

Comme dans tous les secteurs de la réadaptation professionnelle générale, la réadaptation professionnelle du handicapé dans un atelier n'a de chances de succès que si l'on dispose de collaborateurs suffisamment compétents et ayant une formation spécialisée.

Il n'existe pas encore de centres de formation d'un tel personnel assurant une véritable formation professionnelle. On s'efforce actuellement de combler cette lacune par des mesures complémentaires (cours, séminaires de fin de semaine).

La coopération au sein de l'équipe consultante, nécessaire tout au long de la réadaptation générale, s'impose ici également. Collaborateurs de l'atelier, médecins spécialisés, psychologues spécialisés, travailleurs sociaux coopèrent en liaison avec l'Office du Travail et les centres spécialisés pour handicapés des services sociaux publics.

4.8 - Coopération - Action d'information dans le public

A côté de cette collaboration nécessaire à laquelle il faut bien entendu faire participer la famille du handicapé, une campagne objective doit également être menée dans le public pour redonner au

handicapé sa place dans la société. Il ne peut s'agir, bien entendu, d'une recherche d'effets à sensation ou d'un appel au bon coeur présumé des citoyens.

5. Bases légales - Sécurité sociale

Les droits susmentionnés des handicapés sont inscrits, en RFA, dans deux lois fondamentales.

5.1 - Loi sur la promotion du travail (Arbeitsförderungsgesetz - AFG)

L'AFG avec le décret sur la réadaptation professionnelle (Reha-Anordnung) du 2.2.70 s'adresse tout particulièrement aux personnes susmentionnées et prévoit d'importantes possibilités de promotion sous forme d'aide institutionnelle et d'aide individuelle.

Pour pouvoir bénéficier de la loi, le handicapé doit recevoir une préparation en vue de sa réinsertion sur le marché général du travail ou pour l'obtention d'un emploi permanent en atelier. La loi exige en outre que le handicapé travaille 30 heures au moins par semaine, accomplisse un travail économiquement utilisable et reçoive une rémunération appropriée. Il est nécessaire à cet effet que les ateliers soient conçus de manière à permettre un déroulement du travail, que leurs conditions soient proches de celles des établissements de l'économie générale et qu'ils garantissent aux handicapés une réinsertion totale. A cet effet, les ateliers doivent offrir des conditions de travail aussi proches que possible de la pratique, être équipés d'outils et de machines appropriés, rechercher des conditions de travail économiques, disposer d'une organisation moderne et tenir compte du progrès technique.

5.2 - Loi fédérale sur les aides sociales (Bundessozialhilfegesetz - BSHG)

La BSHG, modifiée par le second amendement du 1.10.69, prévoit dans un sous-chapitre particulier des aides générales et spéciales pour handicapés, quelle que soit la cause du handicap, dans la mesure où le handicapé ne peut subvenir lui-même à ses besoins et ne reçoit pas par ailleurs l'aide nécessaire.

En dehors du financement régulier des ateliers pour handicapés, il existe la possibilité d'une aide individuelle; accordée une seule fois pour l'acquisition de moyens orthopédiques ou autres, et éventuellement une aide permanente de subsistance.

Un financement mixte s'appuyant sur ces deux lois à l'intérieur d'un atelier pour handicapés est possible.

5.3 - Assurance-accident, assurance-maladie, assurance-vieillesse

Par l'assurance contre les accidents du travail les handicapés employés dans les ateliers relèvent de l'assurance professionnelle. L'assurance-maladie existe sous forme d'assurance volontaire mais aussi sous forme d'assurance familiale dans tous les cas où il y a rapport régulier de travail.

Des efforts sont actuellement déployés pour que les handicapés qui perçoivent seulement une prime de travail, puissent être, eux aussi, affiliés comme assurés volontaires à l'assurance-maladie obligatoire.

En ce qui concerne la pension de vieillesse, il n'y a pas actuellement de réglementation uniforme. En cas de rapport de travail régulier, même à l'intérieur d'un atelier, le problème est résolu. Dans les autres cas, il n'y a pas de droit à pension de retraite, étant donné que l'assurance-vieillesse générale repose sur le principe de prestation contre prestation. Pour les grands handicapés, la pension de vieillesse est financée sur les fonds de l'aide sociale.

5.4 - Aide institutionnelle

Dans le financement global des ateliers pour handicapés, il faut distinguer entre aide institutionnelle et aide individuelle. Les aides institutionnelles sont accordées sous forme de prêts ou d'avances, mais supposent une participation propre, parfois importante, de l'organisme accordant l'aide. Cette aide institutionnelle est octroyée pour l'aménagement ainsi que pour l'édification des ateliers, ou pour des aides techniques particulières. Ces dernières

peuvent également être accordées lorsque le handicapé est employé sur le marché général du travail.

5.5 - Aide individuelle

Il existe parallèlement la possibilité d'une aide individuelle, sous forme de subvention versée au handicapé pendant la période préparatoire de mise au courant ou sous forme d'allocation ou de subvention d'accueil versée à l'employeur pour compenser la perte de rendement. En outre, on s'efforce actuellement d'obtenir l'extension à l'ensemble des handicapés de la loi relative aux grands mutilés.

6. Rendement et rémunération

La prestation du handicapé ne peut être considérée ici sous l'angle exclusif du rendement sur lequel repose notre société. Performance et réussite peuvent également signifier, pour un handicapé, se rendre seul à un atelier de handicapés ou participer activement à la vie de la collectivité à l'intérieur d'un tel atelier sans cependant fournir un rendement particulier empiriquement mesurable sur le plan de la production. Aussi apparaît-il nécessaire de considérer séparément prestation sur le plan social et prestation sur le plan du travail aussi bien dans l'évaluation du rendement que de la rémunération.

Les possibilités de rémunération sont nombreuses : argent de poche, primes de travail, salaire au rendement, salaire social subventionné indépendant du rendement visant en premier lieu à couvrir les besoins du handicapé.

Trouver une solution adaptée et équitable constitue une tâche particulièrement nécessaire et urgente à cet égard.

- (1) SCHOMBURG ET BLASING "Recommandations pour l'éducation d'enfants handicapés multiples", Commission pédagogique du Bundesvereinigung Lebenshilfe pour enfants handicapés mentaux, directeur Prof. BACH.

- (2) BACH "Problèmes pédagogiques et psychologiques fondamentaux pour l'éducation des enfants handicapés multiples", dans les exposés sur l'assistance aux handicapés physiques, page 98.
- (3) Groupe de planification du Landessozialamt Niedersachsen Hanovre en association avec le Landesverband der Lebenshilfe.
- (4) Groupe de planification A.a.O.

Listes des ateliers pour handicapés existant en RFA, association allemande pour la réhabilitation des handicapés, 69 Heidelberg 1 Friedrich Ebert Anlage 9, Prof. Jöchheim.

Manuel complémentaire "Ateliers pour handicapés", Bundesvereinigung der Lebenshilfe pour handicapés mentaux du 31.10.69.

DISCUSSION

O. MESSER

La Charte sociale européenne garantit le droit des handicapés à la réadaptation et, dès qu'ils travaillent de nouveau, à tous les droits sociaux de la charte dont ils ont plus besoin que les personnes saines. Les réadaptés qui travaillent dans des ateliers pour handicapés ont besoin de mesures sociales de soutien, et en particulier

des mesures pragmatiques d'intégration sociale qui les placent le plus possible sur le même pied que leurs concitoyens

- en adaptant leurs conditions d'habitation dans un cadre qui soit le plus semblable possible au cadre familial;
- aménagement des loisirs;
- aménagement des congés;
- participation à la vie de la communauté et de la société dans laquelle ils vivent.

Outre les tâches des gouvernements et des organisations internationales en cette matière, la société elle-même a ainsi des obligations particulières vis-à-vis de ses membres handicapés.

F. MONTES

En raison des mutations technologiques et du développement de l'automatisation les handicapés auront, me semble-t-il, de plus en plus difficile à s'insérer dans le marché dit normal du travail. Il semble donc qu'à côté des secteurs industriels de plus en plus productifs et compétitifs doivent se développer des secteurs industriels protégés.

Dans cette perspective plusieurs problèmes se posent :

1. L'atelier protégé doit s'apparenter le plus possible à un atelier normal, donc sa finalité doit être essentiellement professionnelle. Mais comme dans une société civilisée on se doit de ne se désintéresser de personne, il est indispensable de créer des ateliers spéciaux dont la finalité sera d'abord sociale de manière à procurer un travail, ou tout au moins une activité, au handicapé atteint sur le plan physique ou psychique de façon particulièrement grave.
2. La rémunération : Les moyens dont doit disposer le handicapé pour vivre lorsqu'il travaille dans un atelier protégé doit comprendre deux volets :
 - a) Une rémunération directe résultant de sa production;
 - b) Un complément de salaire de manière à ce que le cumul de ces deux éléments garantisse à tout travailleur handicapé un niveau de ressources dont le minimum doit au moins être égal au salaire minimum interprofessionnel de croissance (définition française du salaire minimum).
3. Couverture sociale : il me paraît particulièrement important que les travailleurs handicapés soient soumis aux mêmes obligations et

aux mêmes droits que tous les autres travailleurs, c'est-à-dire, qu'ils payent des impôts et des cotisations en fonction de leurs revenus.

Un aspect particulier de ces obligations me paraît devoir être souligné. En vue de garantir les droits futurs du handicapé (assurance-maladie, retraite, etc.) je pense qu'il conviendrait que le salaire direct comme le complément de salaire soient soumis aux cotisations.

4. En terminant cette intervention je me permets d'émettre le voeu que la Communauté Européenne étudie et approfondisse les idées exprimées ce matin relatives à la nécessaire fusion des assurances invalidité et accident du travail. Il est particulièrement important que le niveau de couverture sociale soit fonction des conséquences du handicap et non de ses causes. Or, la situation présente est anormale en ce sens que ce sont les handicapés victimes de guerre et du travail qui bénéficient du revenu de remplacement de la réparation le plus élevé, qui ont également la première priorité d'emploi. La logique voudrait que ce soit l'inverse, c'est-à-dire qu'une priorité d'emploi soit donnée à ceux qui disposent des ressources les plus faibles pour vivre.

Je ne me fais aucune illusion que la fusion des différents systèmes demandera du temps. En France nous avons pris la Bastille en 1789 mais chacun sait que pour aboutir au système actuel de protection sociale aux Pays-Bas, il nous faudra encore abattre de nombreuses bastilles.

E.A. MUELLER

Pour remettre au travail et réadapter les handicapés, il faut d'abord disposer de méthodes élaborées scientifiquement afin de mesurer les efforts physiques et psychiques auxquels est soumis le handicapé sur les lieux de travail et les capacités dont il dispose et de les améliorer. Il ne s'agit pas ici de performances sportives globales, mais de prestations de longue haleine en travail d'équipe sur

les lieux de travail, qui sollicitent de façon égale toutes les fonctions humaines sans fatigue durable. La base permettant de déterminer la limite d'effort continu que peut fournir un certain travailleur à son poste a été établie en particulier par l'Institut Max-Planck pour la physiologie du travail à Dortmund.

C'est ce même institut qui, le premier, a étudié la diminution de la capacité des porteurs de prothèses et la possibilité d'augmenter cette capacité par l'analyse et l'amélioration de l'efficacité des prothèses. De telles recherches sont encore rares et occasionnelles. Nous manquons de centres de recherches qui étudieraient de façon permanente les nombreux problèmes que posent le recouvrement et le maintien des capacités de travail dans les nombreuses formes de handicap, et qui en même temps créeraient les bases techniques d'une optimisation des différents postes de travail pour les adapter au mieux aux travailleurs handicapés.

La création, le soutien et la coordination de tels centres de recherche sur une base européenne et mondiale est la condition principale pour mener la réadaptation de façon intensive et avec le plus grand fruit.

A.H. HEERING

J'aimerais consacrer encore quelques instants à la remarque de M. MONTES concernant le problème de rémunération. Il veut diviser celle-ci en deux :

- a) une partie déterminée économiquement
- b) un complément à un montant minimum fixé.

J'y vois des inconvénients importants (c'est déjà une vieille querelle!). Mes objections sont surtout que :

- 1) Cela est techniquement difficilement réalisable parce que la partie "économique" ne repose pas seulement sur la prestation des travailleurs handicapés, elle devrait aussi tenir compte des frais

des dispositions spéciales (encadrement, aménagement du poste de travail ou des machines, etc.).

2. Cela est humiliant pour le handicapé, car cette division en deux lui rappelle constamment qu'il ne mérite qu'une faible somme et qu'il reçoit la somme complémentaire sans prestation de sa part.

P O I N T S D E V U E

Présidences de M. MESSER

Directeur adjoint des Affaires Economiques et Sociales
Conseil de l'Europe
France

et de M. MARINELLO

Présidente
Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi
del Lavoro
Italia

Rapporteurs : E. GLOMBIG (point de vue des handicapés)

R. BALME et R. WEBER (point de vue des employeurs)

A. BORSTLAP et J. DE GENDT (point de vue des travailleurs)

: H. BASTENIER, J. GODARD (point de vue du médecin du travail)

RAPPORTS

E. GLOMBIG

1. Introduction

Les débats sur l'Union Economique et Monétaire Européenne ont été dominés jusqu'à l'adoption par le Conseil des Ministres du plan par étapes, par des considérations de politique financière et monétaire. Tant le rapport Werner (rapport adressé au Conseil et à la Commission au sujet de la réalisation par étapes de l'Union Economique et Monétaire dans la Communauté) que ses précurseurs nationaux et maintenant la résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des Etats membres des 8 et 9.2.1971, ne font qu'aborder de façon imprécise les impératifs d'intégration des politiques sociales - l'expression "politique sociale" étant comprise ici comme une réduction passive et active des risques (Assurance sociale et politique de l'emploi) - ou ne les traitent qu'en se référant à certaines études, telles que, par exemple, le projet du Troisième Programme pour la politique économique à moyen terme, qui comporte quelques chapitres sur la politique sociale. Les "Rapports entre la politique sociale et les autres politiques menées par la Communauté" n'acquièrent une importance concrète que dans les travaux de la Com-

mission. Depuis la fondation de la Communauté, la statistique sociale et la politique sociale occupent certes une place éminente parmi les publications officielles de la C.E.E., mais on n'est cependant pas encore parvenu à éliminer les profondes différences nationales. Le traité instituant la C.E.E. lui-même ne contient qu'un petit nombre de prescriptions impératives de caractère social : mis à part certains domaines particuliers, l'art. 117 n'exige pas expressément une "harmonisation des systèmes sociaux", mais escompte en fait une telle évolution résultera du fonctionnement du marché commun.

L'expérience a montré que les instruments de la politique sociale ne peuvent que difficilement être harmonisés. Les systèmes nationaux de sécurité sociale, fruits de contingences historiques, demeurent extrêmement hétérogènes. Les processus d'adaptation des politiques sociales, qui sont actuellement en cours, et les réglementations institutionnelles doivent néanmoins empêcher que la tentative d'édification d'une Union Economique et Monétaire au sein de la C.E.E. n'échoue à cause de l'acuité des déséquilibres sociaux. Le Conseil des Ministres de la C.E.E. aurait l'occasion, en réglant les questions de la réadaptation des handicapés, de donner un contenu concret à son "premier pas dans la voie d'une solution des questions primordiales dans le domaine régional et structurel" prévu pour la première étape du passage à l'union économique. Sous cet aspect, le Colloque européen de Luxembourg pourrait lui être d'un grand secours.

2. Peut-on espérer un programme complet de réadaptation des Communautés Européennes ?

On le peut d'autant plus que le 13 mars 1969, le Conseil des ministres du travail de la C.E.E., sur l'initiative de l'Allemagne, a invité la Commission des Communautés Européennes à élaborer sans retard et à lui soumettre un "programme d'action" pour l'intégration ou la réintégration médicale, professionnelle et sociale des handicapés physiques et mentaux et des personnes ayant subi une perte de leurs capacités, qui sont plus de 5 millions dans la Communauté. Anisi, les Ministres du Travail ont montré sans équivoque qu'ils

n'attendent pas de la Commission une étude sociale académique au sens traditionnel, mais un programme d'action politique concret axé sur une collaboration pratique étroite dans le domaine de la réadaptation.

Ce mandat que le Conseil a donné à la Commission et qui a été approuvé à l'unanimité des Etats membres n'a pas encore suscité dans l'opinion publique allemande et européenne tout l'intérêt qu'il mérite eu égard à sa portée en matière de politique sociale, de politique économique et de politique de l'emploi, ainsi qu'à la signification qu'il revêt pour l'intégration européenne. Les chances et les possibilités qu'un programme européen de réadaptation pourrait offrir tant à la réadaptation elle-même qu'à une plus étroite collaboration des Etats membres sur le plan de la politique sociale, domaine où tout n'a pas toujours été pour le mieux jusqu'ici, dépendent en grande partie de la capacité de la Commission à mettre sur pied un programme d'action moderne, tourné vers l'avenir qui reçoive au Conseil l'approbation de tous les Etats membres. Un tel programme d'action doit être concret dans ses buts, dans ses tâches et dans ses propositions, de telle sorte qu'il puisse servir de base à une collaboration pratique. C'est une tâche extrêmement difficile que la Commission ne pourra mener à bien que si, bannissant toute divergence dogmatique d'opinion avec le Conseil en ce qui concerne la portée des objectifs de politique sociale des traités de Paris et de Rome et la manière de les réaliser, elle réussit à fondre les intérêts des Etats membres en un programme de réadaptation bénéfique à l'ensemble de la Communauté.

A cet égard, il faut réserver un accueil particulièrement favorable à l'idée de recenser, au moyen d'un questionnaire, la situation actuelle de la réadaptation dans les Etats membres de la Communauté et de constituer un groupe d'experts chargé de conseiller la Commission lors de l'établissement d'un programme à long terme dans le domaine de la réadaptation des handicapés. J'apprécie à sa juste valeur l'initiative de la Direction Générale des Affaires Sociales de la Commission de la C.E.E., car jusqu'à présent la C.E.E. a négligé le thème de la "réadaptation" et l'a laissé à d'autres organisations internationales. C'est pourquoi je déplore que les gouvernements des

Etats membres n'aient pas été associés à temps aux travaux préparatoires du colloque de Luxembourg. Pour la République Fédérale d'Allemagne tout au moins, il faut constater que le gouvernement fédéral est compétent en matière de coordination de la réadaptation professionnelle. C'est donc lui qui est le mieux à même d'avoir une vue d'ensemble de la situation de la réadaptation en République Fédérale d'Allemagne. Il en va probablement de même dans les autres pays membres.

Pour tous ses projets, la C.E.E. devrait veiller à ce qu'ils ne fassent pas double emploi, c.-à.-d. qu'ils ne traitent pas de thèmes déjà étudiés par d'autres organisations internationales ou qui le sont actuellement (p.ex. au Conseil de l'Europe, à l'OIT ou à l'ISRD).

Lors du choix de projets de réadaptation de la Communauté, il faut en premier lieu examiner quels sont les objectifs pratiques visés par les mesures envisagées et quelles sont les conséquences concrètes à tirer de ces mesures pour les Etats membres. Aussi faut-il absolument donner la préférence à la mise en oeuvre de projets concrets plutôt que procéder à de longs recensements ou s'efforcer de parvenir à des définitions théoriques. Ceci est aussi valable p.ex. pour le questionnaire qui est actuellement préparé par la Direction Générale des Affaires Sociales. Le projet contient toute une série de questions dont l'objet n'est pas du tout clair. Il serait plus simple et plus efficace de demander aux gouvernements et aux experts des pays membres quels sont les thèmes qu'il serait utile de traiter dans le cadre des Communautés. Parmi les questions à éclaircir, citons les suivantes :

- a) Dans quelle mesure de principe de l'égalité de traitement de tous les handicapés, quelle que soit la cause de leur handicap, est-il déjà appliqué dans les différents pays membres de la Communauté ?
- b) L'organisation optimale de la réadaptation peut-elle être déduite d'une comparaison des formes d'organisation en vigueur dans les différents Etats membres ?
- c) Peut-on créer dans les différents pays membres les conditions

légales nécessaires à l'utilisation en commun de centres de réadaptation édifiés en commun, et en particulier de centres spéciaux pour certains types de maladies et de handicaps ?

- d) Peut-on coordonner la recherche et la documentation en matière de réadaptation ?
- e) Est-il possible de procéder à des échanges d'experts afin de perfectionner les spécialistes de la réadaptation ?
- f) Peut-on établir des critères uniformes permettant de créer un passeport européen des handicapés reconnu par tous dans les Etats membres ?

Comme vous le savez, la C.E.E. n'a pas abordé jusqu'à présent les questions particulières de la réadaptation. Ce n'est que dans le cadre du fonds social que certaines prestations dans le domaine individuel de la réadaptation ont fait l'objet d'opérations comptables de compensation. Le Colloque européen de Luxembourg devrait, d'après moi, permettre d'informer la Commission des problèmes actuels de la réadaptation en Europe. Mais toujours d'après moi, il faudrait cependant, profitant de l'expérience acquise au Conseil de l'Europe, éviter de s'en tenir trop aux principes. Il serait bien préférable de s'occuper activement de quelques thèmes concrets.

Depuis près de 20 ans, le Conseil de l'Europe s'occupe de réadaptation par la voie de son Comité commun pour l'intégration et la réintégration des handicapés. Il en est résulté une trentaine de recommandations et de résolutions qui n'ont cependant pas fait beaucoup avancer la réadaptation des handicapés dans les différents pays. Nous ne devrions donc pas nous engager dans cette voie. Naturellement, nous ne pouvons pas nous passer d'un relevé de la situation en matière de réadaptation dans les différents pays membres. Mais nous ne devrions pas en rester là et attendre de disposer de ce relevé dans quelques années. Il serait préférable, par exemple, à la façon du programme d'action allemand, de définir quelques points concrets qu'on pourrait aborder aussitôt. Outre les points que j'ai cités de a) à f), on peut aussi inclure, par exemple, l'activation du fonds social pour l'aspect institutionnel de la réadaptation, et

la délimitation de ses activités par rapport à celles du Conseil de l'Europe et des autres organisations internationales.

3. Le programme d'action allemand

Dans sa déclaration gouvernementale faite le 28.10.1969 devant le Bundestag, le chancelier fédéral Brandt a pris, vis-à-vis de la réadaptation, la position pragmatique suivante : "Le gouvernement fédéral s'efforcera de renforcer les mesures permettant d'offrir aux désavantagés et aux handicapés les meilleures perspectives professionnelles et sociales possibles".

En exécution de la déclaration gouvernementale du chancelier fédéral Brandt, le ministre fédéral du travail Walter Arendt a annoncé le 14.4.1970 à Wiesbaden le programme d'action du gouvernement fédéral pour l'aide à la réadaptation des handicapés. Le ministre a profité de sa présence à la première assemblée des membres de la Communauté fédérale de travail pour la réadaptation des handicapés, d'une part pour exprimer la volonté du gouvernement fédéral de collaborer dans un climat de confiance, non seulement avec la Communauté fédérale de travail pour la réadaptation des handicapés, mais aussi avec tous les responsables en matière de réadaptation, et d'autre part, pour exposer les idées du gouvernement fédéral quant au problème de la réadaptation.

Permettez-moi d'attirer votre attention sur quelques idées de base du programme d'action, qui me paraissent importantes :

1. Le programme d'action repose sur l'organisation structurelle de la réadaptation et sur l'autonomie de ses responsables dans la République Fédérale d'Allemagne. Il ne veut pas intervenir dans les domaines de compétence existants, mais il veut indiquer la voie qu'il convient d'emprunter en commun.
2. Le programme d'action couvre tous les domaines de la réadaptation : ses aspects médicaux et pédagogiques - qui relèvent surtout de la compétence des Länder et des communes - ainsi que les aspects sociaux de la réadaptation.

Il va aussi au-delà du domaine de compétence du ministre fédéral du travail et du gouvernement fédéral.

Le programme d'action englobe le domaine individuel et le domaine institutionnel de la réadaptation. Dans le domaine individuel, deux éléments sont prioritaires :

- a) La procédure administrative ne doit pas subir de coupure ou d'interruption. Le handicapé doit être conseillé et soumis à temps au processus de réadaptation. Ce n'est pas le handicapé qui doit lui-même s'enquérir de l'organisme financièrement responsable. L'assurance sociale est le secteur sans lequel la Communauté fédérale de travail pour la réadaptation devra se manifester tout particulièrement.
- b) Les différentes prestations en matière de réadaptation doivent être harmonisées le plus rapidement possible en dépassant le principe de causalité. Cela vaut en particulier pour les prestations destinées à assurer la subsistance du handicapé pendant sa réadaptation professionnelle. Et cela vaut aussi pour les prestations dont l'objet est l'intégration sociale du handicapé.

Dans le domaine institutionnel, il s'agit de créer un système le plus cohérent possible d'institutions de réadaptation, depuis les cliniques et les hôpitaux, en passant par les institutions spécialisées pour certaines formes de handicaps et les centres de formation et de recyclage, jusqu'aux jardins d'enfants spéciaux, écoles spéciales et ateliers, ainsi que tout autre organisme destiné à occuper les handicapés.

Le programme d'action du gouvernement fédéral a besoin de la collaboration de toutes les instances compétentes en matière de réadaptation au niveau de l'état, des Länder et des communes, des organismes légaux chargés de la réadaptation, des partenaires sociaux, des églises, des associations de bienfaisance et des organisations d'invalides et de handicapés ainsi que de leurs familles. Mais ce programme a surtout besoin de la collaboration de chaque handicapé, de sa bonne volonté et de sa disposition à surmonter son handicap. Le but du programme d'action du gouvernement fédéral est de l'y ai-

der. Mais c'est là aussi notre responsabilité européenne commune et notamment la responsabilité particulière des parlements nationaux.

Pour la première fois depuis la fondation de la République Fédérale d'Allemagne, la tentative est ainsi faite de développer un vaste programme de réadaptation. L'étendue de ce programme indique que la réadaptation des enfants handicapés ne peut être séparée de la réadaptation des handicapés adultes. Les efforts de réadaptation au cours de l'enfance constituent un élément de l'effort de réadaptation mené tout au long de la vie d'un handicapé. Ce disant, je ne veux pas méconnaître que l'efficacité des efforts de réadaptation consentis à l'époque de l'enfance est décisif pour les possibilités de développement futur du handicapé. Cela est surtout valable en ce qui concerne une formation scolaire suffisante et, dans la mesure du possible, une formation universitaire qui, comme je l'ai déjà dit, est en République Fédérale d'Allemagne du ressort des Länder.

Mais nous devons aussi poursuivre avec succès les efforts que nous consentons en faveur des handicapés adultes, si étrange que cela puisse sembler, c'est chez le handicapé adulte qu'apparaît le véritable dilemme de la réadaptation de l'enfant handicapé, enfant qui demain deviendra adulte. Le handicapé adulte, surtout le grand handicapé, continue à avoir besoin de nos efforts en matière de réadaptation, et parfois même dans une mesure accrue, lorsqu'il ne dispose plus de la protection et de l'aide que lui assurait sa famille. Il n'y a donc pas, d'après moi, un problème de réadaptation de l'enfant handicapé et un problème de réadaptation du handicapé adulte, mais bien le seul problème de la réadaptation du handicapé. Il me semble que tous ceux qui se consacrent à la tâche louable de la réadaptation doivent absolument reconnaître ce fait.

4. L'intérêt des Etats membres à l'égard de la réadaptation

L'intérêt de principe que les Etats membres ont manifesté au sein du Conseil à l'égard de la réadaptation, outre son aspect social qui consiste à réserver dans notre société à chaque homme, même à ceux dont les possibilités sont diminuées et aux handicapés, une place adéquate, qui corresponde pleinement à ses connaissances,

à ses capacités et à sa productivité, ainsi qu'à sa dignité, est surtout inspiré par des raisons touchant à la politique économique et à la politique de l'emploi.

4.1. Accroissement de l'invalidité précoce

Le nombre des "invalides précoces" est en augmentation constante dans les pays de la Communauté. Les invalides précoces sont des hommes et des femmes en âge de travailler, mais que des faits de guerre, des accidents du travail ou de la circulation, des maladies professionnelles ou d'autres causes encore ont éliminé précocement du processus de travail, et qui vivent principalement d'une pension d'allocations de l'assistance publique (aide sociale) ou de toute autre prestation sociale.

Rien qu'en République Fédérale d'Allemagne, il y a déjà à l'heure actuelle 1,5 million d'invalides précoces pour un total d'environ 4 millions de handicapés. Chaque année naissent en République Fédérale d'Allemagne de 60 à 80 000 enfants atteints d'un handicap physique, mental ou psychique, et qui doivent être aidés et soignés dans des institutions spécialisées. Les associations professionnelles du secteur industriel et commercial entregistrent chaque année plus de 2 000 000 d'accidents du travail et environ 20 000 maladies professionnelles.

Dans les rues et sur les routes d'Allemagne, plus de 460 000 personnes sont victimes chaque année d'accidents de la circulation. A cela vient s'ajouter un nombre indéterminé d'autres maladies, qui provoquent une incapacité permanente. Toutes ces causes font qu'en République Fédérale d'Allemagne, plus de 200 000 personnes chaque année sont frappées avant l'âge d'incapacité professionnelle et doivent en partie ou totalement renoncer à gagner leur vie par leur travail. Une enquête menée en mars 1962 a révélé que la France comptait près de 1,7 million de handicapés, dont 1 million ont un handicap physique et 100 000 un handicap mental important.

En Belgique, pour une population totale de 10 millions d'habitants, un habitant sur dix est handicapé. Environ 270 000 personnes, soit 3 % de la population belge, sont des handicapés mentaux. Parmi eux, environ 50 000 ne sont pas ou ne sont plus en mesure de mener une vie indépendante sans une aide et des soins extérieurs continus. Sur l'ensemble du territoire des 6 pays membres du Marché Commun, il doit y avoir entre 4 et 5 millions d'invalides précoces **exclus** du processus de travail. Le nombre total des handicapés doit dépasser de loin les 5 millions dans la Communauté.

L'augmentation du nombre des handicapés précoces représente une charge importante pour les Etats membres. L'assurance sociale et les autres organismes d'assistance sociale doivent à la longue dépenser des milliards pour leur venir en aide, sans parler des pertes économiques subies du fait de leur élimination précoce du marché du travail. Il faut encore ajouter l'incidence de ce problème sur la politique de l'emploi. En Italie en particulier, il y a certes encore un pourcentage relativement important de chômeurs aptes au travail, mais dans l'ensemble, les besoins en main-d'oeuvre qualifiée augmentent sans cesse dans les pays de la Communauté. Bien qu'elle ait le taux de chômage le plus élevé de tous les Etats membres, l'Italie souffre déjà d'un manque sensible de main-d'oeuvre qualifiée. Même les pays qui, à l'heure actuelle, présentent encore un excédent structurel de main-d'oeuvre ne pourront plus, à la longue, supporter que chaque année des dizaines voire des centaines de milliers de travailleurs soient éliminés précocement du marché du travail à la suite d'accidents de la circulation ou du travail ou de maladies provoquées par la civilisation moderne.

4.2. Importance économique de la réadaptation

Le Gouvernement fédéral en premier lieu, mais aussi le Gouvernement français, se sont fixés pour but de réduire fortement le nombre des invalides précoces dans leurs pays au cours des prochaines années ainsi que de réinsérer le plus grand

nombre des handicapés dans le processus de travail avec une valeur concurrentielle la plus élevée possible grâce à une réadaptation professionnelle qui doit déjà commencer au lit du malade et de les réintégrer comme membres à part entière dans la société.

Economiquement et financièrement, la réadaptation constitue un exemple typique pour une politique sociale qui n'implique pas seulement des dépenses, mais qui, par ailleurs, est utile à l'économie. La réadaptation permet à celle-ci d'obtenir et de conserver une main-d'oeuvre précieuse. La réadaptation soulage le fardeau de l'assurance sociale et de plus, chaque handicapé qui est intégré ou réintégré dans le processus de travail contribue, par son activité, à la croissance économique. Sur ses rémunérations ou son salaire, celui-ci paie des impôts et verse des cotisations d'assurance sociale. Des études américaines et allemandes ont montré que la réadaptation constitue pour l'Etat un des meilleurs investissements. Ainsi, on a constaté aux U.S.A. que chaque dollar consacré à la réadaptation fait rentrer 10 dollars dans les caisses de l'Etat. Et l'on ne tient pas compte ici de tous les profits économiques. Une autre enquête, menée également aux Etats-Unis, et qui avait pour but de mesurer l'ensemble du revenu national, a permis de conclure que chaque dollar dépensé pour la réadaptation des handicapés apporte à l'économie nationale un revenu de 48 dollars sous la forme de main-d'oeuvre supplémentaire et de diminution des dépenses d'assistance publique. Pour l'ensemble de la période considérée, cela répond à une rémunération de 4 800 % des capitaux investis.

5. Considérations finales

Il faut, dans les pays des Communautés européennes, assurer aux handicapés la meilleure réadaptation possible. Malgré tous les succès enregistrés dans ce domaine, il est aujourd'hui plus nécessaire que jamais d'organiser les bases juridiques et structurelles dont nous disposons en un système claire et pratique de mesures

et d'institutions de réadaptation, qui permet à tous les handicapés, quelles que soient la nature, l'ampleur et la cause de leur handicap, de bénéficier des prestations, des aides et des équipements les plus satisfaisants pour leur intégration ou leur réintégration dans le processus de travail, la profession et la société. Le degré de civilisation atteint par les Etats des Communautés européennes sera jugé, notamment, à la façon dont ils résolvent les problèmes sociaux posés par les handicapés, les malades et les faibles.

R. WEBER

Le placement des handicapés du point de vue des employeurs

Un des principes d'une politique sociale moderne est d'abord de prévenir plutôt que de guérir et, ensuite, de rendre leur vigueur aux mesures sociales. Encourager l'effort personnel, réveiller des énergies encore disponibles, faire appel à l'amour-propre de l'homme et mettre à profit toutes les valeurs de la personnalité, sont aujourd'hui les moyens les plus importants de notre politique sociale.

Il résulte du principe cité en premier lieu que toutes les mesures de prévention doivent primer toutes les mesures d'aide en cas d'accident. Cela signifie que la prévention doit aussi primer la rééducation. L'intérêt de l'entreprise doit donc être, p.ex., de prendre toutes les mesures qui s'imposent pour prévenir les accidents du travail, afin d'éviter non seulement des souffrances humaines, mais aussi, souvent, des préjudices économiques incalculables. Les accidents du travail apportent avec eux des perturbations dans la marche de l'entreprise et dans la production. Quant à l'accidenté, il est exclu temporairement ou pour toujours de la vie active et nécessite pour cette période une aide pour lui et sa famille que devra lui fournir la collectivité.

Mais ces réflexions montrent aussi que les mesures de rééducation et de réadaptation ne doivent pas être considérées isolément. Elles font partie du système de la sécurité sociale. Ainsi, prévention et réadaptation sont étroitement liées. Car, l'expérience en

matière de réadaptation peut nous apprendre à déterminer le genre de mesures à prendre dans le domaine de la prévention. Ainsi, si nous constatons que, par exemple, certains accidents du travail se répètent constamment avec les mêmes conséquences, nous rechercherons alors les moyens d'éviter ces accidents du travail et leurs séquelles. Cela vaut naturellement aussi pour les accidents de la circulation et les maladies pouvant entraîner des infirmités.

Le deuxième principe de notre politique sociale moderne que j'ai mis en avant signifie que nous ne voulons plus assurer la vie des handicapés par des moyens charitables traditionnels, c.-à.-d. des aides, mais que nous désirons rendre aux handicapés, en dépit de leur état, leur compétitivité dans la lutte pour la vie et les libérer du soutien de la communauté. Il serait illusoire de croire qu'en dépit de tous les efforts de prévention, il n'y aura plus de handicapés à l'avenir. Maux héréditaires, maladies, accidents du travail et une circulation de plus en plus dense, ainsi que des phénomènes prématurés d'usure font en sorte que des mesures de réadaptation seront toujours nécessaires.

Rendre aux handicapés leur compétitivité n'est pas seulement un impératif économique, mais aussi un devoir moral qui correspond à la volonté de préserver la dignité de l'homme. Cette dignité ne sera pas préservée si l'homme doit avoir le sentiment qu'il est une victime pitoyable, réduite à vivre des aumônes de la communauté. Précisément, l'expérience montre que le handicapé a un besoin de compassion particulièrement marqué. Il s'efforce de dépasser ses limites et de se prouver à lui-même et à son entourage qu'en dépit de tout, il est un membre à part entière de la communauté humaine.

Ces réflexions fondamentales montrent déjà que la réadaptation doit être la tâche de la communauté tout entière, et non pas celle de groupes distincts, dont l'objectif est de réintégrer totalement les handicapés dans notre communauté en prenant des mesures au plan médical, professionnel et social. Mais cela signifie aussi que les charges de cette tâche doivent être supportées par la communauté.

Dans l'ensemble de toutes les mesures, la réadaptation profes-

sionnelle joue un rôle particulièrement important, parce qu'elle est souvent indispensable à la réintégration dans la vie professionnelle. Cette réintégration est un élément déterminant pour l'objectif de la réadaptation, car l'exercice d'une profession ne constitue pas seulement la base économique, indépendamment de l'aide assurant la subsistance d'un handicapé, mais elle lui donne aussi la possibilité d'affirmer sa personnalité par une qualification professionnelle, ainsi qu'une promotion professionnelle et sociale, et si l'on considère que, dans notre société industrielle moderne, l'exercice d'une profession devient de plus en plus le point de cristallisation des contacts sociaux et humains, l'importance d'une réintégration judicieuse et réussie du handicapé dans la vie professionnelle n'aura jamais trop de prix.

Mais cette tâche ne peut être accomplie qu'avec la coopération sincère des employeurs. Mettre des postes de travail appropriés à la disposition des handicapés ne devrait pas être seulement une obligation sociale de l'employeur mais une tâche sociale à accomplir avec des moyens économiquement appropriés. Il n'est donc pas question d'avoir surtout pitié de l'intéressé durement touché par le destin, ce qui est un sentiment d'ailleurs pénible pour le handicapé, mais de créer les moyens d'intégrer le handicapé aussi normalement que possible dans le processus de production, car l'objectif premier de toute entreprise, qu'il s'agisse d'une entreprise publique ou privée, est de produire ou bien d'effectuer des prestations. Cet objectif ne présente donc aucun conflit d'intérêt entre les efforts déployés pour placer les handicapés et la tâche première d'une entreprise. Bien au contraire, il existe en l'occurrence une profonde concorde.

On voit bien que ce ne sont pas les mesures légales de réintégration professionnelle des handicapés qui présentent une importance décisive. Les impulsions déterminantes en vue d'une intégration professionnelle aussi large que possible des handicapés dépendent beaucoup plus de l'évolution générale de l'emploi, des succès de la réadaptation médicale et professionnelle et de l'élimination des préjugés frappant toujours les handicapés. Même s'il était possible d'é-

liminer ces préjugés par une information permanente, convaincante et concrète, on ne pourrait renoncer tout à fait aux réglementations légales garantissant l'intégration professionnelle des handicapés. C'est pourquoi il a été institué de diverses manières une obligation pour les employeurs de donner du travail aux handicapés et, par conséquent, les entreprises sont tenues non seulement d'employer tout simplement des handicapés, mais aussi de les intégrer à l'entreprise dans des conditions correspondant à leurs désirs et à leurs possibilités afin de leur ouvrir toutes les chances d'une promotion professionnelle et sociale.

Toutefois, j'estime inquiétant à ce propos de laisser s'infiltrer dans les réglementations légales des considérations de concurrence. La concurrence entre les entreprises peut être faussée par un nombre infini de facteurs. La tâche du législateur ne peut être d'éliminer, dans le cadre d'une législation socio-politique, les différents facteurs qui pourraient fausser cette concurrence. Le fait de considérer d'emblée que l'emploi de handicapés constitue un désavantage économique pour l'entreprise est en contradiction avec les principes d'une réadaptation moderne, parce que l'on sous-entend que le handicapé est également diminué sur le plan du rendement, et que sa collaboration a donc moins de valeur pour l'entreprise. En même temps, ces arguments nourrissent les préjugés encore défavorables à l'emploi des handicapés.

C'est aux Etats-Unis que l'on adopte l'attitude la plus logique concernant ces problèmes. On considère que le handicapé réadapté est de nouveau totalement compétitif sur le marché du travail et qu'il n'a donc besoin d'aucune protection particulière en vue de sa réintégration dans la profession, ou, par exemple, d'une protection particulière en matière de licenciement. Les expériences pratiques corroborent manifestement cette conception. Ainsi, F.W. Taylor a effectué des études dans plus de 100 entreprises américaines dont les effectifs se comptent par milliers. Il a constaté que le taux de production d'environ deux tiers des travailleurs handicapés physiquement était égal à celui de leurs collègues en possession de tous leurs moyens physiques. Le taux de travail de 24 % des handicapés

était même supérieur à celui des non-handicapés, tandis que les rendements de seulement 10 % des handicapés étaient inférieurs à la moyenne. Maintenant, si l'on ne juge pas seulement d'après la prestation immédiatement mesurable la valeur d'une force de travail, il résulte de l'étude de Taylor que les fréquences d'accidents et l'absentéisme chez les handicapés sont souvent inférieurs à ceux des travailleurs non handicapés. Ceci est le résultat d'un besoin de compensation que nous avons déjà mentionné: l'intéressé est disposé à fournir un effort accru pour conserver ou même élever son niveau social et pour trouver des satisfactions dans l'exécution de travaux plus méritoires ou plus spécialisés. Enfin, Taylor a constaté que les handicapés changent plus rarement de place que les non-handicapés. Il serait erroné d'en conclure que leur mobilité, et par conséquent leur niveau de qualification doivent être inférieures à ceux des non-handicapés. Le fait d'être prêt et capable de s'adapter aux progrès de la technique n'a rien à voir avec le goût du changement de poste de travail.

Plus importantes que les mesures de contraintes et les sanctions légales sont des mesures par lesquelles le législateur devrait inciter les entreprises à embaucher des handicapés. Ainsi pourraient être versées des allocations d'intégration et de mise au courant prélevées sur les fonds publics, que l'on accorderait temporairement aux handicapés aussi longtemps qu'ils n'auraient pas atteint un plein rendement dans l'entreprise. On peut, soit accorder à l'employeur une compensation financière, lorsqu'il verse aux handicapés un salaire complet en dépit d'un rendement temporairement diminué, soit verser aux handicapés une allocation aussi longtemps qu'ils ne perçoivent pas un salaire complet en raison de leur moindre rendement.

Cependant, la garantie légale est particulièrement importante pour assurer aux handicapés, indépendamment de la cause de leur handicap, une préparation conforme à leurs qualifications et à leurs goûts. Donc, vu le dynamisme de notre évolution technique et économique, il ne s'agit pas seulement de réadapter professionnellement le handicapé, mais de le promouvoir aussi si possible sur le plan professionnel.

Si l'objectif sans cesse visé est de recouvrer la compétitivité

sur le marché du travail, il faut bien qu'il ne peut s'agir en l'occurrence d'un but fixé objectivement et subjectivement. En période de plein emploi ou même de suremploi, la réadaptation professionnelle totale d'un handicapé sera jugée objectivement d'après des critères autres qu'en période de sous-emploi. Au point de vue subjectif, la capacité des non-handicapés n'est pas une grandeur fixe. Même parmi les non-handicapés, il existe des tolérances considérables dont on tiendra naturellement d'autant plus compte que les besoins de l'économie en main-d'oeuvre seront plus importants. Il n'est donc pas possible de fixer la limite à partir de laquelle un handicapé est totalement réadapté professionnellement.

Cependant il est certain qu'avec les progrès de la médecine et de la technique, cette limite peut être constamment relevée et que l'on peut ainsi améliorer les chances d'une réadaptation professionnelle totale. De nouvelles découvertes médicales permettent un rétablissement toujours plus complet. L'évolution technique qui contribue au maximum à décharger l'homme de travaux pénibles par l'utilisation de machines ou d'automates offre au handicapé de meilleures possibilités d'emploi. Notre économie fondée sur la division du travail et la spécialisation crée précisément pour les handicapés de nouveaux domaines et de nouvelles possibilités d'emploi. La technique surtout fait découvrir sans cesse de nouveaux moyens qui permettent plus que jamais l'emploi des handicapés à certains postes de travail. Il suffit de penser aux possibilités ouvertes aux paraplégiques et aux aveugles. Les progrès de la médecine ont contribué à une forte régression de la mortalité des paraplégiques. L'évolution technique a permis d'offrir des possibilités d'emploi sans cesse plus nombreuses aux paraplégiques se déplaçant dans un fauteuil roulant, de sorte que leur participation à des cours de formation professionnelle se développe de plus en plus. Tandis qu'autrefois le choix des professions était très limité pour l'aveugle, il est aujourd'hui considérablement élargi du fait des progrès de la technique. L'aveugle qui fabrique des brosses ou tresse des paillassons appartiendra de plus en plus au passé, et, aujourd'hui, l'aveugle n'est plus **seulement réduit d'exercer la profession de masseur, musicien ou standardiste**, de nombreuses autres possibilités lui sont of-

fertes. Toutefois, le législateur doit aussi tenir compte de cette évolution en donnant aux bases légales une certaine souplesse.

Ces explications montrent déjà l'importance que revêtent pour les handicapés les mesures pratiques de formation professionnelle. Il y a lieu de remarquer à ce propos que, dans la grande majorité des cas, la réadaptation s'achève en même temps que la guérison médicale. En recouvrant la santé, l'intéressé est donc généralement en mesure de reprendre son ancien travail. En république fédérale d'Allemagne, dans environ 18 % des cas, les accidentés ont accompli une période de réadaptation professionnelle à la suite du traitement médical.

La réadaptation professionnelle commence par l'orientation. Comme pour les non-handicapés, il faut tenir compte, d'une part, des capacités et des goûts personnels et, d'autre part, de l'évolution du marché du travail. Pour le handicapé, la question qui se pose est de savoir s'il désire vraiment suivre un cours de formation et si oui, lequel, à quelle époque et dans quelle direction.

Cependant, il faut encore tenir compte de certains facteurs pour le handicapé. Suivant le cas, le choix des professions est plus ou moins limité. La mobilité régionale est aussi très limitée. Enfin, il faut souligner que par exemple, le handicapé adulte victime d'un accident a en général déjà exercé une activité professionnelle, et que l'on dispose donc de certaines bases pour élaborer le plan de réadaptation. Si d'un point de vue purement abstrait, la réadaptation doit précéder la perte de capacités, la meilleure réadaptation est d'éviter purement et simplement cette perte de capacités. Vu l'homogénéité du processus de réadaptation, il faut éviter au cours de la période de réadaptation professionnelle que celle-ci conduise à l'isolement et que l'on obtienne ainsi le résultat contraire.

Du point de vue de l'employeur, l'élément politique du marché du travail a une importance particulière parce que, à côté des goûts et des capacités personnelles, sa prise en considération est définitive pour reconnaître jusqu'à quel point le handicapé peut être finalement intégré dans la vie professionnelle. Cela signifie qu'à la fin du processus de formation professionnelle, on devra disposer d'un travailleurs dont l'économie aura besoin. C'est pourquoi, au

stade de l'orientation, un contact étroit est nécessaire avec l'économie et les mesures de formation professionnelle doivent répondre aux besoins de cette économie.

La réadaptation professionnelle va de l'âge de pierre aux futurologues qui vivent déjà dans le 21ème siècle. Il n'est évidemment pas simple de l'adapter aux besoins réels de l'entreprise et de l'évolution économique. Tandis que, d'une part, on croit pouvoir renoncer à la formation de tresseurs de paillassons et de fabricants de brosses, on se trouve, d'autre part, confronté à des conceptions visionnaires d'une économie totalement automatisée dans un proche avenir, et l'on oublie manifestement que l'utilisation pratique des connaissances scientifiques et techniques dans l'entreprise est toujours en fin de compte une décision économique.

L'élaboration d'un plan de réadaptation doit se fonder sur l'activité exercée précédemment par le handicapé. On s'efforcera surtout de réintégrer le handicapé dans la profession qu'il a apprise et à son poste de travail, le cas échéant, en ayant recours à des aménagements et à des dispositifs de sécurité. Cela intéresse aussi l'employeur et celui-ci est donc disposé, si besoin est, à prendre les mesures d'adaptation nécessaires qui s'imposent. Même si le handicapé n'est pas en mesure de reprendre son ancien poste de travail, il faudrait s'efforcer de continuer à l'employer dans l'entreprise à laquelle il appartient.

On oublie souvent que, dans le domaine de la réadaptation professionnelle, l'entreprise a une tâche primordiale. Précisément dans l'intérêt du handicapé, on devrait éviter le changement en appliquant dans l'entreprise des mesures d'adaptation professionnelle et en créant des possibilités d'emploi par une organisation plus adéquate du travail. Mais dans ce domaine, il appartient aussi aux législateurs d'effectuer un travail d'information et de stimulation pour intéresser davantage encore les entreprises à ces tâches.

Dans le cas où l'entreprise serait dans l'incapacité de prendre elle-même des mesures d'adaptation professionnelle pour le handicapé, il y aurait lieu d'étudier la possibilité de le réadapter dans un

centre de formation étranger à l'entreprise dans la mesure où des possibilités sont offertes au lieu de résidence du handicapé. En l'occurrence, il sera généralement possible au handicapé de participer avec des non-handicapés aux cours qui les intéressent.

Ces réflexions se fondent sur la nécessité d'entreprendre tout d'abord tous les efforts pour conserver au handicapé son environnement et pour le protéger contre une sorte de bannissement et d'isolement. Le handicapé durement frappé par le destin peut précisément surmonter au mieux son infortune s'il accomplit sa réadaptation dans le cadre habituel de sa famille, de ses amis et de ses collègues de travail, et s'il peut prendre conscience du fait que rien n'a vraiment changé en ce qui concerne sa position sociale et que, pendant sa réadaptation professionnelle, il peut déjà entrer en concurrence avec le non-handicapé. Cette manière de procéder exclut aussi les atteintes psychiques qui se manifestent lorsque le handicapé doit pendant une période prolongée vivre uniquement dans le milieu de ses compagnons d'infortune.

Naturellement, il serait illusoire de croire que l'on a ainsi épuisé les exigences que requiert la réadaptation professionnelle. Même si, d'après ce qui précède, la formation, le perfectionnement et la reconversion dans un centre de réadaptation professionnelle devrait être l'ultime solution, il y aura certainement une partie non négligeable des graves handicapés notamment qui sera astreinte à suivre des cours de promotion professionnelle dans des internats parce que leur handicap ne leur permet plus d'exercer une activité dans leur ancienne profession ou bien dans une profession analogue.

Donc, pour éviter le risque d'isolement, il faut un système décentralisé de centres de ce genre. Le handicapé devrait avoir l'occasion de rendre visite à sa famille aussi souvent que possible, afin que le contact avec son environnement ne soit pas coupé. D'autre part, il faut que ces centres de réadaptation offrent une gamme très variée de formations professionnelles, qui devra, en outre, tenir compte des types de handicap les plus divers. Naturellement, il ne faut pas non plus encourager une décentralisation trop importante des centres. Il faut donc rechercher un compromis aussi satisfaisant

que possible.

De plus, le centre de réadaptation a forcément l'inconvénient d'être éloigné de l'entreprise et du travail pratique dans la mesure où la formation professionnelle ne peut pas être liée à une occupation productive. Pour des raisons de pédagogie professionnelle, il faut rechercher autant que possible une activité productive même dans le cadre d'une formation ou d'une reconversion professionnelles.

Mais ce n'est pas toujours possible. Moins ce l'est, moins le centre de réadaptation est touché par le dynamisme qui anime une entreprise normale. Les machines, les outils et les méthodes de travail courent le risque de se démoder et le processus de formation professionnelle ne répond plus aux exigences de la pratique. Le personnel instructeur des centres de réadaptation devraient dès lors effectuer régulièrement des stages dans des entreprises privées. Des plans de formation et des examens auprès d'instances neutres étrangères aux centres de réadaptation sont des régulateurs importants qui permettraient aux centres de dispenser une formation professionnelle proche de la pratique.

Dans l'intérêt de tous les bénéficiaires, la formation doit aussi être organisée de façon optimale dans le temps. Le handicapé souhaite retrouver le plus rapidement possible le cadre familial de sa vie professionnelle et, au lieu de vivre des subventions dont il bénéficie dans un centre de réadaptation, gagner sa vie par son travail. Le dispensateur de ces subventions a intérêt, pour des motifs financiers, à ce que cette formation ne se prolonge pas indûment. Etant donné la pénurie constante de main-d'oeuvre spécialisée qualifiée, les employeurs sont intéressés à disposer de cette main-d'oeuvre aussi vite que possible.

Comme il a déjà exercé une activité professionnelle, le handicapé adulte présente les conditions nécessaires à une formation professionnelle moins longue. On peut donc négliger dans ce cas beaucoup d'éléments dont il faut tenir compte dans la formation des jeunes. L'adulte connaît le monde du travail. On peut donc lui inculquer de nouvelles connaissances et de nouvelles techniques sous une forme

concentrée. Même dans le cas d'une profession tout à fait nouvelle, il peut souvent s'appuyer sur des connaissances et des techniques qu'il possède déjà. Aussi les ateliers de formation professionnelle ont-ils souvent recours à un système de formation par éléments autonomes (Baukastensystem). Au cours de la réadaptation, on détermine au vu de leur acquis les éléments de connaissance et de technique qui doivent encore être inculqués aux travailleurs handicapés. La conséquence évidente en est une formation largement individualisée.

Par ailleurs, il faut tenir compte, en fixant la durée de la formation, de ce que le handicapé a particulièrement besoin d'un emploi extrêmement insensible à toute crise et que la mobilité professionnelle a aussi son importance. Lorsque le marché du travail est tendu, même le handicapé adapté à court terme trouve sans difficultés une place dans l'économie. Mais, d'une part, il ne faut pas considérer cela comme une situation durable et, d'autre part, dans un domaine d'activité trop étroit, le handicapé ne trouvera guère de possibilité de développement professionnel, ce qui ne lui apportera aucune satisfaction.

Même si la mobilité géographique et professionnelle d'un handicapé est forcément limitée, cela n'exclut pas que sa formation professionnelle tienne compte du fait qu'une économie dynamique doit toujours exiger davantage du travailleur qu'il s'adapte à l'évolution. Outre la capacité d'adaptation, il faudra dans le cadre du processus de formation professionnelle développer chez le handicapé la disponibilité à s'adapter. Bien entendu, cela ne signifie pas qu'il soit désormais forcé de papillonner d'une entreprise à l'autre. Cela ne signifie pas non plus qu'il doive se soumettre à une réorientation permanente qui le dirige vers des professions nouvelles. Une entreprise qui doit constamment se soumettre aux exigences de l'évolution technique et économique, est; elle aussi, intéressée à la consolidation et à la continuité des facteurs de l'emploi. Même une économie moderne ne peut supporter des fluctuations et réorientations constantes. La mobilité professionnelle n'a rien avoir avec le dynamisme ou le manque de dynamisme des facteurs de l'emploi. Ce que les employeurs doivent par contre attendre désormais des handicapés, c'est une disposition personnelle et technique à une adaptation permanente.

Cette disposition ne se manifeste pas tant dans le changement d'emploi que dans l'emploi que l'on occupe, au sein de son entreprise. Il ne faut cependant pas méconnaître que les nécessités d'adaptation sont très variées. Le progrès technique a des effets très différents selon les domaines économiques; certains domaines sont plus réceptifs que d'autres aux nouvelles techniques et aux découvertes de la science. Les modifications elles-mêmes, qui résultent de changement dans les habitudes des consommateurs, dans les processus de fabrication, ou de l'introduction de nouvelles substances, se répercutent avec une ampleur et à un rythme différents selon les secteurs économiques.

Les programmes de formation des centres de réadaptation doivent tenir compte de ces données. Accorder trop d'importance à ce que l'on appelle les professions d'avenir n'est dès lors pas à conseiller, car ces professions exigent une très grande adaptabilité et disponibilité que l'on ne rencontre pas toujours chez les handicapés, d'une part à cause de leur handicap, mais aussi souvent à cause de leur âge avancé.

La formation professionnelle doit assurer au handicapé les mêmes qualifications qu'au non-handicapé. Le but de tout effort de réadaptation ne serait pas atteint si le handicapé devenait un travailleur spécialisé de deuxième catégorie. Aussi serait-il souhaitable d'instaurer à la fin de la formation un examen devant une instance neutre. Le handicapé devrait s'y comporter exactement comme un non-handicapé. On ne lui ferait pas de cadeau. Au fond, cela contribuerait à renforcer sa confiance en lui-même et le sentiment de sa valeur. Cela n'exclut naturellement pas qu'au cours de l'examen on tienne compte du handicap qu'il a forcément.

Si la formation professionnelle ne s'effectue pas directement dans l'entreprise ou en collaboration avec elle, le placement du handicapé après son stage de formation a une grande importance. Il faut s'efforcer d'offrir au handicapé les meilleures possibilités professionnelles en lui procurant un emploi adapté, en tenant compte éventuellement des possibilités de développement professionnel.

Afin que l'employeur soit également en mesure de juger correctement les possibilités d'utilisation d'un handicapé, il est sou-

haitable de lui donner accès à des documents ou à des points de référence concernant sa capacité physique et ses dispositions caractérielles et morales. C'est surtout l'appréciation psychologique du handicapé qui est très importante pour le praticien de l'entreprise. Le handicapé lui-même n'est pas en mesure, étant donné la diversification et la spécialisation de notre vie économique, d'apprécier ses capacités professionnelles. Il ne peut estimer l'activité qu'il est capable de déployer de par les capacités qui lui restent. C'est ainsi que certains surestimeront leurs capacités, d'autres les sous-estimeront. Les dirigeants de l'entreprise responsables de l'engagement de handicapés doivent dès lors veiller, d'une part, à prodiguer les encouragements nécessaires, et, d'autre part, à adapter leurs exigences à un niveau raisonnable. Il est particulièrement important que les membres de l'entreprise et les supérieurs abandonnent tous préjugés éventuels vis-à-vis du handicapé. Certes des restrictions existent pour certaines formes particulièrement graves de handicaps. Dans la pratique, il y a toujours une résistance de certains groupes lors d'engagement de handicapés, car ceux qui ne sont pas handicapés craignent que le handicapé fasse baisser le rendement.

Pour le handicapé, le climat dans lequel il travaille revêt une importance particulière. Il faut tenir compte qu'au cours des années le "moi" est devenu chez lui instable et dès lors vulnérable. Son entourage doit l'accepter ou du moins le tolérer. Il doit d'abord retrouver sa confiance en soi, puis peu à peu perdre ce sentiment d'angoisse et d'isolement. Il n'y parviendra souvent qu'avec l'aide d'un milieu de travail compréhensif qui l'acceptera dans la communauté où il se sentira bien reçu. Lorsque les capacités professionnelles du handicapé ont été découvertes, il s'agit de trouver pour lui une carrière et un emploi correspondants et d'organiser ceux-ci de telle sorte qu'il puisse travailler sans peine et sans danger. L'employeur doit donc disposer et entretenir les lieux de travail, les installations, machines et outils en tenant particulièrement compte de la sécurité du travail et régler la marche de son entreprise de telle sorte que le handicapé puisse être occupé de façon optimale. Le handicapé devra pouvoir disposer sur le lieu de son travail des auxiliaires techniques nécessaires. Etant donné nos connaissances

actuelles en matière de gestion moderne du personnel, il s'agit d'une condition indispensable à une utilisation correcte du personnel.

Mais ces notions ne peuvent être traduites dans la pratique que par la collaboration de la direction de l'entreprise, de la délégation de l'entreprise, du médecin d'entreprise, des services sociaux de l'entreprise et des responsables de la sécurité du travail.

L'adaptation des lieux de travail aux différentes formes de handicap est une des tâches les plus importantes de l'entreprise dans le domaine de l'intégration professionnelle des handicapés. On peut modifier partiellement les processus de travail et les adapter aux capacités des handicapés. A l'heure actuelle, les machines et les installations peuvent être largement adaptées aux capacités physiques conservées. Des appareils que l'on manie d'une seule main et d'autres semblables contribuent à augmenter l'habileté manuelle, des sièges adéquats, des mains courantes, etc., peuvent diminuer la fatigue des muscles, la mobilité réduite du handicapé peut être, le cas échéant, compensée en lui épargnant certains transports ou en adaptant les itinéraires de transport. La technique est également parfaitement en mesure de rendre supportables des conditions de travail pénibles dans lesquelles le handicapé aurait particulièrement à souffrir, comme poussière, bruit, chaleur, froid ou fortes secousses. Dans tous les domaines, il faut organiser le travail de façon rationnelle et veiller à ce que la capacité du handicapé ne soit sollicitée que pour autant qu'il puisse effectivement supporter son travail durablement.

L'intégration professionnelle des handicapés dans l'entreprise doit toujours avoir pour but de les employer à un travail raisonnable dans des conditions normales. Des ateliers spéciaux pour handicapés ont, certes, leur place dans l'ensemble de notre système d'assistance sociale, mais ils doivent être considérés en premier lieu comme des institutions de réadaptation qui préparent le handicapé pendant une certaine période transitoire à une vie professionnelle normale. L'occupation permanente de handicapés dans les ateliers créés spécialement pour eux ne serait pas une intégration mais au fond une exclusion. Des ateliers pour handicapés ne devraient donc

servir qu'à la réadaptation à une activité professionnelle normale. Ils ne devraient donc être pour le handicapé qu'un stade transitoire. Cette considération n'enlève rien à la nécessité de créer des ateliers pour les handicapés si, dans les conditions normales du marché de l'emploi, ils ne peuvent pas ou pas encore être employés.

Il ne sera pas toujours possible d'employer des handicapés dans de grandes ou très grandes entreprises industrielles, bien qu'à première vue il semble que la grande entreprise, avec ses nombreux emplois, offre les meilleures conditions à l'utilisation des handicapés car, rationalisée et technicisée comme elle l'est, elle n'exige plus autant qu'avant l'emploi massif de la force physique. On a actuellement bien plus souvent besoin d'habileté manuelle et intellectuelle. Par ailleurs, il ne faut pas non plus oublier que c'est précisément dans des entreprises partiellement automatisées, où le travail est lié à une certaine cadence, que les handicapés ne peuvent pas toujours être utilisés dans de tels emplois. Par contre, il arrivera aussi que la petite et la moyenne entreprise, aux exigences nombreuses, satisfasse au mieux les besoins des handicapés ayant reçu une formation solide. Plus la formation des handicapés aura été approfondie et variée, meilleures seront leurs possibilités d'engagement dans les entreprises de toutes grandeurs.

On trouvera rarement l'emploi idéal fait sur mesure pour tel ou tel handicapé. Pour des personnes amputées de la jambe, par exemple, le travail à un bureau n'est certainement pas l'idéal, car il contribue à la paresse des mouvements. Mais on ne pourra pas pour cette raison réadapter un travailleur intellectuel amputé de la jambe à une activité manuelle qui l'obligerait à se mouvoir davantage. Cela vaut aussi pour d'autres sortes de handicaps et d'autres emplois qui ne permettent pas de façon suffisante un entraînement corporel nécessaire aux handicapés.

La compensation corporelle absolument indispensable ne pourra être trouvée qu'en dehors de l'entreprise, par exemple dans le cadre d'un sport pour handicapés. Bien que le sport ait pour la santé et les capacités du handicapé une valeur beaucoup plus grande que pour un non-handicapé, ses nombreuses possibilités ne sont pas encore

suffisamment utilisées. Il faut instruire davantage les handicapés, ils ont besoin de soutien et d'aide de la part du législateur et des pouvoirs publics et de davantage de considération au cours de l'ensemble du processus de réadaptation. Des salles de sport, des piscines et des terrains de sport font partie des installations modernes nécessaires à leur réadaptation. Le handicapé doit être convaincu de ce qu'une activité corporelle de compensation sera bénéfique pour ses capacités et sa santé et viendra compléter la réadaptation médicale et professionnelle, et ses réticences intérieures doivent être surmontées.

Néanmoins, les handicapés ne peuvent pas toujours être abandonnés à leur sort dès leur intégration dans l'entreprise. Il faudra continuer à veiller sur le handicapé au lieu du travail, mais avec la discrétion et le tact souhaitables. D'une part, il ne faut pas éveiller chez lui le sentiment qu'il dépend en permanence de l'aide d'autrui, mais, d'autre part, il doit savoir que, quand ce sera nécessaire, on lui viendra en aide. C'est précisément chez les handicapés d'âge avancé que surgissent des difficultés imposant souvent un changement de poste. Mais ici aussi il faut procéder avec la prudence nécessaire. Il faut en général mettre en garde contre un changement d'entreprise pour les travailleurs âgés, car ceux-ci ne supportent pas toujours de se retrouver dans des conditions de travail totalement nouvelles. De plus, un manque de capacité et de volonté d'adaptation ne rend pas toujours possible le passage d'une entreprise à une autre.

Dans une époque de plein emploi, il n'est souvent pas possible d'atteindre le but souhaité, à savoir rendre le handicapé pleinement compétitif sur le marché du travail. On ne peut lui garantir un emploi stable en cas de crise.

Dans les cas où il est à prévoir que le handicapé pourra néanmoins après une certaine période d'adaptation effectuer un travail égal à celui d'une personne saine, il faut à tout prix s'efforcer de lui trouver, après une activité transitoire dans un atelier, un travail normal. Les problèmes d'emploi les plus difficiles ne posent pour les handicapés qui, même en tenant compte de ce que les normes

de rendement qui doivent être atteintes dans l'entreprise pour un tel emploi sont très variables, resteront toujours loin en dessous de ces normes. Les occuper dans des ateliers pour handicapés est une solution transitoire; même dans ces ateliers, il faudra s'efforcer d'obtenir, malgré la diminution importante de la capacité de travail, une activité, sinon rentable, du moins productrice. Dans de tels cas, il appartient aux entreprises de transposer certaines activités dans de tels ateliers. On pourrait aussi penser à adjoindre de tels ateliers (même s'ils ont besoin de subventions des pouvoirs publics) à des entreprises importantes, si une transmission intacte de l'habileté professionnelle de l'entreprise dans ces ateliers est assurée. Dans les deux cas, les entreprises devraient être encouragées par le législateur.

Le grand nombre des possibilités évoquées indique que, dans le domaine de la réadaptation, il n'y a pas non plus de remèdes miracles. Si la politique est l'art du possible, cela vaut particulièrement pour les multiples formes de la politique sociale, car ici nous avons affaire en premier lieu à des hommes, avec leurs besoins les plus divers, avec leurs soucis et leurs détresses. Ils ne se laissent pas mettre en schéma et nous ne devrions pas, dès lors, dans le domaine de la réadaptation, nous laisser guider par des schémas de pensée mécaniques ni essayer de manipuler les hommes autant. Leurs handicaps et leurs besoins sont diversifiés, autant doivent l'être les méthodes que nous utiliserons pour les aider.

R. BALME

Le point de vue des employeurs

Le problème est difficile, complexe. De nombreux aspects ont déjà été abordés ... par les différents employeurs ... que sont la plupart des différents participants à cette rencontre.

Les solutions, s'il y en a, ne peuvent être que collectives.

Les différents représentants des différentes délégations nationales du C.E.E.P. n'ont pu - dans le délai dont ils disposaient - se réunir ensemble pour préciser ce qui aurait pu être la position ac-

tuelle du C.E.E.P. sur ce problème. Je ne ferai donc que quelques suggestions, peut-être complémentaires à d'autres déjà faites, mais toutes personnelles, à partir de quelques notes prises pendant le colloque. Toutefois, le point de vue des employeurs étant déjà présent au travers de leurs réalisations, je vous renvoie, pour le C.E.E.P. en particulier, aux interventions déjà faites par les représentants des Charbonnages de France, de la S.N.C.F., ainsi qu'à celles des délégués italiens ou allemands du C.E.E.P.

Si j'essaie de retrouver quelques-uns des thèmes abordés ces deux derniers jours, j'ai noté qu'on avait parlé par exemple :

- des législations actuelles, de leurs différences, et de l'évolution constatée ou souhaitée des concepts juridiques : le principe de finalité serait ainsi à substituer par exemple au principe de causalité,

- de la nécessité de se pencher sur l'adaptation permanente des connaissances en fonction du potentiel et du niveau des handicapés,

- de l'attention à donner aux structures de formation afin qu'elles soient aussi proches que possible des structures réelles du travail,

- de techniques pédagogiques (didactique, travail en groupe, enseignement audiovisuel),

- de la nécessité de penser l'insertion du travailleur dans, et en fonction de son milieu d'origine,

- de l'apparition de nouveaux métiers, liés à l'utilisation de plus en plus commune d'ordinateurs ou d'ensembles électroniques,

- de savoir s'il fallait donner un salaire en fonction du rendement constaté ou de l'effort réel du travailleur.

Tous ces problèmes ne sont pas parmi les moindres posés à l'heure actuelle à toute la société industrielle, qu'il s'agisse du monde des handicapés ou de ceux qui n'en sont pas - mais dont on peut dire, hélas, pour un pourcentage toujours trop important, qu'ils

rejoindront demain le monde des premiers, car si le nombre des handicapés diminue dans certains secteurs, il augmente dans d'autres -.

Tous les aspects de notre société sont concernés.

Pour ne parler que de la route et des transports, rappelons :

- qu'au congrès de Vienne qui s'est tenu au début du mois de mai, il a été rapporté que si le nombre d'accidents mortels du travail était encore très important (100 000), plus important encore était le nombre d'accidents mortels survenus pendant le transport entre le domicile et le lieu de travail,

- qu'en France, en 1970, pour 15 000 accidents mortels de la route, on a compté plus de 300 000 blessés. On peut penser qu'une part non négligeable de ces derniers s'est ajoutée au nombre des handicapés déjà existants.

Dans cet environnement, où les efforts en faveur des handicapés relèvent encore le plus souvent d'initiatives isolées, et où l'employeur a souvent du mal à se situer lui-même vis-à-vis de l'évolution des connaissances utilisées ou à utiliser sur le lieu du travail pour assurer les besoins de tous, quelle peut être la préoccupation d'un employeur ? :

1) Sans doute d'utiliser au mieux du contexte économique, politique, social, culturel, technique, ceux des handicapés qui sont dans les structures de production ou qui pourraient y venir.

Quand on sait, ou quand on saura, comme l'ont rapporté certains orateurs, que dans certains cas - même si c'est après une certaine sélection, il est possible - puisqu'il a été possible - de réinsérer, réadapter, jusqu'à 80 % d'entre eux, un certain optimisme doit être de règle. Encore faut-il que cela soit su, et qu'une large information soit faite pour ne pas recommencer ailleurs, ce qui a déjà été fait avec succès. Peut-on souhaiter, sans trop d'illusions peut-être, qu'en ce domaine, les motivations sous-jacentes au travers du "secret industriel" ne soient pas utilisées ?

2) Développer au maximum les actions de prévention et de dépistage sur le lieu du travail ... pour limiter le nombre de futurs handicapés qui s'ajouteraient à la population de ceux existants ... et nous ramèneraient au problème précédent.

Médecins, assistants sociaux, spécialistes des problèmes de sécurité, mais aussi psychologues, sociologues, etc ... s'interrogent avec l'employeur, et ont parfois du mal à agir dans un contexte en évolution rapide et qu'il est pourtant de plus en plus nécessaire de bien connaître pour y insérer les actions préventives et curatives les plus efficaces.

Par exemple, en matière de sécurité sur les lieux du travail, s'il apparaît nécessaire évidemment de rappeler d'abord que "la sécurité commence sur la planche à dessin", on s'aperçoit de plus en plus que les efforts à faire en permanence se situent aussi bien :

- dans la connaissance du métier (évolution comprise technique et technologie),

- dans une meilleure connaissance des comportements dans les différentes situations de danger,

- que dans l'amélioration du climat et des conditions générales du travail.

Il n'y a pas de hiérarchie entre ces différentes préoccupations: une très grande maîtrise du métier pouvant être source de comportements de risques ou de relations difficiles avec de moins habiles. C'est-à-dire que la prise en considération des éléments sociologiques et psychologiques du métier est parfois aussi importante, si non plus, que la prise en considération des aspects techniques.

Il en est de même dans tous les problèmes du travail. Ce n'est pas en devenant de plus en plus évidente que cette conception liée aux rapports complexes des situations du travail devient ainsi plus facile à maîtriser, car, pour ce qui est de la prise en considération des motivations et des comportements, l'employeur se sent à un carrefour de pulsions et de préoccupations qui doivent avoir l'attention

de tous, et qu'il convient d'évoquer ici :

a) Si le nombre des handicapés représente, comme on l'a dit, 15 % de la population active de la Communauté, ils ne sont pas sans attaches familiale et sociale avec cette population active qui vient dans l'entreprise avec des comportements et des motivations qu'elle n'abandonne pas à la porte de l'usine ou au bureau. Les problèmes de prévention, de réinsertion, de prise en charge des 15 % avanceront en fonction du degré de l'intérêt qui leur sera manifesté par l'ensemble des buts poursuivis par cette population.

b) On arrive dans le milieu du travail de plus en plus tard, au fur et à mesure où l'obligation et la fréquentation scolaire se déplacent vers un âge de plus en plus avancé. Et il n'est pas sûr que la formation reçue dans la famille, à l'école, etc ... avant l'emploi, facilite l'intérêt porté spontanément aux problèmes des handicapés et à leur insertion dans le milieu du travail. Une certaine forme de "compétition" peut avoir aussi pour conséquence d'éliminer ou de porter moins de considération au moins fort ou au plus faible.

c) Si on arrive dans le milieu du travail de plus en plus tard-on n'y a pas les mêmes attitudes d'hier ou d'avant-hier. La durée moyenne de vie augmenté. L'usure des connaissances s'accélère. On n'a pas arrêté l'imprimerie, on n'arrêtera pas l'informatique et les nouvelles structures de formation ou d'information. Le milieu du travail change. Les postes de travail, les fonctions, imaginés ou définis dans le passé, et à donner aux différents âges, sont à repenser. Il deviendra de plus en plus utile et nécessaire de penser les postes de travail en fonction de l'homme, de ses différents âges et de ses différentes possibilités de production.

Ne pourrait-on souhaiter que, dans le cadre de nos préoccupations, des études soient développées en vue de faciliter l'insertion des différentes catégories d'handicapés.

d) L'emploi est encore dans nos sociétés, le lieu où se réalisent les concepts de "réussite" ou "d'échec", où se mesure l'écart entre la hiérarchie sociale espérée, rêvée, souhaitée ... et la hiérarchie obtenue ou perçue ... C'est aussi celui de la recherche

et de l'exercice du pouvoir, c'est-à-dire aussi que le lieu du travail reste le centre privilégié des affrontements économique, idéologique, politique. La place à donner, et l'attention à porter aux problèmes des handicapés sont liées à la politique sociale et à la politique de l'emploi actuelle ou à réaliser dans la Communauté.

e) Les concepts d'adaptation, de reconversion, dont on a parlé pour "les handicapés", sont les mêmes que ceux utilisés aujourd'hui dans les préoccupations de formation dite "continue" ou "permanente", à tous les niveaux hiérarchiques et fonctionnels. Et la définition, retenue pour ces journées, de l'handicapé : "ceux pour lesquels il existe un écart entre les prestations attendues et les performances qu'ils pourraient fournir", pourrait être facilement utilisée sans beaucoup de gêne, pour toutes les actions concernant la formation, le perfectionnement, le recyclage ou l'entretien des connaissances et des comportements de chacun d'entre nous.

Les problèmes d'insertion, d'adaptation ou de réadaptation des handicapés, dans le monde du travail, rejoignent les problèmes d'insertion, d'adaptation ou de reconversion, de toute la population active où la notion "d'inadapté" (avec la croissance du nombre des états dits "dépressifs" aux plus hauts niveaux de responsabilité) s'intègre de plus en plus dans celle "de handicapé".

Pour ces différentes structures - handicapés ou non - se posent les problèmes de formation et de perfectionnement permanents, dans une société nouvelle où il ne s'agit pas seulement de poser les problèmes de l'adaptation du travail à l'homme, ou de l'entreprise aux conditions socio-économiques, mais d'intégrer - dans le contenu des droits et devoirs réciproques de l'individu et du groupe - des concepts de solidarité, renoués, plus réalistes et libérés d'aspects sentimentaux dépassés.

Or, qu'il s'agisse d'actions de réinsertion, de reconversion et d'adaptation d'handicapés, ou d'actions de reconversion et d'adaptation, d'information ou de perfectionnement sur le lieu de travail, il apparaît que ces différentes actions sont d'autant mieux cernées et d'autant mieux réussies, qu'à la prise en considération des aspects techniques d'un problème, sont jointes l'étude et la

prise en considération des aspects psychologiques ou sociologiques. Chacun veut et doit participer à la prise en charge de son état actuel et de son devenir.

La prise en considération de ces diverses pulsions de la société industrielle, l'attention à porter à l'importance de nuisances diverses qu'elle entraîne, pourraient peut-être inciter (Etats, Institutions, Employeurs) à rechercher les éléments à prendre en compte pour susciter et réaliser au sein des entreprises et des Etats, une véritable politique de gestion moderne des problèmes de personnel et du personnel - favorisant la promotion du contexte humain dans l'entreprise - et conduisant à travailler en permanence à une meilleure connaissance et à une plus grande maîtrise de fonctionnement des sociétés humaines.

A. BORSTLAP

Chapitre I - Introduction

I.1 Avant la deuxième guerre mondiale, l'aide apportée aux invalides se limitait au traitement médical et à des dispositions corollaires telles que la création et la gestion d'institutions où les invalides pouvaient séjourner et être soignés. Maintenir en vie un homme ou une femme qui de par son handicap ne pouvait séjourner plus longtemps au sein de sa famille, tel était le but de cette assistance; peu importait que cette vie ait encore quelque valeur pour le handicapé ou pour la société.

Les prestations financières étaient juste suffisantes pour assurer la subsistance physique du handicapé; la plupart du temps, l'invalides dépendait malgré tout encore de l'assistance de sa famille ou de la charité publique ou d'une église.

Les activités en vue de réadapter professionnellement et de réintégrer le handicapé dans le processus du travail n'étaient entreprises que lorsque l'âge du handicapé et le reste de capacité productive dont il jouissait justifiaient économiquement la mise en oeuvre d'une réadaptation souvent coûteuse et de longue haleine.

I.2 Après la seconde guerre mondiale, l'idée selon laquelle l'activité professionnelle, outre sa valeur économique, pouvait aussi avoir une valeur intrinsèque pour le travailleur gagna du terrain. Grâce à son travail quotidien, un homme reste en contact vivant avec le monde extérieur et, dans ce contact, il ne se contente pas de recevoir, il donne également. Par le travail, l'homme prouve sa valeur tant vis-à-vis de la société que vis-à-vis de lui-même.

Le grand nombre de handicapés dus à la guerre - et parmi eux un grand pourcentage de jeunes gens - constituait un défi pour la réadaptation. Ce défi ne résultait pas seulement du rendement économique que pouvaient encore avoir ces handicapés, mais aussi d'un point de vue plus personnel : la vie de ces victimes de la guerre serait bien vaine si pour le reste de leur existence ils étaient condamnés à séjourner dans des institutions où ils pouvaient être soignés mais où il ne leur serait plus rien demandé.

Il est remarquable que l'attention portée à la valeur du travail professionnel pour le travailleur lui-même serve de base à la réadaptation des handicapés à une époque où précisément les philosophes et les théologiens mettent en garde contre la surévaluation du travail comme seul instrument permettant de donner un sens à la vie humaine. La reconstruction en Europe de l'Ouest, ravagée par la guerre, fut entreprise avec vigueur. L'aspiration à conquérir ou reconquérir un bien-être personnel allait de pair avec le plaisir de voir couler à nouveau les sources de bien-être national. Et ainsi, travailler pour son bien-être personnel était aussi travailler dans l'intérêt de la nation ou de sa région.

Le travail professionnel et les revenus de celui-ci prirent dans la vie de beaucoup de personnes une place exclusive. Le directeur qui passait le week-end face à un paquets de dossiers qu'il avait ramenés du bureau était admiré, bien qu'il négligeât sa famille. L'infarctus et l'ulcère à l'estomac qu'il récoltait étaient une marque d'honneur ... peut-être un peu douloureuse.

Mais d'aucuns et en particulier les spécialistes des sciences humaines se sont élevés contre cette coutume. Des médecins, des philosophes et des théologiens se sont demandés s'il était normal que pour certains la vie soit tout entière consacrée au travail. Le temps libre n'est-il vraiment rien d'autre que la pause nécessaire pour reprendre des forces ? Jouir d'une oeuvre d'art ne rend-elle pas l'homme plus riche qu'accomplir des heures supplémentaires ? Bref, ceux qui ont pour tâche d'étudier le comportement humain posèrent avec toujours plus de force la question de savoir si l'activité professionnelle devait être un moyen dans la vie ou le but de celle-ci.

Et même, pour chaque handicapé qui était encore en mesure d'effectuer un travail si modeste fût-il, ce travail devint le but de bon nombre de tentatives de réadaptation.

- I.3 La solution de cette contradiction apparente réside vraisemblablement dans l'idée qu'une vie qui ne se composerait que de loisirs serait aussi pauvre et insuffisante au point de vue humain qu'une vie consacrée tout entière au travail. La valeur personnelle du travail professionnel réside dans son caractère contraignant. C'est une obligation imposée par autrui et qui se distingue par là par exemple de la pratique d'un violon d'Ingres qui lui aussi peut demander beaucoup de travail. La valeur du temps libre, par contre, est déterminée par ses limitations, par le temps qui appartient aux autres, dont les autres disposent.
- I.4 Mais assez philosophé. Revenons au handicapé qui a un droit humain à la mise en valeur de ses capacités restantes. Ce droit humain doit être le point de départ de la réadaptation professionnelle et du reclassement. L'élément déterminant, autrement dit la question de savoir si un plan de réadaptation et de réintégration sera mis sur pied en faveur d'un handicapé ne doit pas être avant tout l'espérance d'une valeur économique que l'on pourrait tirer de ce que l'homme peut encore effectuer comme travail. La question déterminante est de savoir si, pour ce handicapé, le travail peut encore signifier un épanouissement et un accomplissement de sa personnalité, même lorsque ce travail exi-

ge tant de préparation, d'assistance adaptée ainsi que de surveillance permanente, que le coût de la réintégration est loin d'être couvert par le rapport de son travail. Il est évident que les frais supplémentaires occasionnés par la mise au travail de handicapés ne peut pas incomber à l'entreprise où le handicapé est employé; il s'agit là de frais qui doivent en principe être supportés entièrement par la communauté, c'est-à-dire par l'industrie.

Chapitre II - Reclassement des handicapés

§ 1 : Activités dans l'optique du reclassement

II.1.1 Le reclassement des handicapés dans le processus du travail nécessite davantage que le simple développement des capacités restantes du handicapé. De plus, dans de nombreux cas, il faudra aussi faire le nécessaire en ce qui concerne l'état d'esprit de l'invalidé. Le refus de travailler constitue souvent un obstacle plus important à la réintégration que l'impossibilité de travailler.

Mais le milieu dans lequel le handicapé réadapté va travailler doit lui aussi être apte ou être rendu apte à recevoir ce nouveau collaborateur moins valide (voir ci-après, § 2 de ce chapitre).

II.1.2 La réadaptation médicale et professionnelle ne doit être qu'une partie de l'ensemble des dispositions auxquelles donne droit l'assurance sociale. Il s'agit là de dépenses destinées à financer un traitement qui pourrait peut-être permettre de suspendre les allocations de subsistance auxquelles un invalide a droit de par l'assurance ou d'abaisser leur montant.

Une situation telle que celle que nous connaissons aux Pays-Bas où, du moins en ce qui concerne les travailleurs, les frais de réadaptation émanent à la même caisse que les allocations versées aux invalides présente l'avantage qu'un plan de réadaptation, en lui-même coûteux, dépend des organes exécutifs de l'assurance sociale et est financé par ceux-ci précisément parce que ce plan apparemment coûteux peut avoir pour consé-

quence une diminution des frais dus au versement d'allocations, qui sont, eux, beaucoup plus élevés. Bien que l'expérience acquise dans la réadaptation instaurée par la Loi sur l'incapacité de travail soit encore très récente (la loi est entrée en vigueur le 1er juillet 1967), on peut penser à bon droit que cette réadaptation, comprenant la mise sur pied d'un centre propre de réadaptation, a eu un effet bénéfique sur le montant des dépenses et l'aura certainement à la longue. Il est regrettable qu'aux Pays-Bas, quatre ans après l'entrée en vigueur de la Loi sur l'incapacité de travail pour les travailleurs salariés, des dispositions similaires n'aient pas été prises pour les travailleurs indépendants.

Par ailleurs, il est devenu évident que le terme de "réadaptation médicale et professionnelle" ne doit pas être compris dans un sens trop étroit. Outre l'apprentissage professionnel et le recyclage, il faut en plus inclure dans le plan de réadaptation la première période du processus de travail (comme s'il ne s'agissait que de surmonter la crainte du travailleur réadapté liée au pas décisif) et dès lors de la financer.

Enfin, la réussite ou l'échec de la réadaptation est encore influencé par l'attitude du médecin de famille du handicapé. Ce médecin de famille, à la différence du médecin de l'Organe de la sécurité sociale, est l'homme de confiance du patient et doit être tenu au courant des buts du plan de réadaptation; il faut lui demander d'aider le patient à surmonter sa résistance à subir ce processus de réadaptation.

II.1.3 Jusqu'à présent, il s'agissait de restaurer les capacités et les connaissances du handicapé, de telle sorte qu'il puisse devenir un élément utilisable dans le processus de la production.

Mais la préparation psychique à la reprise du travail est au moins tout aussi importante. Des obstacles de nature financière, tels que le fait d'effectuer un travail contre une rémunération inférieure à l'ancienne rémunération, peuvent être facilement surmontés.

Les obstacles psychologiques qui apparaissent souvent sous la forme d'une incrédulité vis-à-vis des possibilités de reconquérir une certaine habileté professionnelle sont plus difficiles à écarter. Celui qui a dû interrompre son travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et qui, après avoir été hors circuit pendant une longue période, doit souvent s'avouer qu'il ne pourra plus jamais réintégrer dans son ancienne profession et la pratiquer pleinement, réagira d'abord en demandant à bénéficier de l'indemnité pour invalidité complète. Un malade ou un invalide qui sait qu'un rétablissement complet est impossible doit être mû par une volonté et un courage particuliers s'il veut se soumettre volontairement et avec joie à un traitement de réadaptation parfois lent, parfois pénible, mais qui demande toujours beaucoup d'efforts. Personne ne pourra l'assurer d'avance de la réussite du traitement; et surtout, personne ne pourra lui garantir qu'une fois réadapté, il pourra pourvoir lui-même à ses besoins par son travail. Nous proposons donc au patient, en échange de la sécurité d'indemnités régulières, l'insécurité de l'acquisition de nouvelles aptitudes et le risque que comporte la participation active à la lutte pour la vie.

A ce point de vue, on peut parler d'un "effet de contre-réadaptation" de la législation sociale. Celui qui peut faire valoir ses droits à une indemnisation qui garantisse son bien-être et qui soit en relation avec son revenu antérieur, et qui, si elle ne supprime pas la nécessité financière de reprendre le travail, la diminue néanmoins fortement, sera tenté de surestimer l'effort et la collaboration qui lui sont demandés pour se réadapter et de sous-estimer les revenus supplémentaires qu'un travail difficile lui permettra d'ajouter aux indemnisations.

Dans un tel cas, la contrainte ne permet pas d'obtenir grand-chose. On peut exercer une certaine pression en diminuant le montant des allocations ou en supprimant celles-ci si le moins valide s'obstine à refuser de collaborer à sa réadaptation. De ce fait, l'organe exécutif de l'assurance sociale ne risque

pas seulement de mettre sur pied une procédure professionnelle dont l'issue est incertaine, mais aussi s'expose à ce que le handicapé se soumette de mauvais gré et avec hostilité au plan de réadaptation, dont la réussite deviendrait problématique. De plus, il est fort probable que le travailleur réadapté, une fois au travail, s'efforce d'être de nouveau déclaré inapte afin de rebénéficier d'indemnité d'invalidité.

La réadaptation suppose la collaboration volontaire du diminué physique. Si celle-ci fait défaut, il faudra tenter d'amener le patient à d'autres idées par la persuasion et l'éducation. Il n'est pas exagéré de réclamer à ce propos pour les organes exécutifs de l'assurance sociale la collaboration d'assistants sociaux, de psychologues et d'éducateurs. Ces spécialistes porteront leur attention, leurs efforts et leur aide, non seulement sur le handicapé, mais aussi sur l'entourage de celui-ci et en particulier sur sa famille. Car le milieu familial peut aussi être la source de forces qui incitent le handicapé à se complaire dans un rôle de bénéficiaire passif d'indemnités, auquel on ne peut plus demander aucune initiative.

§ 2 : Activités dans l'optique de la place à réserver aux handicapés.

II 2.1 **La vie économique** est, par définition, régie par des impératifs économiques. La valeur d'un homme dans l'entreprise et pour celle-ci est déterminée en premier lieu par sa contribution à la production, sa participation à la constitution d'un excédent de revenus par rapport aux frais encourus.

Vu sous cet aspect, un travailleur moins valide est un travailleur de moins grande valeur. Lorsqu'il s'agit d'un travailleur qui, avant d'être victime de son handicap, a contribué pendant de longues années et de façon sensible aux bons résultats de l'entreprise, des sentiments d'attachement ou la conscience d'un certain devoir moral feront que l'employeur sera souvent disposé à accepter ce handicapé et à lui procurer un emploi. Mais ces considérations ne valent pas pour des handicapés qui n'avaient auparavant aucun lien avec l'entreprise et elles valent encore bien moins dans le cas d'entre-

prises qui sont trop petites pour pouvoir supporter, avec leur personnel modeste, la charge d'un moins valide dont la productivité est faible.

Mais les travailleurs valides, eux aussi, peuvent manifester une opposition au placement de moins valides dans l'entreprise. Les travailleurs, tout comme la direction de l'entreprise, voient dans cette dernière la possibilité de gagner de l'argent et ils s'efforceront d'éliminer tous les obstacles à l'obtention d'un salaire optimal.

Le placement d'un ou de plusieurs diminués physiques comporte le risque que la production moyenne exprimée en hommes / heures subisse une régression. Si le handicapé fait partie d'un groupe dont la rémunération est fonction du résultat financier du groupe, sa présence au sein du groupe est ressentie comme un facteur d'appauvrissement.

Employeur et travailleur devront l'un et l'autre, apprendre que l'entreprise est plus qu'un moyen d'acquisition d'un revenu, qu'elle est plus, même, que l'instrument qui permet de procurer des biens et des services à la société. L'entreprise est également le lieu où les hommes sont appelés à collaborer, au sein duquel et par lequel ils peuvent s'épanouir, rendre service à autrui et ainsi se prouver à eux-mêmes leur propre valeur.

La fonction sociale, ou mieux, la fonction humaine de l'entreprise est encore trop souvent un épiphénomène accidentel de la réalisation de la fonction économique principale. Les aspects sociaux sont encore trop souvent conditionnés par les impératifs économiques. Dans la gestion de l'entreprise, la politique sociale soit avoir le même poids que la politique économique. Elle constitue un but aussi nécessaire et aussi "légitime" de l'entreprise que la recherche d'un excédent des revenus sur les dépenses.

II.2.2 Afin de renforcer l'orientation sociale de la gestion de l'entreprise, indispensable pour que le handicapé puisse espérer

tirer profit de son placement dans la vie de l'entreprise, la formation professionnelle devra réserver une place à l'enseignement technique social, en plus de son enseignement technique et commercial.

La rénovation qui semble faire lentement son chemin au sein de l'enseignement de base et de l'enseignement général, axé moins exclusivement sur la transmission des connaissances et plus sur l'influence du comportement, doit aussi trouver place dans l'enseignement professionnel spécialisé.

A ce propos, il ne faut pas seulement penser à la formation qui ouvre la voie aux fonctions dirigeantes; la formation professionnelle destinée aux cadres inférieurs doit aussi apporter aux bénéficiaires la compréhension des exigences et des possibilités de l'entreprise comme communauté de travail d'hommes qui dépendent les uns des autres et qui sont responsables les uns envers les autres.

II.2.3 L'estimation d'un handicapé dans l'entreprise n'est jamais exempte de l'attitude que la société adopte en général vis-à-vis des handicapés. Trop souvent encore, nous considérons les moins valides comme un objet de sollicitude et de charité et ainsi nous oublions souvent que c'est précisément cette sollicitude charitable qui, voulant supprimer tous les obstacles auxquels se trouve confronté le handicapé, constitue elle-même un obstacle à son épanouissement complet au sein des limites que lui astreint maintenant son handicap. Celui qui veut supprimer les obstacles auxquels se trouve confrontée une autre personne et, dans ce cas, un handicapé, lui ôte la chance de pouvoir lui-même déployer les efforts nécessaires à vaincre ces obstacles sans aucune aide. L'activation de ces possibilités restantes n'est pas un devoir pour le handicapé, c'est bien plus un droit qu'il peut revendiquer comme homme.

Dans une société où cette approche du handicapé est devenue générale, des attitudes et des techniques de relations humaines peuvent également être développées au sein des entre-

prises, qui font droit à la valeur humaine du handicapé, malgré son importance négligeable comme élément productif.

II.2.4 Pour illustrer au mieux que je viens de dire, rien ne vaut probablement la manière dont notre société considère un certain groupe de "handicapés", c'est-à-dire les personnes âgées qui ne participent plus au processus de production. C'est un groupe auquel nous espérons tous appartenir un jour. Néanmoins, c'est un groupe délaissé; certes, il est l'objet de nos soins et de notre sollicitude, mais il n'est pas reconnu et n'est pas intégré en fonction de ses qualités spécifiques.

Le groupe croissant de personnes âgées recèle un trésor de sagesse humaine et d'expérience arrivée à maturité, que nous négligeons dédaigneusement. Ils ont cessé d'être un facteur de production et sont donc rejetés comme inutiles.

Tant que nous jaugerons les gens et que nous les jugerons d'après leur contribution à la croissance de notre bien-être, la réadaptation professionnelle des handicapés restera une lutte menée sur deux fronts : il s'agira d'une part de surmonter les résistances physiques et surtout psychologiques de la personne inadaptée, et d'autre part de surmonter les barrières dressées au sein de la société et de l'entreprise et empêchant que le moins valide soit reconnu et accepté comme membre de l'entreprise à part entière.

Chapitre III - La remise au travail dans la libre entreprise.

§ 1 : Prescriptions légales.

III.1.1 Après ces considérations générales sur les difficultés à surmonter lors de la réadaptation et du reclassement, portons maintenant notre attention sur les mesures concrètes dans ce domaine.

Le rapport de M. A. Maron vous a donné un aperçu des prescriptions légales en vigueur dans les pays membres qui régissent le placement de handicapés dans les entreprises ou au

service de l'Etat. De cet aperçu il ressort que les prescriptions varient de pays à pays au sein de la Communauté, tant en ce qui concerne le nombre minimum de handicapés à placer par entreprise ou service qu'en ce qui concerne la définition du concept de handicapé.

Là où l'obligation de placer un pourcentage prescrit d'invalides partiels se limite aux handicapés qui ont droit à des prestations pour invalides de la part de l'assurance sociale, on obtient, chaque fois, que ce placement soit réservé à des personnes victimes d'un handicap réel. Là où cette limitation fait défaut, plus d'une entreprise pourra satisfaire aux obligations légales sans aucune mesure particulière : chaque entreprise occupant un effectif d'une certaine importance a déjà parmi ses travailleurs une ou plusieurs personnes qui, de par leur handicap, ne peuvent plus fournir des prestations normales.

D'ailleurs, même dans les pays où le placement est prescrit pour les handicapés enregistrés, il reste une catégorie précise qui est exclue de ce placement obligatoire: il s'agit du groupe des indépendants devenus invalides, qui ne jouissent pas de la protection des assurances sociales créées pour les travailleurs.

III.1.2 Les dispositions dissemblables prises par les Etats membres, chacun en particulier, en vue de reclasser les handicapés justifient une action de la Commission des Communautés afin d'arriver à une harmonisation des règlements en la matière. Cette harmonisation pourrait avoir pour objet tant la description des groupes de handicapés pour lesquels la loi devrait prévoir le placement que la description des entreprises tenues d'engager des handicapés et le pourcentage de ceux-ci par rapport au reste de leur personnel.

Il est évident que, comme cela est le cas dans les Etats membres, la préparation et la mise en oeuvre d'une action communautaire unique dans ce domaine doit être menée par la Commission en collaboration avec les partenaires sociaux.

III.1.3 L'engagement de moins invalides se heurte souvent à une résistance lorsque, malgré des prestations inférieures à la moyenne, ils revendiquent la pleine application des conditions de travail valables pour leur fonction, telles qu'elles sont réglées par la convention collective. Dans la mesure où la nature de leur handicap est telle qu'ils ne peuvent exercer que des fonctions à mi-temps au cours desquelles, cependant, ils fournissent des prestations normales, l'adaptation des dispositions de la convention collective en fonction du nombre d'heures prestées n'offre aucune difficulté.

Les difficultés apparaissent lorsque, en effectuant un travail de durée normale, ils ne peuvent fournir que des prestations de niveau inférieur à la suite de leur handicap.

Néanmoins, nous pencherions, même dans de tels cas, pour une rémunération normale. Le handicapé qui, souvent, devra faire plus d'efforts que ses collègues valides tout en ne parvenant pas à produire autant qu'eux considérera comme discriminatoire le fait de recevoir un salaire inférieur à celui de ses collègues. Dans sa conception, il a en effet fourni la meilleure prestation possible. Pour des motifs psychologiques, afin de renforcer sa confiance et son respect vis-à-vis de lui-même, il mérite de recevoir le salaire normal afférent à sa fonction.

Si l'on ne peut normalement pas l'exiger de l'employeur, ce salaire devra être assuré, sans préjudice pour personne, grâce aux fonds de l'assurance sociale. La différence entre la valeur marchande de la prestation et le plein salaire déterminé par la convention collective devra être versée à l'employeur de telle sorte que l'obstacle économique à l'engagement d'un handicapé soit supprimé.

Le rapporteur indique que, dans les milieux des mouvements syndicaux, une autre conception des choses a aussi ses partisans. Le handicapé a acquis des droits, entre autres à des allocations lorsque, à cause de son invalidité, il doit subir une perte de ses possibilités de rémunération. Le droit à des

allocations n'est pas d'un niveau inférieur au droit au salaire. Aucun handicapé, dont le niveau de prestations est inférieur au niveau normal, ne doit avoir honte de recevoir, en plus de son salaire, une allocation complémentaire versée par l'assurance sociale et calculée en fonction de ses prestations. Il mérite cette allocation exactement au même titre que le salaire qu'il reçoit.

Ce dernier raisonnement se rapporte assurément à des situations où le handicapé ne peut effectuer qu'un travail moins bien rémunéré que la profession qu'il exerçait avant son invalidité. Dans ce cas, une allocation complémentaire au salaire est parfaitement justifiée. Mais, par ailleurs, le rapporteur donne néanmoins la préférence à un système où le travailleur moins valide reçoit le plein salaire afférent à son travail, tandis que l'employeur est indemnisé pour la "perte" subie.

III.1.4 En plus des difficultés concernant la détermination du salaire, le placement des handicapés comporte également un risque particulier en ce qui concerne les absences pour maladie. Certes, ce risque peut être amoindri par des dispositions adéquates sur les lieux de travail, mais, même dans ce cas, un travailleur moins valide sera plus vulnérable que ses collègues valides.

Il constituera, dorénavant, dans de nombreux cas, un risque plus important pour l'assurance retraite.

Afin d'éliminer tous les obstacles au placement des handicapés, il me semble opportun que les frais supplémentaires encourus par l'entreprise à la suite d'absences pour maladie supérieures à la moyenne ou de l'augmentation du risque en matière d'assurance pensions de veuves soient supportés par un fonds d'égalisation. De tels fonds, à créer dans chaque secteur industriel, peuvent être du ressort des organes exécutifs de la sécurité sociale.

§ 2 : Dispositions au sein de l'entreprise.

III. 2 Lorsque le placement d'un handicapé dans le libre entreprise

ou au service de l'Etat requiert des dispositions particulières à apporter à un emploi ou en rapport avec celui-ci, les frais qui en résultent doivent être supportés par les fonds de l'assurance sociale. Ces dispositions peuvent aussi comprendre une réglementation particulière du transport entre le domicile et le lieu de travail du handicapé, ainsi que des adaptations dans l'entreprise, telles que, par exemple, l'aménagement des ascenseurs, des portes et des passages pour les travailleurs qui ne peuvent se déplacer qu'en chaise roulante.

§ 3 : Considérations finales.

III.3.1 Le droit que la loi accorde à un moins valide d'être placé dans une entreprise doit aussi être valable pour les travailleurs étrangers qui ont trouvé également du travail dans l'un des pays membres. Ils sont assujettis au paiement des primes pour l'assurance sociale et peuvent donc revendiquer la jouissance de toutes les prestations possibles grâce au fonds constitué par ces primes.

En anticipant sur les remarques contenues dans le prochain chapitre à propos du travail protégé, il faut ici faire remarquer qu'un travailleur étranger doit avoir le même droit au placement en travail protégé que les travailleurs nationaux.

III.3.2 Les services d'assistance sociale doivent apporter une attention particulière à la situation d'un moins valide mis au travail. Souvent, cette attention devra se porter moins sur le handicapé lui-même que sur son entourage.

Le succès du reclassement d'un handicapé nécessite bien davantage qu'un ensemble cohérent de mesures légales et financières.

Il devra se savoir accepté comme un travailleur à part entière à son niveau. Dans l'entreprise, il ne peut être considéré avec pitié; il mérite au contraire le respect et l'estime, car il fait un effort tout particulier pour, sur-

montant son handicap, apporter malgré tout sa contribution à la production.

Chaque homme a besoin d'en entourage qui soit bien disposé envers lui; s'il veut effectuer son travail avec joie. Cela vaut, tout particulièrement pour les handicapés qui savent que leur participation au processus de production demande souvent de la part de leurs collègues un surcroît de collaboration et de prévenance.

III.3.3 En plus des adaptations du lieu de travail ou se rapportant à celui-ci, un handicapé a aussi besoin de dispositions spéciales dans le milieu où il vit. L'adaptation de son habitation peut dans de nombreux cas être réalisée à l'aide des fonds de l'assurance sociale. Il en va de même pour les dispositions en matière de transport, même lorsque celles-ci n'ont aucun rapport avec le transport de la maison vers le lieu de travail et vice-versa.

les possibilités de récréation des handicapés sont encore nettement insuffisantes. Le nombre de séjours de vacances à la disposition du handicapé est encore vraiment trop faible.

Si, dans les pays membres, il est déjà question de l'étalement des vacances, cet étalement reste limité à une courte période de six semaines, huit tout au plus. Cela signifie que les travailleurs handicapés doivent prendre leurs vacances pendant la haute saison, lorsque les transports publics et toute l'infrastructure des lieux de vacances sont surchargés.

On pourrait penser à inviter la Commission des Communautés Européennes à étudier les possibilités d'une meilleure correspondance de l'étalement des vacances entre les pays membres, en tenant compte précisément du fait qu'il est souhaitable pour les handicapés de pouvoir prendre leurs vacances en dehors des semaines d'affluence de la haute saison.

Chapitre IV - Placement en emploi protégé.

§ 1 : Considérations générales de base.

IV.1.1 Malgré les meilleures dispositions d'adaptation, un grand nombre de handicapés ne trouvera cependant pas place dans les entreprises libres. Dès lors, comme appendice au reclassement des moins valides, il faut mettre à la disposition des handicapés qui n'ont aucun espoir de pouvoir jamais trouver place dans la libre entreprise, un système d'emploi protégé.

Bien que l'élaboration, l'exécution et le financement d'emplois adaptés soient du ressort des pouvoirs publics, il convient d'avoir pleinement recours à la collaboration des partenaires sociaux.

L'assistance aux handicapés est une responsabilité de la société: leur fournir un emploi est une tâche qui incombe aux entreprises. Employeurs et travailleurs ne doivent pas, par l'intermédiaire de leurs organisations avoir pour seul but d'assurer un emploi à tous les travailleurs valides; le chômage de moins valides encore aptes à effectuer un certain travail les concerne tout autant.

IV.1.2 De cette considération découle que les emplois protégés doivent rester réservés aux handicapés physiques et/ou mentaux qui disposent d'un reste de capacité utilisable pour la production, mais qui ne peuvent pas en faire usage dans la libre entreprise.

C'est à eux et eux seuls que sont destinés les emplois protégés. Ils onstituent leur entreprise, adaptée à leurs besoins et destinée à utiliser au mieux leurs capacités.

Le mouvement syndical considère qu'il est en principe injuste d'utiliser cette possibilité d'emploi comme centre destiné à recevoir les chômeurs âgés qui, du seul fait de leur grand âge, n'ont pratiquement aucune chance d'être reclassés dans la libre entreprise. La mise au travail de chômeurs dont le seul handicap est constitué par leur grand âge, mais qui, par ail-

leurs, sont à même d'effectuer un travail normal, dans un institut pour travail adapté, a comme conséquence inévitable que les handicapés sérieux auxquels sont destinés ces emplois sont réduits dans leur propre entreprise au rang de travailleurs de seconde zone. Leur production sera toujours inférieure à celle de travailleurs valides âgés. De même, on ne peut utiliser le travail protégé comme une institution destinée à fournir du travail aux paresseux et aux inadaptés. Chaque société connaît des gens qui sont plus paresseux que fatigués. Des gens pour qui le fait de jouir le plus longtemps et le plus possible des allocations de chômage constitue un sport, qui trouvent l'occasion d'esquiver toute offre de travail convenable et qui, après leur placement chez un employeur, provoquent par leur comportement leur congédiement dans les jours qui suivent de telle sorte qu'ils puissent de nouveau jouir des allocations de chômage.

Les organes de l'office de l'emploi sont alors rapidement tentés d'envoyer ces éléments paresseux dans des emplois protégés où l'on accepte avec résignation que, par leur comportement et leur obstruction, ils y gâchent l'atmosphère de travail.

Nous sommes d'avis que les travailleurs handicapés, précisément, ne peuvent subir une telle charge supplémentaire dans leurs conditions de travail et que nous ne pouvons la leur imposer. Aussi le mouvement syndical plaide-t-il en faveur de la réservation exclusive des emplois protégés aux handicapés qui, du fait de leur faible productivité, ne peuvent plus espérer retrouver une place dans la libre entreprise.

IV.1.3 Les emplois pour moins valides sont particulièrement sensibles à la conjoncture. Lorsque le marché du travail est tendu, les entreprises ont l'habitude d'engager également ou de garder à leur service des travailleurs moins valides. Pour les emplois protégés, l'offre est alors constituée par la catégorie de handicapés qui ne disposent que d'une capacité productive infirme.

En même temps, en période de haute conjoncture, l'industrie s'efforcera de passer le maximum de commandes aux ateliers protégés. Parfois, on livre même des machines et du personnel de

direction aux ateliers protégés, afin de décharger autant que possible sa propre capacité de production. La situation est alors telle que, dans les ateliers protégés, un personnel réduit doit exécuter un nombre important de commandes.

Si la conjoncture connaît un mouvement récessif, beaucoup d'entreprises procéderont à la réduction nécessaire de leur personnel en commençant par licencier les travailleurs moins valides. Ceux-ci affluent alors vers les emplois protégés qui voient parfois leur personnel augmenter dans des proportions importantes. Mais, simultanément, les entreprises reprennent à leur propre compte une série des commandes qu'elles avaient passées aux ateliers protégés, afin de maintenir le plus longtemps possible leur propre personnel en occupation. L'augmentation du personnel provoque ainsi dans les emplois protégés une pénurie de commandes. De cette manière, les moins valides constituent le premier tampon qui doit amortir la récession de la conjoncture.

IV.1.4 De ce qui précède il résulte que la tâche des pouvoirs publics ne peut pas se limiter à créer des ateliers sociaux et à assurer leur existence en laissant à l'industrie le soin de les occuper par un nombre suffisant de commandes. Les pouvoirs publics devront, eux aussi, contribuer activement à la passation de commandes continue et insensible à la conjoncture aux ateliers protégés.

Celui dont la politique est basée sur la conception qu'un moins valide a aussi droit au travail doit veiller à ce que l'offre de travail soit suffisante dans la mesure où l'industrie n'est pas en état de passer aux ateliers protégés un nombre suffisant de commandes.

IV.1.5 A ce propos, une remarque s'impose concernant les méthodes de travail. On peut être tenté, afin d'occuper le plus grand nombre possible de handicapés, d'avoir recours à des méthodes de production utilisant une main-d'oeuvre importante. Tout ce qui peut être fait à la main, même si cela prend du temps, est préféré à une production à la machine dont le rendement est su-

périeur. Souvent, la mécanisation des ateliers protégés est moins poussée que dans les entreprises. Mais, ainsi, le travail productif tend à acquérir davantage le caractère d'une occupation de travailleurs.

Nous pensons que cette façon de faire n'est pas la bonne : Dans les ateliers pour moins valides, également, il faut utiliser des méthodes de travail et des techniques modernes, en les adaptant, bien sûr, aux possibilités des travailleurs. Ce n'est que de cette manière que l'on peut renforcer chez le handicapé la conscience de fournir effectivement une contribution valable à notre bien-être à tous.

§ 2 : Dispositions sociales

IV.2.1 On a certes plaidé pour que le niveau des salaires accordés dans les ateliers protégés soit inférieur à celui accordé dans les entreprises libres afin d'inciter le moins valide à continuer ses recherches pour trouver une place dans la vie économique normale. Mais cette méthode signifie pour eux, qui du fait de leur handicap ne pourront jamais se créer une place à part entière dans la libre entreprise, une pénalisation de leur invalidité.

L'atelier protégé doit accorder la rémunération normale du travail qui y est effectué. Même dans ce cas, un handicapé qui peut retrouver une place dans la libre entreprise le considérera comme une réadaptation sociale, même si cela ne comporte aucun avantage financier.

IV.2.2 Les conditions de travail dites secondaires doivent, elles aussi, pouvoir soutenir la comparaison avec celles que l'on rencontre dans l'industrie. Ceci vaut également pour la durée du travail. En principe, elle doit être égale à celle des entreprises libres, en considérant toutefois qu'il faudra parfois tenir compte de la distance souvent assez longue entre le domicile et l'endroit où se trouve l'atelier social.

Il est évident que, pour les handicapés graves, qui ne peuvent

travailler qu'à temps partiel, le salaire devra être adapté au nombre d'heures prestées. La différence d'avec un salaire normal devra être compensée par des allocations provenant des fonds de l'assurance-invalidité.

IV.2.3 La réglementation des conditions de travail dans les emplois protégés doit être établie en accord avec le mouvement syndical. Les moins valides ont droit, eux aussi, à la participation sociale; ils peuvent moins se passer de la protection d'une organisation professionnelle qui défende leurs intérêts que les travailleurs valides.

IV.2.4 En particulier ils n'ont pas la possibilité d'aller chercher du travail ailleurs, s'ils ne sont pas contents de celui qui leur est proposé ou des conditions de travail en vigueur. Le travail protégé est leur dernière chance; il n'y a plus, après, que le vide du chômage.

Le droit de donner leur avis mérite aussi une attention toute particulière. Cela n'est pas une tâche simple. Les handicapés ont souvent tendance à rendre la société responsable de leur diminution. Ils en concluent qu'ils ont le droit de formuler souvent des exigences déraisonnables. Cela demande beaucoup de sagesse et de patience de la part de la direction des ateliers protégés. Dans ceux-ci, des discussions franches et loyales sur le travail qui s'y fait demanderont souvent plus de temps et une plus grande force de persuasion que ce n'est normalement le cas. Mais ce temps n'est pas perdu; le fait de pouvoir donner son appréciation renforcera de façon positive la motivation au travail et contribuera donc à porter la production à un niveau honnête.

IV.2.5 Il arrivera souvent que des emplois protégés soient occupés tant par des travailleurs qui ont droit à des allocations de l'assurance sociale que des travailleurs - p.ex. indépendants devenus invalides - qui ne peuvent prétendre à ces allocations

Cette différence des droits concernant les allocations ne peut avoir aucune influence sur la détermination du salaire de ces

moins valides. D'un point de vue social, il vaut beaucoup mieux payer dans tous les cas le salaire complet, ce qui rend les allocations, y compris les allocations complémentaires, superflues. C'est la seule façon de susciter chez le moins valide le sentiment qu'il peut effectivement pourvoir lui-même à son entretien par son travail.

IV.2.6 La politique présidant à la répartition des ateliers sociaux dans les différentes régions d'un pays mérite une attention particulière. D'une part, il est souhaitable d'implanter ces ateliers dans des régions offrant de très bonnes possibilités d'emploi, parce que c'est là que les perspectives d'une exploitation économiquement justifiable sont les meilleures. Dans les régions qui accusent un certain retard industriel, il est toujours extrêmement difficile d'obtenir un nombre suffisant de commandes pour occuper un atelier protégé.

D'autre part, c'est précisément dans les régions où l'emploi est faible que l'offre de moins valides pour le travail protégé est relativement la plus élevée. S'il est socialement souhaitable de créer également dans ces régions des emplois protégés, des garanties d'obtenir suffisamment de commandes devront être fournies par exemple par les pouvoirs publics.

Chapitre V - La politique des Communautés Européennes.

V.1 Il y a un lien évident entre les dispositions médicales et financières prises dans le cadre de la sécurité sociale et les possibilités de développer des emplois pour les moins valides. Dans le programme des Communautés européennes, sur l'harmonisation de la sécurité sociale, il ne s'agit pas seulement d'harmoniser dans les différents pays membres les droits à des allocations, mais ce programme doit aussi couvrir la politique de ces Etats concernant les emplois adaptés.

La sécurité sociale est plus qu'un droit à des allocations financières, elle comprend aussi le droit au travail. Une étude des législations en matière de réadaptation professionnelle et de reclassement des moins valides, comme celle qui fait l'objet

de ce colloque, n'a de sens que si elle conduit à la décision de la Direction Générale des Affaires Sociales de se charger de l'harmonisation de ces législations.

V.2 Mais il y a aussi des points communs avec la politique à mener sur le plan du marché du travail. La migration des territoires victimes de chômage structurel vers des régions de plein emploi est chose impossible pour les moins valides. Ils sont plus que les autres liés à leur région. Dès lors, il peut être opportun d'examiner si et dans quelle mesure des fonds communautaires peuvent contribuer à la création et à l'entretien d'ateliers protégés dans des régions frappées de chômage structurel, ce qui serait considéré comme faisant partie d'une politique communautaire en matière de marché du travail.

A ce sujet, nous nous permettons une remarque qui n'a pas directement trait au reclassement des handicapés aussi bas que l'on situe les exigences en matière de capacités restantes pour le placement de handicapés, il reste toujours une catégorie de personnes qui ne peuvent même pas fournir un travail productif minimum. Nous pensons aux spasmodiques, aux épileptiques, etc.

Ces handicapés graves, qui, bien souvent, passent leur vie dans le désœuvrement dans des homes et des institutions spéciales, ont besoin que l'on expérimente des centres d'activité où ils pourraient participer à un entraînement professionnel modeste et à des programmes axés sur l'amélioration de leurs possibilités de réinsertion dans la vie sociale.

Il nous semble justifié et conforme aux buts sociaux des Communautés Européennes de demander aux fonds communautaires des contributions permettant de financer ces centres expérimentaux. Les handicapés qui ne sont plus en état d'utiliser leurs capacités pour une quelconque production peuvent aussi revendiquer la possibilité de développer au mieux leurs possibilités très modestes. Dans la mesure où nous consentons un effort réellement important en faveur de ceux qui peuvent encore y

répondre en contribuant eux-mêmes à notre bien-être, nous devons aussi accorder plus d'attention aux groupes de handicapés qui ne sont pas en état d'apporter cette modeste contribution.

V.3 On a montré de façon évidente, dans ce colloque, que la réadaptation professionnelle et le reclassement des handicapés exigent de nombreuses connaissances médicales et en matière de sociologie du travail ainsi que la création et l'entretien de coûteux instituts de réadaptation. Même après avoir suivi un programme de réadaptation, de nombreux handicapés auront encore longtemps besoin d'être assistés et suivis.

Il est opportun de dresser l'inventaire des possibilités et dispositions existant en ce domaine dans les Etats membres et d'examiner si les dispositions actuelles sont suffisamment adaptées aux besoins en matière de réadaptation professionnelle. Il faudrait aussi examiner si la collaboration des différents instituts, y compris les instituts spécialisés, au sein de la Communauté, ne pourraient améliorer les résultats de la réadaptation. Nous ne nous considérons pas comme spécialistes en la matière; aussi, nous bornons-nous à formuler ces questions en espérant que cela n'est rien d'autre qu'enfoncer une porte ouverte.

V.4 A plusieurs reprises, on a insisté dans ce rapport sur la nécessité de collaborer avec les partenaires sociaux pour le reclassement et la mise au travail des handicapés, même lorsqu'il s'agit de mesures directement financées par les pouvoirs publics.

Si la Commission des Communautés Européennes veut prendre des initiatives dans ce domaine, il faut aussi y intéresser les organisations des entreprises. Au sein de la politique communautaire en faveur des handicapés, il faut réserver une place à la responsabilité propre des entreprises en faveur des plus faibles parmi les faibles.

Enfin, je dirai que toute tentative destinée à améliorer les conditions de vie et de travail des handicapés ne peut se limi-

ter à des mesures financières et sociales ou à améliorer l'aide et l'assistance médicale.

En plus, il est nécessaire d'influencer l'opinion publique. Trop souvent, l'assistance aux invalides se limite à des appels à la charité et à des spéculations sur la pitié. Il faut que l'idée se répande que le moins valide a droit à s'épanouir au mieux de ses possibilités et que la société a le devoir de respecter ce droit.

S'il est vrai que le nombre de personnes handicapées à la suite d'accidents de la circulation dépasse de beaucoup le nombre d'invalides que nous a légués la seconde guerre mondiale, il s'ensuit que l'assistance aux handicapés fera toujours davantage appel à nos finances, à nos connaissances, à notre temps.

Que ce colloque puisse contribuer à ce que le droit à une vie humaine et valant la peine d'être vécue pour ceux qui ne peuvent arriver par leurs propres forces soit toujours davantage reconnu comme le droit au travail de nos moins valides. Ce qui pour eux est un droit est pour nous un devoir.

Dr. BASTENIER

1. Mission du médecin du travail dans le placement des handicapés.

1.1. Evolution de la mission du médecin du travail.

La collaboration du médecin à l'activité des entreprises ne date pas d'un siècle et pourtant le rôle qu'il est appelé à remplir n'a cessé de se modifier.

Appelé d'abord à l'occasion des accidents de travail, le médecin a assuré les soins dans des dispensaires, contrôlé la reprise du travail des blessés. L'employeur a voulu utiliser ses services pour vérifier la légitimité des absences et découvrir puis maîtriser l'absentéisme non justifié par la maladie. Mais l'évolution de la législation a confié ensuite au médecin la prévention de la tuberculose et le contrôle sanitaire des adolescents. Entre 1920 et 1940, l'examen

médical des travailleurs a été étendu à d'autres catégories que les adolescents, d'abord à des travailleurs particulièrement exposés et enfin pour certains pays de la Communauté, à tous les travailleurs.

L'examen médical à l'embauche a été instauré pour barrer la route aux sujets dont la santé était déficiente afin de garantir à l'employeur une productivité normale et un absentéisme réduit. Mais cette politique de sélection a eu pour effet d'écartier systématiquement de tous les emplois une proportion importante de candidats ayant une déficience identifiable mais pas nécessairement incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.

Cette politique de sélection a fait l'objet de vives critiques et une tendance nouvelle s'est développée demandant au médecin du travail de n'écartier personne mais de viser plutôt à occuper chacun, malgré ses déficiences, à des tâches qu'il est capable d'accomplir.

Cette véritable politique de l'emploi pour chacun s'est concrétisée dans une recommandation de la Communauté Economique Européenne qui définit comme suit les missions du service médical du travail; ces missions ont été d'ailleurs reprises dans le Règlement Général pour la protection du travail (article 104) dans les termes suivants :

- 1° de surveiller l'état de santé des travailleurs ainsi que de renseigner et conseiller ceux-ci sur les affections ou des déficiences dont ils seraient éventuellement atteints;
- 2° d'appeler l'attention des adolescents sur leurs aptitudes physiques et psychiques en vue de leur orientation professionnelle;
- 3° d'éviter l'occupation de travailleurs à des emplois dont ils seraient incapables, en raison de leur état de santé, de supporter normalement les inconvénients, également d'éviter l'admission au travail de personnes atteintes d'affections qui constitueraient, pour leurs compagnons d'atelier ou de bureau, un grave danger de contagion ou d'insécurité;

- 4° de contribuer, autant que possible, à l'adaptation des travailleurs à leur tâche, ainsi qu'à l'adaptation des opérations aux normes de la physiologie humaine;
- 5° de n'écarter personne de tout travail, en principe, mais de viser plutôt à occuper chacun, malgré ses déficiences, aux besognes qu'il est capable d'accomplir;
- 6° de dépister aussi précocement que possible les maladies professionnelles; dès l'apparition de leurs premiers symptômes;
- 7° de surveiller les conditions d'hygiène du travail ainsi que tous autres facteurs pouvant affecter l'état de santé des travailleurs;
- 8° d'apporter un concours permanent à la direction et aux divers services de l'entreprise, ainsi qu'aux représentants de cette dernière et de son personnel, en vue de prévenir, de la manière la plus efficace, les maladies professionnelles et les accidents du travail;
- 9° d'assurer aux travailleurs, victimes d'accident ou d'indisposition, les secours immédiats et les soins d'urgence prescrits aux articles 174 à 183 du présent règlement, à moins que d'autres services médicaux, visés à l'article 182 de celui-ci, n'en soient chargés.

Le contrôle des causes d'absence s'est avéré incompatible avec la possibilité de devenir et de rester le conseiller de l'employeur et des travailleurs. C'est donc à juste titre que le médecin du travail a été déchargé de cette mission désormais assumée par d'autres.

1.2. Rôle du médecin du travail dans le placement des handicapés.

Si l'on s'en tient aux missions définies par les textes légaux, le médecin de l'entreprise se doit de contribuer au placement des handicapés. Le médecin seul peut comprendre la portée du handicap et assumer, en connaissance de cause, la responsabilité de confier une tâche à un sujet déficient, de faire admettre que l'occupation de certains postes est incompatible avec l'existence d'une maladie, d'affirmer que l'exercice d'une fonction par un handicapé ne constitue pas un danger ni pour lui-même ni pour ses compagnons de travail.

Avec d'autres membres de l'entreprise comme responsable de la production, le responsable du personnel, parfois avec le psychologue industriel et l'assistant social, le médecin du travail peut contribuer à l'adaptation d'un handicapé à sa tâche ou, bien souvent; à l'adaptation des conditions de travail aux possibilités du travailleur handicapé.

Le médecin du travail protège les intérêts et la santé du travailleur handicapé mais il garantit également à l'employeur que le travailleur déficient n'est pas affecté à une occupation qu'il est incapable de remplir.

Le médecin du travail a un rôle à jouer dans la reconnaissance du statut de handicapé aux travailleurs dont il connaît les déficiences car il a mission de surveiller l'état de santé de chacun et il est à même de donner des conseils.

Enfin, le médecin du travail est le mieux placé pour étudier, dans les postes de travail, l'action des facteurs liés à l'environnement ou au travail qui peuvent affecter l'état de santé d'un sujet en fonction de sa déficience.

Seul ou en équipe, dans une entreprise ou dans un service interentreprise, le médecin du travail doit donc obligatoirement participer au processus de placement du travailleur handicapé.

2. Etat actuel de la participation du médecin du travail au placement

L'exercice journalier de la direction d'un service médical interentreprises ayant plus de 1 400 entreprises affiliées occupant ensemble plus de 50 000 travailleurs, m'a permis d'observer la manière dont s'effectue actuellement le placement des handicapés, au niveau de l'entreprise en Belgique.

Cette expérience a été à la base du point de vue personnel que je voudrais exprimer sous ma seule responsabilité et qui ne vaut que pour la Belgique. Il ne semble pas cependant que la situation soit fondamentalement différente dans les autres pays de la Communauté.

Si elle devait l'être, le présent colloque permettrait de re-

toucher les observations que j'ai pu faire.

2.1. Bases légales à l'action du médecin du travail.

Les bases légales de la mission du médecin du travail ont beaucoup évolué avant d'aboutir à sa formulation actuelle. Mais la mission ainsi définie demeure d'une portée générale.

Cette mission est peu connue dans les milieux de l'entreprise et l'on observe que les principes généraux exprimés dans ce texte demeurent souvent lettre morte.

Dans la plupart des entreprises qui ont la volonté d'appliquer la législation, seules les tâches spécifiquement prescrites dans le texte sont en fait exécutées, c'est-à-dire, le plus souvent, les examens médicaux des travailleurs. Les autres missions du médecin du travail sont ignorées ou réduites à leur plus simple expression. Il en est ainsi du placement des handicapés.

La Belgique s'est donné une législation sur le reclassement social des handicapés. Mais au niveau de l'entreprise, l'obligation d'engager des handicapés, établie dans son principe par un texte légal, n'a pas jusqu'à présent fait l'objet d'une définition précise du pourcentage obligatoire de travailleurs handicapés. Il est bien annoncé que ce pourcentage sera fixé ultérieurement. Dès lors, on attend que l'obligation se précise.

Le médecin du travail lui-même se demande qui sont exactement ces handicapés.

D'après la situation du travailleur vis-à-vis de l'entreprise, le médecin du travail distingue 1/ des handicapés enregistrés comme tels par un organisme officiel chargé du reclassement;
2/ des handicapés non enregistrés.

Or, ces handicapés non enregistrés sont de très loin les plus nombreux au niveau de l'entreprise. Parmi eux, on distingue:

- des handicapés internes attachés à l'entreprise au moment où le handicap est apparu;

- les handicapés externes, ne faisant pas partie du personnel et se présentant à l'embauche.

Selon la nature du handicap, le médecin du travail distingue :

- 1) des handicapés mentaux par suite d'une déficience de l'intelligence ou d'un trouble du caractère;
- 2) des handicapés physiques par suite d'une atteinte de l'appareil locomoteur;
- 3) des handicapés organiques par suite d'un trouble d'une fonction (cardio-vasculaire ou respiratoire), par suite d'une affection métabolique (diabète par exemple) ou d'une maladie chronique (rhumatisme par exemple).

Pour le médecin du travail, le placement va dépendre du statut du travailleur déficient et de la nature du handicap.

Or, les textes légaux semblent ignorer le plus souvent les handicapés organiques pour ne considérer que les handicapés mentaux ou physiques.

Sur le plan du poste de travail, le reclassement de ces diverses catégories pose des problèmes très différents et leur placement devrait faire l'objet d'une politique différente.

2.2. Réactions de l'employeur.

Le contact journalier avec les responsables permet de constater que les dirigeants des entreprises ignorent en général l'évolution qu'a subie la médecine du travail moderne. Cela est particulièrement visible au niveau des services médicaux interentreprises dont deux tiers des affiliés sont des entreprises de moins de 50 travailleurs.

En général, l'employeur sait que certaines obligations résultent des accidents de travail, il sait que certains risques de maladie professionnelle entraînent l'obligation d'effectuer des examens médicaux mais il ignore complètement toutes les autres missions du médecin du travail. Il donne les ordres nécessaires pour que les obligations légales soient respectées mais, le plus souvent, il n'a pas lu personnellement le texte légal. Il supporte très mal la

surveillance des conditions d'Hygiène des lieux de travail, il s'offusque de la moindre appréciation défavorable sur ses ateliers et n'hésite pas à se désaffilier d'un service interentreprise qui lui fait remarquer qu'il est en infraction et qu'il devrait modifier ses installations ou sa technique. Il se justifie à ses propres yeux en disant que ces visites d'Hygiène ne font qu'augmenter les frais et que les examens médicaux des travailleurs coûtent déjà assez cher.

L'employeur sait peu de choses sur l'ergonomie et refuse d'envisager l'adaptation des travailleurs à leur tâche ainsi que l'adaptation des opérations aux normes de la physiologie humaine. Il s'explique en prétendant que ces problèmes ne se posent pas dans son entreprise et que d'ailleurs les travailleurs ne présentent pas de revendications; dans ces conditions, il préfère ne pas soulever le problème.

Dans certaines grandes entreprises, en période de bonne conjoncture économique, les dirigeants de l'entreprise font confiance au médecin du travail et tolèrent que le médecin discute de ces problèmes d'adaptation avec le personnel de cadre ou avec les membres du Comité de Sécurité et d'Hygiène. Mais, même dans les entreprises se voulant modernes, les dirigeants ne peuvent s'empêcher de considérer les activités du médecin du travail autrement que comme des frais. Ils ne croient pas au bénéfice d'une organisation ergonomique des postes.

Quant au placement des handicapés, ils craignent que cela ne pose de nouveaux problèmes alors que, vraiment, ils en ont déjà tant.

Les employeurs font une distinction très nette entre les handicapés internes et les autres. En général et dans toute la mesure du possible, ils sont prêts à envisager une solution humaine au sein de l'entreprise pour les travailleurs atteints d'un handicap alors qu'ils font partie du personnel depuis longtemps. Mais ils ne souhaitent pas embaucher des handicapés externes et craignent les complications administratives accompagnant le placement des handicapés enregistrés à un Fonds de Reclassement. Cette législation de Reclassement Social est d'ailleurs mal connue des employeurs. Sauf à de très rares exceptions, l'employeur n'a défini aucune politique vis-à-vis du placé-

ment des handicapés. S'il envisage d'accepter l'embauche d'un sujet déficient, c'est généralement pour faire plaisir à quelqu'un ou pour rendre service, à titre exceptionnel, dans un cas malheureux qui lui a été recommandé. Spontanément, l'employeur évite de soulever le problème.

2.3. Réactions des travailleurs.

Les organisations syndicales représentant les travailleurs sont parfaitement averties de l'importance d'une politique de l'emploi et elles sont en général opposées à la notion de sélection afin de laisser à chacun sa chance de trouver un emploi. Cependant, au niveau de l'entreprise, le médecin du travail est bien obligé de constater qu'il existe une sorte de compétition pour occuper les postes dits légers. Dans cette compétition, on ne saurait prétendre que les bien portants s'effacent toujours devant les handicapés.

Les travailleurs montrent souvent une certaine réticence à l'incorporation d'un handicapé dans une équipe. Sans formuler explicitement leur opposition, il semble lorsqu'on les interroge, que les travailleurs appréhendent une baisse du rendement, donc des primes. Ils prétendent également qu'ils devront le plus souvent faire une partie de son travail. Il n'est pas rare de voir que le travailleur déficient soit mal accueilli par des voisins qui ne sont pas toujours conscients du mal que peuvent faire certaines paroles.

Le médecin du travail qui assiste aux réunions du Comité de Sécurité et d'Hygiène, constate que le problème des handicapés ne figure jamais à l'ordre du jour, que la délégation ouvrière ne présente aucune proposition à ce sujet sauf pour ce qui concerne les handicapés internes. Pour ceux-ci, au contraire, les délégations des travailleurs interviennent souvent efficacement.

Mais pour les handicapés externes, il existe une sorte d'entente tacite pour ne pas soulever le problème.

Quant aux handicapés enregistrés, on n'en parle jamais.

Chez les travailleurs comme chez les employeurs, il ne semble

pas y avoir une politique bien définie de placement des handicapés. Chez les uns et les autres, il y a un manque d'information qui paralyse toute initiative en faveur d'un placement rationnel des handicapés, notamment au niveau des petites entreprises.

3. Organisation rationnelle de la participation du médecin du travail au placement des handicapés.

3.1. Elaboration d'une politique de reclassement social.

Du point de vue du médecin du travail, il paraît évident qu'il entre dans sa mission générale de participer au placement des travailleurs présentant une déficience physique, organique ou mentale. Mais sur les lieux du travail, cette évidence n'est pas reconnue par tous les partenaires.

Il serait temps d'abandonner l'improvisation permanente pour élaborer, au niveau de l'entreprise, une politique de reclassement social du handicapé.

Le médecin du travail souhaite que l'employeur fasse connaître clairement quelles sont ses intentions, quelles sont les limites de son action dans l'attribution des postes à des travailleurs déficients. Ceci est particulièrement indispensable lorsque le médecin fait partie d'un service interentreprise où la politique peut varier d'un employeur à l'autre.

Le médecin du travail trouverait un meilleur support à son action auprès de la direction des entreprises si le législateur voulait bien préciser ses intentions et définir des obligations précises. L'expérience montre que le simple énoncé de principes généraux ne stimule l'action que d'un petit nombre.

La politique de placement des travailleurs déficients devrait se prononcer clairement sur les points suivants :

- 1) le placement des handicapés devrait faire l'objet d'une concertation des diverses parties intéressées. Un organe de concertation devrait être créé au niveau de l'entreprise et les personnes responsables devraient être désignées et investies des pouvoirs nécessaires pour résoudre les cas concrets.

- 2) les postes de travail susceptibles d'être occupés par un travailleur handicapé devraient être recherchés. L'étude des exigences du poste et des nuisances de son environnement devrait être faite en collaboration avec le médecin du travail. Un certain nombre de ces emplois devraient être réservés aux handicapés.
- 3) les priorités à accorder aux diverses catégories de travailleurs handicapés devraient être établies. Il est compréhensible que l'employeur accorde une priorité à des anciens collaborateurs frappés par l'accident ou la maladie, mais cette priorité légitime ne devrait pas devenir une exclusivité. Une partie à définir des postes réservés devrait être disponible pour des handicapés non enregistrés externes et pour les handicapés enregistrés.

3.2. Participation du médecin du travail au placement.

3.2.1. Pendant la période de réadaptation, le médecin du travail devrait être tenu au courant de l'état d'avancement de la réadaptation professionnelle. Sans cela, le médecin du travail qui ne donne plus de soins et ne contrôle plus les absences, ne connaît l'état réel du travailleur qu'au moment de la reprise du travail.

Le travailleur qui ne peut reprendre son ancien poste, a été réorienté vers une autre activité mais le plus souvent sans étude préalable avec le médecin des conditions exactes dans lesquelles il devrait reorienter son activité. Le nouveau poste correspond rarement à la préparation professionnelle que le travailleur a reçue dans des services de réadaptation. Souvent même, l'intéressé revient se présenter à l'usine sur simple avis de son médecin traitant. Dans ces conditions, le contact avec les exigences de la production est fort rude et il n'est pas étonnant que la reprise du travail aboutisse à un échec. Le médecin du travail devrait être associé à la préparation de la reprise du travail d'un handicapé non enregistré. De même, avant d'engager un handicapé enregistré, le médecin du travail devrait être associé aux dernières phases de la préparation du sujet et au choix du poste de travail.

Connaissant bien le poste auquel le travailleur est destiné, le médecin pourrait orienter la réadaptation et adapter la

formation professionnelle à l'emploi. Connaissant bien les aptitudes du candidat en cours de réadaptation, le médecin du travail pourrait aménager le poste en fonction de la personnalité du handicapé.

Une telle collaboration est bien plus facile lorsqu'il s'agit d'entreprise disposant d'un atelier de réadaptation. Dans ce cas, la rééducation fonctionnelle, la formation professionnelle et la réadaptation aux conditions de travail s'effectuent en même temps sous la surveillance du médecin du travail. Mais cette éventualité très efficace ne se trouve que dans des entreprises de grandes dimensions.

3.2.2. La mise au travail dans le rythme normal de production devrait faire l'objet d'une attention particulière du médecin du travail. Ce dernier devrait avoir préparé le poste de travail avec le personnel de cadre. Il devrait avoir un entretien avec le chef direct de l'intéressé et ses compagnons de travail pour les préparer à accueillir le nouveau venu et à l'accepter parmi eux.

Les échecs de la mise au travail des handicapés tiennent tout autant aux conditions psychologiques de la réinsertion du sujet dans le milieu social que de l'aptitude professionnelle à exercer l'emploi.

3.2.3. La surveillance médicale du sujet déficient au cours des premiers temps où il exerce vraiment son emploi sont d'une grande importance.

Le médecin du travail devrait être autorisé à conduire cette surveillance comme il l'entend. Il devrait pouvoir examiner le travailleur chaque fois qu'il l'estime nécessaire de manière à s'assurer que l'adaptation à l'emploi s'effectue dans de bonnes conditions.

Cette surveillance est particulièrement nécessaire pour les handicapés organiques.

De nombreux travaux scientifiques ont défini les conditions dans lesquelles certains malades atteints d'affections

déterminant un handicap définitif peuvent reprendre le travail. Il en est ainsi par exemple pour les tuberculeux, pour les cardiaques. Mais cette remise au travail ne se fait sans dommage ni aggravation que dans la mesure où le travailleur est placé sous la surveillance du médecin qui peut déceler les indices d'une mauvaise adaptation et intervenir à temps pour corriger la situation.

Les relations devraient être maintenues avec le médecin de réadaptation ou avec le médecin traitant de manière à objectiver par des investigations plus complètes la bonne adaptation du sujet ou l'altération éventuelle de son état de santé.

L'initiative de ces contacts devrait être laissée au médecin du travail.

3.2.4. L'échec de la mise au travail d'un handicapé ne devrait pas entraîner la régression complète de la qualification qu'il a pu acquérir.

Pour éviter cette régression, même en cas d'échec, le médecin du travail devrait pouvoir maintenir le travailleur déficient dans un poste d'attente. Il ne devrait pas être contraint de le rejeter parmi les demandeurs d'emploi.

Pour le handicapé, tout échec est ressenti comme une grave déconvenue susceptible d'abattre pour longtemps toute velléité de reclassement.

Une solution possible serait le retour temporaire dans la section de réadaptation lorsqu'elle existe dans l'entreprise.

Une autre solution serait le placement temporaire en atelier protégé dans une situation d'attente, sans perte du bénéfice de sa préparation.

Mieux que les chaînes de production normales, les ateliers protégés peuvent s'adapter à toutes les déficiences sans longue préparation. Ils bénéficient pour cela du concours d'éducateurs entraînés et ils ne sont pas astreints à un rythme de production contraignant.

C'est pourquoi, le médecin du travail, particulièrement dans les services interentreprises, devrait pouvoir établir des relations constantes avec les ateliers protégés et avoir le droit d'y transférer temporairement tout travailleur handicapé qui ne s'adapte pas à l'emploi proposé.

Le reclassement social des handicapés nécessite de la part de tous une très longue patience. Comme les autres, le médecin du travail qui collabore au placement devrait pouvoir recommencer en cas d'échec sans dommage pour le handicapé.

4. Conclusions.

4.1. Le médecin du travail doit participer à la mise au travail des handicapés dès la phase de réadaptation professionnelle, il doit participer au choix du poste. Il est seul à pouvoir surveiller la santé du travailleur pendant la période initiale de mise au travail et à pouvoir décider de suspendre l'expérience en cas d'échec pour raison de santé.

4.2. L'employeur doit définir au niveau de l'entreprise une politique d'emplois réservés aux handicapés. Il doit déléguer les pouvoirs nécessaires pour exécuter cette politique par une organisation rationnelle du placement.

4.3. Les travailleurs et leurs représentants doivent collaborer à la politique de reclassement social des handicapés en surveillant, dans le cadre du Comité de Sécurité et d'Hygiène ou de tout autre organe spécifiquement créé, l'application d'une politique concertée entre toutes les parties compétentes et acceptée par les partenaires sociaux.

4.4. Les pouvoirs publics doivent préciser les obligations légales des entreprises en matière de reclassement social des travailleurs.

Si la Communauté accepte la notion de droit au travail des handicapés, elle doit se donner les moyens d'une application concrète de ce droit.

Les organismes parastataux qui sont chargés de l'organisation du reclassement social doivent établir des relations plus étroites avec les médecins du travail pour favoriser le placement et le maintien dans leur emploi des travailleurs handicapés. Ils doivent prendre contact avec les services interentreprises qui contrôlent beaucoup d'emplois.

Le médecin du travail considère comme l'une de ses missions principales de maintenir le travail à la mesure des hommes tels qu'ils sont. Il faut lui donner les moyens de remplir cette mission si on veut réellement qu'elle réussisse.

Dr. GODARD

Dans le contexte socio-économique de nos pays de l'Europe occidentale, le reclassement des travailleurs handicapés par maladie ou accident est une des tâches les plus délicates qui se présentent au médecin du travail, quelque soit le statut de celui-ci, et aussi ses pouvoirs, au sein de l'entreprise.

Tel est du moins le témoignage que je puis apporter à cette tribune, après vingt-cinq ans d'exercice de la médecine du travail, et après avoir confronté mon opinion avec celle de confrères des divers pays de la Communauté.

Le médecin du travail en effet, en raison de sa position à la frontière du technique et de l'humain, confronté quotidiennement avec des faits concrets plus qu'avec des affirmations de principe, est peut-être un de ceux qui perçoivent avec le plus d'acuité les ambiguïtés, voire les contradictions, des positions prises par les uns et les autres devant ce problème. La réussite dans le reclassement implique la convergence - rarement parfaite - des buts recherchés par les protagonistes de cette partie complexe et difficile. Bien que ces questions aient été déjà largement développées, qu'il me soit permis d'y revenir quelques instants avec franchise. Nous nous placerons en outre plus spécialement dans l'optique du médecin d'entreprise appartenant à une grande usine plutôt que dans celle du médecin de service interentreprises, plus particulièrement trai-

tée par le Pr BASTENIER.

x

x

x

Pour l'intéressé lui-même, que l'on appelle la victime, ce qui, étymologiquement, selon certains, signifie le vaincu, le problème essentiel, quoi qu'on en dise, est avant tout celui du niveau de vie et, naturellement, d'autant plus que le sujet occupait avant la survenance du handicap une situation bien rémunérée. Ni lui, ni encore moins les siens, n'acceptent aisément une perte de revenu plus ou moins importante, conséquence trop fréquente de l'affectation à un nouveau poste de travail, mieux compatible avec son infirmité, car la législation sociale, si développée soit-elle, n'offre - et dans certains cas seulement - qu'une compensation qui n'équivaut pas au dommage subi. On ne saurait trop insister sur le fait que la diminution du salaire pour un handicapé a avant tout la signification, psychiquement très traumatisante, d'une dépréciation de sa personne, tant à ses propres yeux qu'à ceux de la Société.

Dès lors, deux voies lui sont offertes: soit la recherche, par un effort souvent considérable de volonté et de courage, d'une surcompensation professionnelle qui lui permettra de surmonter son handicap, soit la poursuite des voies et moyens qui lui assureront ce qu'il estime lui être dû comme un juste dédommagement du préjudice subi, c'est-à-dire une pension. De là ces formes, décrites souvent avec trop de complaisance et d'exagération, de manifestations revendicatives appelées sinistrose, "pensionnité", névroses du travail, qui sont plus ou moins conscients et, si l'on veut bien se mettre à la place du handicapé, plus ou moins justifiées. La position des organisations syndicales reflète, à des degrés divers, l'ambiguïté de ces positions.

x

x

x

Du côté de l'employeur, hors de considérations philanthropiques plus ou moins solennellement affichés, la tendance qui s'affirme est d'exiger, par souci de productivité, que chacun fournisse, au poste auquel il est affecté, un travail normal ou moyen. Cette

position trouve une justification par les coûts sans cesse croissants des investissements industriels par travailleur, et par l'augmentation continue des charges sociales accessoires au contrat de travail. D'où ces réticences maintes fois manifestées à l'égard de l'emploi des handicapés, dont on craint le trop faible rendement, et le refus de recherches en commun de mesures d'adaptation réciproque de l'homme et du travail qui permettraient souvent d'heureuses solutions.

x

x x

Enfin, ces réticences se retrouvent au sein de la Société elle-même, et s'expriment au niveau de l'Etat ou des collectivités publiques ou privées ayant la charge financière du système. Sans doute est-il, humainement parlant, reconnu à peu près unanimement, que l'oisiveté est néfaste à l'équilibre psycho-physiologique du travailleur handicapé, et que le fait de lui attribuer une pension lui permettant de vivre tant bien que mal, est loin de résoudre tous ses problèmes. Mais, dans une Société dont le profit est une des valeurs éthiques fondamentales, avec pour conséquence inéluctable - sauf en période passagère de plein emploi - une armée industrielle de réserve composée de chômeurs plus ou moins valides, accepterait-on de créer et de financer en vraie grandeur les structures propres à remettre dans le circuit du travail avec toutes leurs chances, des travailleurs handicapés par la maladie ou l'accident qui, ainsi, grossiraient les rangs des chercheurs d'emplois ? Il y a là une équivoque qui n'est pas résolue, et devant laquelle il serait hypocrite, en fin de compte, de fermer les yeux.

x

x x

J'ajouterai enfin que, pour le médecin du travail, le reclassement des grands handicapés - tel qu'il est évoqué au long de ce colloque - pour douloureux qu'il soit, n'est qu'un aspect et, à coup sûr, loin d'être le plus fréquent, du problème général des changements d'emplois qui sont demandés, chaque année, avec une fréquence croissante. Ce phénomène général est lié à l'évolution technologique accélérée, à la grande mutation du travail humain qui s'opère sous nos yeux sans que nous en prenions peut-être une conscience suffisante et qui a, pour conséquence principale, que la force musculaire joue un rôle de moins en moins important, alors que les aptitudes psycho-sensorielles prennent la première place. De là l'inaptitude croissante de nombreux travailleurs de faible niveau socio-culturel, dont les facultés d'adaptabilité sont dépassées, ou même diminuent à mesure que les exigences technologiques augmentent. Que dire de tous ces travailleurs vieillissants avant l'âge, difficilement étiquetables médicalement, usés tant par un métier pénible que par des conditions de vie contraignantes et des habitudes d'hygiène nuisibles, au premier rang desquelles il convient de signaler, trop souvent, l'usage immodéré de boissons alcooliques. Recycler les travailleurs est bien, encore faut-il qu'ils soient recyclables. Je crois devoir affirmer que le reclassement de tels sujets, leur utilisation optimale, sont déjà et seront plus encore demain, un des problèmes majeurs de l'emploi dans la Société industrielle.

Bien que ceci ne soit pas l'objet du présent colloque, je crois qu'il était nécessaire d'attirer l'attention de notre auditoire sur ce point.

x

x x

Ceci étant dit, l'expérience acquise par le praticien de la médecine du travail aboutit à un certain nombre de constatations essentielles qui n'ont sans doute pas le mérite de l'originalité, mais que nous croyons devoir soumettre à votre jugement. Après quoi

il nous restera à souligner en quoi peut consister le rôle spécifique du médecin du travail.

Nos principales observations peuvent être formulées en dix propositions :

- 1°) Dans le processus de reclassement et de revalorisation du handicapé, la difficulté majeure réside moins dans la gravité et l'étendue du handicap physique ou même psychique, que dans le niveau d'intelligence et socio-culturel du sujet, car c'est à ce niveau que résident surtout les possibilités d'adaptabilité de celui-ci. L'équipe médico-socio-psychologique à laquelle j'appartiens est confrontée actuellement avec le cas d'un ouvrier jeune, bien portant par ailleurs, d'origine maghrébine qui, à la suite d'un grave accident, a subi une désarticulation de l'épaule droite. Cette infirmité est compatible dans notre industrie avec de nombreux postes de machinistes. Mais, à ces postes, il faut savoir lire et interpréter quelques consignes, effectuer quelques opérations simples (additions et soustractions), etc... Sous la foi d'un examen psychologique antérieur à l'accident, il avait semblé à l'un de nous que cet homme était d'un niveau supérieur à la moyenne de son groupe. Or, après un an de scolarité, il ne fait toujours pas de soustractions sans erreurs, et éprouve de sérieuses difficultés à appliquer des consignes qui nous semblent cependant élémentaires. Nous sommes dans l'impasse.
- 2°) C'est sous cet aspect que l'âge ne nous paraît pas revêtir l'importance qu'on lui accorde trop souvent. Il n'y a pas de limite d'âge à la réadaptation; encore que les facultés d'adaptation semblent, dans l'ensemble, diminuer progressivement avec le vieillissement mais, l'obstacle est, en fait, souvent ailleurs.
- 3°) De même les motivations profondes du sujet dans le sens d'une revalorisation de sa personne, de ses aptitudes, ont une importance considérable. A cet égard, l'attitude positive des équi-

pes médico-psychologiques et sociales qui, dès le début, prennent en main la conduite du traitement, est grosse de conséquence pour le comportement futur du handicapé. Il est évident que des centres de traitement de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle nettement spécialisés permettent de meilleurs résultats.

4°) Dans la perspective de ce colloque qui concerne essentiellement les grands handicapés adultes, ayant déjà travaillé, nous considérons que la réadaptation fonctionnelle aussi précoce et large que possible et, s'il y a lieu, la recherche d'une prothèse également précoce et avant tout fonctionnelle, ont beaucoup plus d'importance que l'apprentissage d'un nouveau métier, toujours difficile à apprendre et aux débouchés incertains. D'ailleurs, dans le cadre de la grande entreprise, le réemploi du handicapé ancien membre du personnel est presque toujours admis, c'est l'embauché d'un handicapé venant d'ailleurs qui soulève maintes objections.

5°) Le reclassement sera d'autant facilité si le sujet retrouve un emploi dans son industrie d'origine, les difficultés d'insertion dans un milieu professionnel et géographique différent ajoutant aux contraintes du changement d'emploi. De ce fait, la grande industrie offre en général des possibilités plus nombreuses que les petites entreprises, encore que celles-ci, parfois, grâce à la bonne volonté de l'employeur et son attachement à son personnel, puissent permettre de très heureuses réussites.

6°) Le reclassement est plus facile dans certaines industries que dans d'autres, et ce n'est pas sans raisons que les études qui traitent de ces problèmes concernent surtout les emplois de bureau, la petite mécanique ou l'électricité. Par contre, l'industrie lourde, telle la sidérurgie, les mines, la construction pose des problèmes autrement ardu.

7°) Le reclassement social et professionnel du handicapé dépend non seulement de lui, mais encore du milieu dans lequel il va être placé: s'il se trouve entouré de chefs et de compagnons compréhensifs et coopérants, le succès est probable. S'il rencontre indifférence ou mauvaise volonté, l'échec est quasi certain. C'est à ce niveau très important de l'atelier lui-même que la contribution des cadres subalternes de l'entreprise et des représentants du personnel me paraît capitale. Tout poste de travail est complexe et exige souvent quelques manoeuvres rares ou exceptionnelles incompatibles, ou au moins peu compatibles avec le handicap du sujet. Un rejet catégorique trop souvent formulé à la légère, alors qu'un effort de compréhension, une légère modification à l'équipement du poste, au partage des tâches, aux consignes données, permet de surmonter, presque toujours, cette difficulté. Encore faut-il obtenir le consentement des chefs et compagnons. L'expérience montre qu'à condition de leur expliquer l'importance de l'enjeu et le bénéfice moral et matériel qu'en tirera le handicapé, l'appel à la solidarité ouvrière n'est pas un vain mot. Le contremaître et le délégué d'atelier ont sur ce point une influence irremplaçable.

8°) Le reclassement se fera plus aisément si les structures légales et administratives, quelles qu'elles soient, même si elles sont d'un appoint mineur mais connu, jouent à plein et harmonieusement. A cet égard, des progrès considérables sont à faire et le statut du handicapé doit être précisé.

En attendant, rien n'est décourageant, irritant comme ces démarches, ces contrôles, ces expertises, ces délais, ces décisions contradictoires qui jalonnent trop souvent la remontée toujours pénible du handicapé vers un nouveau statut corporel, professionnel et social dans lequel il pourra se sentir à nouveau un citoyen et un travailleur à part entière.

Il lui faut trop souvent un singulier mérite pour franchir tou-

tes ces embûches et ne pas accepter, comme le font malheureusement trop d'entr'eux, la condition de l'assisté.

9°) Le reclassement sera d'autant plus facile qu'il procédera d'une action continue, commencée dès la survenue du handicap. Il est inutile d'insister, après d'autres, sur la nécessité d'un plan établi avec le concours des différents spécialistes qui, au cours des étapes diverses, conduisent et soutiennent le handicapé. A cet égard, le rôle du médecin du travail est important, mais il a bien le sentiment qu'il ne peut agir seul. L'oublier serait une erreur. Lui donner un rôle quasi-exclusif en serait une autre.

10°) Enfin, si l'expérience montre que le reclassement parmi les travailleurs dits normaux peut, au prix de certaines adaptations, être obtenu dans un très grand nombre de cas, la création d'unités de travail spécialisées, publiques ou privées est indispensable pour certains, sous forme principalement d'ateliers protégés temporaires ou définitifs.

x

x

x

Il nous reste à préciser, dans cette situation fort complexe et au milieu de toutes ces données souvent divergentes - et parfois même contradictoires - en quoi peut consister le rôle du médecin du travail au sein des équipes chargées du reclassement du handicapé.

Le médecin du travail - et je précise à nouveau qu'il s'agit surtout du médecin d'entreprise - est le seul, à part dans certains cas le psychologue du travail, à être intégré à l'entreprise.

Il connaît donc le sujet avant la survenue du handicap. Il connaît également les postes de travail de l'entreprise, c'est là sa spécificité.

En admettant que ces affirmations aient, dans la pratique, besoin d'être parfois nuancées, le fait demeure que c'est son contact permanent avec le milieu de travail qui confère au médecin du travail une place de choix et lui permet d'intervenir à toutes les étapes de la rééducation et du reclassement. Précisons ces points avec quelques détails :

1°) Le rôle préventif - Celui-ci ne saurait être oublié. Le problème des handicapés dans notre Société industrielle commence par la prévention. Or, pour le médecin du travail, elle se présente sous deux aspects : sécurité et secourisme.

Nous n'insisterons pas sur le premier qui nous conduirait trop loin de notre sujet, mais le second doit être considéré avec plus d'attention: chacun sait, en effet, l'importance des premières minutes qui suivent l'accident et les graves répercussions - ou même les catastrophes - entraînées par de fausses manoeuvres à ce moment. Les chirurgiens déplorent l'incompétence et les maladresses redoutables du public ou de pseudo-secouristes insuffisamment qualifiés. La formation de secouristes expérimentés est une des tâches importantes du médecin du travail, ainsi que leur entraînement permanent: si tout le personnel ne peut devenir secouriste, ce qui serait évidemment souhaitable mais difficilement réalisable partout, je me permets de recommander la mesure suivante que j'ai obtenue de la Direction de mon Usine il y a déjà plus de 15 ans: à savoir, que tout agent nommé contremaître soit déjà secouriste ou s'engage à suivre un cours de secourisme dans les six mois qui suivent sa nomination; les agents de maîtrise, auxquels s'ajoutent les secouristes volontaires constituent un réseau de protection permettant d'assurer les premiers secours sur les lieux du travail, dans des conditions très satisfaisantes.

Il va sans dire que le médecin du travail intervient personnellement, s'il y a lieu, pour prodiguer les premiers soins. L'expérience montre que cette intervention est le plus souvent inu-

tile; la règle d'or étant la rapidité, la formule à retenir est: "du secouriste (ou infirmier) à la table d'opération le plus vite possible", l'étape intermédiaire par un médecin risquant de faire perdre un temps précieux, sans profit réel pour l'accidenté.

- 2°) Le dossier médical du personnel - Il contient une série d'informations sur les aptitudes physiques et le passé pathologique de l'intéressé, dont certaines peuvent être utiles aux équipes soignantes et, en particulier, au moment où s'établit le plan de réadaptation. Tout échange d'informations, fait dans l'intérêt du sujet est donc hautement recommandable.
- 3°) Les études de postes - Celles-ci sont très répandues dans l'industrie mais dans des optiques souvent différentes: "job evaluation", ergonomie, sécurité, etc... Le médecin du travail doit normalement participer à ces études. Il est intéressant de souligner qu'il peut le faire avec l'intention, entre autres, de repérer, au sein de l'entreprise, les postes de travail compatibles avec certaines déficiences physiques, psycho-sensorielles et psychomotrices. Une étude faite dans une telle perspective est pleine d'enseignements. Nous n'en voulons pour preuve que celle que nous avons entreprise, il y a longtemps déjà, dans une usine sidérurgique et que nous voudrions rapporter en quelques mots.

Nous avons constaté, avec la Direction de notre Usine, que le personnel avait été, du point de vue de sa capacité de travail, et au cours des ans, réparti au hasard, hasard malencontreux puisque l'on trouvait à des travaux de force des travailleurs âgés, plus ou moins handicapés, fragiles, etc... et, à l'opposé, des travailleurs robustes, jeunes se prélassant à des postes aux contraintes physiques, environnementales et autres, minimes, avec toutes les situations intermédiaires que comporte une telle distribution.

Notre première tâche fût de dresser un tableau complet des handicaps dignes d'être retenus: nous aboutîmes à cette constatation, en chiffres globaux: sur 3.400 ouvriers, 900 présentent un handicap notable, soit plus d'un quart. Les techniciens, employés, agents de maîtrise étant exclus.

Nous avons, d'autre part, étudié tous les postes de travail, notre équipe: médecins et psychologues, travaillant en liaison permanente avec les chefs de service, la maîtrise, les ouvriers eux-mêmes et, ce qui est très important, les délégués du personnel, a relevé 131 postes de travail permettant théoriquement d'occuper 577 ouvriers présentant un handicap, y compris de grands handicapés: cardiaques, amputés, amblyopes, etc...

Il restait à rapprocher ces données: nous avons fait décider par la Direction que les affectations à ces postes seraient subordonnées à l'avis d'une commission comprenant: chef du personnel, médecins du travail, psychologue du travail. Nous avons donc créé, au sein de l'entreprise, des postes dits réservés.

L'application pratique ne fut pas simple, les handicaps observés chez les ouvriers ne correspondant pas forcément avec les handicaps acceptables pour chaque poste reconnu. Des impondérables: difficultés d'adaptation, résistance de la maîtrise et du personnel, et bien d'autres ne permirent pas toujours, et de loin, d'opérer une mutation de poste théoriquement possible.

Mais il ressort que cette procédure, toujours en cours après 13 ans et qui n'a, bien sûr, que la valeur d'une solution possible parmi d'autres, permet de reclasser très honorablement des cas apparemment désespérés.

- 4°) La surveillance médico-sociale continue des handicapés - Le contact permanent du médecin du travail avec l'entreprise, sa connaissance des postes lui permettent d'intervenir au moment de la décision de reprise, et en liaison avec les équipes

soignantes au sens large, pour le choix d'une solution: retour à son poste antérieur, affectation à un autre poste de travail, réservé ou non, au sein de l'entreprise ou dans une autre entreprise, centre de travail protégé temporaire ou définitif.

Il aura, et c'est très important, à suivre le handicapé, observer les étapes de sa réadaptation et, s'il y a lieu, rechercher d'autres solutions si la ou les premières se révèlent non satisfaisantes. Là encore, nous avons procédé de la façon suivante: un infirmier aux qualités humaines reconnues de tous a été chargé de voir périodiquement sur place le handicapé, l'interroger ainsi que le contremaître et les compagnons de travail, pour apprécier la qualité, les difficultés éventuelles, ou l'échec du reclassement. Toute difficulté signalée par cet infirmier déclenchant un processus plus ou moins complexe de révision du cas et, en tout état de cause, un nouvel examen médical du sujet. Ainsi, celui-ci n'a pas le sentiment d'être abandonné à son sort.

x

x x

Que conclure ?

- 1°) Le reclassement des travailleurs handicapés est une tâche difficile et complexe.

Il demande une politique de l'emploi de ces sujets, nettement définie, une législation adéquate, la mise en oeuvre d'institutions spécialisées et de techniques polydisciplinaires dont on connaît maintenant les caractéristiques essentielles mais qui, malheureusement, font plus ou moins défaut presque partout.

- 2°) Mais le reclassement ne demande pas seulement l'établissement de modèles théoriques et l'obtention de crédits suffisants. L'être humain est trop complexe, les facteurs en cause trop

nombreux, pour que des schémas, si perfectionnés soient-ils, suffisent.

- 3°) Chaque cas est donc un cas particulier. Pour reprendre une comparaison vestimentaire que j'ai déjà employée: on ne fait pas, dans ce domaine, du prêt à porter mais du sur mesure.

Il y faut non seulement beaucoup de compétence, mais aussi beaucoup de compréhension, de chaleur humaine, et le concours de tous: Pouvoirs Publics, Employeurs, Salariés, Spécialistes de ces questions.

- 4°) Le médecin du travail, tout au long du processus complexe qui conduit au reclassement et à l'emploi du handicapé, peut apporter une contribution importante que l'on aurait parfois tendance à sous-estimer. Tout en ne méconnaissant pas les difficultés de sa participation à cette oeuvre d'équité, nous estimons qu'il faut lui donner - et s'il y a lieu il faut qu'il prenne de lui-même - dans ce concert, la place que sa formation, son expérience, sa position dans l'entreprise doivent normalement lui conférer. C'est non seulement une question de structure, mais d'efficacité et de compréhension réciproque, pour le plus grand bien du handicapé.

DISCUSSION

E. WULF

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Les déclarations des orateurs précédents - et en particulier de ceux d'hier - montrent clairement l'importance de contacts entre les organismes qui s'occupent de la réadaptation. Aussi me semble-t-il qu'il est temps d'abandonner la théorie pour la pratique. Les con-

ditions normatives sont réunies.

Cela ne concerne pas seulement la situation dans chacun des pays membres de la C.E.E., mais aussi, étant donné la mobilité croissante des travailleurs, l'ensemble du territoire de la C.E.E. Le temps presse. Dans le domaine général, une exigence indispensable de la réadaptation du handicapé est qu'il trouve sa pleine capacité concurrentielle lorsqu'il fait une nouvelle entrée dans la vie active. Il est évident qu'il doit recevoir un salaire complet et identique, bien que certains doutes aient été exprimés à ce propos. Pour atteindre ce but, il faut, qu'elle que soit la formation, créer les conditions extérieures nécessaires telles que, par exemple, l'aménagement de travail, la fourniture d'une voiture, d'une habitation adéquate. En République Fédérale d'Allemagne, les dispositions légales en la matière existent, il ne tient qu'à nous de leur donner vie.

Par ailleurs, mon expérience me montre qu'il n'existe aucune aversion dans les entreprises vis-à-vis des handicapés, d'autant que ceux-ci peuvent parfois faire état d'une double formation. La récession de 1966 en République fédérale n'a provoqué dans le domaine qui m'est connu aucune tendance à congédier de préférence des handicapés. Ce sont même eux qui gardaient leur emploi de préférence aux travailleurs non handicapés qui se trouvaient dans les mêmes conditions.

Il faut continuer à veiller à ce qu'un véritable recyclage (formation professionnelle) soit le but de toute réadaptation complète. Il faut en tout cas, selon moi, éviter qu'un handicapé disparaisse pour ainsi dire dans son usine, dans son secteur de travail, qu'il soit donc "réadapté" par exemple comme portier, téléphoniste ou magasinier. Il est alors "casé" sans être réellement assuré au point de vue social ni rendu concurrentiel. En considérant les chiffres qui ont été cités, j'ai malheureusement l'impression qu'il doit souvent en être ainsi. Les organismes compétents ne peuvent alors rien entreprendre, bien que les dispositions légales existent, car ils ignorent absolument tout de l'affaire. C'est ici que se pose le problème, si important dans la pratique, de l'approche et il ne peut

être résolu que si les médecins, les médecins praticiens et établis, les médecins d'entreprise donnent l'impulsion décisive. C'est eux qui ont le premier contact décisif. La reconnaissance du handicap et l'encadrement sont décisifs. Le handicapé lui-même, quels qu'en soient les motifs, ne sera que dans des cas très rares en mesure de résoudre lui-même le problème. C'est pourquoi je m'adresse encore une fois aux médecins et je leur demande de faire office d'initiateurs afin que l'administration puisse intervenir rapidement, je l'espère. (A ce propos, il convient de citer les services de renseignements et de consultation créés en République fédérale d'Allemagne).

Enfin, je me permettrais de proposer que, lors d'éventuels colloques, l'on forme, eu égard à tout le savoir théorique et pratique ici représenté, des groupes de travail chargés d'élaborer des recommandations afin de pouvoir, dans le domaine de la réadaptation, comme cela se fait dans le domaine économique, collaborer avec plein succès au sein de la Communauté européenne.

L. DE WULF

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Vous vous demandez peut-être si l'on peut encore ajouter quelque chose à tout ce qui a déjà été dit à propos de la réadaptation médicale, fonctionnelle et professionnelle des handicapés, de la législation en matière de reclassement, de la nature de la mise au travail dans le secteur industriel ou en ateliers protégés. Dans tous les cas, je suis heureux de constater qu'à ces différents niveaux, on a pris conscience du problème des handicapés et de leur mise au travail et que chacun veut assumer ses responsabilités en la matière. Je comprends également qu'au début de ce colloque, on ait insisté pour s'en tenir de façon stricte à la réadaptation des handicapés car il y avait certaines craintes de voir ce colloque déboucher sur un programme d'exigences sociales pour les moins valides. Je veux néanmoins attirer l'attention sur le fait qu'une remi-

se au travail socialement responsable et humainement acceptable doit tenir compte des éléments sociaux de la vie du handicapé. C'est un fait que beaucoup pourvoient à leur subsistance grâce à une indemnité sociale, et qu'ils perdent celle-ci lorsqu'ils peuvent être mis au travail, alors que l'indemnité en question doit être considérée comme une compensation financière pour les frais liés au handicap et subsistant même quand le handicapé est au travail. Il n'est pas suffisant de prévoir un salaire égal car, en ce cas, le handicapé se trouve toujours dans une position moins favorable que ses collègues non handicapés. On a cité l'exemple du juriste, du programmeur et je voudrais y ajouter du professeur handicapé visuel. Il est aussi un fait que ces handicapés visuels doivent souvent payer eux-mêmes une aide complémentaire pour pouvoir exercer leur profession. Tout cela implique qu'en approfondissant l'étude de la mise au travail des handicapés, il faudra tenir compte des suggestions qui ont été apportées en la matière par les groupements de handicapés eux-mêmes. Ainsi, il existe chez nous le "Comité national pour les handicapés de Belgique", qui élabore un programme social en collaboration avec tous les groupements importants de handicapés. Au niveau international, nous avons jugé utile de fonder un "Comité de coordination des groupements d'aveugles des pays de la C.E.E.". Celui-ci a déjà trois ans d'activité. Au cours de sa session des 18 et 19 mai 1971 à Bruxelles, des résolutions en 10 points ont été formulées, dont plusieurs se rapportent au thème qui est traité ici.

RESOLUTIONS

1. Scolarité obligatoire et gratuite pour tous les aveugles dans les six pays de la Communauté Européenne.
2. Reconnaissance du droit à la readaptation et à l'intégration professionnelle et sociale pour les aveugles adultes.
3. Reconnaissance du droit au travail pour tous les aveugles.
4. Octroi à tous les aveugles d'une allocation, indexée, de compensation des charges inévitables à la cécité, sans limite d'âge ni de revenus ou de patrimoine.

5. Extension à tous les aveugles du bénéfice de la sécurité sociale avec les mêmes garanties qu'aux assurés valides.
6. Institution d'une carte internationale d'invalidité d'aveugle assurant à son titulaire la priorité ainsi que des avantages tarifaires sur l'ensemble des moyens de transports en commun (terrestres, maritimes, aériens).
Dans l'immédiat, validation des cartes d'aveugle et avantages tarifaires existants dans chaque pays de la Communauté et à l'intérieur de tous les autres pays.
7. Octroi par les pouvoirs publics, aux établissements et institutions se consacrant à la réadaptation professionnelle et sociale des aveugles, de subventions satisfaisantes pour leur permettre de remplir pleinement leur mission.
8. Perfectionnement, fabrication et distribution des dispositifs modernes nécessaires aux aveugles et aux développements de leurs activités.
9. Coordination dans le cadre de la C.E.E. d'une aide préférentielle aux aveugles des pays associés au Marché Commun.
10. Participation du Comité de coordination ou d'experts nommés par lui, aux travaux de la Communauté Economique Européenne concernant les aveugles.

Je le joins donc comme conclusion. De plus, je pense qu'il est de la plus haute importance que d'autres groupes de handicapés créent également un tel comité de coordination, afin de pouvoir formuler les problèmes spécifiques de ces groupes dans le cadre des six pays et de pouvoir les présenter ensemble à la Commission des affaires sociales des Communautés Européennes.

Je suis convaincu que cette Commission fera tout ce qu'il est possible de faire pour créer avec nous tous une Europe où il fera bon vivre pour les handicapés également.

J.Y. BUISSON

Comme représentant d'une association de handicapés, je voudrais vous faire part de quelques réflexions suscitées par ces journées de travail.

Au préalable, je préciserai que l'Association des Paralysés de France, à laquelle j'appartiens, compte 45 000 adhérents handicapés moteurs et est administrée par un Conseil dont les 3/4 des membres sont handicapés. Elle se trouve en contact permanent avec les handicapés par ses services sociaux, ses réunions, ses activités amicales et de loisir, son journal mensuel et elle gère 8 % des places pour handicapés moteurs existant en France.

1. Tout en étant très heureux qu'un organisme comme la Communauté se saisisse de nos problèmes, j'ai eu la crainte, au début de nos travaux, que le placement au travail soit vu dans une optique purement économique, comme c'est souvent le cas. Notre Société, consciente tout de même de ses obligations, ne serait-elle pas tentée de donner un "coup de main" - la réadaptation - afin de récupérer un producteur et ne plus avoir à entendre parler du handicapé? Or s'il n'est de bonne affaire que si les deux parties y trouvent leur compte, ici il s'agit d'abord d'assurer le bien du handicapé, victime d'un sort injuste. Les considérations économiques cèdent le pas aux considérations de solidarité et de justice.

2. Malgré la conviction et la générosité de cette assemblée, il m'a semblé que nous n'étions pas assez à l'écoute du handicapé, que nous risquions entre travailleurs sociaux de définir le bien du handicapé.

Ainsi je crois qu'il faut être souple en matière de travail, qu'il faut se garder d'imposer des règles de conduite aux handicapés.

Pour l'un, la solution du placement en milieu normal est la meilleure parce que compatible avec son handicap.

Pour l'autre, pas plus handicapé pour le travail, mais pour

des raisons morales et psychologiques, l'atelier protégé conviendra. Ainsi de ce nain, parfaitement agile, qui après avoir connu l'usine préféra entrer en atelier protégé où il comptait, était respecté, au lieu de subir les railleries des valides.

Le travail est un droit, une possibilité offerte au handicapé qui a déjà son déficit physique à porter. Le handicap, sauf cas rares, n'entraîne pas vocation à l'héroïsme. Gardons-nous alors d'imposer à d'autres ce que nous serions souvent incapables de nous imposer à nous-mêmes.

Aussi la pension pourra dans les cas de handicap sévère et définitif être considérée comme une solution normale et digne.

Il nous faudrait aussi réfléchir sur d'autres voies de participation et d'insertion que le travail qui, bien sûr, depuis de millénaires constitue la solution la plus simple. J'ajouterai que la très grande majorité de nos adhérents aspire à une activité productrice, à contribuer à la vie sociale et s'en fait un devoir.

Pour apporter un autre point de vue des handicapés, je voudrais souligner combien notre association est opposée au mélange entre handicapés physiques et débiles mentaux aussi bien en établissements scolaires qu'en séjour de vacances, en matière de logement que d'atelier protégé. Les handicapés physiques, désireux de s'affirmer parmi les valides, de se faire reconnaître comme adultes capables de mener leur vie, ne désirent pas être confondus avec les diminués mentaux et craignent que le public les confonde. Aussi sommes-nous très défavorables aux ateliers mixtes, même si des raisons pratiques plaident en leur faveur, même si parfois les handicapés physiques s'en accommodent, une mauvaise solution étant préférable à pas de solution du tout.

De même que nous manquons d'études sur les répercussions du travail sur la santé du handicapé, de même est-il souhaitable qu'une recherche impartiale soit menée sur les désirs et les aspirations des handicapés physiques.

3. Le "principe de finalité" appliqué à nos législations so-

ciales, m'a vivement intéressé. Il donne un fondement juridique à une aspiration profonde des handicapés français que les différences de régime indignent.

Nous le ferons connaître et nous en servirons d'autant qu'il rejoint parfaitement notre idée du "droit à compensation". Mais les obstacles seront lourds à vaincre y compris de la part des groupes actuellement les plus favorisés qui entendront rester en tête du peloton des avantages sociaux.

Je voudrais vous informer d'une évolution récente et heureuse des conceptions françaises : sécurité sociale pour tous, et abandon progressif de la notion d'obligation alimentaire en matière d'aide sociale.

4. L'identité des vues, des préoccupations, des aspirations, des actions menées m'a frappé. Si l'Europe politique n'est pas encore faite, l'Europe humaine et sociale existe bien.

L'harmonisation des législations, plus d'ailleurs dans les possibilités offertes pour agir et remédier que pour réglementer les moyens utilisés qui doivent rester souples, m'apparaît comme un objectif souhaitable. Mais il ne faudrait pas que sous prétexte d'harmoniser, au sein de la Communauté, des mesures urgentes et nécessaires soient retardées dans nos pays respectifs. Les financiers, en particulier, sont prompts à se saisir de tout prétexte dilatoire.

5. Enfin permettez-moi aussi, comme le représentant de l'U.N.P.E.I., d'exprimer un vœu : celui que la Communauté se préoccupe aussi des plus grands handicapés, moins nombreux que les handicapés légers ou temporaires, mais aux problèmes combien graves. Je pense aux I.M.C. sévères, aux myopathes, aux sclérosés en plaques. Pour eux d'autres solutions que le travail sont à rechercher. Il faut leur donner des ressources décentes et leur assurer des conditions de vie compatibles avec leur handicap.

J. DAUHS

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

En tant que sportif actif j'ai, avant mon accident, couru avec passion contre la montre. Aujourd'hui, je dois reconnaître dans ce colloque qu'il est bien plus difficile de tenir un discours contre la montre. Aussi, me limiterai-je, du point de vue des handicapés, aux principes suivants :

1. Il faut, dans la législation nationale, tout comme sur le territoire de la C.E.E., introduire une obligation générale de déclaration de tous les handicaps. Sont concernés par cette obligation : les médecins, ainsi que les parents et autres responsables de l'éducation d'enfants handicapés. Le but en est la détection et le traitement précoce. Pour cela, toutes les personnes concernées doivent se rendre compte qu'un mois gagné grâce à la détection précoce peut déjà avoir une valeur inestimable pour la vie d'un enfant handicapé.
2. Les handicapés sont en faveur d'une conception finaliste des handicaps. Ce n'est pas la cause d'un handicap qui a de l'importance pour le handicapé et la société dans laquelle il vit, mais seul le fait que ce handicap existe et la nécessité d'y porter rapidement un remède efficace.
3. Il faut absolument dresser un relevé complet du nombre, du type et de l'ampleur des handicaps existants, afin d'obtenir des bases d'une planification judicieuse. C'est pour cela que le Reichsbund der Kriegs- und Zivilbeschädigten (Association nationale des Invalides de Guerre et Invalides Civils) que je représente a demandé au Gouvernement Fédéral de la République Fédérale d'Allemagne de déposer une proposition d'enquête sur les handicapés, qui devrait faire rapport sur la situation particulière du handicapé à l'école, au sein de sa profession, de la famille et de la société. Il faut recommander de mettre en pratique une telle conception sur tout le territoire de la C.E.E.

4. Il est nécessaire de mettre sur pied, sous la responsabilité des instances nationales compétentes, un réseau de centres de renseignements et de consultation pour la réadaptation, dotés d'un personnel qualifié, qui ne soient pas concentrés dans quelques grandes villes et qui assurent une information valable des parents, des responsables ou des handicapés eux-mêmes sur les possibilités de réadaptation.
5. Les institutions de réadaptation existantes ou à créer doivent répondre à des caractéristiques institutionnelles et en matière de personnel plus sévères que jusqu'à présent. A ce propos, il faut assurer une adaptation constante des moniteurs et des buts de la formation aux modifications économiques et structurelles qui peuvent se présenter. La réadaptation professionnelle doit en principe comprendre les aides de l'assistance sociale et médicale.
6. Les handicapés doivent être occupés, par la voie d'une obligation d'occupation pour les employeurs du secteur public et du secteur privé, à des postes qui correspondent à leurs connaissances et à leurs capacités et qui leur offrent des possibilités de développement professionnel.
7. Le principe suprême de la réadaptation moderne doit être de s'efforcer de combattre l'isolement social du handicapé. Pour cela, il faudrait éviter des concentrations et agglomérations en trop grand nombre. Il est indispensable d'assurer des contacts permanents des handicapés avec la société dans toutes les phases de la réadaptation.
8. Une condition essentielle pour l'adaptation ou la réadaptation professionnelle et sociale complète des handicapés est la suppression ou l'absence d'obstacles techniques ou architecturaux. Ce colloque ne devrait pas se limiter à constater ironiquement que l'"escalier" que je viens de gravir n'est pas construit pour des handicapés; mais devrait, de sa propre autorité, adresser un appel pressant à tous ceux qui ont pour tâche d'agencer les cités et le trafic, aux architectes ainsi qu'aux maîtres d'oeuvres publics et privés, de surmonter leur indifférence et leur désintéresse-

ment et d'ouvrir au handicapé ce monde dans lequel il veut vivre comme membre à part entière de la société.

Le handicapé ne veut et ne peut plus rester longtemps "devant la porte".

A. MERCKLING

Défense des travailleurs fatigués et de l'handicapé paresseux

En quelques décennies nous sommes passés de l'empirisme à l'application de sciences exactes, de l'artisanat aux produits fabriqués en masse et de la vitesse de cheval à Mach 2.

L'homme moderne est de plus en plus inadapté à ce monde artificiel et hostile qui donne des "Ersatz" de bonheur et demande en échange des sacrifices inouïs et l'abandon des valeurs fondamentales humaines.

Déjà Alexis CARREL parlait de "Disharmonie de l'homme moderne" qu'il a caractérisée par l'homme qui s'est senti pousser des ailes d'aigles et se retrouve "chien perdu, errant parmi les véhicules des routes encombrées".

Notre société de consommation est entraînée dans un cycle infernal: produire, vendre, consommer, produire, vendre, consommer, toujours plus, toujours plus vite; susciter des besoins nouveaux : produire, vendre, consommer,

A la hâte et aux gestes monotones (pensez à Chaplin dans "les Temps Modernes") succèdent des périodes de temps morts : temps perdu pour le transport, temps perdu pour de fastidieuses démarches administratives, temps perdu pour ceci, pour cela, toujours, partout.

L'HLM où loge le travailleur traumatisé, on rêve du petit coin de campagne et l'on y accède qu'après d'interminables heures passées dans l'énervement des files de véhicules avançant au pas ... on s'invective, on se tue pour un rien et les fous du volant se chargent

du reste. L'homme dit "normal" est saisi par cette fièvre et vit constamment au bord du "break down" - l'augmentation des troubles mentaux dus au "stress" de la vie moderne en témoigne.

Dans ces conditions le traumatisme apporte, paradoxalement aux cas relativement bénins, le choc émotionnel primaire une fois passé, un apaisement considérable. C'est enfin le repos, la vie in utero, etc... et nous laisserons aux psychologues la responsabilité de ce qu'ils écrivent à ce sujet.

Il n'y a donc pas de quoi s'étonner que des cas d'allergie à la reprise de la vie de fous que nous menons, se déclarent.

Le travail n'a plus de bases morales, on n'enseigne plus l'éthique.

L'artisanat étant mort, le travail à la chaîne n'apporte plus d'autres joies que celles de palper quelques numéraires qui permettront de satisfaire des besoins dirigés et sans cesse renouvelés.

Il peut fort bien exister des cas d'allergie au travail, c'est-à-dire des cas évoluant vers le douce farniente, vers la paresse.

Connaissant les motivations on devrait pourvoir la réduire.

On a dit qu'il n'y avait pas d'enfants paresseux. Cela s'applique aussi, j'en suis convaincu, à l'homme normal et équilibré qui a un besoin d'activité, un besoin de s'affirmer, un besoin de créer.

Mais un travail qui écoeure, fatigue et devient impossible en quelques heures alors qu'une tâche qui donne un sens à notre vie nous donne des ailes et nous voilà infatigables. Les gens engagés en savent quelque chose!

Appliquées aux travailleurs handicapés, ces réflexions nous conduisent à constater qu'après la "sécurisation" par la réadaptation celui-ci doit se voir ouvrir des perspectives qui "valorisent" sa nouvelle personnalité. Ce but ne peut cependant être atteint que dans un climat de confiance. Il a été recommandé aux experts des

blessés de guerre d'accueillir ceux-ci "en camarade de combat". Ne pensez-vous pas qu'il soit aussi important que les médecins-conseils, les médecins du travail et les travailleurs sociaux s'élèvent au même niveau de pensée en considérant le travailleur à reclasser comme un alter ego, victoire de cette "struggle for life" dans laquelle nous sommes tout de même solidaires ?

Nous ne devrions jamais oublier que l'homme ne vit pas seulement de pain mais aussi du "verbe", moyen essentiel de communication entre les hommes.

Que celui-ci soit sincère, emprunt de compréhension et de bonté.

Il faut, en un mot, humaniser nos rapports avec nos semblables, humaniser nos institutions. Il y aura moins de désadaptations et moins d'échecs dans la réinsertion socio-professionnelle.

E. MARQUARDT

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Nous sommes reconnaissants envers M. Glombig de sa critique et de ses propositions constructives et progressistes. La Direction Générale des Affaires Sociales ne devrait cependant pas mettre la lumière sous le boisseau et être trop modeste. M. Jochheim et moi-même avons, en décembre 1970, devant l'assemblée plénière des employeurs et des travailleurs, fait rapport ici, à Luxembourg, des résultats des programmes de recherche financés par les Communautés Européennes dans le domaine de la traumatologie et de la rééducation. Dans tous les pays, des résultats considérables ont été obtenus qui ont une grande importance, principalement pour les handicapés, mais aussi pour l'économie et pour la législation sociale. Ces résultats devraient vous être communiqués à tous. Ainsi, par exemple, des amputés des jambes ou des bras peuvent aujourd'hui recevoir plus rapidement des prothèses après leur opération et apprendre à s'en servir plus rapidement que dans les délais de la procédure d'autorisation en vigueur jusqu'à présent en matière de secours tels qu'ils

sont prévus par la loi fédérale d'aide sociale (Bundessozialhilfegesetz BSHG). Nous avons accordé et accordons une valeur toute particulière à l'échange constant d'idées avec les experts des pays de notre Communauté, mais aussi à l'échange d'idées avec le handicapé lui-même. Nous disposons ici d'une base, sur laquelle, soutenant en cela l'exposé de M. Glombig, la recherche pratique en matière de réadaptation devrait être renforcée, mais c'est aussi sur cette base qu'il faudrait obtenir une plus grande efficacité politique et des pouvoirs publics.

A. MARINELLO

Le problème de la réadaptation des handicapés a été mis en lumière par la prise de conscience de deux réalités :

1. Le nombre croissant de citoyens handicapés dont le pourcentage est très élevé;
2. La nécessité pour certains pays où il y a pénurie de main-d'oeuvre de se la procurer en valorisant et en utilisant les handicapés sans tenir compte des origines du handicap.

Je crois que, de même qu'une société se défend contre n'importe quel genre de calamité naturelle, elle doit aussi se défendre, si elle veut vraiment protéger la santé et l'intégrité physique de ses citoyens, du phénomène grave des accidents du travail et des maladies professionnelles et ceci en leur accordant une participation active à tout ce qui touche au travail, à la production et au temps libre.

Le problème ne peut être posé du point de vue économique seul, comme l'a fait M. GLOMBIG, il doit être posé également du point de vue humain et social, et sa solution ne peut être confiée uniquement à l'Etat, elle doit être laissée à la libre initiative des handicapés et à leurs institutions. L'Etat a le devoir de veiller à ce que les meilleures conditions soient remplies, du point de vue financier surtout, afin que les handicapés, dès le début de l'intervention de l'action de protection et de promotion sociale, se sentent concrètement

les véritables protagonistes de leur réadaptation sociale.

La réadaptation doit donc être le premier pas librement consenti que le handicapé accomplit sur la voie de son progrès personnel. La société nationale et la C.E.E. doivent certes intervenir dans ce domaine et prendre toutes les initiatives et mesures nécessaires, supérieures en nombre mais identiques en droit et en fait à celles adoptées pour les citoyens normaux et sains, afin que les handicapés refusent les formes traditionnelles d'aide charitable et paternaliste.

Les programmes de l'Etat conviennent donc, mais leur réalisation n'appartient ni au gouvernement ni à la Commission de la C.E.E., mais exclusivement aux handicapés eux-mêmes.

Je ne sous-estime pas pour le handicapé la valeur du reclassement du travailleur à des fins économiques; celui-ci se trouve même impliqué dans toute action de l'homme, mais je considère que le but principal est la réintégration psycho-sociale du handicapé afin qu'il soit à tous égards sur un pied d'égalité dans la société.

R. KLEINE

Je suis très reconnaissant à M. Weber d'avoir souligné dans ses déclarations la volonté de travail des handicapés.

Moi aussi, je me plais à constater expressément que la grande majorité des handicapés sont animés de la volonté de gagner eux-mêmes leur pain quotidien et de ne pas constituer une charge pour la communauté. Des éléments sociaux, des paresseux et des satisfaits, il y en a dans toutes les couches de la population.

Je suis convaincu que la majorité des handicapés considèrent qu'ils réaliseront leur vie en se faisant une place dans la société. Bien entendu, cela implique une prestation professionnelle adéquate.

En tant que représentant d'une organisation de handicapés, je déclare formellement que le droit au travail passe avant le droit

à bénéficier d'allocations.

Hier, à cette tribune, le Professeur Dr. Symanski de la République Fédérale d'Allemagne a malheureusement déclaré que beaucoup de handicapés sont moins intéressés par le travail que par les allocations. L'impression a été ainsi créée que la majorité des handicapés de la République Fédérale d'Allemagne court après les allocations. Je tiens à réfuter catégoriquement cette déclaration discriminatoire.

Je remercie tous ceux qui se sont manifestés durant ces jours en faveur d'une réadaptation progressiste dont le but est d'assurer au handicapé un destin humain et de lui permettre de participer à la vie sociale de son peuple. Je vous prie d'accentuer vos efforts afin que, dans toute l'Europe, les handicapés soient libérés de leur isolement.

Je tiens à déconseiller expressément la création d'une université de réadaptation pour handicapés à Heidelberg. Celui qui veut l'intégration ne peut créer un ghetto d'étudiants. Faites en sorte que les handicapés puissent étudier dans toutes les universités en supprimant dans celles-ci les obstacles tenant aux bâtiments et à la technique et en les évitant dans les universités en construction ou projetées. Le mot d'ordre doit être : Chances égales pour tous les handicapés.

A. MOTTA

La décision qui a été prise de nous limiter au cours de ce colloque au problème des sujets de handicapés en âge de travailler, qu'ils aient une activité manuelle ou intellectuelle, qu'ils soient atteints de handicap physique ou mental, nous conduit à concentrer notre attention sur le groupe qui numériquement l'emporte sur tous les autres, c'est-à-dire sur le groupe des personnes handicapées à la suite d'accidents ou de maladies professionnelles - ou d'une manière plus générale atteintes d'affections ou d'infirmités liées d'une certaine manière étiologiquement au travail et donc à des

insuffisances dans l'action préventive.

Les invalides du travail sont non seulement la preuve de l'insuffisance des mesures préventives adoptées par les entreprises, mais aussi du fait que cette insuffisance est inévitable aussi longtemps que les méthodes de production, le rythme du travail, la répartition de la production seront, comme c'est le cas aujourd'hui, en contradiction avec une conception ergonomiquement saine.

Ceci est inévitable lorsque l'organisation du travail humain est conditionnée par la loi du profit, plaçant au second plan la santé et l'intégrité physique du travailleur.

Il est par conséquent logique que le travail de l'homme continue à produire des invalides, des personnes atteintes de maladies professionnelles, des mutilés du travail, aussi longtemps que l'organisation du travail ne se fixera pas comme premier objectif la sécurité et l'intégrité psycho-physique des travailleurs.

Dans ces conditions, il nous semble qu'il y a lieu de remarquer que l'on se trouve aujourd'hui face à deux types d'approche qui ne s'opposent qu'en apparence en ce qui concerne le problème des handicapés :

- le premier basé sur l'exclusion totale et préventive des handicapés de l'activité productive et sur leur isolement dans le secteur des "pensionnés" en tant qu'invalides;
- le second basé sur l'inclusion des handicapés dans des activités professionnelles mais dans des situations secondaires et non qualifiées qui entraînent une mise à l'écart et une frustration inévitables et radicales.

Il nous semble important de dire que ceci se produit également en raison de l'usage que l'on fait fréquemment de la sélection d'après les aptitudes et de la réadaptation en tant que méthodes tendant non à la réintégration complète du handicapé dans des activités productives grâce à l'adaptation du travail à l'homme et, dans ce cas spécifique à ses capacités résiduelles, (même si elles sont mises en valeur au maximum par la requalification) mais ne

prenant au contraire une fois de plus que le critère de la productivité comme paramètre exclusif sur lequel se base le jugement porté sur les aptitudes.

Quelle que soit donc la technique de la réadaptation que l'on entend adopter, celle-ci est condamnée à l'échec si - refusant l'idée selon laquelle l'invalidité est toujours ou finit toujours par être un fait "psychique" même lorsque l'atteinte fonctionnelle semble prédominante - elle se base sur le critère de la "réadaptation" au travail en laboratoire, dans des milieux éloignés ou étrangers au milieu de travail.

La tendance enfin qui vise à la réintégration du handicapé dans une activité professionnelle - quelles que soient ses capacités psycho-physiques résiduelles et ses possibilités d'apprentissage - en l'employant à des travaux secondaires souvent dépourvus de sens et d'une motivation acceptable ou simplement refusés par tous les autres et donc extrêmement décevants, ne vaut pas beaucoup mieux.

A notre avis, une réintégration utile du handicapé dans la production ne peut se faire que si son emploi a pour objectif la requalification et la recherche de solutions adéquates en fonction de ses capacités résiduelles et non du profit de celui qui les utilisera et si l'on songe uniquement au droit du handicapé au travail et au devoir de la société de ne pas déprécier les capacités existantes comme l'ont déclaré précédemment ici tant d'orateurs.

En partant de ces conceptions en ce qui concerne la réadaptation, la réintégration active du handicapé se trouvera facilitée sur le plan pratique par :

1. l'attribution de rentes temporaires ayant pour but la requalification et donc protégées, sans intention d'exclusion, jusqu'au moment de la réintégration totale dans la production pour y exercer des fonctions productives compatibles avec les nouvelles capacités acquises; dans des cas déterminés, ceci doit être réalisé aux frais de l'entreprise responsable de l'invalidité;

2. l'emploi protégé du handicapé requalifié en lui gardant (si possible) le poste de travail dans l'entreprise où il se trouvait au moment où s'est produit l'accident, où est apparue la maladie professionnelle, où s'est manifesté le préjudice causé;
3. l'intégration salariale afin de lui garantir au moins et si nécessaire le maintien de l'échelon atteint dans la profession avant le handicap;
4. dans le cas où l'infirmité concerne les travailleurs migrants, il convient de rechercher des solutions politiques et techniques pour une égalité effective du droit à la réadaptation comme le prévoit le règlement CEE 1612/68, relatif à la libre circulation.

Mais l'ensemble du problème ne pourra avoir de perspectives de solution que dans la mesure où il existe une volonté politique réelle de réaliser les points prioritaires (plein emploi) caractérisant la politique sociale communautaire, politique où des travailleurs doivent peser d'un poids toujours plus lourds et être des sujets et non des objets.

J. PARIS

Les différents rapports présentés ont souligné les efforts faits dans les pays de la Communauté pour permettre aux handicapés de pénétrer dans le monde du travail et de s'y intégrer réellement.

Dans ce cheminement qui de la réadaptation fonctionnelle aboutit à l'insertion professionnelle, la Médecine du Travail est prête à jouer son rôle. Elle interviendra concrètement aux deux extrémités de ce processus, au départ en désignant les postes pouvant convenir aux différents handicaps et à l'arrivée en surveillant l'adaptation professionnelle des sujets.

Pour cela, il suffit de lui en donner les moyens, c'est-à-dire de la charger officiellement de cette mission dans l'entreprise et, d'autre part, de lui consentir le temps nécessaire pour l'exécuter.

En réponse à l'allocation de M. A. COPPE et à la proposition d'envisager "des" projets-pilotes "dans le but de concerter les efforts pour découvrir des méthodologies appropriées", nous pensons que des réalisations - en médecine du travail - pourraient être tentées dans différentes industries et dans différentes administrations. Ainsi pourraient être étudiées les possibilités de la médecine du travail dans sa structure actuelle par rapport à l'importance du problème général des handicapés.

N. RICCIARDI-TENORE

J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt, - étant donnée l'importance des sujets traités qui concernent non seulement le médecin, le sociologue, le juriste, le psychologue, mais aussi et surtout au moins 12 millions de handicapés (c'est le nombre approximatif de handicapés existant dans les pays de la Communauté), - les interventions des illustres orateurs qui se sont succédé sur ce podium.

Trois points de ces interventions m'ont particulièrement frappé et c'est sur ces points que je voudrais présenter mes considérations et remarques :

- a) le Pr. Gerundini a illustré l'importance et la signification de la médecine de réadaptation, ainsi que l'ampleur de son déroulement dans la préparation du handicapé au travail, la précocité de ses interventions, le caractère concret de ses processus jusqu'à la récupération effective par le sujet handicapé des possibilités de vie active et de production.
- b) un autre rapporteur a déclaré que, très souvent, les handicapés ne s'efforcent pas très volontiers de se réadapter ou de se réinsérer dans le monde du travail, se leurrant peut-être sur d'éventuelles allocations qui pourraient leur être accordées par l'Etat.
- c) d'autres rapporteurs ont fait illusion au service médical d'entreprise qui doit non seulement veiller, dans le cadre de l'entreprise elle-même, à l'application constante de toutes les règles

d'hygiène et de sécurité destinées à protéger la santé des travailleurs, ou à la mise en oeuvre par les employeurs, d'autres règles aujourd'hui inadéquates ou même inexistantes, mais aussi s'efforcer de diriger le handicapé vers l'emploi correspondant le mieux à ses aptitudes, compte tenu des handicaps physiques dont il est atteint.

Et maintenant, je me demande et vous demande : comment se fait-il qu'il existe autant de handicapés ? Comment se fait-il que le nombre de ces handicapés aille toujours en augmentant ? Sommes-nous vraiment certains d'avoir mis en oeuvre, chacun dans notre domaine de compétence, tous les moyens et toutes les règles dont nous pouvions et pouvons disposer ?

A mon humble avis, il est nécessaire de donner une plus grande impulsion et une plus grande efficacité à la médecine préventive ("mieux vaut prévenir que guérir" a été la devise de toujours), la seule qui puisse présumer, discerner, analyser et, surtout, prévenir les influences nocives directes ou indirectes exercées par le facteur travail, manuel ou intellectuel, qui, tout en étant considéré comme un besoin physiologique de l'organisme, peut se convertir dans certaines conditions, en une cause de dommage pour ce même organisme.

L'action préventive doit être réalisée non seulement en sensibilisant le plus possible les employeurs sur l'observation constante et complète de toutes les règles en matière d'hygiène et de sécurité, mais aussi en inculquant aux travailleurs une plus grande conscience de la lutte contre les accidents et, surtout, en perfectionnant le plus possible les différentes réglementations en fonction de l'évolution et du progrès des technologies industrielles.

En ce qui concerne le service médical d'entreprise, il serait opportun, et même nécessaire, à notre avis, que les médecins d'entreprise qui se débattent souvent dans les difficultés variées, aient eux aussi leur propre législation, une discipline juridique et économique appropriée, une véritable autonomie, et ne soient pas ensuite considérés comme de simples employés de l'employeur à l'égard duquel ils sont, pour des raisons évidentes, des handicapés (soit dit pour demeurer dans le sujet), surtout sur le plan

psychologique.

Ce n'est que lorsque nous aurons obéi à ces règles, obtempéré à ces obligations et accompli ces tâches, que nous pourrons en toute tranquillité dire que nous avons répondu aux appels répétés de notre conscience, réalisé ce qu'il y a de plus beau et de sublime et d'inné dans la personnalité humaine, et accompli une oeuvre vraiment inoubliable en faveur des travailleurs.

M. LE NOBLE

Au niveau économique, considérer le handicap et non la personne est une chose louable et honorable.

Trop souvent, nous ignorons l'aspect humain. Tous nous ressentons, ou avons senti, le déchirement de la non-intégration sociale. A quelque moment de notre vie, familiale, conjuguale, professionnelle, certains regard, attitude, silence qui en disent long sur la non-acceptation de notre situation par l'autre.

Le propre de l'homme est de s'autodéterminer face à la société, ce qui implique une réciprocité dans l'acceptation. Donc une prise de responsabilité de tout un chacun.

Invalide - valide n'a pas de sens dans une véritable économie humaine.

Vivre ensemble est le fait d'un consentement mutuel, c'est-à-dire d'un investissement personnel.

Il est plus difficile de recevoir que de donner.

LA FONTAINE ne disait-il pas on a souvent besoin d'un plus petit que soi.

M. MARRONI

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

Je n'interviens que sur un point de l'intéressant exposé des docteurs Bastenier et Godard concernant les rapports du médecin du travail avec les travailleurs et le peu de collaboration qui existe souvent entre eux.

Tant que le médecin d'entreprise sera considéré par les travailleurs comme le médecin du patron, l'aspiration à une quelconque collaboration est destinée à demeurer un voeu pieux !

Il convient de libérer le médecin d'entreprise de sa dépendance économique et disciplinaire vis-à-vis de l'entreprise si l'on veut espérer une telle collaboration et en même temps restituer au médecin tout son prestige et son entière liberté professionnelle.

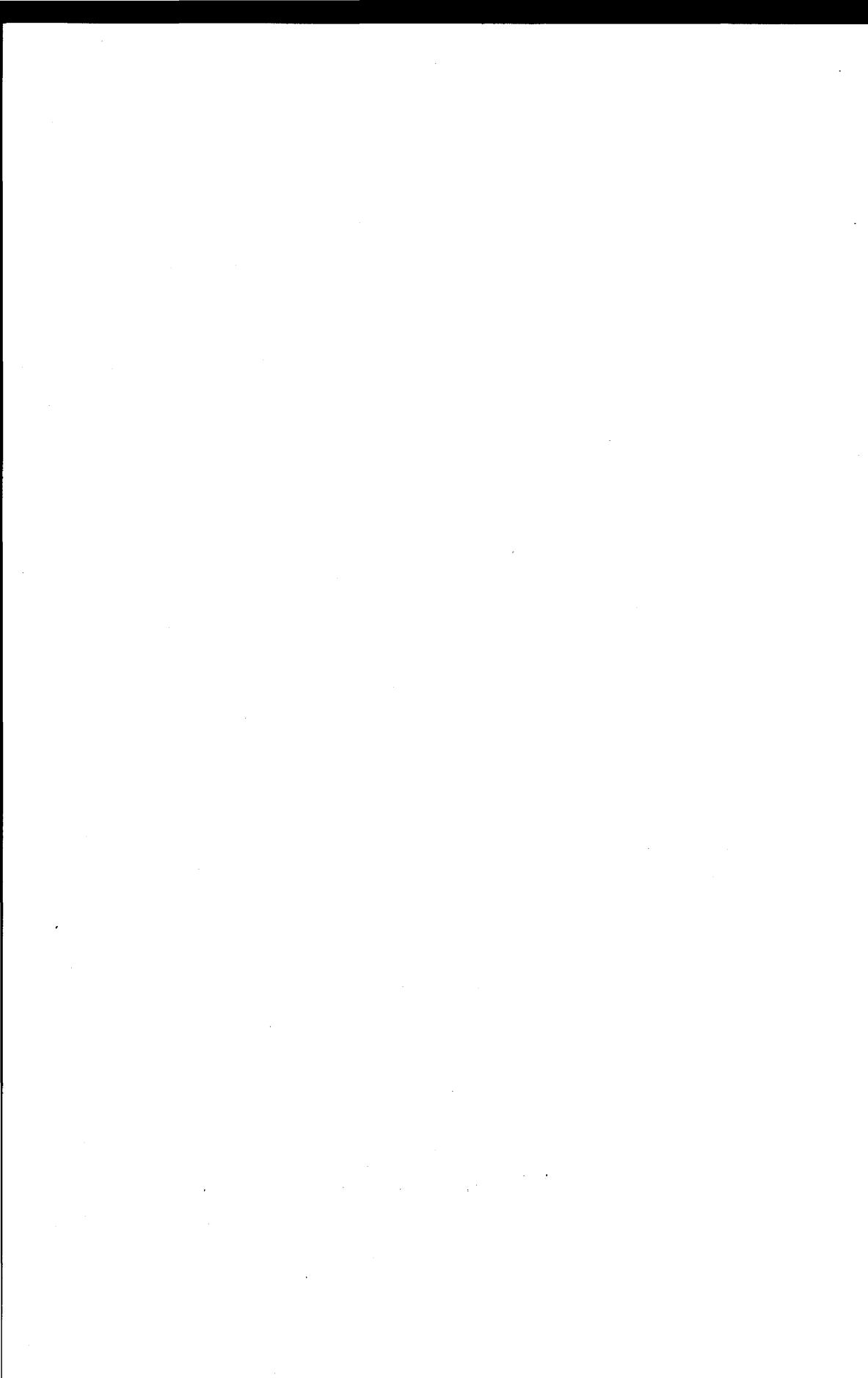
Mais peut-être faut-il voir le problème aussi d'un autre point de vue :

- les travailleurs doivent se convertir de sujets de la prévention en artisans de celle-ci en participant, à cet effet, à l'organisation du travail et à la programmation technologique;
- des critères analogues d'auto-défense et d'auto-contrôle doivent être appliqués aux problèmes de réadaptation du handicapé au travail et de sa réinsertion dans le cycle de production.

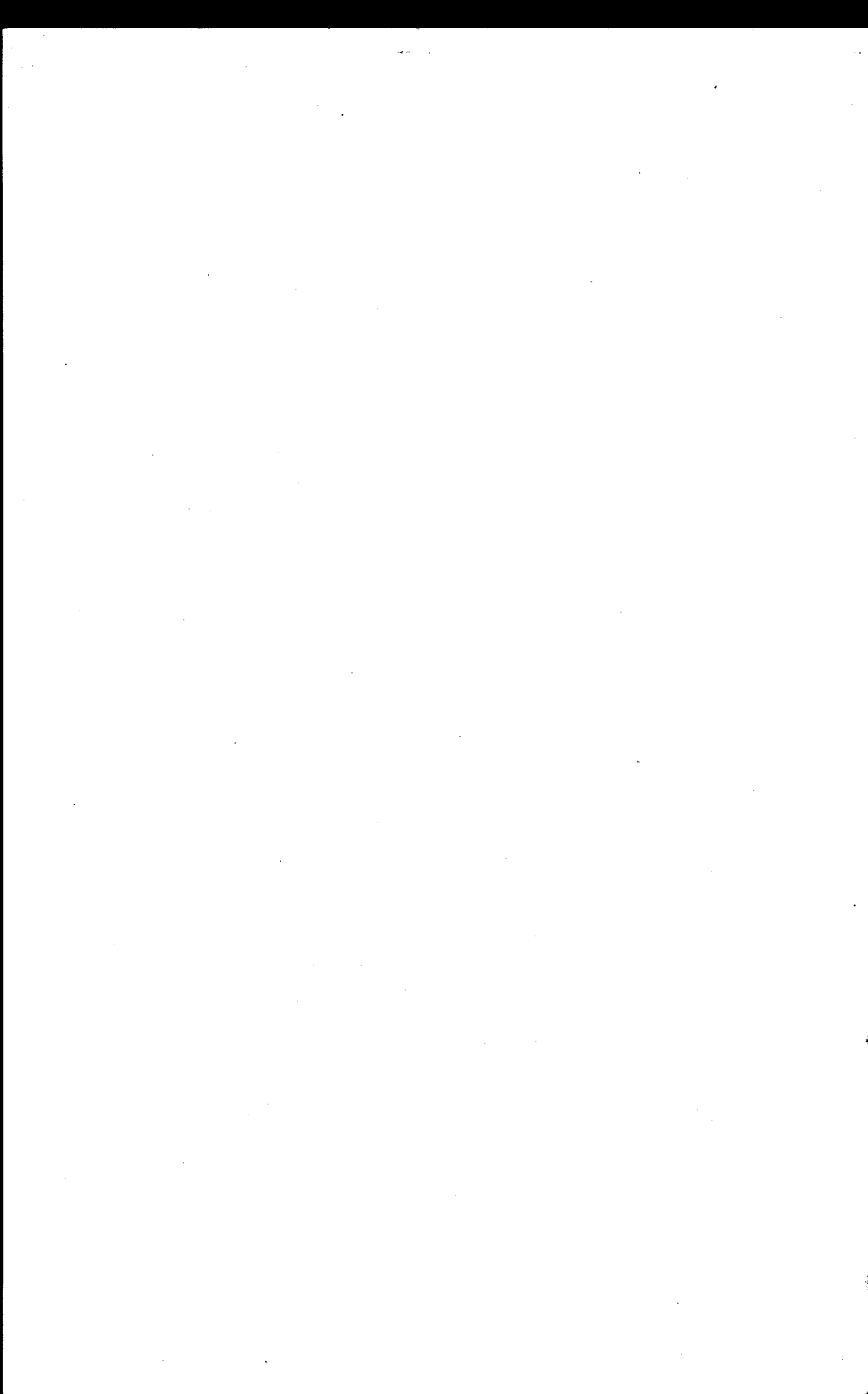
Il nous semble donc qu'en matière de réadaptation et de réinsertion du handicapé dans la production, on doit faire appel - outre aux compétences techniques, bien entendu - à la solidarité entre les travailleurs et aux principes de l'auto-défense de la santé et de la participation ouvrière à l'organisation du travail.

De cette façon, la réinsertion - le centre d'intérêt se déplaçant de la loi du profit maximum vers la protection de la sécurité des ouvriers - doit avoir lieu suivant les critères ergonomiques de l'adaptation du travail à l'homme et - dans le cas du handicapé - aux capacités qui lui restent, au besoin poussées au maximum.

Cela ne nous semble possible que dans un contexte de participation des travailleurs - et non plus en état de subordination - à la répartition des tâches au sein du groupe ouvrier homogène.



RAPPORTS DE SYNTHESE - CONCLUSIONS



Présidence de M. VINCK

Directeur général des Affaires Sociales
Commission des Communautés Européennes

RAPPORTS

N. ACTON

Je voudrais exprimer à nouveau la très sincère gratitude de "Rehabilitation International" pour l'occasion qui nous a été donnée de participer à ce symposium. Nous avons initialement envisagé d'organiser nous-mêmes à cette époque, un séminaire européen sur les problèmes professionnels, mais nous avons été très heureux en revanche de coopérer avec la Commission des Communautés européennes. L'étroit parallélisme entre nos intérêts est illustré par le fait que cinq des orateurs qui ont été inscrits à votre programme sont des experts membres de notre "Vocational Commission", Council ou autres organismes. En outre, des membres de notre "Vocational Commission" sont venus du monde entier à Luxembourg pour ces réunions: des vignobles d'Australie, des côtes ensoleillées de Roumanie, des gratte-ciel d'Afrique et des jungles de New York. Nous avons même amené un membre de Grande-Bretagne! Aussi, dans les quelques observations que je désire faire, je peux vous indiquer quelques unes des idées qui ont été discutées dans notre groupe, lequel réunit des spécialistes de la réadaptation professionnelle des pays de la Communauté Européenne ainsi que ceux qui se consacrent au même travail dans d'autres parties du monde.

Il ne fait aucun doute que certains des principaux problèmes et méthodes de réadaptation professionnelle nous ont été présentés avec une compétence exceptionnelle. Nous entendrons ici des résumés des débats exposés par trois éminents experts, et il ne m'appartient pas d'empiéter sur leurs domaines. J'aimerais néanmoins commenter certains des points qui ont été abordés dans dix rapports et qui ont une importance particulière pour le programme futur.

Le premier point consiste à nous rappeler que les dangers qu'il y a à traiter " les handicapés " comme un groupe lorsque nous parlons, pensons ou agissons sont beaucoup plus graves que simplement sémantiques. Non seulement nous obscurcissons le fait que la fonction

de la réadaptation professionnelle est d'assister des individus, mais nous avons tendance à perdre de vue les problèmes propres à ces individus et notamment à ceux qui doivent faire face à des handicaps vraiment sérieux et permanents. Les statistiques sur les cas de réadaptation professionnelle réussie des "handicapés" donnent invariablement une impression fautive quant au degré de nos succès compte tenu de la proportion relativement faible de ceux dont les handicaps ont atteint cette extrémité de l'échelle de gravité.

Un second point étroitement lié au précédent ressort d'un examen des facteurs qui, dans nos sociétés et communautés, sont responsables de la transformation d'une infirmité en un véritable handicap. Nous ne pouvons certes négliger l'infirmité en elle-même - amputation, paralysie, perte de fonction, etc. -. Le fait est, toutefois, qu'à quelques exceptions près, notre science et notre habileté nous ont permis de réparer ou de compenser la plupart de ces infirmités. Notre incompétence et notre échec sont principalement associés à l'environnement dans lequel la diminution physique ou mentale devient un handicap : environnement physique et environnement social.

Nous avons beaucoup parlé et accompli certains progrès importants dans l'élimination des barrières architecturales et dans l'amélioration des transports publics.

Malheureusement, nous avons à peine gratté la surface. Il n'y a aucune ville au monde dans laquelle une personne dont la mobilité est sérieusement entravée puisse se rendre à son travail ou s'adonner à d'autres activités de la vie courante sans toutes sortes d'aides particulières. Si vous avez quelques doutes à ce sujet, je suggère que vous empruntiez ou louiez un fauteuil roulant et que vous essayiez de vivre dans ce fauteuil une journée d'activité normale. Les objectifs professionnels des grands handicapés sont plus souvent entravés par leur incapacité à surmonter des obstacles de mobilité pour sortir de chez eux, se rendre à leur lieu de travail, se déplacer sur leur lieu de travail et revenir chez eux, que par toute autre cause.

Nous avons donc érigé des obstacles sociaux qui barrent la route à une vie professionnelle normale pour les catégories de personnes sérieusement handicapées qui sont ainsi marquées. Les progrès

réalisés dans la compréhension des préjugés socio-psychologiques dont souffrent les handicapés et dans l'adoption de mesures aptes à éliminer ces préjugés ont été plus accidentels que voulus.

Dans ce domaine, le taux de progression est tel que nous pouvons espérer aborder l'âge de pierre à la fin de ce siècle.

Plusieurs orateurs ont abordé ces problèmes de l'environnement physique et social, et je ne vous apporte rien de neuf si ce n'est l'opinion que ce sont là des problèmes principaux pour lesquels nous faisons beaucoup trop peu.

Troisièmement, j'aimerais dire un mot sur la valeur générale de l'objectif du travail tel que nous le définissons à l'ère de la révolution post-industrielle et dans les pays industrialisés. Il est très facile de fournir des données de civilisations comparées pour démontrer que la corrélation que nous établissons entre emploi rémunérateur et vie satisfaisante n'est pas nécessairement valable pour toute l'humanité - et notre travail dans les pays en voie de développement doit en tenir compte. Dans les pays de la Communauté, et dans beaucoup d'autres, une profession économiquement rationnelle est un élément essentiel de satisfaction dans la vie pour la plupart des personnes handicapées ou non; mais il existe quelques raisons importantes de restreindre cette généralisation.

La première a trait à la réduction de la proportion de temps et d'attention nécessaires à un individu pour l'exécution satisfaisante de son travail. La semaine de cinq jours se généralisant, l'individu moyen ne passe plus au travail que 35% de son temps non consacré au sommeil. Nous voyons les débuts de la semaine de quatre jours qui va permettre de faire un travail avec moins de 30 % de temps non consacré au sommeil. Quoiqu'il en soit, il y a aujourd'hui des tranches importantes de temps que l'individu passe ailleurs qu'à son travail, et il est probable que cela sera plus vrai encore dans l'avenir. Pour la population en général, et donc aussi pour les handicapés, l'importance des loisirs augmente en conséquence, ce qui restreint évidemment l'importance de la réadaptation professionnelle comme élément de la réadaptation en général.

Je crois qu'il est également utile et nécessaire de se rendre compte qu'il existe à la fois une certaine variété et un certain de-

gré d'illogisme dans nos désignations des activités professionnelles socialement acceptables. En général, nous demandons qu'il y ait une rémunération financière; mais pas toujours, comme dans le cas de la femme au foyer. Dans le cas des artistes et autres personnes ayant une activité créatrice, l'appréciation est plus fondée sur les succès obtenus que sur le temps qui y est consacré. Il y a de nombreuses ramifications intéressantes conduisant à la sociologie du travail. Pour le domaine de la réadaptation, elles donnent à penser que nous pouvons et devons accueillir une plus grande variété de solutions possibles au problème de l'aide aux grands handicapés pour que ceux-ci trouvent une forme de vie satisfaisante. Dans certains cas, la solution peut consister en une certaine forme d'activité réfléchie qui n'est pas économiquement productive au sens traditionnel du terme, mais qui doit être acceptée du fait qu'elle résout le problème pour l'individu concerné. Si nous voulons que cela soit réalisable sur le plan économique, il faudra quelque peu modifier nos concepts de rentabilité, mais ce sont là des détails relativement infimes si nous pouvons par là améliorer la possibilité pour nos concitoyens sérieusement handicapés de mener une vie personnellement satisfaisante et socialement acceptable.

En conclusion, en rappelant combien nous apprécions le fait que la Commission des Communautés européennes ait abordé ce symposium et tous ses travaux en matière de réadaptation professionnelle dans un esprit de coopération avec tous ceux qui travaillent dans ce domaine, je voudrais faire appel à tous les intéressés pour une collaboration internationale de plus en plus étroite. Il est évident que nous améliorons notre efficacité et multiplions les effets de nos ressources lorsque nous évitons les double emplois et les efforts parallèles inutiles.

S'il est un aspect de nos préoccupations générales qui requiert aujourd'hui une attention accrue et mérite d'être pris tout particulièrement en considération par la Commission, c'est celui de l'ensemble des problèmes concernant les possibilités de vie de ceux qui sont atteints d'incapacités physiques graves et permanentes. Dans certains cas spéciaux, dus le plus souvent aux dispositions exceptionnelles des individus concernés, la réadaptation de grands handicapés est couronnée de succès; mais en général, nous aboutissons à

des compromis moins que satisfaisants entre les problèmes personnels de l'individu et les obstacles d'environnement que nous créons. Il nous faut repenser le problème dans un esprit créateur et tout ce que vous pourrez faire à cet égard, sera bienvenu.

P. HOUSSA

Synthèse du thème " Préparation au travail "

La première partie du Colloque européen sur la réadaptation professionnelle et le placement des handicapés se devait d'étudier l'action médicale tant au cours de la réadaptation fonctionnelle qu'au cours de l'entraînement à l'effort jusqu'à la phase de la formation professionnelle. Le Comité organisateur avait limité des exposés aux généralités, ne voulant pas envisager des cas particuliers.

Il importait en premier lieu de définir la notion d'invalidité et celle de handicap. Le Docteur NOESEN, estime que l'invalidité était considérée antérieurement comme ayant perdu sa santé ou une fonction au cours de la guerre; cette déficience étant compensée par l'octroi d'une pension; bientôt, le terme d'invalidité confond l'état déficitaire et la pension. Dans la suite, la victime du travail ou du trafic fut aussi considérée comme invalide.

Actuellement, en réadaptation, on préfère le terme de personne handicapée, c'est-à-dire :

- " celle qui doit pouvoir bénéficier de certains avantages,
- " aides et mesures, pour avoir les mêmes chances de réussite
- " dans sa vie scolaire, professionnelle et socio-familiale,
- " les avantages ne sont pas consentis à titre d'indemnisation
- " ou de réparation de lésions anatomiques, mais à titre de
- " préparation à des tâches définies et adéquates."

Enfin, l'évaluation du handicap n'est plus nécessairement en rapport avec le degré d'invalidité, mais elle est destinée à déterminer le potentiel individuel résiduel de travail par comparaison avec la situation antérieure à la lésion pathologique.

En fait, l'invalidité est une notion statique et le handicap une notion dynamique puisque par la réadaptation on tend à assurer un salaire normal ou même supérieur à celui perçu antérieurement.

Pour le Docteur JOCHHEIM, la notion d'invalidité a pris naissance essentiellement en fonction de l'attribution d'une pension que la société octroyait en compensation d'une perte fonctionnelle ou anatomique entraînant une dépréciation sur le marché du travail selon des dispositions légales.

Si le handicap comprend trois facteurs bien définis : un syndrome de déficience, une répercussion sur les activités quotidiennes et une réduction des activités professionnelles, il est possible par un programme de réadaptation d'assurer une réintégration favorable dans la société. En fait, il juge avec raison que le handicap est en rapport étroit avec la possibilité de travail.

En conclusion, j'estime qu'en plus de la valeur de ces rapports, le choix du terme handicapé est des plus heureux du point de vue humain parce qu'il remplace une série de termes autrefois utilisés et qui présentaient souvent un caractère péjoratif.

C'est au Docteur GERUNDINI que revient la tâche d'exposer le rôle de la médecine de réadaptation. Il en a décrit minutieusement les techniques et surtout l'atmosphère particulière dans laquelle doit se dérouler ses actions. Il a insisté comme il se devait sur la précocité de son application et sur la nécessité de la continuer aussi longtemps que l'indépendance n'est pas acquise ou mieux encore avant la reprise d'une activité professionnelle.

Tous les aspects du patient doivent être l'objet d'investigations soigneuses aussi bien dans le domaine physique que psychologique. Ce qui demande des techniciens de formations diverses réalisant une équipe homogène en fonction du handicap à réadapter. Ce qui domine la réadaptation, c'est l'esprit dans lequel elle doit être menée. Sans esprit d'équipe, il n'est guère concevable de réaliser de la réadaptation. C'est lui qui est l'élément fondamental, essentiel, qui doit permettre au handicapé de reprendre confiance en lui, en sa valeur humaine, sociale et professionnelle. C'est-à-dire que le handicapé est en fait l'élément le plus important de l'équipe. Aussi, doit-il être associé à son traitement en étant informé de son état,

des possibilités de récupération et de son retour à la vie sociale.

Il est souhaitable de mettre en oeuvre une ergothérapie particulière qui permet de corriger une lésion physique tout en reproduisant sur des machines adaptées spécialement, des gestes professionnels propres au métier du travailleur handicapé. Cette ergothérapie particulière facilite et accélère le retour au travail.

Cet exposé détaillé permet de mesurer l'importance des médecins et des auxiliaires de la médecine en réadaptation. Ce qui a permis au Docteur HOUSSA d'insister pour que dans le curriculum des études médicales et paramédicales la réadaptation fasse l'objet d'un enseignement spécial; trop peu d'heures lui sont consacrées et trop peu de chaires existent dans nos universités européennes.

Nous espérons que ce colloque pourra faire entendre sa voix auprès des autorités pour qu'enfin la réadaptation, grâce aux informations dispensées, occupe la place que les handicapés attendent.

Quelques remarques furent présentées à la suite de ces communications.

Un orateur de la République Fédérale d'Allemagne estime à juste titre que toute interruption professionnelle provoque des difficultés de réinsertion dans la suite et qu'il serait souhaitable d'assurer une coopération entre l'industrie et les centres de réadaptation. Cette remarque justifiée a déjà reçu des solutions favorables dans plusieurs pays.

Mr. LENOBLE a souligné, non sans raison, que les orateurs n'avaient pas parlé de l'adaptation du handicapé par la société. Cette observation était tout à fait justifiée et il est évident que si le handicapé doit admettre son handicap, la société doit admettre le handicapé.

Etant sociologue, il souhaite que le milieu où doit vivre le handicapé soit soumis à une étude préalable. Personnellement, il me semble préférable de s'efforcer de faire vivre le handicapé dans un milieu normal.

Divers orateurs, Dr. VENEMA, Mr. COOPER, appuient la nécessité d'enseigner la réadaptation aux médecins et à leurs auxiliaires. Toutefois, le Dr. VENEMA souhaiterait voir des centres de réadapta-

tion fonctionnelle se créer dans l'enceinte d'hôpitaux généraux.

Aux Pays-Bas, il existe heureusement quatre chaires universitaires et la réadaptation constitue une spécialité reconnue.

Pour Mr. COOPER, parfois l'ignorance de médecins traitants en réadaptation freine la réinsertion sociale du patient.

Le Professeur CESA-BIANCHI insiste sur l'importance d'une réadaptation psychique; sur la nécessité d'agir sur la famille du handicapé et même sur la société. Cette remarque qui est d'application courante dans certains pays démontre l'intérêt qu'il y aurait de créer un esprit européen de la réadaptation.

Mr. CRAVIOTTO en demandant que le personnel des Centres connaisse les milieux du travail appuie la nécessité de créer un enseignement spécial.

MM. PIERQUIN, CAHEN et STORM étudient les modalités de la réadaptation au travail.

Le patient ne peut pas toujours passer de la réadaptation fonctionnelle au travail et certains même seront contraints de changer de métier.

Pour les uns comme pour les autres, il faut un stade intermédiaire dénommé "réentraînement à l'effort" pour les premiers ou "réentraînement au travail" pour les seconds.

Le handicapé qui doit apprendre un nouveau métier doit acquérir de nouvelles connaissances - théoriques et pratiques - longuement décrites dans les rapports. Aussi faut-il, par la jonction d'activités gymniques à des activités d'atelier, entraîner le patient vers une vie professionnelle nouvelle.

Celle-ci sera choisie après un examen psychotechnique, soit après une orientation continuée faite par l'observation de la conduite de comportement du patient soumis périodiquement à des examens psychotechniques.

C'est à Madame MUTTERER et à Mr. BOLL que revient l'exposé de la formation professionnelle.

Madame MUTTERER estime avec raison que le problème est difficile : le handicap existe, les séquelles peuvent être sévères et la

vie professionnelle n'est pas encore dépourvue de fatigue, de barrières. Divers facteurs interviennent dans le choix du moyen de formation : l'âge surtout - la formation dans une école technique classique ou une entreprise; ce qui permet souvent un retour plus rapide dans le circuit économique.

L'enseignement par correspondance peut aider certains handicapés graves. Enfin, des établissements spécialisés "centres de formation professionnelle", sont souvent créés grâce à l'impulsion des handicapés.

Mr. BOLL estime que "80% des handicapés en âge de rendement professionnel pourraient être intégrés dans l'économie générale indépendamment de l'origine, de la gravité ou des incidences de leur handicap si on mettait à leur disposition toutes les aides modernes de réadaptation actuellement mises au point, essayées pratiquement et de ce fait réalisables".

Cette déclaration optimiste est suivie d'un exposé magistral qui, en fait, est la relation de réalisations existantes et qui peuvent être mises en application du moment que l'on dispose des moyens et du matériel indispensable ainsi que des moniteurs qualifiés.

L'avenir professionnel des handicapés paraît plus favorable pour autant, bien entendu, que l'on puisse réaliser ce que Mr. BOLL décrit.

Quelques orateurs prirent encore la parole :

Le Docteur DEMOL, envisageant le cas de jeunes hémiplegiques, décrit qu'à côté des troubles primaires, il en existe de secondaires demandant souvent la mise en oeuvre de techniques très complexes et rendant la réadaptation professionnelle impossible. Il insiste sur la nécessité d'enseigner la réadaptation aussi bien dans l'enseignement classique que dans l'enseignement post gradué.

Un orateur italien se demande s'il ne faudrait pas enseigner différents métiers pour stimuler les énergies des handicapés qui sont souvent complexés.

Le Docteur MONTICELLI, fait débiter la réadaptation professionnelle dès la guérison clinique, dans un groupe homogène en utilisant les machines normales et en s'inspirant dans le choix du métier du

marché de la main-d'oeuvre régionale.

Mademoiselle FOUCHE, souhaite une information plus large et un échange important de personnel, de matériel, de méthode: ainsi qu'un abaissement des barrières douanières pour le matériel indispensable ainsi que pour les prothèses et orthèses.

Un orateur de la République Fédérale d'Allemagne souhaite - judicieusement que les architectes se penchent enfin, dans leurs créations, sur le problème des handicapés.

Et enfin, le Docteur JOCHHEIM espère que l'aide des Communautés européennes continuera tant pour les programmes de recherche que pour le maintien de la collaboration internationale en réadaptation.

*

* * *

Personnellement, au terme de la synthèse de la préparation du handicapé au travail, il me plaît de souligner l'importance que la C.E.E. peut jouer dans le futur pour l'information des milieux de réadaptation d'abord, du public ensuite et des autorités nationales enfin.

Grâce à ce Colloque, nous repartirons chez nous avec plus d'optimisme pour la réadaptation professionnelle des handicapés graves et leur réinsertion sociale et professionnelle .

Nous tenons à remercier vivement la Commission des Communautés européennes d'avoir permis de nous enrichir les uns les autres durant ces trois jours dans ce domaine si humain et au bénéfice de ceux que le sort a frappé.

M. HOFRICHTER

Synthèse du thème "Placement"

Les rapports des experts et les discussions des participants ont montré que la réadaptation a bénéficié au cours des dernières années d'une large prise de conscience. L'intégration professionnelle du handicapé est reconnue comme un devoir éminemment social. Ce col-

loque a toutefois révélé qu'il subsiste encore sur cette voie qui doit conduire aux buts poursuivis par tous des disparités et des problèmes considérables dont les principaux seront examinés ci-après:

1. Dispositions légales et mesures adoptées dans les Etats membres

Les exposés de MM. MARON et VELDKAMP font état de l'impressionnante évolution qui s'est réalisée au cours de notre siècle et qui a conduit de la simple aide sociale jusqu'au droit de l'individu à la réadaptation et au travail. Les tendances constatées dans les pays membres sont concordantes, mais des disparités subsistent dans la définition des différents droits ainsi que dans les prestations offertes.

Il y a par conséquent lieu d'arrêter, dans les pays membres de la Communauté, une réglementation garantissant à tout handicapé le droit à l'intégration professionnelle ou au travail, abstraction faite de sa situation juridique et de la cause ou de l'origine de son handicap. Pour offrir cette garantie, la politique de réadaptation de chaque pays devrait s'assigner pour objectif de réserver un traitement identique aux conditions de fait intéressant tous les handicapés, (par exemple la détermination du montant des frais de subsistance du réadapté et de sa famille, l'octroi d'argent de poche, le remboursement des frais de voyage exposés par le handicapé pour rejoindre sa famille lorsqu'il séjourne en internat en vue de sa rééducation professionnelle, etc.)

Lorsque seront harmonisées les législations et les mesures mises en oeuvre dans les différents pays, le second but à atteindre sera de faire en sorte que tout citoyen, quel que soit le pays membre de la Communauté d'où il est originaire, puisse faire valoir partout dans la Communauté européenne son droit à la réadaptation.

Mr. VELDKAMP s'est longuement expliqué sur le problème de l'abandon du principe de causalité sous la contrainte des nécessités modernes et de son remplacement par le principe de finalité. L'intérêt qu'il y a à faire relever les handicapés en fonction de la cause de leur handicap d'un organisme déterminé dans le régime de sécurité sociale ne saurait être contesté. La fonction organisatrice d'un tel régime ne doit toutefois pas aller jusqu'à porter atteinte au droit

général du handicapé à la réadaptation. La question se pose de savoir dans quelle mesure ces deux principes peuvent coexister dans des structures qui sont le fruit d'une évolution historique. Mais quoi qu'il en soit, il faut que l'ensemble des réglementations et des mesures prévues suffisent à répondre pleinement au droit de l'individu à la réadaptation.

2. Information et orientation

Les nombreux exposés ont tous évoqué le rôle essentiel de l'information, qui doit intervenir tôt, être solide et étendue. Des enquêtes confirment que la population n'a qu'une très faible notion des possibilités offertes par la réadaptation. C'est pourquoi les régimes de sécurité sociale devraient être tenus de développer dans les différents pays un dense réseau de services aptes à informer en général ou, en cas de consultations, à proposer à bon escient des solutions satisfaisantes.

3. La collaboration indispensable des experts

Dans ce domaine, l'accent est mis sur le fait qu'il n'est pratiquement plus possible de jouer le rôle du conseiller à vocation universelle, omniscient et sachant tout faire. Il est nécessaire que, lors de la création d'emplois, des médecins, des psychologues et des conseillers techniques viennent, le cas échéant, se joindre au conseiller de la réadaptation afin de contribuer avec celui-ci à l'obtention d'un résultat durable pour le réadapté.

4. Le système des emplois réservés

Ce système se fonde sur une conception psychologique fautive, à savoir que l'emploi d'un handicapé constitue fondamentalement une charge pour l'entreprise. Cela est en contradiction avec les efforts de réadaptation qui tendent, par des mesures appropriées, de mettre le réadapté à même de fournir un rendement normal à son poste de travail et de soutenir la comparaison avec des non handicapés. D'autre part, ce système des emplois réservés peut, dans certaines situations particulières apporter une contribution positive à l'obtention de solutions quantitatives (suites de la guerre, décalage structurel, modifications territoriales, par exemple).

Il conviendrait de donner aux Etats membres, dans le cadre des

Communautés européennes, un aperçu objectif des avantages et des inconvénients du système des emplois réservés.

5. La création et le choix des emplois

Dans l'étude de ce problème s'entremêlent les aspects techniques, organisationnels et fondamentaux. Les experts MM. MIROT et SALMON ont fourni des explications très détaillées à ce sujet, et nous leur en sommes reconnaissants. Nous ne pouvons que les approuver lorsqu'ils affirment que les services de l'emploi devraient disposer d'une section spéciale ayant pour tâche exclusive d'intégrer les handicapés dans une activité professionnelle. Pour l'accomplissement de cette tâche il faut que du point de vue technique notamment bien des conditions soient remplies, mais leur importance ne devrait pas être surestimée. Le facteur déterminant reste que le conseiller de réadaptation s'identifie au réadapté qui lui est confié, que grâce à sa force de persuasion et à sa connaissance des possibilités qui sont offertes il s'ingénie, soutenu par la volonté du handicapé lui-même, à aplanir les voies qui conduisent au but c'est-à-dire à l'intégration professionnelle. Mais on ferait erreur en considérant isolément l'emploi et ses exigences. Pour la réussite professionnelle, de nombreux aspects socio-psychologiques à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise doivent également être pris en considération. C'est là une tâche difficile à assumer par un spécialiste, qui soit en même temps une personnalité. Nous n'aurions qu'à nous en féliciter si, à partir de l'expérience acquise dans les pays membres, la Communauté élaborait pour la création et la sélection d'emplois des directives sur la base de conceptions pragmatiques et se conformant à la pratique quotidienne.

6. Réaffectation à l'ancien emploi

Il apparaît tout indiqué d'axer les efforts de réadaptation avant tout sur la réaffectation de l'intéressé à son ancien emploi. Dans bien des cas cela donne aussi satisfaction. Mais il ne faudrait pas qu'une solution aussi évidente fasse perdre de vue une solution meilleure pour l'individu et pour tous les handicapés. L'importance de cette question et la responsabilité dont elle nous charge sont considérables.

7. Echange d'expériences

Certains exposés et certaines remarques faites au cours des discussions ont attiré l'attention sur la nécessité de procéder à un échange d'expériences sur une très vaste échelle. Cette exigence est très pertinente. La Communauté, en tant qu'instance centrale, s'y prête tout particulièrement. L'intérêt, c'est que le flux des informations dépasse les frontières nationales. Mots d'ordre :

- Echange d'experts,
- Information sur des modèles et des aménagements de programmes pour la promotion professionnelle,
- Indications sur des techniques et des appareils et machines de conception nouvelle.

Par ailleurs, les grandes foires techniques spécialisées, organisées dans les pays membres, ne semblent pas être suffisamment mises à profit pour recenser les progrès susceptibles d'apporter des chances nouvelles et supplémentaires pour l'emploi des handicapés.

8. Formation et réadaptation du personnel qualifié

Pour que la politique de la réadaptation et l'efficacité des efforts de réadaptation donnent des résultats, il faut pouvoir disposer d'un personnel compétent spécialisé en matière de réadaptation en nombre suffisant. Pour remplir cette condition, il faut fournir un travail important. Comme point de départ, la Communauté pourrait s'intéresser :

- . à la définition de profils professionnels pour le personnel spécialisé en matière de réadaptation,
- . à la création d'une institution européenne - cercle d'études ou institut - pour la formation et le perfectionnement du personnel spécialisé en matière de réadaptation.

9. Travail en milieu protégé

Les exposés de MM. HEERING et LENNIG ont démontré de façon convaincante que "le placement et l'adaptation en milieu de travail protégé" est un second marché du travail très utile et indispensable pour la réadaptation. Il convient d'appuyer la proposition de M. Lennig d'adopter comme expression technique l'appellation "ateliers pour handicapés". Dans l'ensemble, l'évolution a été satisfaisante dans ce

domaine également et les résultats obtenus sont excellents. Il pourrait néanmoins être utile de formuler des principes pour la création "d'ateliers pour handicapés" qui, eu égard à l'énormité des besoins, faciliteraient cette évolution et permettraient d'éviter des tentatives vouées à l'échec. Des principes de ce genre devraient également apporter une réponse aux questions posées par M. LENNIG en conclusion de son exposé à propos du rapport qui existe entre les conditions économiques, d'une part, et les impératifs sociaux, d'autre part.

En ce qui concerne les ateliers protégés, il ne faut pas oublier que, pour les handicapés qui sont appelés à y travailler ou qui y travaillent déjà, il ne faut jamais perdre de vue la possibilité de leur ouvrir l'accès au marché libre de l'emploi, et cela ne doit pas être interprété comme une prise de position critique ou réservée.

Une forme intermédiaire de travail en milieu protégé résulte du fait que les employeurs occupant des handicapés bénéficient d'encouragements financiers. Il ne fait pas de doute qu'il s'agit là d'une mesure d'aide à la réadaptation professionnelle, mais il faudra bien réfléchir à l'importance et à la durée de ces aides financières afin que l'attrait financier ne conduise pas à amenuiser l'initiative de l'entreprise et d'aboutir à des mesures techniques tendant à accroître la capacité de rendement des handicapés.

10. Attitude du handicapé à l'égard du travail

Cette question ayant été soulevée, une réponse tendait à qualifier cette attitude, selon le cas, de bonne, de médiocre et d'insuffisante. Une telle classification me paraît critiquable. Il convient de noter tout d'abord que, pour le handicapé aussi, le travail n'est pas seulement une source de revenus, mais qu'il l'aide en même temps à prendre conscience de lui-même, à se rendre moins dépendant des tiers et de vivre comme un homme parmi les hommes. D'autre part, sur le plan objectif et subjectif, les attitudes adoptées à l'égard du travail, dépendent de la manière dont je prépare les handicapés qui me demandent conseil, des chances de réussite que lui offre le processus de réadaptation et de la mesure dans laquelle le conseiller en matière de réadaptation est capable de convaincre l'individu non seulement que le programme présente des avantages, mais aussi que le travail est un élément fondamental de l'existence. Malheureusement cer-

taines manifestations bureaucratiques peuvent avoir une action inhibitrice. C'est pourquoi nous devons tous veiller à ce que la procédure purement administrative soit aussi rapide que possible et, en cas de doute sur la compétence, à ne pas imposer au réadapté une attente éreintante. L'existence d'accords à ce sujet entre les organismes intéressés sera toujours d'un grand secours pour éliminer ces dangers.

Répercussions des mutations économiques et du progrès technique

Les éléments liés au progrès technique et aux mutations économiques sont appréciés de façons diverses. Dans la mesure où l'on en tire des conceptions négatives, cette attitude apparaît pessimiste et déplacée. C'est précisément le progrès dans le domaine technique comme dans celui de la physique et de la médecine qui nous aide à venir à bout des grands problèmes de la réadaptation.

Ce n'est qu'en empruntant cette voie qu'on peut répondre aux exigences sociales et alléger des destinées humaines, tout en tenant compte des impératifs économiques.

11. Information du public et recherche

Il a déjà été dit plus haut que l'opinion publique se soucie peu de la réadaptation. L'information doit agir avec plus de vigueur ici pour sensibiliser l'opinion publique à la politique de réadaptation. La recherche absolument indispensable ne se réalise à l'heure actuelle qu'à la faveur d'initiatives fortuites et d'activités sporadiques. La Communauté aurait un grand mérite à mettre au point et à concevoir sans tarder une stratégie de la recherche. Il faudrait faire appel, dans les pays membres, à des experts dans les disciplines importantes telles que médecine, psychologie, technique, orientation professionnelle, sociologie, etc... pour élaborer un programme à long terme qui vienne apporter, sur le plan scientifique, un appui efficace à la réadaptation. A cet égard, il convient de souligner également une revendication déjà souvent exprimée, selon laquelle la réadaptation en tant que problème éminemment social devrait occuper une place de tout premier plan dans les domaines scientifiques comme l'université, la recherche et l'enseignement.

Conclusion

Les positions exposées démontrent suffisamment qu'il n'y a pas lieu de se déclarer satisfaits des progrès accomplis (même s'ils sont considérables) ni du niveau atteint dans le domaine de la réadaptation professionnelle.

Comme nous demandons que le handicapé fasse chaque jour une nouvelle conquête sur lui-même, il faudrait que la Communauté européenne nous apporte le concours de son énergie et de ses possibilités pour poser, dans la réalité sociale, de nouveaux exemples de réadaptation empruntant des voies diverses.

G.M.J. VELDKAMP

Synthèse des "Points de vue"

I. Faire un résumé des points de vue exprimés par les différents groupes concernés par la réadaptation professionnelle et le reclassement des handicapés se heurte à des difficultés en ce sens que l'auteur du présent rapport de synthèse ne peut que donner un résumé de ce qui a été dit dans les excellents exposés introductifs. A cet égard, j'ai l'impression que tous les éléments pertinents n'ont pas été évoqués. Cela s'applique tout particulièrement au point de vue des handicapés eux-mêmes. En écoutant M. GLOMBIG, j'ai eu l'impression d'entendre un excellent exposé du membre du Bundestag, portant principalement sur la situation qui existe en Allemagne, plutôt que l'exposé d'une personne traduisant le point de vue des handicapés. C'est sans doute la raison pour laquelle M. GLOMBIG a précisé lui-même qu'il ne présentait pas de façon traditionnelle le point de vue des handicapés, mais qu'il entendait axer son exposé sur la politique pratiquée par les Communautés européennes et notamment par la Commission. Les différents exposés qui ont été faits par des handicapés au cours des derniers jours nous ont permis d'entendre également d'autres opinions, et je m'attendais à vrai dire à ce que celles-ci soient avancées d'une façon plus systématique au cours de la réunion de ce matin. Je songe plus particulièrement à la doléance des handicapés

selon laquelle il leur est toujours demandé de s'adapter à la société dans laquelle ils vivent, alors qu'il est rarement fait appel aux diverses institutions sociales pour qu'elles s'adaptent aux handicapés dans notre société. Il sera surtout nécessaire de chercher une solution conjointement avec les handicapés. Diverses sciences, telles que la sociologie, la psychologie sociale et la médecine sociale, devraient attaquer ce problème sur un plan multidisciplinaire.

A juste titre, M. GLOMBIG a commencé son exposé en montant une nouvelle fois en épingle une grande difficulté à laquelle se heurte l'ensemble de la politique sociale dans les Communautés européennes. Le traité de Rome a négligé la politique sociale encore que l'on ait dit à plusieurs reprises qu'une interprétation extensive du Traité et un peu de bonne volonté de la part des Etats membres pour collaborer à une telle interprétation permettraient de combler cette lacune dans une large mesure. On ne peut toutefois faire à la Commission des Communautés européennes le reproche de n'avoir pris ni dans le passé, ni dans le présent, suffisamment d'initiatives en cette matière. Sans doute peut-on affirmer que dans le passé, cela n'a pas tout à fait été le cas pour la C.C.E. en ce qui concerne l'objet de ce colloque, mais la C.E.C.A. y a, en tout cas, porté une grande attention. Je pense avec M. GLOMBIG que notre colloque pourrait être un important catalyseur pour la mise en oeuvre d'une politique européenne de réadaptation professionnelle et de reclassement des handicapés, et que la politique des Etats membres pourrait également en tirer des enseignements particuliers. Toutefois, la concordance de nos vues s'arrête en partie à ce point. M. GLOMBIG estime que la décision prise le 13 mars 1969 par le Conseil de Ministres des Communautés européennes doit aboutir à la mise sur pied d'un programme concret d'action politique, et qu'il ne faut pas trop se perdre en discussions théoriques sur les définitions etc... Il plaide en faveur d'un programme concret d'action politique qui - étant un compromis - pourrait être approuvé par tous les Etats membres et pourrait être coordonné avec la politique d'autres organismes tels que le Conseil de l'Europe, l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation internationale du Travail. J'approuve naturellement de tout coeur ces deux dernières conditions. Dans le cadre des articles 117 et 118 du traité instituant la C.E.E., la Commission peut évidemment prendre des initiatives de toute sorte, mais si le Conseil

de Ministres n'est pas d'accord, ses activités ont moins de chances de succès que lorsqu'il y a accord, cela surtout lorsqu'il s'agit de questions telles que celles-ci, qui relèvent de la compétence des autorités nationales. Et si la Commission entreprenait les mêmes projets que le Conseil de l'Europe, l'O.M.S. et l'O.I.T., cela signifierait tout simplement un gaspillage de temps et de travail.

J'ai beaucoup plus de mal à accepter un programme complet d'action qui ne doit pas se soucier beaucoup de discussions théoriques sur les définitions, etc... Je suis évidemment assez homme politique pour savoir qu'une politique doit être aussi concrète que possible, mais je suis en même temps suffisamment homme de science pour savoir que des programmes politiques dans des domaines tels que celui dont nous parlons ici sont dangereux s'ils ne s'appuient pas sur une recherche scientifique sérieuse et coordonnée. C'est pourquoi je voudrais apporter une modification importante à l'idée exprimée par M.GLOMBIG, et je voudrais faire une distinction entre les objectifs politiques à court terme et à long terme.

Sur la base de ce que nous savons déjà - et cela n'est pas peu - nous pouvons naturellement nous rendre compte de ce qui peut se faire concrètement, à court terme. Cela est notamment nécessaire pour convaincre les nombreux handicapés qui se trouvent parmi nous de la réalité de la politique européenne, et aussi pour leur donner la certitude qu'ils peuvent effectivement faire valoir dans la pratique les droits dont le caractère sacré est souvent proclamé solennellement par les hommes politiques. Mais, dans le prolongement de cette idée, il convient de mettre au point une recherche approfondie, coordonnée et, dès lors, communautaire, afin de donner le branle à une politique à long terme pour les handicapés, constituant en même temps un horizon social et économique pour les handicapés dans l'Europe de demain. Je n'irai pas jusqu'à dire sans plus que je partage l'opinion de M. GLOMBIG lorsqu'il affirme qu'au cours de ses vingt années d'existence, le Conseil de l'Europe a adopté trente recommandations et décisions qui n'ont eu guère de suites. Je crois que l'activité déployée par le Conseil de l'Europe dans le domaine de la politique en matière de réadaptation a assurément eu de l'importance, mais si M. GLOMBIG a voulu dire que, dans le cadre des Communautés européennes, nous nous devons d'atteindre des résultats concrets de plus grande ampleur, je

suis entièrement d'accord avec lui.

II. En ce qui concerne la nature du programme à mettre au point par la Commission européenne, je pense avec MM. BALME, WEBER et GODART que toute l'attention que nous voulons accorder à la réadaptation ne peut nous faire oublier la prévention. A cet égard, je tiens à faire personnellement remarquer qu'il y a un énorme besoin de coordination dans la prévention des accidents. Dans de nombreux pays, il existe plusieurs organismes qui s'occupent, en ordre dispersé, de la prévention des accidents du travail et des accidents de la circulation. Si mes souvenirs sont exacts, le nombre d'accidents se produisant en dehors des entreprises et de la circulation routière est un multiple des accidents qui surviennent dans ces deux secteurs. Un grand nombre d'accidents ont toutefois lieu dans des circonstances semblables et se manifestent de façon analogue, tant dans leur forme que dans leurs conséquences. Il me semble que l'acceptation du principe de finalité, généralement adopté ici, exige que la prévention de tous les accidents soit intégrée autant que possible sur le double plan national et international. On ne saurait accorder trop d'attention à ce point car, quelles que soient les possibilités offertes par la réadaptation, l'adage : mieux vaut prévenir que guérir s'applique précisément en l'espèce.

Tous les orateurs - MM. GLOMBIG, BALME, WEBER, BORSTLAP, BASTENIER et GODART - ont abordé des problèmes importants en ce qui concerne l'élaboration et l'exécution du programme. Je cite :

1.- Application intégrale du principe de l'égalité de traitement appliqué à tous les handicapés. Cela me paraît être une conséquence découlant logiquement de l'adoption du principe de finalité.

2.- Obligation générale de déclaration de tous les handicapés. Cette obligation - qui a été évoquée au cours de la discussion - me paraît également correspondre à l'adoption du principe de finalité.

3.- Organisation optimale de la réadaptation.

4.- Adaptation des dispositions légales en vigueur dans les pays membres pour permettre la création de centres communautaires de réadaptation et échange d'experts entre les pays membres. Cela me paraît très important. Au cours d'une réunion comme celle-ci, chacun

d'entre nous doit avoir constamment le sentiment que l'un des pays a pris une avance dans certains domaines, et tel autre pays dans d'autres domaines. Grâce aux échanges, nous pourrions faire fructifier nos connaissances respectives, et cela pourrait évidemment se faire très efficacement dans un centre communautaire de réadaptation. Il y aurait particulièrement lieu de se réjouir si la Commission pouvait créer un tel centre communautaire de réadaptation en y affectant des moyens du Fonds social.

5.- Coordination de la recherche et de la documentation.

Après ce que je viens de dire au sujet de la politique à long terme, vous ne serez pas étonné que je fasse volontiers mien ce souhait exprimé particulièrement par MM. GLOMBIG et BORSTLAP.

6.- Adoption de critères communs pour l'établissement d'une carte d'identité européenne pour les handicapés.

7.- Etablissement de contacts étroits entre les organismes responsables de la réadaptation sociale et les services qui entretiennent le contact entre les entreprises.

Pour l'ensemble de ces points, je souscris volontiers au souhait exprimé par M. GLOMBIG, selon lequel le Fonds social des Communautés européennes devrait être mobilisé en faveur de l'aspect institutionnel de la réadaptation et de la coordination avec d'autres instances.

Restant dans le cadre des exigences auxquelles doit satisfaire le programme à élaborer par la Commission européenne, je mentionne parmi les idées qui ont été mises en avant :

1.- La nécessité de faire en sorte que les possibilités de réadaptation soient facilement accessibles au handicapé et qu'il ne soit pas dans l'obligation de découvrir lui-même ces possibilités qui se présentent souvent à lui comme un labyrinthe.

2.- La mise en relief en tous points de la nécessité d'appliquer le principe de causalité. A ce sujet, M. GLOMBIG a insisté sur le fait que la réadaptation des enfants et des adultes ne doit pas être scindée. Après mon exposé sur la nécessité d'abandonner le principe de causalité, je ne vous étonnerai pas en vous disant que je souscris de tout coeur à l'idée de réadaptation ainsi conçue. Toute-

fois, j'ajoute immédiatement - bien que cela soit sans doute superflu-
qu'il convient bien entendu de distinguer des aspects particuliers
pour les différents groupes. A de nombreux égards, la réadaptation
d'enfants demande d'autres mesures que la réadaptation ou, si l'on
veut, la réinsertion dans la société des personnes âgées.

3.- La nécessité de créer sur le plan institutionnel un systè-
me cohérent de mesures. Dans ce domaine, MM. BASTENIER et GODART ont
insisté sur un recours aussi rapide que possible et permanent à la ré-
adaptation. Dans mon pays, j'ai souvent entendu dire par des médecins
spécialistes de la réadaptation que celle-ci doit commencer dès que
le sujet arrive sur une civière.

4.- La réadaptation ne doit pas conduire à l'isolement.
MM. BALME, WEBER et BORSTLAP ont insisté à juste titre sur le fait
que "l'apartheid" doit être évité dans toutes les mesures prises.
C'est pourquoi - ainsi que l'a dit M. GLOMBIG - l'intégration dans
tous les milieux est également nécessaire, ainsi que la collaboration
de tous les milieux et - non en dernier lieu - celle du handicapé lui-
même.

5.- MM. BASTENIER et GODART plaident tout particulièrement
pour une collaboration étroite des travailleurs et de leurs représen-
tants à la politique de réadaptation dans le cadre des services médi-
caux du travail et de tous les autres organismes qui poursuivent spé-
cifiquement cet objectif et sont acceptés par les partenaires sociaux.

III. Divers orateurs ont souligné les aspects importants, concernant
l'économie et l'emploi, que présente le problème de la réadaptation.
M. GLOMBIG a évoqué en premier lieu le nombre croissant des jeunes in-
valides. Il en résulte une charge énorme pour les pays membres, tant
du point de vue des sommes à verser par la sécurité sociale que du
point de vue de perte de production, ce qui, d'après l'orateur, vaut
tout particulièrement pour l'Italie.

M. GLOMBIG a fait observer à juste titre que la réadaptation
est une forme de politique sociale qui ne coûte pas seulement de l'ar-
gent. Elle a un effet multiplicateur que l'on peut qualifier de très
élevé. MM. BALME et WEBER ont de leur côté souligné l'utilité écono-
mique de la réadaptation, mais ils ont très justement ajouté que la
réadaptation sert également la dignité de l'homme.

M. BORSTLAP dit la même chose lorsqu'il affirme que l'effort tendant à réintégrer les handicapés dans la vie active trouve sa justification dans la valeur du travail, non seulement du point de vue économique, mais également en tant que moyen d'épanouissement de sa personnalité. Il est généralement admis que les entreprises doivent apporter leur concours à la réadaptation. MM. BALME et WEBER font remarquer à juste titre que les employeurs doivent fournir des emplois aux handicapés, ce qui n'est possible qu'avec des moyens économiques. Ils font observer que les incitations décisives à la réintégration sont l'évolution du marché de l'emploi, l'efficacité de la réadaptation professionnelle et l'élimination des préjugés existant à l'égard des handicapés. Cette déclaration du côté des employeurs est appuyée par le représentant des travailleurs, M. BORSTLAP. Il estime préférable de donner aux handicapés un emploi dans une entreprise privée plutôt que dans un atelier protégé. Il ajoute que les entreprises devraient se voir imposer l'obligation légale d'occuper des handicapés, ce qui, avec l'aide de la sécurité sociale, doit permettre à un handicapé qui travaille d'avoir un revenu égal à celui de ses collègues valides. Les employeurs rejettent cette contrainte. Les médecins spécialistes de la réadaptation MM. BASTENIER et GODART estiment eux aussi que les entreprises doivent pratiquer une politique spécifique pour les handicapés.

Il est évident que beaucoup de recherches sont nécessaires dans ce domaine. Une meilleure connaissance du marché de l'emploi et des possibilités qu'il offre aux handicapés, ainsi qu'une étude du rapport qui existe entre le régime de sécurité sociale et la politique de l'emploi sont selon moi nécessaires. Il y a sans doute lieu de préciser que j'ai en vue ici le marché de l'emploi sous tous ses aspects. Très souvent - et certainement lorsqu'il s'agit d'ateliers protégés - les emplois offerts aux handicapés sont à caractère industriel. L'ensemble du secteur tertiaire doit toutefois être également pris en considération.

IV. Les différents orateurs se sont par ailleurs prononcés sur les mesures législatives. J'ai déjà fait observer que les représentants des travailleurs estiment que des mesures contraignantes sont nécessaires pour assurer l'intégration des handicapés dans les entreprises, cette opinion n'étant pas partagée par les employeurs. Avec ces

derniers je suis bien d'avis - tout en estimant qu'une législation contraignante est absolument nécessaire - qu'il s'agit essentiellement en l'espèce d'amener un changement de la mentalité. Ici aussi s'applique le vieil adage selon lequel de bonnes moeurs valent mieux que de bonnes lois.

De leur côté, les médecins spécialistes de la réadaptation demandent que la loi précise les obligations des entreprises en matière de reclassement de travailleurs. Ils rappellent que si la Communauté reconnaît le droit des handicapés au travail, elle se doit de prévoir les moyens permettant de réaliser l'application pratique de ce droit.

Il va sans dire que cela découle de l'application du principe de finalité, qui doit mettre un terme à la discrimination fondée sur la cause du handicap. On a beau vouloir être optimiste sur ce point, mais la réalité est évidemment que le principe de finalité est encore loin d'être mis en pratique dans les pays membres de la Communauté. En prenant connaissance des opinions exprimées par de nombreux experts, on se rend compte qu'un grand nombre de difficultés devront encore être surmontées pour en arriver à l'application du principe de finalité dans les différents pays membres. Je me demande s'il n'est pas souhaitable que la Commission européenne dresse l'inventaire de ces difficultés et en confie l'étude à un institut de recherches indépendant, tel que l'Institut européen de la Sécurité sociale, qui sera certainement tout disposé à se charger de ce travail.

Un aspect particulier de la réglementation en la matière concerne la formation professionnelle. MM. BALME et WEBER ont indiqué que, pour les mesures relatives à la formation professionnelle, il convient de tenir compte de l'évolution de la politique de l'emploi et qu'il faut par conséquent entretenir un contact étroit avec les entreprises. Ils estiment que, pour toutes les mesures de réadaptation professionnelle, le point de départ doit être - si possible - la dernière profession exercée. Dans la mesure du possible, les intéressés doivent se voir réaffectés à leur ancien emploi chez leur ancien employeur. C'est pour cette raison que l'entreprise joue également un rôle essentiel dans le domaine de la réadaptation.

D'après ces orateurs, il faut que, pour atteindre ce but, la loi crée aussi certaines incitations. Il faut néanmoins disposer de

centres de réadaptation pour la mise en oeuvre des mesures en matière de formation professionnelle. Il convient de trouver un équilibre entre la nécessité de disposer d'établissements décentralisés et celle de prévoir un large éventail de possibilités de formation. MM. BALME et WEBER ont indiqué à cet égard que les centres doivent essayer de se rapprocher de l'entreprise et de la pratique. En ce qui concerne leur durée, les mesures de formation doivent être organisées de façon optimale. Comme pour l'ensemble des travailleurs, la mobilité professionnelle des handicapés doit être assurée par une large formation de base. A cet égard, on peut prendre comme point de départ l'expérience professionnelle existante. Les programmes de formation doivent tenir compte de la dynamique de l'économie. Les handicapés ne doivent pas devenir des travailleurs de second ordre, ainsi que M. BORSTLAP l'a très justement fait observer. Dans ce contexte se place son observation selon laquelle des emplois sociaux reviennent aux handicapés qui, en raison de la faible capacité de travail qui leur reste, ne peuvent être placés dans le secteur privé. Comme il le fait très justement observer, les emplois sociaux ne sont pas destinés aux chômeurs âgés ou aux inadaptes sociaux, et - ainsi que l'a fait observer M. GLOMBIG - ils n'apportent pas non plus, en principe, une solution au problème de la mise au travail permanente des handicapés.

Mais, se demandera-t-on, à quoi servent alors les emplois sociaux. Dans différents pays membres, les emplois sociaux ont sensiblement évolué en devenant des emplois de remplacement. Mais je me demande quelle fonction les emplois de ce genre devront remplir dans un proche avenir dans notre société ? Est-il indiqué de mettre précisément ici au tout premier plan l'exécution d'un travail productif. Faut-il en effet s'efforcer de mettre sur pied des entreprises au sens strictement économique du terme dont le motif fondamental est la minimalisation des pertes ? Faut-il envisager la concentration ou la décentralisation ? En considération de la santé publique mentale, ne faut-il pas mettre davantage l'accent sur la structure du mode de vie ? Il s'agit là d'une série de questions qui demandent une réponse. Il est urgent de les étudier au niveau européen, cela en faisant appel aux experts qui ont créé et développé le travail en atelier protégé dans les pays membres.

V. Pour terminer mon exposé, je m'associe volontiers à la remarque de

M.GLOMBIG selon laquelle le handicapé doit bénéficier dans les pays membres de la Communauté européenne d'une réadaptation optimale. J'ajoute avec insistance que cela doit également s'appliquer aux jeunes, aux ménagères et aux personnes âgées. A cet effet, il faut élaborer des programmes à court et à long terme. Les programmes à court terme peuvent être concrets, fondés sur des faits d'expérience connus. Les programmes à long terme demandent une recherche communautaire approfondie et donc coordonnée. Le Fonds social des Communautés européennes, d'une part, et les caisses concernées de la sécurité sociale, d'autre part, peuvent fournir les moyens financiers nécessaires. Une solution des plus modernes doit être apportée à de nombreux problèmes, parmi lesquels j'ai cité la coordination entre la sécurité sociale et le placement des handicapés, et une analyse critique faite sous l'angle de l'efficacité, des difficultés et des moyens permettant de les surmonter lors de l'application du principe de finalité dans la législation des pays membres, ainsi que la forme appropriée des emplois sociaux. Il faudra en outre étudier des questions importantes que posent l'orientation et la formation professionnelles des handicapés. Il sera enfin nécessaire de procéder à une recherche pour les besoins d'un groupe important de grands handicapés pour qui la réadaptation ne peut déboucher sur une forme quelconque de travail, mais avec l'aide desquels nous devons rechercher les moyens de donner à leur vie un contenu qui soit aussi judicieux que possible.

Si la Commission européenne réussit à résoudre ces problèmes, elle aura non seulement réalisé pour les handicapés européens une oeuvre importante en matière de politique sociale, mais elle aura en même temps démontré qu'il est possible de pratiquer une politique européenne notamment dans le domaine social. Je lui souhaite de tout coeur - ainsi qu'à M. VINCK qui a été le grand inspirateur en la matière - d'obtenir ce résultat.

F. VINCK

Discours de clôture

Ma tâche sera relativement facile. En effet, le plus important sur le plan technique a été fait par nos trois rapporteurs de synthèse.

Il me revient la charge de tirer les conclusions de caractère politique de ce Colloque.

Je voudrais d'abord commencer par vous rappeler comment le Colloque est né. Déjà dans le cadre de la Communauté européenne du Charbon et de l'Acier, nous avons entrepris des recherches importantes dans le domaine de la réadaptation des accidentés et des victimes de maladies professionnelles du charbon et de l'acier.

Nous assistons ces dernières années à un accroissement inquiétant du nombre des handicapés pour toute une série de causes qui ont été longuement développées pendant le Colloque.

Les Institutions communautaires - Conseil et Commission - s'en sont inquiétées à juste titre et le Conseil des Ministres a demandé à la Commission de lui faire des propositions concernant la coopération qui pourrait s'instaurer entre nos six pays et entre le Conseil et la Commission sur ce grave problème.

Et puis, je puis me permettre maintenant de vous divulguer un petit secret et exprimer en même temps ma reconnaissance particulière à M. REGNIERS, Président de la Société Internationale de Réadaptation des Handicapés. C'est en effet lui qui avait l'intention d'organiser un Colloque sur ce même problème et avec son consentement volontaire, la Commission lui a chipé son Colloque. Qu'il en soit ici ouvertement remercié.

Et je voudrais aussi rappeler le titre : "Colloque européen sur la Réadaptation professionnelle et le Placement des Handicapés".

Il s'agit là d'un choix et par conséquent d'objectifs limitatifs. Ceci ne veut nullement dire que la Commission n'est pas consciente des autres aspects multiples du problème des Handicapés. Elle a pensé que le dicton est toujours vrai : " Qui trop embrasse, mal étreint".

C'est sans fausse modestie que je déclare que ce premier Colloque organisé par la Commission des Communautés européennes, ce premier coup, est un coup de maître.

En effet, nous avons eu l'honneur et la joie de pouvoir rassembler une brochette de rapporteurs et de co-rapporteurs qui constitue incontestablement un faisceau de connaissances et d'expériences unique dans notre Communauté.

Nous avons en outre eu l'honneur et le grand plaisir d'avoir la présence parmi nous des Organisations internationales de loin les plus valables traitant ce même problème. Je pense :

- au Bureau International du Travail
- à l'Organisation Mondiale de la Santé
- au Conseil de l'Europe
- à la Société Internationale de Réadaptation des Handicapés
- à l'Association Internationale de la Sécurité Sociale

Je pense en outre à tous les spécialistes des pays que nous appelons encore aujourd'hui les pays tiers et puis à tous les spécialistes du problème, non seulement de et dans la Communauté, mais également des pays de l'Ouest et de l'Est. Ceci est de bonne augure pour l'ouverture et l'élargissement de la Communauté dans le domaine qui nous est cher.

L'objectif de notre Colloque a été clairement défini par M. COPPE, lorsqu'il disait : "Il faut, autant que faire se peut, réadapter les hommes et les femmes plutôt que de les mettre prématurément à la pension. Il faut ouvrir largement le marché du travail aux handicapés et le garder largement ouvert".

"Si nous avons voulu donner pour thème central au présent Colloque la réadaptation professionnelle et le placement, c'est bien parce qu'il nous semblait essentiel de trouver un lien entre la phase médicale et la phase professionnelle de la réadaptation. Trop souvent encore, aujourd'hui, nous ne savons répondre à l'incertitude qui frappe un handicapé que par des perspectives limitées et à court terme. Comment espérer, dans ces conditions que l'intéressé soit suffisamment "motivé" pour franchir dans de bonnes conditions les diverses

étapes qu'on lui propose. Une chance suffisante de succès ne peut être garantie que par une prise en charge globale, valable dès le départ, pour l'ensemble du processus, donnant à l'intéressé l'assurance d'une coordination efficace entre les moyens qui seront successivement utilisés, et la certitude que ce parcours le conduira à une issue satisfaisante pour lui. Au fond, nous devrions parvenir à supprimer la distinction entre les handicapés et les autres, par une bonne intégration. C'est le but ultime. Ce n'est qu'alors que nous aurons éliminé l'impression de dépendance qui pèse sur certains parmi nous".

Je ne crois pas me tromper en disant que tous les rapporteurs de la "Préparation au travail" jusqu'au "Placement" de l'handicapé - ont suivi ce fil conducteur et qu'ainsi entre les experts les plus qualifiés et la Commission des Communautés européennes il n'y a pas de divergences de vues sur le "but ultime" à atteindre.

M. COPPE vous a encore dit : "Au cours de ces trois jours, la Commission compte aller plus loin sur le plan des idées, avec votre aide- elle veut en effet fonder les lignes directrices d'une politique sur une synthèse d'expériences concrètes. Elle espère que vous allez contribuer à cette synthèse. Elle ne manquera pas d'approfondir et de développer, dans le cadre de son action, les conclusions auxquelles vous allez parvenir.

Tenant compte des concours que nous avons pu recevoir, de la qualité des personnalités qui sont réunies ici, il ne fait pas de doute que vos travaux seront fructueux et apporteront aux institutions communautaires les éléments de base indispensables au lancement d'un programme d'action au plan de la Communauté".

Je puis affirmer, dès maintenant, que les matériaux assemblés grâce à ce Colloque aideront puissamment la Commission dans l'élaboration d'un programme d'action concret, programme dont nous saisirons le Conseil des Ministres, car nous voulons, en coopération avec lui, élaborer sur le plan politique une manière de penser le problème de la réadaptation et une manière de promouvoir l'emploi des handicapés qui soit conforme aux finalités de notre époque.

Là encore, nous aurons à faire des choix, mais nous pourrons le faire en connaissance de cause, grâce à vous.

Cependant, ce qui est clair dès maintenant, c'est que de toute évidence il est absolument nécessaire que ce Colloque constitue une véritable rampe de lancement pour la création d'un organe composé des experts scientifiques et gouvernementaux, des employeurs, des travailleurs et des handicapés pour une rencontre permanente de tous ceux qui aujourd'hui dans nos pays s'occupent du problème de la réadaptation professionnelle et du placement des handicapés. Cette Commission serait l'instrument efficace pour dégager au fur et à mesure des véritables programmes d'actions pour organiser les échanges des hommes et de la documentation, pour la diffusion des connaissances et la définition des recherches à entreprendre.

Dans cette rencontre, les experts des Organisations Internationales et d'autres pays ne seront certainement pas de trop.

Il m'est apparu clairement que vous avez réalisé dans le domaine qui nous préoccupe des choses merveilleuses et étonnantes, mais il faut bien l'avouer dans un ordre dispersé. Il ne fait pas de doute que si nous parvenions à connaître de façon permanente ce qui se fait de meilleur dans chacun de nos pays, si nous pouvions, non pas sporadiquement comme dans des colloques, mais dans un organisme de caractère permanent, échanger nos vues sur la valeur ou les lacunes des expériences, nous pourrions développer des méthodes et des moyens augmentant singulièrement l'efficacité de tous nos efforts.

Je pense que, si nous parvenions à utiliser d'une façon coordonnée les moyens d'action qui existent dans la Communauté :

- les organismes de consultation entre Institutions communautaires et partenaires sociaux (Comité permanent de l'emploi),
- les moyens de la C.E.C.A.,
- les moyens du Fonds Social Européen rénové,
- les moyens dont disposent les gouvernements nationaux et régionaux (Départements, Provinces, Länder),
- les centres hospitaliers, de réadaptation et de préparation professionnelle,
- les organismes privés et publics ayant la vocation des problèmes des handicapés,
- les organisations professionnelles (employeurs -

- syndicats)

beaucoup de double emplois seraient évités, des gains considérables seraient réalisés, des possibilités immenses de coopération fructueuse seraient créées en faveur de la vie et de l'avenir des handicapés d'aujourd'hui et de demain.

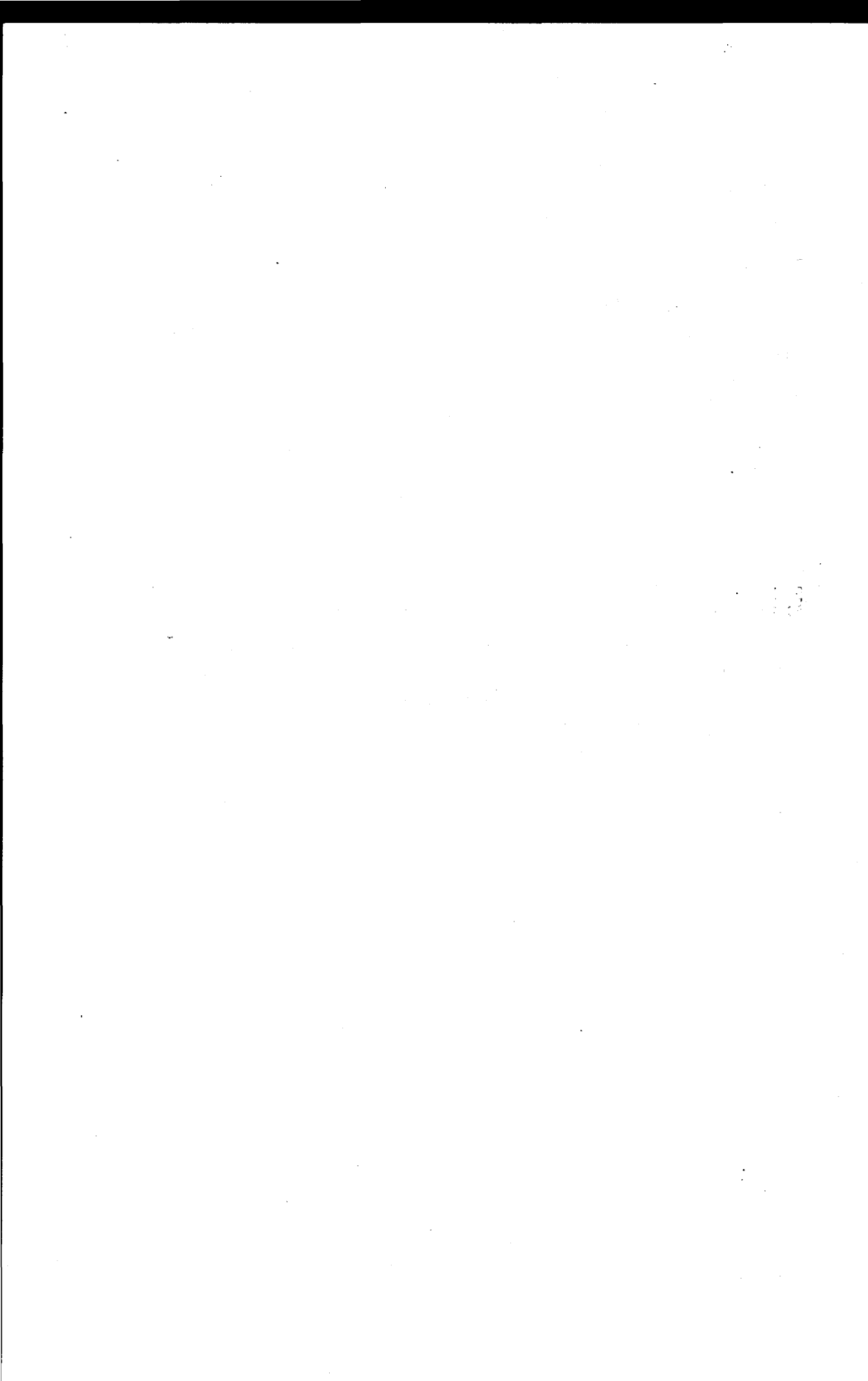
Il me reste un agréable devoir, celui d'exprimer des sentiments de gratitude à tous ceux - rapporteurs, co-rapporteurs, présidents de séance - qui nous ont aidé dans l'organisation et la réussite de ce beau Colloque.

Je m'en voudrais cependant de ne pas adresser des remerciements particulièrement chaleureux à mon Directeur, le Dr. VIDALI, et à toute son équipe, qui dans un laps de temps extrêmement court, sont parvenus à mettre sur pied, d'une façon remarquable, cette première grande rencontre communautaire.

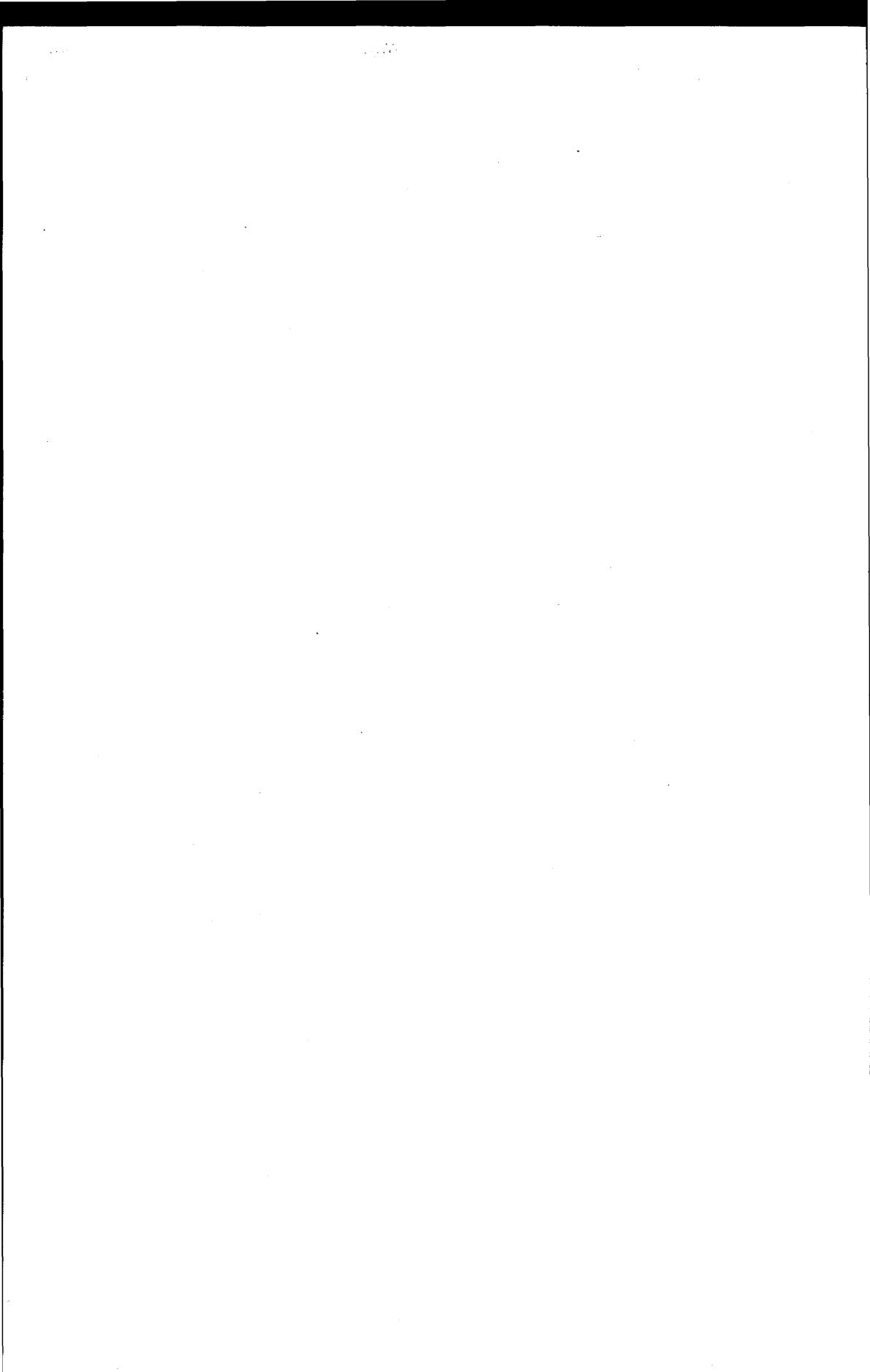
Je veux aussi adresser des vifs remerciements à l'équipe de nos interprètes qui, pendant trois jours, nous ont aidé à la compréhension mutuelle indispensable au succès de cette grande entreprise.

C'est avec une grande émotion que je clôture ce Colloque. J'ai tenu à ce qu'il soit organisé avant mon départ des Communautés européennes, non seulement pour des raisons professionnelles, mais également pour des raisons de caractère personnel dont beaucoup d'entre vous connaissent la signification.

Il me reste à vous souhaiter bon retour et bon travail en faveur de ceux qui ont été dans nos esprits et dans nos coeurs ces trois derniers jours.



DOCUMENTATION



1. COMITÉ ORGANISATEUR

- MM. R. BALME Centre Européen de l'Entreprise Publique
(CEEP)
64, rue de la Loi, 1040 BRUXELLES
- W. BOLL Berufsförderungswerk Heidelberg
Postfach 306, 69 HEIDELBERG
- F. CASTIN Union des Industries de la Communauté
Européenne (UNICE)
4, rue Ravenstein, 1000 BRUXELLES
- T. DECLERC Confédération des Syndicats Chrétiens
135, rue de la Loi, 1040 BRUXELLES
- G. GERUNDINI Scuola di Riqualificazione Professionale
Ospedale Civile, 20025 LEGNANO
- M. HOFRICHTER Berufsarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
55, Eysseneckstrasse, 6 FRANKFURT am Main
- P. HOUSSA Centre de Traumatologie et de Réadaptation
Hôpital Universitaire Brugmann,
1020 BRUXELLES
- G. LINDEMAN Confédération des Organisations Profession-
nelles Agricoles (COPA)
Gesamtverband der Landwirtschaftlichen
Alterskassen
35 KASSEL
- A. MARON Fonds National de Reclassement Social des
Handicapés
14, rue du Meiboom, 1000 BRUXELLES
- A. MONTICELLI Associazione Mutilati ed Invalidi del Lavoro
11, via S. Tommaso d'Aquino, ROMA

- A. MOTTA Secrétariat CGT-CGIL
21, rue de l'Industrie, 1040 BRUXELLES
- G. MUHR Confédération Européenne des Syndicats
Libres (CESL)
37, rue Montagne-aux-Herbes-Potagères,
1000 BRUXELLES
- M^{me} M. MUTTERER Centre de Réadaptation Professionnelle
4, rue Albert-Camus, 68 MULHOUSE-DORNACH
- MM. R. NOESEN Ministère de la Santé Publique, du Travail et
de la Sécurité Sociale
55, bd de la Pétrusse, LUXEMBOURG
- R. PRIGENT Comité Français de Liaison pour la Réadap-
tation des Handicapés
38, bd Raspail, 75 PARIS-VII^e
- N. RICCIARDI-TENORE Ministero Lavoro e Previdenza Sociale
Ispettorato Provinciale Lavoro
6, Via C. de Lollis, ROMA
- G. M. J. VELDKAMP Gedempte Gracht, 40
6e Verdieping, 's-GRAVENHAGE
- F. VINCK Directeur Général de la Direction Générale
« Affaires Sociales »
Commission des Communautés Européennes
200, rue de la Loi, 1040 BRUXELLES,
Tél. 35 00 40/1898
- U. VIDALI Directeur à la Direction Générale « Affaires
Sociales »
Commission des Communautés Européennes
29, rue Aldringen, LUXEMBOURG
Tél. 292 41/333

2. LISTE DES PARTICIPANTS

ACHERMANN Karl, Dr.	Federal Social Insurance Office Effingerstrasse 33 3003 BERNE (Suisse)
ACTION NORMAN	Secretary General International Society for Rehabilitation of the Disabled 219 East 44th Street NEW YORK, N.Y. 10017 (U.S.A.)
ALBERS Jan, Referent	Institut für Rehabilitation und berufliche Bildung, Heidelberg Postfach 306 6900 HEIDELBERG 1 (Deutschland)
ALBERT Bernard	Directeur adjoint de l'Institut Lorrain de Psycho- Pédagogie de l'Enfance Inadaptée 41, avenue de la Liberté 57 LE-BAN-SAINT-MARTIN (France)
ALBERTINI	Directeur au Centre de Rééducation Fonctionnelle 26, rue Dailly 92 SAINT-CLOUD (France)
AMOROSO Antonio	Direttore Generale Istituto Addestramento Lavoratori C.I.S.L. Via Livenza, 7 00198 ROMA (Italia)
AMOUDRU C., Dr.	Médecin-Chef des Charbonnages de France B.P. n° 396.08 9, avenue Percier 75 PARIS-XIII ^e (France)
APFFEL Jean, Dr.	Médecin du Travail des Mines de Potasse d'Alsace 23, rue Pascal 68 MULHOUSE (France)
AUBIN-RIDET C. Journaliste	Actualités Sociales Hebdomadaires 14, bd. Montmartre 75 PARIS-IX ^e (France)
BALMR Robert	Chef Adjoint du Serv. PROFOR E.D.F./G.D.F. 2, rue Louis Murat 75 PARIS-VIII ^e (France)
BARBIER Odile	A.P.F./C.F.D.T. 13, boulevard Wilson 67 STRASBOURG (France)

- BARTH G.** Assistante Sociale
Automobiles Peugeot
Centre de Production de Mulhouse
B.P. 403
68 MULHOUSE (France)
- BARTHOLOMAE H.M., Dr. med.** 4600 DORTMUND-MENGEDE (Deutschland)
Bürenstrasse 7
- BASTENIER Hervé** Directeur du Laboratoire de Médecine du travail et
Professeur d'Hygiène du milieu
Université Libre de Bruxelles
100, rue Belliard
1040 BRUXELLES (Belgique)
- BAUGNIES DE SAINT-MARCEAUX** Administrateur de Sociétés
Frédéric-Gaston 58, Boulevard d'Inkermann
92 NEUILLY/SEINE (France)
- BEKENKAMP, Dr. med.** Leiter der Abteilung Arbeitsmedizin beim
Zentralstab
Ruhrkohle AG
43 ESSEN (Deutschland)
Rellinghauserstrasse 1
- BERGERS A.A.M.** Directeur „Werkenrode“ Vakopleiding voor Minder
Valide Jongeren
Nijmeegsebaan 9
GROESBEEK (Nederland)
- BERLOGEA Octavian, Prof. Dr.** International Society for Rehabilitation of the
Disabled
Rehabilitation International
62, Romulus Street
Sector 4
BUCUREST (Romania)
- BERTIN Michel, Dr.** Attaché au Comité Médical Chargé des études sur
les services médicaux, et Conseil auprès des Directions
Générales E.D.F./G.D.F.
5, rue Alfred de Vigny
75 PARIS-VIII* (France)
- BESSERO Carlo, Dott.** Ispettore Generale del Lavoro e Capo dell'Ispetto-
rato Medico Centrale del Lavoro Ministero del
Lavoro e Previdenza Sociale
Via Aureliana, 7
00187 ROMA (Italia)
- BEUDEKER** Verbond van Nederlandse Ondernemingen
Prinses Beatrixlaan, 5
DEN HAAG (Nederland)
- BICHELER Manfred, Dr.** Ministerialrat beim Arbeits- und Sozialministerium
Baden Württemberg
7000 STUTTGART (Deutschland)
Rotebühlplatz 30

- BIENFAIT Marcel** Chef du Service de Kinésithérapie à l'Oeuvre des
Jeunes Garçons Infirmes
223, rue Lecourbe
75 PARIS-XV^e (France)
- BLEICKER Walter**
Direktor Vorstand des Berufsförderungswerkes Birkenfeld
6588 BIRKENFELD/Nahe (Deutschland)
Elisabeth-Stiftung
- BOINET Jean** Directeur au Fonds spécial d'assistance et Fonds
de soins médico-socio-pédagogiques pour handicapés
du Ministère de la Santé Publique à Bruxelles
26, rue Pierre Delacroix
1150 BRUXELLES (Belgique)
- BOLL Werner** Direktor des Berufsförderungswerks Heidelberg
6900 HEIDELBERG (Deutschland)
Postfach 306
- BORSTLAP Adrianus** Julianaweg 101
UTRECHT (Nederland)
- BOURGADE Jean, Dr.** Médecin Chef de la Sécurité Sociale
Caisse régionale d'Assurance maladie
1, rue Charles le Téméraire
21 DIJON (France)
- BOURMER Horst, Dr. Med.** Facharzt für Chirurgie
Chefarzt des Städt. Krankenhauses Köln-Worringen
Leitender Arzt der Chirurgie-Abteilung
5000 KÖLN-WORRINGEN (Deutschland)
St. Tönnis-Str. 63
- BOURRINET Henri** Professeur Ecole Européenne
28, rue des Romains
LUXEMBOURG
- BOUWEN Maria** Maatschappelijk Assistente Verbond Christelijke
Mutualiteiten
Korte Begijnenstraat 26
2300 TURNHOUT (België)
- BRANDERS Frans, Aalmoezener** Jerusalemstraat 19
8000 BRUGGE (België)
- BREUKEL S.J.H.** Consulents arbeidsvoorziening van gehandicapten
Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Dr. Reijerstraat 12
LEIDSCHENDAM (Nederland)
- BRICOULT Richard** Directeur de l'Institut Médico-Pédagogique du
Hainaut
179, avenue Paul Pasteur
6100 MONT-SUR-MARCHIENNE (Belgique)
- BRIENS Jean, Dr.** Médecin-Directeur du Centre de Réadaptation
Fonctionnelle de Kerpape
B.P. n° 153
56 LORIENT (Morbihan) (France)

- BRIENS M^{me}** Assistante Sociale du Centre de Réadaptation
Fonctionnelle de Kerpape
B.P. n° 153
56 LORIENT (Morbihan) (France)
- BRINKMANN Christian**
Dipl.-Soziologe Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der
Bundesanstalt für Arbeit
8500 ERLANGEN (Deutschland)
Geschwister-Scholl-Str. 8
- BRINKMANN O., Dr. med.** 4350 RECKLINGHAUSEN (Deutschland)
Westerholter 82
- BROUWERS Joseph, Dr.** Maître de conférences à l'Université de Louvain
121, rue Théodore de Cuyper
1200 BRUXELLES (Belgique)
- BUISSON Jean-Yves** Secrétaire Général de l'Association des Paralysés
de France
27, avenue Mozart
75 PARIS-XVI^e (France)
- BULLA Herbert** Industriegewerkschaft Bergau und Energie
4630 BOCHUM (Deutschland)
Alte Hattingerstr. 19
- BUSSIENNE Pierre, Dr.** Société Wendel-Sidelor
2, Faubourg Sainte-Berthe
57 HAYANGE (France)
- CAHEN Gabriel, Dr.** Médecin Chef du Centre de Réentraînement au
Travail de Gondreville
54 GONDREVILLE (France)
- CASTIN FRANZ** Union des Industries de la Communauté européenne
4, rue Ravenstein
1000 BRUXELLES (Belgique)
- CATANI Sesto** Membre du Comité Exécutif du LAV
Secrétaire de la délégation ouvrière
d'ARBED-Differdange
10, rue Woïwer
OBERCORN (Gr.-D. de Luxembourg)
- CAZAMIAN Pierre, Dr.** CERCHAR - Laboratoire de Psycho-Physiologie
Appliquée
9, avenue Percier
75 PARIS-VIII^e (France)
- CESA-BIANCHI Marcello**
Professore Istituto di Psicologia della Facoltà Medica
Via Francesco Sforza, 23
20122 MILANO (Italia)
- CHOUTY Jean**
Journaliste Institut National de Recherche et de Sécurité
I.N.R.S.
9, avenue Montaigne
75 PARIS-VIII^e (France)

- CLAASS Albert, Dr. Domaine de la Garde
06 ST.-BLAISE (France)
- CLAESSENS H., Prof. Dr. Directeur
Kliniek voor Fysiotherapie en Orthopedie
Rijksuniversiteit-Gent
De Pintelaan, 135
9000-GENT (België)
- CLEVENOT Jean-Marie Assistant Social
Clinique médicale spécialisée pour
maladies respiratoires
67 SCHIRMECK (France)
- CNYRIM Curt, Dr. med. Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Chefarzt des Walter Poppelreuter-Hauses-
Neurologische Klinik
5414 VALLENDAR ÜBER KOBLENZ (Deutschland)
Alte Heerstr.
- COMMANAY Fernand-Bernard Directeur de l'Institut Médico-Éducatif pour
Handicapés Moteurs
31 RAMONVILLE-SAINT-AGNE (France)
- CONVENEVOLE Matteo, Dott. Villa Viparo
83010 STARZE DI SUMMONTE (Italia)
- COOPER Norman Ed. Bureau International du Travail
1211 GENEVE 22 (Suisse)
- CORDIER J.M., Dr. Directeur Adjoint
Centre Belge de Médecine du Travail
16, avenue des Alliés
6000 CHARLEROI (Belgique)
- CORNET Louise Chef de Service Social
Glacerie de Chantereine-Sté SAINT-GOBAIN
60 THOUROTTE (France)
- COSTA E SILVA LUIS, Dr. Médecin
Rol et Secla
CALDAS DA RAINHA (Portugal)
- COUDERT Charles Chef de Division du Reclassement Professionnel
Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie de
la Région Parisienne
69bis, rue de Dunkerque
75 PARIS-IX^e (France)
- CRAVIOTTO Giorgio Segretario Generale Minatori C.I.S.L.
Via Isonzo 42/A
00100 ROMA (Italia)
- CRICENTI Fortunato,
Prof. Dott. Dirigente Servizi Sanitari « Gruppo Breda »
Via Vipacco, 6
20126 MILANO (Italia)
- CROMMELIN A.M. Stichting Antonius Ziekenhuis, IJmuiden
Zeeweg, 168
IJMUIDEN-OOST (Nederland)

CROWET Pierre	Caisse Nationale Belge d'Assurance contre les Accidents du Travail 9, rue Alexandre de Craene 1030 BRUXELLES (Belgique)
CRUGNOLA Marie-Josée	Assistante Sociale Caisse Primaire d'Assurance Maladie rue Hauteseille 57 METZ (France)
CZERMAK Walter	Ministerialrat a.D. 5300 BONN (Deutschland) Lotharstrasse 19
DANDINI DE SYLVA Silvia Prof. ssa	Vice Presidente dell'Instituto «Leonarda Vaccari» per La Rieducazione dei Fanciulli Minorati Fisici Viale Angelico, 22 00195 ROMA (Italia)
DANIS Jean	Commission des Communautés Européennes D.G. « Affaires Sociales » 1040 BRUXELLES (Belgique)
DASSBACH Alfred	Direktor der Bau-Berufsgenossenschaft Frankfurt am Main 6000 FRANKFURT/MAIN (Deutschland) Berliner Strasse 55
DAUHS Joachim	Reichsbund der Kriegs- und Zivilbeschädigten Sozialrentner und Hinterbliebenen e.V. 5320 BAD GODESBERG (Deutschland) Beethovenstrasse 58
DE BAERE Michel	Algemeen Directeur Revalidatie Stichtingen Landegem V2W Poeldendries 14 LANDEGEM (België)
DE BOER H.A., Dr.	Hoofd van de Arbeidsmedische afdeling Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. Reijersstraat, 12 LEIDSCHENDAM (Nederland)
DE BOURBON BUSSET Brenda Margaret	Membre du Comité Nationale Français pour la Réadaptation des Handicapés 71, rue de Lille 75 PARIS-VII ^e (France)
DE BRABANDERE Germain	Directeur Revalidatietechnicus v/h Revalidatie Poeldendries 23 LANDEGEM (België)
DECKERS Raymond	Directeur du Village N° 1 Centre d'Adaptation Pédagogique et Sociale pour Adolescents et Adultes Mentalement Déficients 1421 OPHAIN/BSI (Belgique)

- DECLERCQ Tillo Confédération Syndicale des Cadres
135, rue de la Loi
1040 BRUXELLES (Belgique)
- DE GANCK Christian Advokaat
Gaveresteenweg, 52
9220 MERELBEKE (België)
- DE GENDT J. F.G.T.B.
42, rue Haute
1040 BRUXELLES (Belgique)
- DE GRAAF J. Christelijke Bedrijfsbond voor de Metaal-Nijverheid
en Elektrotechnische Industrie
Nijenoord 2
UTRECHT (Nederland)
- DEGREVE Jean, Dr. Médecin-inspecteur principal du travail
Ministère de l'Emploi et du Travail
53, rue Belliard
1040 BRUXELLES (Belgique)
- DE KEIJSER G.B., Dr. Revalidatie arts van de Stichting ter behartiging
van de revalidatie in samenwerking met de zieken-
huizen in Noord-Holland
Visweg 55
LIMMEN (Nederland)
- DE KONING Nicolaas-Cornelis, Dr. Bedrijfsarts kon. ned. hoogovens en staal-
fabrieken N.V.
IJMUIDEN (Nederland)
- DE LA RUWIERE Jeanne Présidente des Equipes Sociales de Malades
«AUXILIA »
247, avenue Paul Deschanel
1030 BRUXELLES (Belgique)
- DELSUC Françoise, Dr. Médecin-Directeur de la Cité Sanitaire de Clairvivire
24 CLAIRVIVRE (France)
- DEMOL Omer, Dr. Délégué du Groupement pour la promotion de la
réadaptation à l'Université Libre de Bruxelles
4, place A. Van Gehuchten
1020 BRUXELLES (Belgique)
- DEMULDER Roland, Dr. Président de l'Office Médico-social
Cité Administrative
Quartier Vésale
1010 BRUXELLES (Belgique)
- DE QUANT Wihhina-Elisabeth Verbond van Nederlandse Ondernemingen
Prinses Beatrixlaan 5
DEN HAAG (Nederland)
- DERATTE J.A. Président de la Commission d'Avis de l'Office des
Travailleurs Handicapés
Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
57, boulevard de la Pétrusse
LUXEMBOURG (Gd. Duché de Luxembourg)

- DESENFANS Georges, Dr. Médecin-Chef Honoraire de la Clinique Reine Fabiola
73, avenue du Centenaire
6080 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE (Belgique)
- DETAILLE Robert Chef de Sécurité à la Société Anonyme « Cockerill »
52, rue Croisette
4051 PLAINEVEAUX (Belgique)
- DEUTZMANN Fritz Oberverwaltungsrat bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz
4000 DÜSSELDORF (Deutschland)
Kirchfeldstrasse 57
- DE VERICOURT E., Dr. Chambre Syndicale de la Sidérurgie Française
5bis, rue de Madrid
75 PARIS-VIII^e (France)
- De VREEZE Georges Social Assistant
Faculteit Geneeskunde Dienst voor Hygiëne en Sociale Geneeskunde Akademisch Ziekenhuis-Blok A
De Pintelaan 135
9000 GENT (België)
- DE VRIES Marten, Dr. Provinciaal-arts voor de Revalidatie in Groningen
Gorechtkade 8
GRONINGEN (Nederland)
- DE WULF Léonard Vice-Président du Comité de Coordination des Organisations d'aveugles de la Communauté Économique Européenne
Willem Eckelers Str. 17
2020 ANTWERPEN (België)
- DEZEUZE Alfred Chef du Service « Réglementation Générale - Affaires Sociales » Direction E.D.F./G.D.F.
Directeur Adjt. 2, rue Louis Murat
75 PARIS-VIII^e (France)
- D'HOKER Wilfried Faculteit Geneeskunde Dienst voor Hygiëne en Sociale Geneeskunde Akademisch Ziekenhuis-Blok A
De Pintelaan 135
9000 GENT (België)
- DIERCKX R. L., Dr. Union Nationale des Mutualités Socialistes
3, avenue du Vivier d'Oie
1050 BRUXELLES (Belgique)
- DOFNY E., Dr. Médecin-Directeur du Centre Inter-Entreprises de Médecine du Travail à Charleroi
50, avenue de l'Europe
6000 CHARLEROI (Belgique)
- D'ONOFRIO Virgilio Società ITALSIDER
Prof. Dott. Via Guerrazzi 12
16146 GENOVA (Italia)
- DUBOT G. Responsable de l'Atelier Social de la Régie Renault
8, rue Emile Zola
92 BOULOGNE-BILLONCOURT (France)

- DUCHESNE Lucien, Dr. Chef de Service du centre de Traumatologie
et de Réadaptation Fonctionnelle des Assurances
Fédérales
178-180, chaussée d'Etterbeek
1040 BRUXELLES (Belgique)
- DUMAY Ginette
Conseiller Centre Psycho-Médico-Social
46, rue des Francs
1040 BRUXELLES (Belgique)
- DUQUESNE Anne-Marie, Dr. Service « Réadaptation »
Régionale d'Assurance Maladie de
Sécurité Sociale
Direction du Service de Contrôle Médical
11, boulevard Vauban
59 LILLE (France)
- DURAND, Melle Centre de Rééducation Motrice
33, rue Cl. Matry
77 FONTAINEBLEAU (France)
- DURIEU Colette Psychologue au Centre de Rééducation Fonctionnelle
26, rue Dailly
92 SAINT-CLOUD (France)
- DYCKMANS Achille Président de la Ligue Braille
Institution Nationale pour le bien des Aveugles
57, rue d'Angleterre
1060 BRUXELLES (Belgique)
- ERDMENGER Rolf, Dr. Direktor der Landesversicherungsanstalt Rhein-
provinz
4000 DÜSSELDORF (Deutschland)
Königsallee 71
- ESKELINEN Erkki, Dr. Institut für Arbeitshygien
Rehabilitationsabteilung
Haartmaninkatu 1
00290 HELSINKI (Finlande)
- EYQUEM Bernard Commission des Communautés Européennes
Office Statistique. Centre Européen du Kirchberg
Plateau du Kirchberg
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)
- FAJAL Guy, Dr. Faculté de Médecine de Nancy
12, rue d'Alsace
54 VANDOEUVRE-LES-NANCY (France)
- FAVRE Paul Directeur de l'Institut Médico-Professionnel et
Centre d'Aide par le Travail de la Monta
38 SAINT-ÉGRÈVE (France)

- FAYT Pierre, Dr.** Chef de Département de Réadaptation Fonctionnelle
au C. T. R. A. F.
178-180, Chaussée d'Etterbeek
1040 BRUXELLES (Belgique)
- FIorentino Giorgio** Confederazione Generale dell'Industria italiana
P. Venezia 11
00187 ROMA (Italia)
- FOEHR Raymond, Dr.** Vhef du Service Médecine du Travail
A.R.B.E.D.-Division de Dudelange
DUDELANGE (Gr.-D. de Luxembourg)
- FONTANA Claudio** Presidente ENFAP
Viale Eurapa, 80
39100 BOLZANO (Italia)
- FOUCHE Suzanne** Ligue pour l'Adaptation du diminué physique au
Travail
185 bis, rue Ordener
75 PARIS-XVIII^e (France)
- FRADETAL Jean-Pierre, Dr.** Service Médical Honeywell Bull
94, avenue Gambetta
75 PARIS-XX^e (France)
- FRANCOIS Raoul** Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants
Inadaptés
28, place Saint-Georges
75 PARIS-IX^e (France)
- FRICHE Suzanne** Conseillère du Travail à l'Usine « WENDEL-SIDELOR »
de Hayange
B.P. n° 82
57 HAYANGE (France)
- FRIEDEN Ernest** Fédération des Industriels Luxembourgeois
3, place Winston Churchill
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)
- FROMM Helmut** Ltd. Direktor des Berufsförderungswerkes Schömborg
7542 SCHÖMBERG (Deutschland)
Bühlhof 6
- GARRETT James F., Dr.** International Society for Rehabilitation of the
Disabled
204 Noland St.
FALLS CHURCH, Va. 22046 (U. S. A.)
- GEISLER Hermann, Dr. med** Leiter der Abteilung Arbeitsmedizin
Bergbau AG Herne/Recklinghausen
469 HERNE (Deutschland)
Shamrockring 1
- GERLACH Ingrid** Verwaltungsdirektorin bei der Landesversicherungs-
anstalt Rheinprovinz
4000 DÜSSELDORF (Deutschland)
Königsallee 71

- HAAG Nico
Educatteur-Instructeur à l'Inst. Médico-Professionnel
82, route d'Arlon
CAPELLEN (Gr.-D. de Luxembourg)
- HAAK J.C.
Gemeenschappelijke Medische Dienst
Bos en Lommerplantsoen 1
AMSTERDAM (Nederland)
- HAIZMANN Rolf, Dr. med.
Klinik und Rehabilitationszentrum
Lippoldsberg ev. V.
3419 PFEIFENGRUND (Deutschland)
Lippoldsberg/Weser
- HAMPEL Heinz
Gewerkschaft-Sekretär
Deutscher Gewerkschaftsbund
4000 DUESSELDORF 1 (Deutschland)
Hans-Böckler Strasse 39
- HASSE Heinz, Dr.
Regierungsmedizinalkdirektor
Bundesministerium für
Arbeit und Sozialordnung
5300 BONN (Deutschland)
- HAVIE Helge
Head of Division
Ministry of Local Government an Labour
OSLO-DEF (Norway)
- HEERING A.H., Dr.
Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Zeestraat 73
DEN HAAG (Nederland)
- HEITKAMP Norbert
Kommission der Europäischen Gemeinschaften
G.D. Soziale Angelegenheiten
1040 BRUXELLES (Belgique)
- HELLER, Dr.
Médecin du Travail
Automobiles PEUGEOT
Centre de Production de Mulhouse
B.P. 403
68 MULHOUSE (France)
- HENNIG Dieter
Zweigbüro des Vorstandes der I.G.-Metall
4000 DÜSSELDORF (Deutschland)
Pionierstrasse 12
- HENTZ Pierre, Dr.
Commission des Communautés Européennes
D.G. « Affaires Sociales »
Chef de la Div. « Médecine et
hygiène du Travail » a.i.
29, rue Aldringen
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)
- HERGAT Jacqueline
Conseillère du Travail
Usine Wendel-Sidelor à Hagondange
6, rue de Wendel
57 HAYANGE (France)
- HOESCHEL Erich Dr.
Leitender Arzt
Bundesanstalt für Arbeit
8500 NÜRNBERG (Deutschland)

- HOFRICHTER Manfred** Direktor der Berufsarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation
6000 FRANKFURT am Main (Deutschland)
Eysseneck Strasse 55
- HORN Werner, Dr.** Kommission der Europäischen Gemeinschaften
D.G. „Soziale Angelegenheiten“
Abteilung „Arbeits edezin und Arbeitshygiene“
29, rue Aldringen
LUXEMBOURG (Gr. D. de Luxembourg)
- HOUSSA Pierre, Prof.** Centre de Traumatologie et de Réadaptation
Hôpital Universitaire Brugmann
4, place Van Gehuchten
1020 BRUXELLES (Belgique)
- HUICHARD Maurice, Dr.** Médecin Conseil de la Sécurité Sociale
11, rue de Bellevue
21 DIJON (France)
- HUISMAN Siep** Zenuwarts
Instituut voor Epilepsie-Bestrijding
Achterweg 5
HEEMSTEDÉ (Nederland)
- HULSMANN Paul, Dr.** Leitender Arzt
Landesarbeitsamt Schleswig-Holstein
Bundesanstalt für Arbeit
2300 KIEL (Deutschland)
Kehdenstrasse 2-10
- HUMBERT Chantal** Assistante Sociale
Caisse Primaire d'Assurance Maladie
2, rue de Bourgogne
57 THIONVILLE (France)
- JACOB-CHIA Daniel, Dr.** Médecin adjoint au Centre de Réadaptation
Professionnelle
57, rue Albert Camus
68 MULHOUSE (France)
- JACQUEMART E.** Sous-directeur
Comité de la Sidérurgie Belge
47, rue Montoyer
1040 BRUXELLES (Belgique)
- JEANTY Bernard, M^{me}** Secrétaire adjointe de l'ADIPH
(Association pour la défense des intérêts des
personnes physiquement handicapées)
34, place Benelux
ESCH-SUR-ALZETTE (Gr.-D. de Luxembourg)
- JENKINS K.T.** c/o Bedford Industries
Goodwood Road
PANORAMA (South Australia 5041)

- JESCH Karl, Dipl. Kfm. Direktor des Berufsförderungswerks Michaelshoven
5038 RODENKIRCHEN-MICHAELSHOVEN
Sürther Strasse (Deutschland)
- JOCHEMUS J., majoor Hoofd van het kantoor sociale verzorging zieken-
inrichtingen van het departement van defensie
Lucas Bolwerk 12
UTRECHT (Nederland)
- JOCHHEIM Kurt-Alfons, Prof. Dr. Rehabilitations-Zentrum der Universität zu Köln
5 KÖLN-LINDENTHAL (Deutschland)
Lindenburger Allee 44
- JOLIVET André, Dr. Commission des Communautés Européennes
D.G. « Affaires Sociales »
1040 BRUXELLES (Belgique)
- JORIS Max Emile Secrétaire de l'A. S. B. L. — Bureau social —
Aide et promotion des handicapés
14, rue Herbofin
6600 LIBRAMONT (Belgique)
- JUNKER Fernande Vice-Présidente de l'ADIPH
(Association pour la défense des intérêts des person-
nes physiquement handicapées)
16, rue P. Wisser
ETTELBRÜCK (Gr.-D. de Luxembourg)
- KELLER Karlheinz, Dr. Berat. Arzt im Arbeitsausschuss des
Landesausschusses für Rehabilitation
Rheinland-Pfalz
5400 KOBLENZ (Deutschland)
Beethovenstrasse 8
- KERGER Joseph Secrétaire syndical L.C.G.B.
2, rue Dr. Herr
ETTELBRÜCK (Gr.-D. de Luxembourg)
- KEULEN Rosemary Assistante Sociale
Belgique industrielle
28, quai Marcellis
4000 LIEGE (Belgique)
- KLEINE Rudolf Bundesvorsitzender des Reichsbundes der Kriegs-
und Zivilbeschädigten, Sozial-rentner u. Hinter-
bliebenen e.V.
53 BONN-BAD GODESBERG (Deutschland)
Beethovenstr. 58
- KNUTTTEL D.J. Mijnwezen Staatsoezicht op de Mijnen
Appollolaan 9
HEERLEN (Nederland)
- KOCH Max-Jürgen, Dr. Wirtschaftsvereinigung Bergbau
5300 BONN (Deutschland)
Zitelmannstrasse 9-11

- LECLERCQ Jules
Commission des Communautés Européennes
Organe Permanent
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)
- LEGAY Gisèle
Conseillère du Travail
Société des Fonderies de Pont-à-Mousson
54 PONT-À-MOUSSON (France)
- LEGUERE Odile
Assistante Sociale à l'Œuvre des Jeunes Garçons
Infirmes - Centre d'Éducation Motrice
223, rue Lecourbe
75 PARIS-XV^e (France)
- LENNIG P.
Praunheimer Werkstätten
Alt. Praunheim 2
6000 FRANKFURT/MAIN (Deutschland)
- LENOBLE Marcel
Sociologue
Syndicat Belge des Handicapés
11, boulevard de la Meuse
5100 JAMBES (Belgique)
- LEOPOLD Marie-Thérèse, Dr.
33, rue Nationale
59 ST-AMAND-LES-EAUX (France)
- LEPLAT J.
Directeur du Laboratoire de Physiologie du Travail
École Pratique des Hautes Études
41, rue Gay-Lussac
75 PARIS-V^e (France)
- LERNOULD Philippe, Dr.
Centre de Réadaptation
57 VERNEVILLE par ARS-SUR-MOSELLE (France)
- LIGNY Jean
Président du Conseil d'Administration de l'A. S. B. L.
Clinique Reine Fabiola
24, avenue de Vincennes
6110 MONTIGNIES-LE-TILLEUL (Belgique)
- LOGELAIN G.
Inspecteur Général des Mines
Ministère des Affaires Économiques
24-26, rue J.A. de Mot
1040 BRUXELLES (Belgique)
- LOUVET Marcel, Dr.
Membre du Groupe de Travail
« Traumatologie et Réadaptation »
Clinique de Réadaptation
62 OIGNIES (France)
- MAGLIO Antonio
Dirrettore Sanitario Centrale
I. N. A. I. L.
Via Salento 23
00162 ROMA (Italia)
- MAGUET Marie-Paule
Assistante Sociale
Centre de Rééducation Fonctionnelle
26, rue Dailly
92 SAINT-CLOUD (France)

- MAINIL Pierre Joseph** Ingénieur principal des Mines
Ministère des Affaires Économiques
24-26, rue J.A. De Mot
1040 BRUXELLES (Belgique)
- MANGADO Denis** Directeur Technique
Centre de Rééducation Professionnelle Y. M. C. A.
4, Cité de la Cépière
31 TOULOUSE (France)
- MANN G.A.** International Society for Rehabilitation of the Disabled
2, Highbeech Road
Mill Park, PORT ELISABETH (South Africa)
- MARGUE Gérard** Ingénieur de Sécurité
ARBED-Division de Differdange
DIFFERDANGE (Gr.-D. de Luxembourg)
- MARINELLO Angelo, Dott.** Associazione Mutilati ed Invalidi del Lavoro
Via S. Tommaso d'Aquino 11
00136 ROMA (Italia)
- MARON Armand** Administrateur-Directeur du Fonds national de reclassement social des handicapés
rue du Meiboom, 14
1000 BRUXELLES (Belgique)
- MARQUARDT Ernst, Prof. Dr.** Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität Heidelberg
6900 HEIDELBERG 1 (Deutschland)
Schlierbacher Landstrasse 200 a
- MARRA Massimo, Dr.-Ing.** Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato
Via Flavia 6
00100 ROMA (Italia)
- MARRONI Marcello** Professore in Medicina del Lavoro
C. G. I. L.
Corso d'Italia 25
00198 ROMA (Italia)
- MARTIAL Gelbert** Adjoint Administratif au Centre de Rééducation et Perfectionnement Professionnels
39, avenue Arnold Netter
75 PARIS-XII* (France)
- MARTIN-DE RIDDER Josiane** Assistante en Psychologie
Institut Médico-Chirurgical « Les Petites Abeilles »
1, Inkendaelstraat
1712 VLEZENBEEK (België)
- MASSCHELEIN Raf., Dr.** Maatschappelijk Assistent
Katholieke Universiteit te Leuven
Volmolenlaan 8
3000 LEUVEN (België)

- MATHUS Marie-Jeanne** Educatrice en Psycho-Motricité
C.B.I.M.C.
45, rue des Bollandistes
1040 BRUXELLES (Belgique)
- MAURY Marc, Dr.** Directeur du Centre de Rééducation Motrice
33, rue Cl. Matry
77 FONTAINEBLEAU (France)
- MAYER Robert** Ingénieur Civil des Mines
ARBED-Mines
78, rue du Fossé
ESCH-SUR-ALZETTE (Gr.-D. Luxembourg)
- MEISEL, Dr.** Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und
Arbeitslosenversicherung
85 NÜRNBERG (Deutschland)
Frauentorgraben 33-35
- MELIS Livio, Dott.** ENEL-Minière SULCIS
4, Via Deledda
09013 CARBONIA/Sardegna (Italia)
- MERCIER Auguste** Conseiller Technique
Association des Paralysés de France
la, rue Maurice-Barrés
57 METZ (France)
- MERCIER, M^{me}** Déléguée Départementale Adjointe
de l'Association des Paralysés de France
la, rue Maurice-Barrés
57 METZ (France)
- MERCKLING Alfred** Président de la section de Strasbourg de la Fédération
Nationale des Trépanés et Blessés de la Tête
103, rue de Schnockeloch
67 STRASBOURG (France)
- MESSER O., Dr.** Directeur Adjoint des Affaires Économiques et
Sociales au Conseil de l'Europe
67 STRASBOURG (France)
- METZNER Franz, Dr.** Stahlwerke
Peine-Salzgitter AG
3150 PEINE (Deutschland)
Postfach 38
- MICHEL Georges, Dr.** Société Nationale des Chemins de Fer Français
38, rue de Rome
75 PARIS-VIII^e (France)
- MICHOTTE VAN DEN BERCK
Elisabeth** Directrice du Service Social
Association Belge des Paralysés
61-63, rue des Champs Elysées
1050 BRUXELLES (Belgique)
- MIELLE Micheline** Assistante Sociale
Centre de Réadaptation
57, rue Albert Camus
68 MULHOUSE-DORNACH (France)

- MIJNSSEN Remmort W.L.** Streekwerkplaats « De Vechtstreek »
Gijsbrecht van Nijenrodestr. 82
BREUKELEN (Nederland)
- MOLEN N.H. Dr. Med. Dipl.-Ing** Wetenschappelijk Hoofd medewerker
Vrije Universiteit Amsterdam
Instituut voor Biomechanica en Experimentele
Revalidatie
Van der Boechorststraat 7
AMSTERDAM (Nederland)
- MONTEFIORE Viviane** Documentaliste
Office National d'Information sur les Enseignements
et le Service de Documentation pour la Réadaptation
Professionnelle
11, rue Vauquelin
75 PARIS-V^e (France)
- MONTES Francis** Président de l'Association pour la Réhabilitation
Professionnelle par le Travail Protégé
17, rue du Pont-aux-Choux
75 PARIS-III^e (France)
- MONTICELLI Alberto, Dott. med.** Capo del Servizio Reeducazione Professionale della
Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi del
Lavoro
Via S. Tommaso d'Aquino 11
00136 ROMA (Italia)
- MORCEL Jean** Association Nationale pour la Formation Profes-
sionnelle des Adultes
13, place de Villiers
93 MONTREUIL (France)
- MOREL Charles** Fédération Nationale des Mineurs F.O.
17, route de St.-Genou
36 BUZANCAIS (France)
- MOTTA Antonio** C. G. I. L.
Corso Italia 25
00198 ROMA (Italia)
- MOULIN Daniel, Dr.** Attaché de Direction
Centre de Réadaptation Professionnelle
57, rue Albert Camus
68 MULHOUSE (France)
- MOUSEL Jean-Marie** Attaché de Gouvernement
Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
11, rue Aristide Briand
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)
- MUHR Gerd** Vizepräsident
Bundesvorstand des Deutschen Gewerkschaftsbundes
4000 DÜSSELDORF (Deutschland)
Hans-Böcklerstrasse 39

- ORPHELIN Suzanne
Assistante Sociale
Fondation Curie
26, rue d'Ulm
75 PARIS V^e (France)
- PARIS Jean, Dr.
Médecin Chef du Service Général de la Médecine
du Travail
E. D. F.-G. D. F.
5, rue Alfred de Vigny
75 PARIS-VIII^e (France)
- PETERS Johann, Ing.
Berufliche Rehabilitationsstätte für Schwer- und
Schwerstbeschädigten
8264 WALDKRAIBURG/OBB. (Deutschland)
Neisseweg 2-10
- PHILIPS Etienne
Maatschappelijk Assistent
Katholieke Universiteit te Leuven
Vinkenlaan 9
3030 HEVERLEE (België)
- PIERQUIN L., Prof.
Directeur du Centre de Réadaptation Fonctionnelle
35, rue Lionnois
54 NANCY (France)
- PIERSON Thérèse
Assistante Sociale
Centre Belge d'Education Thérapeutique pour
Infirmes Moteurs Cérébraux
45, rue des Bollandistes
1040 BRUXELLES (Belgique)
- PIETRON Alfred
Ausbildungsleiter im Rehabilitationszentrum für
Querschnittgelähmte der Orthopädischen Universi-
tätsklinik Heidelberg
6900 HEIDELBERG 1 (Deutschland)
Postfach 1310
- POLMAN Aldert Rieteman, Dr.
Betriebsarzt K. L. M.
SCHIPHOL (Nederland)
- PRIGENT Robert
Président du Comité National Français de Liaison
pour la Réadaptation des Handicapés
Secrétariat Français de l'I.S.R.D.
38, boulevard Raspail
75 PARIS-VII^e (France)
- PROYARD, Dr.
S.A. Cockerill-Ougree-Providence et Esperance-
Longdoz
4100 SERAING (Belgique)
- PUERSCHEL Herbert, Dr.
Orthopädische Anstalten
5802 WETTER 2 (Deutschland)
Klinikstrasse 8
- PUTZ Carlo, Dr.
Médecin-Conseil et Chef du Service de Santé à
l'ARBED
28, avenue Monterey
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)

- RABE Jan, Dr. med.** Neurologische Rehabilitationsabteilung
Hamburgisches Krankenhaus
3118 BEVENSEN (Deutschland)
- RANTA Aarno J.** Finnish Association of Disabled Civilians and
Servicemen
Mannerheimintie 44 A
HELSINKI, 26 (Finland)
- RANWEZ Elisabeth** Vice-Présidente de l'Association Belge des Paralysés
61-63, rue des Champs Elysées
1050 BRUXELLES (Belgique)
- RAUCHS Adolphe** Chef de Service Adjoint
A.R.B.E.D.-Division d'Esch-Schifflange
ESCH-SUR-ALZETTE (Gr.-D. Luxembour)
- RAVEEL Eric, dhr.** Faculteit van Geneeskunde
Dienst voor Hygiene en Sociale Geneeskunde
Akademisch Ziekenhuis-Blok A
De Pintelaan 135
9000 GENT (België)
- REGNIERS Jean** Président
International Society for Rehabilitation of the
Disabled
9, Quai de Flandre
6000 CHARLEROI (Belgique)
- REINER Erhard, Dr. med.** Mannesmann AG
Hüttenwerke
4100 DUISBURG 25 (Deutschland)
Postfach 25 1167
- RICCIARDI-TENORE N.** Ispettore Capo Medico del Lavoro e
Capo del Servizio Medico regionale per il Lazio
dell'Ispettorato del Lavoro
Via Cesare de Lollis, 6
00185 ROMA (Italia)
- TE RIELE H.F.W., Dr.** Revalidatie-arts
Stichting Lucasklinieken voor de Mijnstreek
Schuureikenweg 60
HOENSBROEK (Nederland)
- RIEMEN A.P.A.** Vakbond van het Nederlands Katholiek Vakverbond
Maliebaan 34
UTRECHT (Nederland)
- RIFFLET Raymond** Conseiller principal pour les Affaires Sociales au
Cabinet de M. COPPÉ
Commission des Communautés Européennes
200, rue de la Loi
1040 BRUXELLES (Belgique)
- RISCHARD Charles-Edouard, Dr.** Médecin-Inspecteur de la Santé Publique
Chargé du Service des handicapés physiques
48, rue Auguste-Lumière
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)

- ROBERT Pierre** Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre
Hôtel des Invalides — Escalier K
75 PARIS-VII^e (France)
- ROHMERT Walter, Prof. Dr.-Ing.** Lehrstuhl und Institut für Arbeitswissenschaften der Technischen Hochschule Darmstadt
6100 DARMSTADT (Deutschland)
Neckarstrasse 4
- RONCHI Luigi** Commission des Communautés Européennes
Office Statistique
Centre Européen du Kirchberg
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)
- ROOSCHUEZ Gerhart, Dr.** Verbandsdirektor im Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern
7000 STUTTGART (Deutschland)
Lindenspürstrasse 39
- ROSKAMM Helmut, Dr. Dozent** Rehabilitationszentrum Bad Kroningen
7800 FREIBURG i. Br. (Deutschland)
Fehrenbachallee 21
- ROUSSEL Maryse** Assistante Sociale
Chef du Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile « Les Oeillets »
63 ROYAT (France)
- RUWETTE L.** Sector Psychologie en Personeelresearch
N.V. Nederlandse Staatsmijnen-DMS
Stm. Mauritis
GELEEN (Nederland)
- SADDELER Sylvia** Reichsbund der Kriegs- und zivilbeschädigten Sozialrentner und Hinterbliebenen e.V.
5320 BAD GODESBERG (Deutschland)
Beethovenstrasse 58
- SADO Louise** Groupe des Industries Métallurgiques Mécaniques et Connexes de la Région Parisienne
34, avenue de Neuilly
92 NEUILLY s/Seine (France)
- SALMON André, Dr.** Médecin-Directeur du Centre de Réadaptation au Travail d'Abée-Scry
Quatre Bras
4150 NANDRIN (Belgique)
- SAUVAGE Guillaume** Secrétaire Adjoint de la Confédération des Syndicats Chrétiens de Belgique
135, rue de la Loi
1040 BRUXELLES (Belgique)
- SCHIFFELERS H.** Bedrijfsingenieur ogr.
N.V. Nederlandse Staatsmijnen-DSM
Stm. Emma
TREEBEEK (Nederland)

- SCHMIDT Alfred
Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand
4000 DÜSSELDORF (Deutschland)
Hans-Böcklerstrasse 39
- SCHMIDT Lorenz, Dr.
Leiter der Personal- und Sozialabteilung Main
Gaswerke
6000 FRANKFURT/MAIN (Deutschland)
Salmstrasse 38
- SCHMIT Emile
Ingénieur en Chef
ARBED-Administration Centrale
avenue de la Liberté
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)
- SCHMIDT Marianne
Assistante Sociale
9, rue des Ligures
LUXEMBOURG-MERL (Gr.-D. de Luxembourg)
- SCHMIEDER Friedrich, Dr.
Neurologische Kliniken Gailingen
7704 GAILINGEN Krs. KONSTANZ (Deutschland)
- SCHNASE Walter
Ministerialrat
Bundesministerium für Wirtschaft
5308 RHEINBACH (Deutschland)
v. Eichendorff Weg 45
- SCHNEIDER Hans, Dr. med.
Fried. KRUPP Hüttenwerke AG
Werk Rheinhausen
4140 RHEINHAUSEN (Deutschland)
- SCHOLZ Josef-Franz, Dr.
Medizinaldirektor
Leitender Arzt des Landesarbeitsamtes
Baden-Württemberg
7000 STUTTGART 1 (Deutschland)
Postfach 3001
- SCHOENBERGER Alfred, Dr. Jur.
Stellv. Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossen-
schaft der chemischen Industrie
6900 HEIDELBERG (Deutschland)
Gaisbergstrasse 7
- SCHULTE Maria-Luise
Regierungsrätin
Landessozialamt Rheinland-Pfalz
- SCHULTE Maria-Luise
Regierungsrätin Landessozialamt Rheinland-Pfalz
6500 MAINZ (Deutschland)
Ludwigstrasse 11
- SCHWAIBOLD Hubert
Verwaltungsdirektor
7812 BAD KROZINGEN (Deutschland)
Lammplatz 2
- SCHWARZ Harald-Günther
Dr. med. Dr. rer. nat.
Leiter der Gesundheitsabteilung Bergbau AG
Westfalen
4702 HESSEN (Westf.) (Deutschland)
Herrenstrasse 32

SICARD Antoinette	Responsable médico-sociale Centre de Rééducation et Perfectionnement Professionels 39, avenue du Dr. Arnold-Netter 75 PARIS-XII ^e (France)
SLOMIANY Andrée	Conseillère du Travail Wendel-Sidelor-Usine de Micheville 54 VILLERUPT (France)
SMEYERS René, Dr.	Diensthofd Functioneel Revalidatie-centrum Langestr. 8 2240 ZANDHOVEN (België)
SOEDE Mathijs	Ingénieur en Cybernétique Collaborateur de Laboratoire de Psychologie Ergonomique-TNO Zuiderzeeweg 10 AMSTERDAM-OOST (Nederland)
SOETE Marc, Prof.	Médecine Physique et Réadaptation Clinique Universitaire St.-Pierre 69, Brusselsestraat 3000 LEUVEN (België)
SPIT W.J.L.	Sekretaris van het N.K.V. Dudenoord 12 UTRECHT (Nederland)
STANDAERT Jean-Marie	Conseiller adjoint Fédération des Industries Belges 4, rue Ravenstein 1000 BRUXELLES (Belgique)
STAQUET Georges	Centrale des Metallurgistes de Belgique Maison du Peuple Boulevard de l'Yser 6000 CHARLEROI (Belgique)
STOFFEL Nicolas	Inspecteur E.P. hon-Président de la Ligue Luxem bourgeoise HMC (Ligue Luxembourgeoise pour le Secours à l'Enfance Handicapée) 30, rue de Holsem MAMER (Gr.-D. de Luxembourg)
STROEBEL Hubertus	Leitd. Verwaltungsdirektor Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 6000 FRANKFURT/MAIN (Deutschland) Eysseneckstrasse 55
STORM André	Directeur Technique du Centre de Réadaptation Fonctionnelle Clinique « Reine Fabiola » 73, avenue du Centenaire 6080 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE (Belgique)
STROHN Fritz	Leiter der Hauptfürsorgestelle Landschaftsverband Rheinland 5000 KÖLN-KLETTENBERG (Deutschland) Erpelerstrasse 55

- SUGAMELE Ezio** Istituto « Leonarda Vaccari »
per la Rieducazione dei Fanciulli Minorati Fisici
Viale Angelico, 22
00195 ROMA (Italia)
- SUGAMELE Margherita** Istituto « Leonarda Vaccari »
per la Rieducazione dei Fanciulli Minorati Fisici
Viale Angelico, 22
00195 ROMA (Italia)
- SYMANSKI Hans** Institut für Arbeitsmedezin der
Universität des Saarlandes
6600 SAARBRÜCKEN (Deutschland)
Malstatter Strasse 17
Haus der Gesundheit
- SYROIT Jozef** Psycholoog
Hannuit Straat, 38
2300 TURNHOUT (België)
- TARENTINI TROIANI Luigi** Direttore Generale della Associazione Nazionale
Mutilati ed Invalidi del Lavoro
Via S. Tommaso d'Aquino 11
00136 ROMA (Italia)
- TEJMAR Jaroslav, Prof.** Saarbergwerke
6600 SAARBRUECKEN (Deutschland)
Postfach 1030
- THISSEN René** Centrale Chrétienne des Métallurgistes
127, rue de Heembeek
1120 BRUXELLES (Belgique)
- THYSES Jules** Psychologue
Ministère de la Famille, de la Jeunesse
et de la Solidarité Sociale
102, boulevard de la Pétrusse
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)
- TIEDT Günther, Direktor** Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
6000 FRANKFURT/MAIN (Deutschland)
Eysseneckstrasse 55
- TIELEMANS-CHIERS Bea** Assistante Sociale-Directrice Adjointe
Institut Medico-Chirurgical « Les petites abeilles »
1, Inkendaelstraat
1712 VLEZENBEEK (België)
- TISSERAND André** Chef de la Sécurité
Société Usinor
B.P. 177
59 VALENCIENNES (France)
- TISSIER** Chef du Service de Sécurité
Société Peugeot
Centre de Production de Mulhouse
B.P. 403
68 MULHOUSE (France)

- TOMAS Charles L. Directeur du Laboratoire d'Ergologie
c/o Faculté de Médecine U.L.B.
107, boulevard de Waterloo
1000 BRUXELLES (Belgique)
- TOULLIER Pierre Commission des Communautés Européennes
D.G. Affaires Sociales
Division « Aspects sociaux de la
reconversion et de la politique régionale »
1040 BRUXELLES (Belgique)
- TRACHTE Helmut Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossen-
schaften e.V.
5300 BONN 1 (Deutschland)
Langwartweg 103
- TREVETHAN P.J., Dr. Rehabilitation International
DePaul University
25 East Jackson Blvd.
CHICAGO, Illinois 60604 (U.S.A.)
- TROCLET E. Ministre d'État
rue Sclessin 4
4000 LIÈGE (Belgique)
- TUYAERTS Bea Verbond van Christelijke Mutualiteiten
Korte Begijnenstraat 26
2300 TURNHOUT (België)
- VACCARI Leonarda, Prof. ssa Fondatrice e Presidente del Istituto « Leonarda
Vaccari »
Via Pasquale Stanislao Mancini 2
00195 ROMA (Italia)
- VAN BAKEL F. Sekretaris van het N.K.V.
Oudergemselaan, 26-32
1040 BRUSSEL (België)
- VAN BEEK A. Voorzitter Federatief Overleg Organisaties van Ge-
handicapten
Dribergsestraatweg 27
DOORN (U) (Nederland)
- VAN DAALEN M.W. Director
Municipal Service of Social Employment
Zichtenburglaan 33
DEN HAAG (Nederland)
- VANDENDRIESSCHE Emile Secrétaire Général de la Centrale des Francs-
Mineurs
113, rue de Trazegnies
6180 COURCELLES (Belgique)
- VAN DER HORST E. Coördinator Provinciale Groninger Revalidatie
Stichting
Gorechtkade 8
GRONINGEN (Nederland)

- VAN DER MAREN Jean-Marie . Assistant au Centre de Recherches Psychodiagnostiques et de Consultation psychologique
Faculté de Psychologie, U.C.L.
15, rue René Ménada
5990 HAMME-MILLE (Belgique)
- VAN DER PAS J. H., Dr. Frans Halsstraat 10
UTRECHT (Nederland)
- VAN FAASSEN F., Prof. Dr. Med. Hoogleraar Vrije Universiteit Amsterdam
Direkteur
Instituut voor Biomechanica en Experimentele Revalidatie
Van der Boechorststraat 7
AMSTERDAM (Nederland)
- VAN MALDEREN L. Ministerie van Economische Zaken
Thonissenlaan 18
3500 HASSELT (België)
- VAN MEIRHAEGHE Marcel Adjunkt Direkteur Brugse Beschermde Werkplaats
Ieperstraat 32
8800 ROESELARE (België)
- VAN NIEUWKUYK A.C. Hoofd van de afd. Arbeidstherapie
Nederlandsch Zeehospitium Kliniek voor
Orthopaëdie Revalidatie
en Rheumatologie
Hoek van Hollandlaan 21
DEN HAAG (Nederland)
- VAN STOKKOM A. W. Vereniging voor Inter-Federatief Overleg
Sweelinckstraat 45
's-GRAVENHAGE (Nederland)
- VAN TRAA Erik Attaché Social à la Représentation Permanente des
Pays-Bas auprès de la Commission des Communautés Européennes
62, rue Belliard
1040 BRUXELLES (Belgique)
- VAN WONDEREN J. C. Instituut voor Epilepsiebestrijding
Achterweg 5
HEEMSTEDE (Nederland)
- VAN ZUNDERT Karel Sociaal Adviseur Stadsbestuur Antwerpen
Drukkerijstraat 15
2000 ANTWERPEN (België)
- VAYSSE Renée Service de Placement
Cité Sanitaire de Clairvivre
24 CLAIRVIVRE (France)
- VELDKAMP G. M. J., Dr. Oud-Minister van sociale Zaken en Volksgezondheid
Gedempte Gracht 40
6 Verdieping
's-GRAVENHAGE (Nederland)

- VENEMA F. B. Bio-Revalidatiecentrum & Bio-Mytyschool voor
Kinderen te Arnhem
Wekeromseweg 6
ARNHEM (Nederland)
- VERCAUTEREN Anne-Marie Ergothérapeute au Centre Belge d'Éducation Théra-
peutique pour Infirmes Moteurs Cérébraux
45, rue des Bollandistes
1040 BRUXELLES (Belgique)
- VERDIER Raymond Conseiller du Travail
Centre de Réadaptation Professionnelle
57, rue Albert Camus
68 MULHOUSE (France)
- VERZOLINI Vero, Dott. Via Archimede 35
00100 ROMA (Italia)
- VIDALI Umberto, Dr. Directeur à la D.G. « Affaires Sociales »
Commission des Communautés Européennes
29, rue Aldringen
LUXEMBOURG (Gr.-D. de Luxembourg)
- VINCK François Directeur Général de la D.G. « Affaires Sociales »
Commission des Communautés Européennes
200, rue de la Loi
1040 BRUXELLES (Belgique)
- VOGELZANG C. Economisch Directeur
Revalidatie Inrichting Heliomare
WIJK AAN ZEE (Nederland)
- VON BERGEN Erwin-Albrecht Landesrat Landeswohlfahrtsverband Hessen
3500 KASSEL (Deutschland)
Ständeplatz 6-10
- WAGNER Rolf, Dr. med. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
Ministerialrat 5300 BONN (Deutschland)
- WAGENER, Dr. Médecin-Conseil
Minière et Métallurgique de Rodange
RODANGE (Gr.-D. de Luxembourg)
- WALCH André, Dr. Orthopédie-Traumatologie
4, place de Bronckart
4000 LIÈGE (Belgique)
- WARDIN Horst Geschäftsführer des Berufsförderungswerkes Berlin
1000 BERLIN (Deutschland)
Epiphaniweg 1
- WATERMANN Friederich, Dr. Direktor
Hauptverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften e.V.
5300 BONN 1 (Deutschland)
Langwartweg 103

LA READAPTATION DES HANDICAPES

Etude réalisée par les Services de la Commission
sur la base des recherches encouragées et d'avis
recueillis de 1955 à 1970

A. INTRODUCTION

Toute action en la matière est soumise à certaines contraintes:

- les actions à entreprendre ne peuvent être asservies à des objectifs économiques; elles doivent obéir avant tout à des impératifs de solidarité et de promotion, dont l'interêt économique est toutefois important;
- réintégrer socialement les handicapés signifie les rendre non-dépendants, obtenir une adhésion individuelle libre et volontaire de leur part, éviter d'en faire une catégorie distincte;
- mener une politique de réadaptation n'est pas ajouter un domaine nouveau à ceux dont relèvent les actions thérapeutiques, de formation, de reclassement etc., mais introduire des méthodes permettant de relier efficacement ces actions entre elles, au niveau de tous les processus individuels qu'elles visent.

Dans le cadre ainsi défini, on peut envisager de nombreuses actions positives; elles doivent être conçues et conduites de telle manière, qu'elles s'appuient et se complètent mutuellement. Dans ce but, il convient d'utiliser un schéma de référence, le plus possible unitaire, susceptible de recevoir des compléments et d'être périodiquement ajusté. Dans sa version actuelle, la présente étude a donc une valeur provisoire; elle peut servir à court terme pour situer réciproquement les actions envisagées par la Communauté et pour orienter les efforts des chercheurs, des organismes et des experts qui sont, d'une manière ou d'une autre, associés à ces actions.

La Commission tient à remercier tous ceux qui, par le concours apporté à son oeuvre, ont indirectement contribué à ce document.

B. DEFINITIONS ET PRINCIPES DE BASE

1. La société actuelle obéit à des exigences de progrès et de développement qui se répercutent fortement au niveau individuel. Ainsi, chaque personne est appelée à se dépasser constamment.

Il y a adaptation lorsque chaque individu participe à la vie et à l'activité de son groupe au prix d'un effort tolérable, et avec satisfaction mutuelle. Les rapports d'adaptation peuvent être améliorés par :

- l'allègement des tâches (aménagement techniques, meilleure organisation);
 - le relèvement des prestations individuelles et la recherche de leur meilleure utilisation;
 - les actions informatives et pédagogiques permettant de promouvoir la solidarité et de combattre les attitudes arbitraires de valorisation, pénalisation, exclusion, prises par les groupes à l'égard de certaines catégories (d'âge, de sexe, d'origine, etc.)
2. Les rapports d'adaptation d'une personne ou d'un groupe avec la vie sociale peuvent être rompus par des événements qui
 - suppriment des "conditions protectrices" et révèlent une insuffisance latente, d'origine physique (maladie) ou professionnelle (spécialisation devenue obsolète) : lors d'un licenciement, de la cessation d'activité ou de conversion d'une entreprise, p.ex.; ou bien :
 - privent directement les intéressés de certains de leurs moyens, voire de leur aptitude à conduire une vie autonome : lors d'une maladie ou d'un accident aux conséquences durables.

Ces personnes, ces groupes, sont ainsi placés devant des difficultés qu'ils ne peuvent surmonter par leurs propres moyens (*)

(*) Dès lors, on appellera "handicap" l'écart entre les prestations attendues de la part de celui qui occupe un poste de travail ou exerce un rôle social (astreintes) et les prestations qu'il parvient à fournir dans les conditions effectives d'activité (contraintes); on pourra ainsi distinguer le handicap professionnel ou social des causes spécifiques qui l'engendrent.

L'inadaptation qui en résulte est un fait individuel, qui exige des mesures individuelles.

3. La réadaptation est le processus qui élimine un handicap professionnel ou social; il comprend :

- des actions réparatrices : elles visent la cause du handicap qu'il faut reconnaître, réduire, stabiliser, corriger - si possible, supprimer;
- des actions préparatoires : elles visent les fonctions disponibles qu'il faut développer et utiliser pour compenser les fonctions insuffisantes ou perdues, en valorisant les aptitudes du sujet;
- des actions conservatrices : elles visent à entretenir durablement le résultat acquis.

Ces actions sont finalisées. Si le but des actions réparatrices s'impose par la force des choses, le but des actions préparatoires doit être objet d'une décision expresse. Cette décision doit se baser sur un bilan fonctionnel, sur des prévisions concernant le gain fonctionnel à obtenir - le temps nécessaire - les moyens souhaitables, et enfin sur un inventaire des moyens disponibles; elle sera périodiquement révisée, au fur et à mesure que des résultats sont acquis et que les incertitudes diminuent.

Ces actions sont aussi temporaires. Souvent, elles ne peuvent intervenir qu'en des lieux divers de ceux où le sujet mène sa vie et fait son travail, ce qui comporte certains dangers: la réussite est d'autant moins certaine que cette ségrégation est longue. La réadaptation s'achève par la réinsertion du sujet dans son milieu propre - ou dans un milieu nouveau ; elle sera acquise par un nouvel ajustement, imparfait mais durable, du sujet et du milieu d'accueil.

Ces actions doivent donc être coordonnées.

4. L'évènement générateur ou révélateur de handicap (accident, maladie, licenciement, etc.) est vécu subjectivement par le handicapé et ses proches, comme

- une mise en question des espoirs, des projets, des engage-

ments pris (incertitude quant à l'avenir personnel);

- une mise en état de dépendance.

Cette prise de conscience du handicap appelle une prise en charge, ferme, capable de faire et de tenir des promesses, qui incombe :

- au sujet lui-même : convenablement éclairé et soutenu, il devra assumer son état et participer pleinement aux décisions et aux actions le concernant; le rôle de la famille est déterminant à cet égard;
- aux "groupes spécialisés" compétents pour : le traitement médico-chirurgical de réparation, le bilan et la rééducation fonctionnelle, l'ergothérapie et le réentraînement au travail et, s'il le faut, l'orientation et la formation professionnelles, l'apprentissage et la prise d'un nouveau travail (*); bien qu'elles puissent relever d'organismes différents, ces différentes actions doivent s'enchaîner de manière continue;
- à la société dans son ensemble, qui rend disponibles les équipements et les services cités ci-dessus et qui les complète par des prestations financières.

Ces dernières tendent à assurer au handicapé :

- * un niveau suffisant de revenus, pendant le processus de réadaptation;
- * la compensation éventuelle d'un "manque à gagner", résultant du handicap, lors de la reprise du travail.

5. Cette prise en charge est actuellement marquée par une diversité d'attitudes :

- l'attitude du sujet dépend de son intérêt pour le travail; elle est influencée par l'attente d'avantages financiers;
- l'attitude des "groupes spécialisés" est dictée par leur spécialisation propre (la définition des compétences ne se traduit pas toujours en une répartition fonctionnelle du travail;

(*) On s'est ici référé à un handicap d'origine traumatique - d'autres handicaps sont possibles et dans chaque cas on peut indiquer une filière appropriée.

elle engendre souvent davantage de cloisons que de liaisons), par les contraintes matérielles et les réactions du groupe à ces contraintes (p.ex., rapport entre demande de soins et possibilités du service);

- L'attitude de la société est peut-être cohérente dans chacun des domaines "transversaux" à la réadaptation (prestations financières, prestations de service, conditions de travail etc.), elle l'est beaucoup moins du point de vue de la synthèse des facilités offertes. Par exemple, les dispositions de sécurité sociale n'encouragent pas toujours à reprendre une vie indépendante et un travail rémunéré.

6. L'objectif sera donc de donner l'unité opérationnelle nécessaire à chaque processus individuel de réadaptation, et pour cela de

- le rendre techniquement efficace, par un "savoir faire" et des moyens appropriés,
- le limiter dans le temps, ce qui veut dire
 - * l'entreprendre au bon moment
 - * lui donner un aboutissement qui soit conforme aux meilleures aspirations du sujet et aux intérêts socio-économiques communs.

C. COORDINATION

1. La réintégration sociale et professionnelle des handicapés est le fruit de processus individuels, temporaires, finalisés de réadaptation, dont la part médicale, la part professionnelle, la part "prestations financières" sont complexes en elles-mêmes, relèvent souvent d'organismes divers, mais sont interdépendantes. A côté de ses aspects humains et techniques, la réadaptation présente donc des problèmes opérationnels (coordinations d'actions et de décisions multiples), et cela aussi bien dans la conduite de chaque processus individuel que dans ses aspects de portée collective. A cet égard, on peut distinguer quatre groupes relativement homogènes de handicaps :

- a. Anomalies et affections présentes dès la naissance ou le premier âge;
- b. Maladies ou accidents venant interrompre la vie active de manière durable;
- c. Handicaps mineurs pouvant compromettre, par leur effet cumulé les possibilités de réemploi (notamment dans le dernier tiers de la vie active);
- d. Handicap de la retraite et de la vieillesse.

Il sera utile d'approfondir les problèmes qui leur sont propres. A l'heure actuelle, il ne semble possible que de formuler des hypothèses de travail sur les aspects individuels et les aspects collectifs du problème.

2. Prise en charge de coordination individuelle

Le point de départ du processus de réadaptation est presque toujours une observation ou une constatation médicale (*).

Que l'observation de base soit fortuite, qu'elle vienne d'actions systématiques de dépistage ou qu'elle soit provoquée par des événements soudains, le médecin doit savoir qu'on n'agit pas seul à l'égard d'un handicap certain ou probable; il fera donc appel à divers spécialistes, non seulement dans un but thérapeutique, mais aussi dans un but de pronostic. En même temps devraient être alertés les organismes compétents pour l'assistance sociale, pour les prestations financières, pour les prestations techniques d'ordre non médical, pour la remise au travail; leurs interventions doivent être prévues et préparées à l'avance, sans quoi le processus de réadaptation sera affecté d'incertitudes et de temps morts avec deux conséquences : l'encombrement des services et l'insuffisance du résultat. Un travail en groupe paraît donc nécessaire; les personnes indiquées pour représenter les

(*) Cela est vrai même pour les handicaps cités dans c. Connaissant la situation sanitaire globale des travailleurs qui lui sont confiés, connaissant aussi les recrutements et les départs, la structure d'âge qui en résulte, les problèmes psychosociologiques en jeu dans l'entreprise, le médecin du travail devrait être à même de contribuer à préparer les mesures pratiques de réadaptation en cas d'arrêt d'activité, de spécialisation ou de conversion de l'entreprise.

organismes cités auront à prendre solidairement en charge la coordination du processus et à considérer que les tâches ainsi assumées relèvent de leur activité normale. Les décisions importantes, concernant la filière de réadaptation à suivre, le calendrier d'exécution, la date de reprise du travail, les prestations financières éventuelles seront prises en commun et en temps réel - cela implique que le groupe soit complet, que les médecins soient en mesure de faire des prévisions fiables, que les autres membres du groupe bénéficient d'une délégation de pouvoir suffisante, de la part des organismes qu'ils représentent.

Les conditions techniques d'une telle coopération sont les suivantes :

- a. Le groupe qui s'occupe d'un sujet donné doit baser ses travaux sur une documentation clinique unique, programmée pour ce qui concerne la récolte des données nécessaires, centralisée et accessible à toutes les parties intéressées;
- b. Les décisions à prendre doivent être facilitées par des références basées sur la recherche clinique et sociale (voir le § D.2.);
- c. Le travail du groupe doit être appuyé et valorisé de l'extérieur (voir ci-après au point 3).

Les avantages seront : la moindre durée de processus de réadaptation, ses meilleurs résultats, l'allègement des procédures, la confiance du patient.

En premier lieu, une prise en charge de coordination devrait être assurée pour les cas de maladie ou d'accident survenant chez les personnes qui ont des obligations de travail professionnel ou scolaire. Un schéma en est donné à l'Annexe I.

3. Aspects de portée collective

Au-delà de son importance individuelle pour le handicapé, la réadaptation est une activité d'intérêt public, qui contribue à la protection et au bon emploi de la population active. Son développement dépend d'initiatives de portée générale, prises par les autorités nationales, et d'initiatives spécifiques, prises par des organismes publics et privés. Chaque grande agglomération, bassin industriel ou région économique ayant ses propres problèmes

il convient d'y envisager la création de "Comité de réadaptation" comprenant des représentants du corps médical, des organismes de prise en charge, des instituts de soins, des services de l'emploi des partenaires sociaux, avec les tâches suivantes :

- a. Etablir un répertoire des ressources d'ordre public et privé disponibles sur place, et procéder à une première définition des besoins à l'échelle locale. Ces besoins ne pourront être exprimés d'emblée par des chiffres simples. Il faudra tenir compte du nombre des handicapés, de la durée du processus de réadaptation et des techniques à employer, de la demande effective de services. Dans chacune des catégories évoquées au § B.1., la source d'informations sera différente. La synthèse devra être faite en termes de fonctions à assurer et de services à rendre.
- b. Proposer à la collectivité un programme d'actions concrètes, visant en particulier la promotion du travail en groupe décrit au § C2, l'information du public, le développement du travail protégé, la prévention et le dépistage des handicaps, l'intégration pratique des handicapés (voir à ce sujet l'Annexe II).
- c. Restituer aux instances centrales des informations suffisantes pour procéder
 - à une critique et à une adaptation des méthodes de portée générale;
 - à une appréciation objective des besoins à moyen terme, utilisable pour l'établissement des programmes nationaux de formation et d'équipement.

Les conditions d'efficacité du travail des "Comité locaux de réadaptation" peuvent être définies de la manière suivante :

- existence de liaisons
 - * avec une instance centrale (recevoir des informations et de la documentation cohérentes avec une claire politique de santé);
 - * avec les autres comités locaux et notamment ceux qui travaillent dans les régions proches (concertation en vue d'actions communes; solutions de problèmes qui dépassent l'échelle lo-

- cale, notamment pour ce qui concerne l'utilisation des équipements spécialisés);
- transfert réel de la notion et de l'habitude du "service" des médecins et des agents sociaux vers les autres catégories, par une action éducatrice qui doit commencer à l'école;
 - disponibilité de moyens financiers.

Il est superflu de traiter des avantages qui peuvent en être espérés. Ni l'action isolée des personnes et des centres qui ont la réadaptation pour vocation spécifique, ni l'action par trop distante du pouvoir central, ne semblent pouvoir assurer à elles seules l'éveil et le recrutement ordonné des énergies nécessaires pour une solution réelle des problèmes en présence.

4. Les méthodes évoquées aux §§ 2 et 3 sont proposées en tant qu'hypothèses, justifiées par l'évolution actuelle des conceptions théoriques et pratiques. Cette évolution doit aller de pair avec un changement dans les attitudes du public (passer d'une attitude de ségrégation ou d'indifférence à une attitude d'entraide et d'accueil) et avec une mutation pour ce qui concerne les régimes de sécurité sociale, tendant à garantir l'égalité des chances à tous les handicapés, et à remplacer définitivement le critère d'invalidité par le critère d'adaptation.

D. CONNAISSANCES

1. Ce qui compte, ce sont les connaissances et le savoir-faire dont le praticien dispose à partir de son expérience propre (qui doit être acquise dans des conditions valables) et des informations qu'il reçoit (qui doivent être des vraies "unités d'information", sûres, liées entre elles, directement applicables).

Dans ce domaine, il s'agit donc de :

- programmer l'observation et l'expérimentation, sur la base d'une méthodologie commune ;
- "remonter" les données au niveau où une synthèse est possible, et faire cette synthèse;
- faire retomber les connaissances vérifiées aux endroits où elles sont utiles, sous la forme d'informations valables.

Ces différents points seront traités ci-après dans un ordre logique, et non systématique.

2. Des meilleures connaissances sont indispensables dans de nombreux domaines, où l'effort de recherche doit être renforcé et coordonné. Cependant, plus que sur les domaines de recherche, il convient d'insister sur une exigence qualitative, qui est celle de valoriser la recherche clinique. Dans ce but,

- la coopération entre chercheurs fundamentalistes et cliniciens, travaillant dans leur propre champ, mais confrontant périodiquement leurs résultats, peut apporter de précieux avantages, notamment dans les domaines cités à l'Annexe III;
- les cliniques et services à vocation semblable doivent être appelés à un travail concerté, basé sur des méthodes d'examen et des programmes d'observation choisis et élaborés en commun;
- certains centres spécialisés traitent des catégories bien définies de patients (par exemple paraplégiques ou brûlés) et les prennent en charge pour une longue durée. Leur faible capacité est un obstacle à la statistique clinique; en résulte une connaissance imparfaite de la pathologie et de la thérapeutique des affections citées. C'est dans ces cas qu'une coordination (dossier médical, applications de l'informatique etc.) apporterait le plus rapidement des avantages.

C'est en insistant sur leurs aspects méthodologiques (choix, moment et fiabilité des examens qu'on rendra possible la confrontation et la synthèse des observations cliniques. Les sociétés savantes et l'enseignement post-universitaire ont un rôle important à jouer dans ce domaine; ils devront cependant l'assurer d'une manière plus complète, et notamment :

- programmer des campagnes d'études concertées, au lieu de se limiter à la discussion de contributions spontanées;
- intéresser davantage les praticiens des diverses disciplines, en contribuant ainsi à leur formation.

3. L'extension et la coordination de la recherche clinique doivent permettre d'aider tous les centres et services à atteindre un niveau comparable d'efficacité. Dans ce but, il faut donner des références pratiques communes à leur activité, et cela

non pas en vue de limiter l'action des médecins et des centres spécialistes, mais pour fournir des modèles, pour créer un langage commun qui font encore défaut et sont des conditions nécessaires de progrès. Ces références communes paraissent d'abord indispensables dans les domaines suivants :

- a. La récolte, au bon moment, des données essentielles concernant chaque cas traité. On a fait mention, au § C.2., d'une documentation clinique programmée, comme instrument de travail en groupe. Des programmes-type d'observation clinique, à établir pour les différentes lésions et maladies, auraient les avantages suivants :
 - obligation morale d'examen fiables, faits au bon moment;
 - grand nombre de dossiers complets et sûrs, utilisables pour de larges statistiques cliniques;
 - facilité d'organiser des campagnes d'enquête ou de recherche sur des problèmes précis (évaluation d'une nouvelle thérapeutique, p.ex.).
- b. Pour atteindre son autonomie, le handicapé doit pouvoir répondre à un minimum essentiel d'exigences qui relèvent de la vie personnelle (p.ex. s'habiller, s'alimenter, pourvoir aux soins corporels), sociale (adaptation aux conditions standards de logement et de transport), professionnelle (gestes nécessaires); elles sont d'ordre technique (p.ex.: agencement d'une poignée de porte) et esthétique. La faculté de répondre à ces exigences est préparée par compensation (en détournant et en développant certaines des fonctions encore présentes), et si nécessaire par adjonction d'une prothèse, par l'emploi de moyens auxiliaires. Alors que les exigences citées sont changeantes, les choix de compensation fonctionnelle sont en grande partie irrévocables, et devraient se fonder sur des critères communs d'utilité. Ces derniers pourraient servir de guide non seulement en chirurgie reconstructive, en rééducation fonctionnelle et lors de l'appareillage, mais aussi pour tout ce qui concerne la normalisation des objets et services essentiels de la vie courante.
- c. Dans la rééducation fonctionnelle et le réentraînement au travail, on augmente graduellement les prestations spécifiques

demandées au patient. Le taux optimal de progression dépend de l'état des organes qui sont mis à contribution, mais aussi de l'état des systèmes régulateurs cités par l'Annexe III. Ces derniers comptent surtout dans les lésions du système nerveux, mais on ne dispose pas de critères objectifs d'appréciation. Le problème est double :

- disposer de méthodes de diagnostic fonctionnel simples et significatives;
 - disposer d'échelles de difficulté des tâches, qui ne soient pas analytiques mais rendent globalement compte des facultés sensorielles, motrices, d'intégration et d'endurance du patient, qui se rapportent enfin à des tâches réelles de travail.
- d. Il convient enfin d'élaborer des critères communs d'aptitude, à faire valoir sur les plans de l'orientation professionnelle, des examens d'embauchage et de surveillance, en tenant compte
- des qualifications professionnelles indiquées par les tendances générales et locales du marché de l'emploi;
 - des activités économiques choisies pour orienter le travail protégé;
 - des professions pouvant le mieux convenir aux différents types de handicaps.

On veillera cependant à ne pas considérer uniquement le handicap spécifique, mais aussi les handicaps mineurs, cumulés au cours de la vie professionnelle.

4. La diffusion des connaissances doit tenir compte des exigences particulières de la transmission des notions et du savoir-faire.

- a. Pour ce qui concerne les notions à transmettre, il faut souligner la nécessité d'une mise en forme qui tienne compte des besoins du praticien. Une information est inutile si elle n'est pas assortie des indications permettant au lecteur de la relier à ses propres connaissances et de s'en servir sur le plan technique. D'autre part, il est essentiel d'aboutir à une unité de langage, qui ne peut être obtenue sans un gros effort en matière de classification et de terminologie.

b. le "savoir-faire" ne s'acquiert que par un apprentissage. Dans ce but, il conviendrait de distinguer des autres les Instituts Centres et Services qui font preuve de

- bons résultats cliniques moyens,
- coopération active et très ouverte avec les autres centres à même vocation, notamment sur le plan méthodologique
- bonnes possibilités et attitudes d'accueil.

E. DEVELOPPEMENT ET APPLICATIONS TECHNIQUES

La bonne organisation des prestations de santé exige que certains moyens techniques de prévention, diagnostic et thérapeutique soient mis à la disposition de tous, à des conditions équitables, rapidement (c'est-à-dire aussitôt que les méthodes et leur champ d'application ont été précisés). A défaut, les "notions" et le "savoir faire" acquis par la recherche clinique risquent fort de rester inopérants. Les prothèses, (*) et notamment les prothèses destinés aux amputés, sont un bon exemple des problèmes qui se posent dans ce domaine.

La prothèse d'amputation se distingue nettement de tout autre appareil fabriqué, car elle doit remplacer un outil en principe parfait : le membre perdu. A son égard, le seul critère de valeur est l'usage: usage réel, à temps plein, pour des tâches aussi diverses que possible, à commencer par les plus fréquentes. A ce titre, on est loin d'avoir résolu les problèmes essentiels; des progrès importants sont souhaités sur le plan pratique, pour ce qui relève de l'adaptation, et sur le plan technique, pour ce qui relève des performances.

Adaptation :

En tant qu'objectif à atteindre, la bonne adaptation d'une prothèse comporte:

- a. la connaissance du patient, de ses activités et aspirations;
- b. chaque fois que l'amputation est un acte préparé, simultanément entre l'étude de l'indication opératoire (niveau et méthode d'amputation) et la prescription d'appareillage;

(*) appareils destinés à compenser la perte fonctionnelle ou anatomique d'un organe, d'un membre ou d'un segment de membre.

- c. montage et adaptation individuelle de la prothèse par un technicien compétent, au moment approprié;
- d. apprentissage d'utilisation; contrôle périodique.

La tendance actuelle est d'abrégé les délais entre amputation et appareillage, d'employer des prothèses ajustables jusqu'au moment où le moignon sera stabilisé, de chercher les caractéristiques définitives de la prothèse par un appareillage d'étude.

Performances :

La prothèse doit remplir trois fonctions: une fonction passive de remplacement dans un but esthétique et d'équilibre (il faut noter à cet égard que la répartition des masses du corps a un rôle statique et dynamique global); le mouvement finalisé, avec toutes ses composantes (rapidité et précision, finesse et force, sécurité et facilité de commande); le retour d'informations pour ce qui concerne la position du membre artificiel, le mouvement exécuté, les obstacles qu'il rencontre.

*

* *

Sur le plan du développement, des progrès pratiques peuvent être espérés d'une chirurgie davantage centrée sur la fonction et d'une meilleure intégration du rééducateur et de l'appareilleur dans l'équipe médicale - des progrès techniques sont d'autre part nécessaires pour garantir les fonctions qui viennent d'être citées. Les progrès techniques peuvent être orientés par des "critères communs d'utilité" (cfr. § D 3 c) dès qu'ils sont acquis, ils doivent devenir disponibles. (*)

Pour construire des prothèses, on doit avoir recours aux méthodes artisanales (travail du bois, du cuir, des métaux, du caoutchouc, des matières plastiques), et à cet égard augmentent les exigences de qualité et de rapidité d'exécution; en outre, les prothèses

(*) L'instrument approprié pour accélérer le progrès technique, est évidemment la recherche. Si la recherche médicale et notamment clinique reste très nécessaire dans ce domaine, il convient aussi de promouvoir toutes les actions qui peuvent faciliter le passage d'un "biophysique", science fondamentale, à un "génie biomédical", matière d'application qui n'est pas encore suffisamment développée en Europe.

comprennent de plus en plus souvent des dispositifs spéciaux, qui mettent en oeuvre matériaux et techniques avancés (mécanique des fluides, électronique etc.). La recherche doit être donc suivie par la construction en série suffisante et par la distribution de pièces et mécanismes préfabriqués et adaptables. A priori, les étapes à franchir seront les suivantes :

- a. protection des droits de l'inventeur;
- b. information des fabricants et octroi de licences;
- c. fabrication et mise en vente;
- d. contrôle du produit par rapport :
 - aux conditions de fonctionnement prévues,
 - aux besoins de l'utilisateur,
 - aux normes internationales éventuelles,
 - aux normes de l'organisme de prise en charge.
- e. garantie d'une assistance technique adéquate, pour ce qui concerne :
 - l'alimentation en énergie (lorsque cette dernière intervient)
 - les pièces de rechange et de dépannage.

Or, s'il paraît naturel de faire bénéficier tous les amputés d'avantages correspondant au niveau général de développement technique, et si l'on voit parfois des prothèses techniquement très développées, il reste difficile de passer d'un bon prototype à son emploi généralisé.

Les difficultés viennent de plusieurs côtés :

- a. la commande de tout appareil a son origine dans une prescription, et le médecin qui prescrit n'est pas toujours bien informé;
- b. les marchés sont petits; la ségrégation des marchés nationaux n'est pas uniquement causée par la persistance de barrières douanières et fiscales, mais aussi et surtout par les règles propres aux organismes de prise en charge, qui sont acheteurs pour une grosse partie de la production;
- c. les prothèses et les habitudes qu'elles entraînent sont de longue durée; ainsi, prothèses anciennes et nouvelles existent ensemble et trop de pièces d'emploi semblable, non compatibles

entre elles sur le plan de l'assemblage, sont simultanément en commerce;

- d. manque enfin une évaluation méthodique a posteriori des avantages que la prothèse a effectivement apportée à son utilisateur.

Une solution ne sera pas trouvée sans des efforts durables, visant notamment à progresser dans les voies suivantes :

- développement et promotion pratique de prothèse "modulaires" ou polyvalentes, à éléments d'assemblage normalisés;
- immunité douanière et fiscale de tous les éléments préfabriqués de prothèse construits dans les pays membres de la Communauté et dans les pays disposés à accorder la réciprocité;
- harmonisation des critères de conformité appliqués par les organismes de prise en charge;
- niveaux et conditions de formation progressivement uniformes pour les techniciens et les rééducateurs; harmonisation des conditions d'agrément et d'exercice de leurs professions;
- contrôle commun de qualité, effectué par des instituts qualifiés, sur des pièces prélevées sur le marché.

Ce qui vient d'être dit pour l'appareillage des amputés vaut aussi pour l'ensemble des appareils prothétiques (cfr. note à la page)

Une action commune dans ce domaine, conduite dans les lignes qui viennent d'être indiquées, peut fournir les éléments d'expérience nécessaires pour développer l'ensemble des moyens techniques nécessaires à la prévention, au diagnostic et à la thérapeutique.

ANNEXE I

Exemple d'une prise en charge de coordination individuelle :

Lors de toute interruption d'activité pouvant se prolonger au-delà d'un certain temps (p.ex. 90 jours), le cas devrait être discuté par un groupe comprenant :

- le médecin responsable du service clinique d'accueil et, si possible, le médecin de famille;
- le médecin d'entreprise ou le médecin scolaire;
- les représentants des organismes compétents pour la prise en charge financière et l'indemnisation;
- l'assistant social;

Ces personnes sont à réunir aussitôt qu'un premier pronostic est possible .

Informé de l'état du sujet et du pronostic fonctionnel, le groupe devrait :

- constituer un dossier original unique et complet, à enrichir progressivement;
- prévoir les mesures thérapeutiques et administratives à prendre (qualité et calendrier), en discuter avec l'intéressé, les préparer et établir les contacts avec les autres services et organismes dont l'intervention est estimée nécessaire (Centre de réadaptation, Office de l'emploi et ses services spécialisés, etc.);
- prendre périodiquement connaissance des progrès effectués et adapter au fur et à mesure le programme; proposer la date de reprise du travail et prévoir les contrôles d'adaptation ultérieurs.

Le but est d'obtenir, par un travail d'information mutuelle et par des décisions prises en commun, que :

- les examens nécessaires soient faits en temps utile, par des méthodes valables;
- les prestations interviennent au moment approprié et se suivent sans interruption;
- le changement de travail éventuel, bien préparé, corresponde à une promotion et non à une dévaluation professionnelle;
- chacune des parties en cause dispose d'une information complète sur les résultats de son intervention et ajuste progressivement ses méthodes.

ANNEXE II

Grandes lignes d'un programme d'action à l'échelle locale.

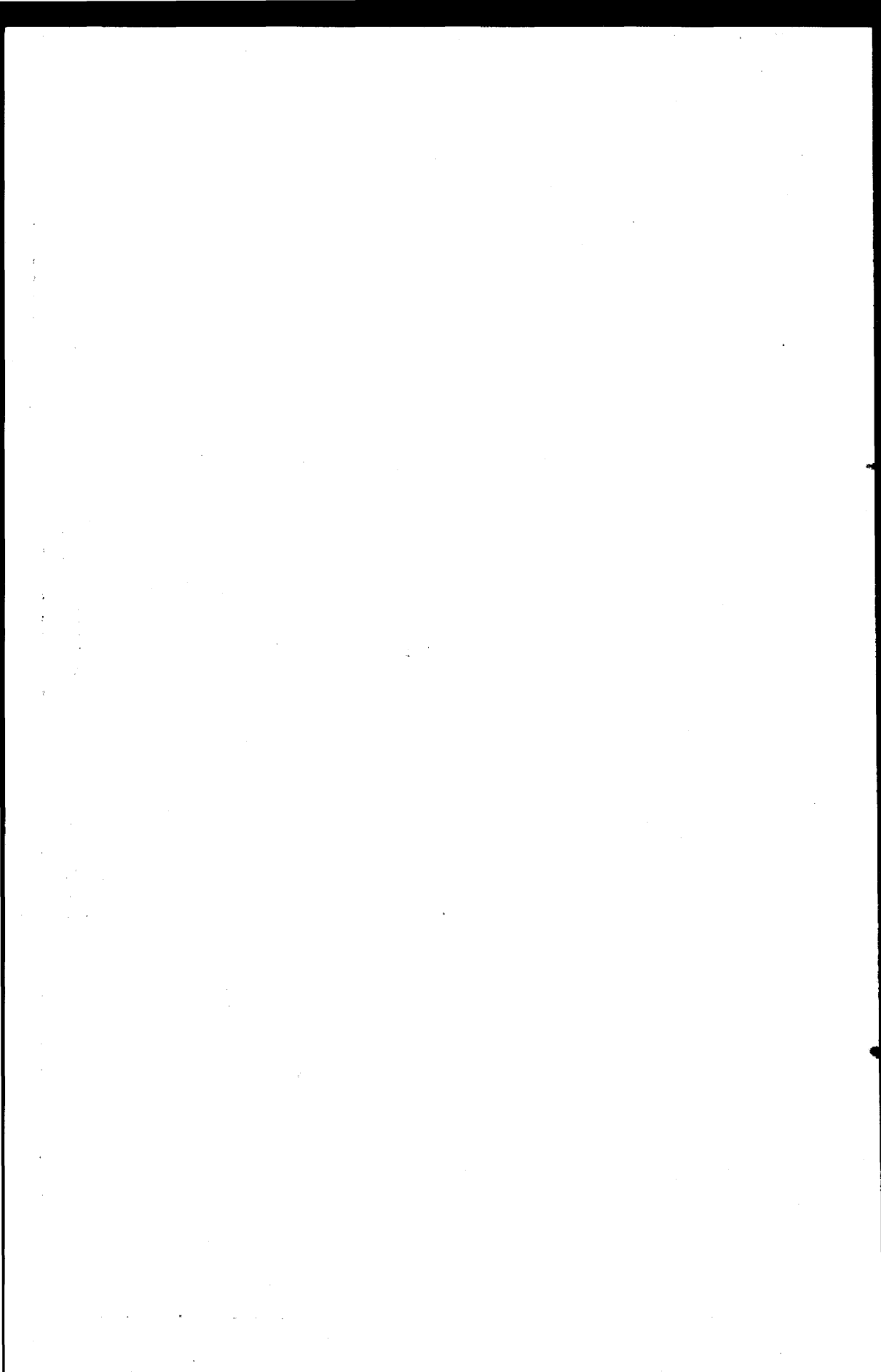
1. Promouvoir la prise en charge individuelle de réadaptation et le travail en groupe décrit au § C 2 et à l'Annexe I et, sur la base de l'expérience ainsi effectuée, la meilleure utilisation des ressources en personnel et en équipements.
2. Informer le public en vue de :
 - * susciter et orienter opportunément les initiatives particulières (et notamment les initiatives privées) qui peuvent contribuer à la prévention des handicaps et à la réintégration des handicapés;
 - * promouvoir la demande de travail chez les handicapés réadaptés et les offres de travail pouvant être acceptées par eux.
3. Développer le travail protégé. Ce dernier dépend d'un choix d'activités de production ou de prestation de services, pouvant être réalisées par des ateliers protégés, qui doit être fait en fonction de l'économie régionale ou locale. Les chefs d'entreprises pourraient très utilement y contribuer.
4. Réduire le nombre global des handicapés. Il n'est pas inutile de rappeler qu'une médecine préventive généralisée et efficace limiterait considérablement en nombre et gravité l'apparition de handicaps et réduirait à l'essentiel les tâches de réadaptation. En attendant son essor, on peut :
 - * améliorer la liaison entre les différentes formes actuelles de la médecine de dépistage (médecine scolaire, médecine de travail etc.) et la médecine thérapeutique;
 - * promouvoir des actions systématiques de dépistage, notamment pour ce qui concerne les handicaps de l'âge prénatal et de la naissance, dans le but de déclencher en temps utile les actions thérapeutiques nécessaires, de conseiller les parents, de dénombrier les enfants handicapés en fonction de leurs exigences thérapeutiques, scolaires, d'orientation et formation professionnelle et de prévoir les actions nécessaires.
5. Promouvoir les mesures pratiques qui facilitent l'intégration sociale des handicapés, notamment pour ce qui concerne:

- * les enfants (classes pour enfants mentalement retardés)
- * les handicapés isolés et les vieillards (logement assistance)
- * les familles qui comprennent les handicapés graves (logements adaptés)
- * les handicapés en général (aménagement leur permettant d'avoir accès aux services et transports publics et de les utiliser).

ANNEXE III

Domaines de recherche où une coopération interdisciplinaire
est particulièrement souhaitable

1. - Les modifications subies par les grands systèmes organiques aux âges évolutifs (notamment l'enfance et la vieillesse);
- Les facteurs pouvant les influencer (altérations métaboliques ou traumatiques, infections et intoxications, alimentation, inactivité ou manque de sollicitations) et leur mode d'action;
- La pathologie de ces âges et notamment les affections chroniques responsables d'invalidité fréquente, grave et irréversible.
2. - Les lésions traumatiques et notamment celles qui exigent un traitement de longue durée, aux résultats incertains (lésions du crâne, de la colonne vertébrale, brûlures, etc.);
3. - Les mécanismes régulateurs qui sont perturbés par la lésion ou la maladie et ont des effets sur la guérison, l'apprentissage, le réentraînement, et notamment :
 - * ceux qui agissent au niveau des tissus lors de la réparation des lésions,
 - * ceux qui contrôlent les échanges métaboliques et énergétiques,
 - * ceux qui commandent l'adaptation de l'organisme à son champ biophysique, dans des conditions différentes de sollicitation externe, de posture, de mouvement, d'activité,
 - * ceux qui interviennent dans les réactions psychiques et affectives et commandent les prestations psycho-sensorielles et psycho-motrices.



Documents élaborés par les participants en vue de la séance conclusive

H. TRACHTE

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi de formuler quelques observations concernant les déclarations faites par M. VELDKAMP hier matin. M. VELDKAMP a fait la critique du critère de causalité en matière de handicap, critère qui conduit entre autres à effectuer une distinction entre accidents du travail ou victime de maladies professionnelles et les autres handicapés. Il a recommandé de passer du principe de causalité au principe dit de finalité, en évoquant que pour les handicapés, ce n'est pas la cause, mais uniquement le fait d'être handicapé qui est important. Cette dernière constatation est certainement juste. Elle a d'ailleurs été faite dans d'autres contributions à ce colloque. Toutefois, il m'apparaît douteux que la finalité dans le processus de réadaptation fasse obstacle au principe de causalité de l'assurance accident légale. Le principe de causalité pour l'assurance accident, de même que pour l'assistance aux victimes de guerre n'est pas en contradiction ou en opposition au droit de tous les handicapés à une réadaptation aussi bonne que possible. Parfois, on admet cela par erreur, car l'on considère qu'un traitement uniforme de toutes les personnes nécessitant une réadaptation est la résultante d'une conception finaliste et que celle-ci est incompatible avec l'idée de causalité. Ces deux conclusions, ne résistent pas à un examen. Le droit à une réadaptation d'égale qualité, que nous approuvons pour tous les handicapés, ne peut résulter que du principe de l'égalité de traitement, dans la mesure où il n'est pas déjà établi par la jurisprudence des Etats. D'autre part, le principe d'égalité correspond à un droit de l'homme antérieur à toute constitution. Les considérations de finalité ou de causalité ne constituent par rapport à ce droit aucune base légale de droits à des prestations.

Pourquoi donc ces attaques contre le principe de causalité ?

En y regardant de plus près, on voit que l'on reproche parfois de façon voilée que des personnes dont le handicap est dû à certaines causes déterminées sont réadaptés dans des meilleures conditions, plus rapidement ou avec des moyens plus onéreux. Si c'était vrai, cela ne pourrait guère être sérieusement présenté comme un désavantage d'un rapport causal de la prestation. Nous souhaiterions que tous les handicapés soient réadaptés de la manière que nous estimons indispensable pour la catégorie de personnes que nous soignons. L'assurance-accident n'a certainement aucune raison de se référer à des critiques sur l'opposition apparente entre finalité et causalité dans la réadaptation, car de tels jugements péremptoires ne portent pas sur le fond du problème. Mesdames et Messieurs, la causalité dans l'assurance-accident a des objectifs tout différents que l'établissement d'un critère pour les prestations de réadaptation. Elle exerce plutôt - comme dans l'ensemble du droit - une fonction réglementaire parfaitement justifiée. Nous en avons besoin, parce qu'à notre avis il est raisonnable d'imposer à l'employeur l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, comme c'est le cas en République fédérale d'Allemagne. Ainsi, les employeurs sont libérés de toutes les revendications individuelles de leurs travailleurs. En même temps, ils ont un intérêt considérable à ce que soit assurée une prévention efficace et contribuent ainsi à une tâche de l'assurance-accident qui doit être considérée comme absolument primordiale. Enfin, la causalité est invoquée sur le plan des prestations en ce qui concerne le droit à pension. Mais ce problème n'a rien à voir avec la réadaptation, car la réadaptation a prépondérance sur la pension. A cet égard, on pourrait se demander si des lésions corporelles dues à un accident ou à la guerre devraient être indemnisées en tout état de cause par une pension particulière qui ne soit pas une pension d'invalidité. Je pense qu'il faut répondre affirmativement sans réserve. Etant donné que, comme nous l'avons déjà dit, il ne s'agit pas là d'un problème de réadaptation, je voudrais renoncer ici à en présenter les raisons.

Nous voyons que la causalité ne présente aucun obstacle pour la réadaptation, et que d'autre part, la finalité ne saurait motiver

les droits à l'égalité de traitement de tous les handicapés. J'espère avoir réussi à montrer clairement que la causalité - même si l'on considère la réadaptation de point de vue de la finalité - a très certainement sa place et son importance dans la sécurité sociale, dans la mesure où l'on admet le système de sécurité sociale différencié. Je ne voudrais pas m'attarder sur la question de savoir si et dans quelle mesure on pourrait renoncer aux principes de la causalité dans un Etat social intégral, étant donné que la prémisse - c'est-à-dire le passage à un tel état - ne fait pas l'objet de la discussion.

Permettez-moi pour terminer de souligner un avantage de l'assurance-accident qui se reflète dans les succès croissants obtenus en matière de réadaptation. Il s'agit de la responsabilité unique de l'assureur dans toutes les phases de la réadaptation. Cela garantit un déroulement continu dans l'application des mesures, fondement essentiel d'une réadaptation efficace.

En outre, l'exploitation statistique de l'accident et de ses causes dans le cadre de la prévention est effectuée par l'assureur. Pour la réadaptation, cela facilite, sur la base des expériences acquises, la réintégration du handicapé à un poste qui, dans la mesure du possible, le met à l'abri de tout accident. Ainsi se boucle le cycle des nombreuses prestations de l'assurance accident qui commence avec l'organisation d'une aide de première urgence efficace et se termine par la réintégration - qui s'effectue sous l'angle de la prévention - dans le processus de travail et par des mesures consécutives d'assistance médico-sociale.

J. TEJMAR

C'est au sociologue américain Kurt LEWIN que nous devons la maxime : "Une bonne théorie est la meilleure pratique". Il semble qu'outre les mesures pratiques à prendre, il nous faudra déployer encore beaucoup d'efforts pour arriver à une définition sémantique claire d'un bon nombre des concepts dont on a parlé ici. Des anomalies entraînant un handicap apparaissent chez 7 % des enfants qui

atteignent l'âge de six ans (citation dans Zit. bei Nishimura, H., Chemistry and prevention of congenital anomalies, Ch.C. Thomas, Springfield, III., 1964); d'après Apgar toutefois (V., 1960, Congenital Anomalies, Bull. Material and Infant Health, 7, n° 2, 18) près de la moitié des êtres humains présente des anomalies souvent dissimulées et cliniquement invisibles. A celles-ci s'ajoutent des handicapés causés par des accidents, par la maladie et le vieillissement physiologique. La notion de pleine réadaptation sociale doit être très large. On connaît des cas, tel celui de jeunes ouvrières travaillant dans une conserverie de poissons qui en raison de la persistance de l'odeur, étaient exclues de la vie communautaire normale, et chez SAARBERG AG nous recherchons aujourd'hui activement des produits détersifs plus efficaces pour les mains, car la malpropreté persistante des mains déprécie nos ouvriers socialement. Les temps changent ! Ou bien ne sommes-nous pas nous aussi, sclérosés, vieillissants, déjà handicapés ? D'ailleurs toute notion de handicap perd sa valeur dès qu'elle n'est plus liée à une notion concrète d'exigence.

Je voudrais insister ici non pas pour minimiser les handicaps les plus graves, mais pour dire qu'il n'existe pas de barrière rigide dans l'échelle continue des handicaps à laquelle correspond une échelle continue des exigences, et que nous ne sommes pas nous en tant qu'êtres "pleinement normaux", placés face à nous-mêmes - les handicapés - comme deux groupes fermés sur eux-mêmes et homogènes. La différence est néanmoins très considérable selon que le handicap va de pair avec la faculté d'adaptation, qu'il est prévisible ou qu'il frappe l'homme par surprise dans des conditions dramatiques. Nous nous trouvons ici devant un conflit sérieux : la disposition à la mobilité - au changement en soi - ne nous est pas inculquée, elle est même bannie de nos modèles de comportement. Le meilleur travailleur est, selon certaines conceptions, celui qui quitte son emploi et son entreprise au moment de la retraite, après y avoir débuté comme apprenti. Avec de telles idées, quel peut donc être le sentiment de l'homme gravement handicapé qui doit changer son fusil d'épaule ?

D'une façon générale, puisse le sentiment que le handicapé, comme tout autre homme éprouve lui-même être placé au centre de toutes nos considérations. Nous sommes chargés d'ouvrir à l'homme autant de portes que possible, mais nous ne devons jamais le traîner à la laisse où que ce soit. Quel mal y a-t-il à ce qu'un handicapé se borne à vouloir jouir de sa pension ? Cela ne le déshonore pas, et ne doit pas non plus déshonorer quiconque relate les faits sans exprimer un jugement de valeur. Il est certain que la majorité des handicapés graves voudront d'ailleurs avoir un rendement même supérieur à la moyenne pour répondre à cette tendance tout aussi naturelle à l'homme qui est de s'estimer soi-même. Notre devoir n'est pas de juger, mais d'aider. Puisse nous guider le diction "In dubiis libertas". Dans le doute, laisser la liberté.

L. PIERQUIN

Les auditeurs de ce colloque ont sans doute remarqué que les exposés sur la réadaptation professionnelle des handicapés avaient été précédés par une étude de l'aspect médical de la réadaptation, c'est-à-dire de la réadaptation fonctionnelle, et, dans une certaine mesure, de la réadaptation au travail. Ce mélange n'est pas dû au hasard, mais à l'intention délibérée des organisateurs de cette réunion de grouper les aspects médicaux et professionnels de la réadaptation, de prouver qu'ils sont mêlés et doivent être nécessairement considérés dans leur ensemble.

Dirigeant un Institut de réadaptation, qui comprend un centre médical et un centre professionnel, je voudrais vous faire part de mon souci et de mon espoir.

J'ai le souci quotidien de réunir les médecins et les techniciens du travail autour du handicapé, dans une même équipe. Ils ont des difficultés à s'assembler, parce qu'ils n'ont pas la même formation, la même occupation et le même esprit. Les médecins ont tendance à abandonner le handicapé à son sort, lorsqu'ils jugent que son affection est guérie; la plupart ne s'intéressent vraiment pas à la réintégration sociale et professionnelle de leurs accidentés et

de leurs malades. Inversement, les spécialistes du travail considèrent trop souvent le handicapé physique comme un homme comme les autres, l'assujettissement d'une façon excessive aux contraintes du travail, négligeant les particularités humaines de sa condition.

J'aimerais, et c'est là mon espoir, que la réadaptation soit une, qu'il n'y ait plus une séparation excessive entre la réadaptation médicale et une réadaptation professionnelle, mais un mélange à tous les moments : que les médecins s'intéressent à leurs patients jusqu'au bout, que les problèmes sociaux et professionnels soient envisagés dès le début de l'affection !

Nous faisons un effort dans notre pays dans ce sens, en tentant de grouper, en vue de l'étude de problèmes concrets de réadaptation, les membres de la Société nationale de réadaptation médicale avec les membres de la Société de réadaptation professionnelle.

Ces réunions seront certainement bénéfiques et j'aimerais citer l'exemple de l'appareillage orthopédique et prothétique, question délicate, intéressant la réadaptation d'un grand nombre de paralysés et d'amputés.

Notre retard en la matière provient d'une activité dispersée et trop uniquement nationale. Les techniciens ont exclusivement étudié leurs techniques, les médecins leurs malades, les rééducateurs ceux qui se présentaient à eux pour mouvoir leurs bras et leurs jambes. Les résultats ont été médiocres.

Il convient qu'autour du handicapé, qui est finalement le juge en la matière, se groupent techniciens, médecins et rééducateurs, pour que se développe la science de l'appareillage, pour qu'elle soit vraiment appliquée aux besoins humains. Il convient aussi, en raison de la difficulté du problème, qu'une collaboration internationale se développe sur ce sujet et que des structures européennes de recherche et d'enseignement soient créées.

Pour de nombreux handicapés physiques, une assistance optimale sur les plan orthopédique et technique est une très importante condition de la réussite du reclassement professionnel. Il est absolument nécessaire que, sur le plan européen, les efforts soient unis pour :

- 1) récapituler et faire connaître les connaissances et expériences acquises dans le secteur orthopédique et technique,
- 2) coordonner la recherche en vue d'une meilleure utilisation des moyens existants et possibilités offertes,
- 3) unifier la formation du technicien orthopédiste et l'adapter à l'évolution de la technique,
- 4) rendre possible, pour le maître mécanicien-orthopédiste, une formation d'ingénieur à l'échelon universitaire, ce qui permettrait de disposer de spécialistes avertis pour la recherche et la formation et ouvrirait, pour le mécanicien-orthopédiste, des possibilités d'avancement professionnel.

Cette mission pourrait très bien être remplie par un centre européen d'orthopédie technique et de réadaptation orthopédique. Un tel centre devrait s'occuper :

- 1) de la documentation technique orthopédique (collection, bibliographie, musée, matériel d'enseignement);
- 2) de recherches techniques orthopédiques (information, coordination, exécution);
- 3) de la formation de maîtres mécaniciens-orthopédistes pour en faire des ingénieurs en technopédie;
- 4) du perfectionnement de tous les membres du groupe de réadaptation technico-orthopédique (notamment les mécaniciens orthopédiques, les médecins, les kinésithérapeutes, les thérapeutes occupationnels, les psychologues, les travailleurs sociaux) dans le secteur de l'orthopédie technique;

5) de l'information par une bibliographie et des comptes rendus de recherche internationaux paraissant périodiquement.

Ainsi, la situation de l'orthopédie technique, qui constitue certainement à l'heure actuelle le point le plus faible de toute la réadaptation, pourrait être sensiblement améliorée.

G. FAJAL

Beaucoup d'orateurs ont parlé du reclassement, et du réemploi des handicapés. Il est rejouissant de sentir tout l'intérêt de l'assistance à ce problème.

Cependant pour bien reclasser les handicapés, il est nécessaire qu'ils aient reçu auparavant le maximum d'aide de la Réadaptation et qu'ils soient arrivés à la récupération maximum ou totale de leurs moyens physiques et psychiques.

Il n'en est pas encore ainsi, en appareillage en particulier et en Réadaptation ensuite

Les structures nationales ne peuvent pas résoudre tous les problèmes médicaux et techniques de la Réadaptation et de l'appareillage; il est urgent que des structures européennes spécialisées dans la recherche, la documentation et l'enseignement soient mises en place et qu'elles soient soutenues par les organismes Européens.

Des structures Européennes, sur le plan culturel, ou administratif ont été créées et ont travaillé avec efficacité. Il faut peut être faire un pas de plus et créer des structures techniques pour que nous formions des "cadres" en appareillage et en Réadaptation ayant des idées, des méthodes et des cerveaux Européens. Un centre Européen de Technique Orthopédique et de Réadaptation permettra aux spécialistes des différents pays et aux handicapés de se confronter et de se former. La Réadaptation aura alors donné le maximum et on pourra alors entrevoir une réinsertion sociale et professionnelle efficace et humaine.

N. COOPER

Remarques générales

Puis-je présenter une ou deux idées ou suggestions en vue d'une possible action future dans le domaine de la réadaptation professionnelle.

En ce qui concerne l'assistance-conseil pour le placement et la réadaptation des handicapés, je pense qu'il est vrai de dire que (sauf les Etats-Unis, où une formation de conseillers en matière de réadaptation est donnée dans de nombreuses universités jusqu'au niveau de la licence), dans la plupart des pays, la formation du personnel engagé dans ce travail vital s'effectue couramment sur le tas. Je suggère que l'on profite de l'occasion pour créer une carrière spécifique de conseillers en matière de placement et de réadaptation en Europe et dans d'autres parties du monde, nécessitant au moins le niveau du certificat d'aptitude voire celui de la licence et couvrant des sujets tels que les tests psychologiques, l'ergonomie, les conditions du marché du travail, etc. Il ne fait aucun doute que l'on situerait ainsi le travail de placement et d'assistance-conseil à un niveau professionnel plus élevé dans l'intérêt non seulement du personnel et du service concernés, mais aussi des employeurs, et, ce qu'importe surtout, des handicapés eux-mêmes.

Deuxièmement, il semblerait nécessaire de rationaliser les méthodes de réadaptation des handicapés. Dans certains cas, les cours se fondent sur des programmes d'apprentissage périmés et auraient besoin d'être modernisés et écourtés. De plus, l'objectif devrait consister à former un travailleur mieux adaptable capable de répondre aux exigences de l'industrialisation et de l'automatisation.

Troisièmement, je suggérerais que l'on repense le problème des emplois protégés. Trop souvent, nous voyons là une possibilité de réintégration de deuxième ordre et une opération coûteuse qui exige des moyens financiers importants. Or, cela n'est pas forcément le cas. Par exemple, en Ethiopie, un atelier protégé placé sous les auspices de l'ILO, qui emploie 200 handicapés graves, fait un béné-

fice annuel de 250.000 \$. Les salaires sont plus élevés que la moyenne locale et la formation des travailleurs a nécessité un certain nombre de semaines plutôt que des mois. Il se peut que les idées qui ont inspiré ce projet puissent judicieusement s'appliquer à des programmes d'ateliers protégés dans des pays développés. Le temps ne me permet pas d'entrer dans le détail, mais l'ILO est toute disposée à fournir aux personnes et à tous les organismes travaillant dans ce domaine de plus amples informations sur ce projet et les autres aspects de son programme de réadaptation professionnelle.

Enfin, je saisis cette occasion pour dire combien j'ai été satisfait de participer à cet excellent symposium et combien j'ai apprécié l'hospitalité généreuse qui m'a été offerte. Je suis sûr que nous quitterons Luxembourg en emportant le très bon souvenir d'une réunion bénéfique riche d'enseignements, ainsi que de nouvelles idées et un nouvel enthousiasme pour notre travail en faveur des handicapés.

N. STOFFEL

Considérations générales

En jetant un coup d'oeil rétrospectif sur les idées et conceptions soumises à l'assemblée, j'ai l'impression que la balance penche nettement du côté des handicapés physiques.

Or, il y a aussi le groupe des handicapés psycho-nerveux et mentaux. Devant les perspectives en faveur des handicapés physiques ou accidentés, je me suis demandé si, pour la Communauté, il n'y a pas moyen de reprendre de façon approfondie, lors d'un prochain colloque, l'aide à apporter aux handicapés psycho-nerveux et mentaux, ou de faire des propositions à ce sujet au Conseil des Ministres.

TRAVAILLEURS SOCIAUX

Un groupe de travailleurs sociaux de base, réuni en date du 25 mai 1971

sur le sujet "Problèmes pratiques posés lors du placement en milieu professionnel des handicapés"

ayant pour souci une plus grande efficacité

- I. ont constaté
- II. émettent les vœux.

I. Ont constaté :

1. Lenteur de la constitution et de l'étude des dossiers de reclassement

2. Manque de coordination entre

A. les organismes intervenant dans le processus de reclassement :

- a. centre de traitement
- b. organismes de prise en charge
- c. organismes techniques : médical
psychotechnique
administratif

B. les travailleurs sociaux intervenant dans ce même processus de reclassement :

- médecins
- psychotechniciens
- conseillers du travail
- assistants sociaux

3. Manque de service de suite

Suite donnée :

- d'une part au niveau de l'Administration
- d'autre part au niveau du handicapé à la suite de la décision de reclassement quelle qu'en soit l'origine pour chacun des pays intéressés (réussite ou échec!)

II. Emettent les vœux :

1. formation - de même qu'il a été souhaité que les étudiants en médecine et les para-médicaux reçoivent, en cours d'études, une formation spécifique quant à la réadaptation;
 - de même, les travailleurs sociaux demandent qu'une telle formation leur soit également dispensée : stages,..... etc.
2. formation et information de tous les agents qui travaillent au reclassement
3. de travailler en équipe
4. d'organiser une rencontre de l'équipe
 - travailleurs sociaux de base
 - entre - médecins du travail d'entreprises et d'inter-entreprises
 - administratifset ce, à l'échelon des pays de la Communauté européenne.

Nous tenons à préciser que nous sommes disposés à travailler à l'échelon régional et national de nos différents pays en vue de la préparation d'un colloque qui traiterait de ce problème.

N.B. Les travailleurs sociaux français attirent l'attention sur le fait que la législation de leur pays, relative au processus de reclassement, est énoncé très clairement mais que son application laisse beaucoup à désirer.

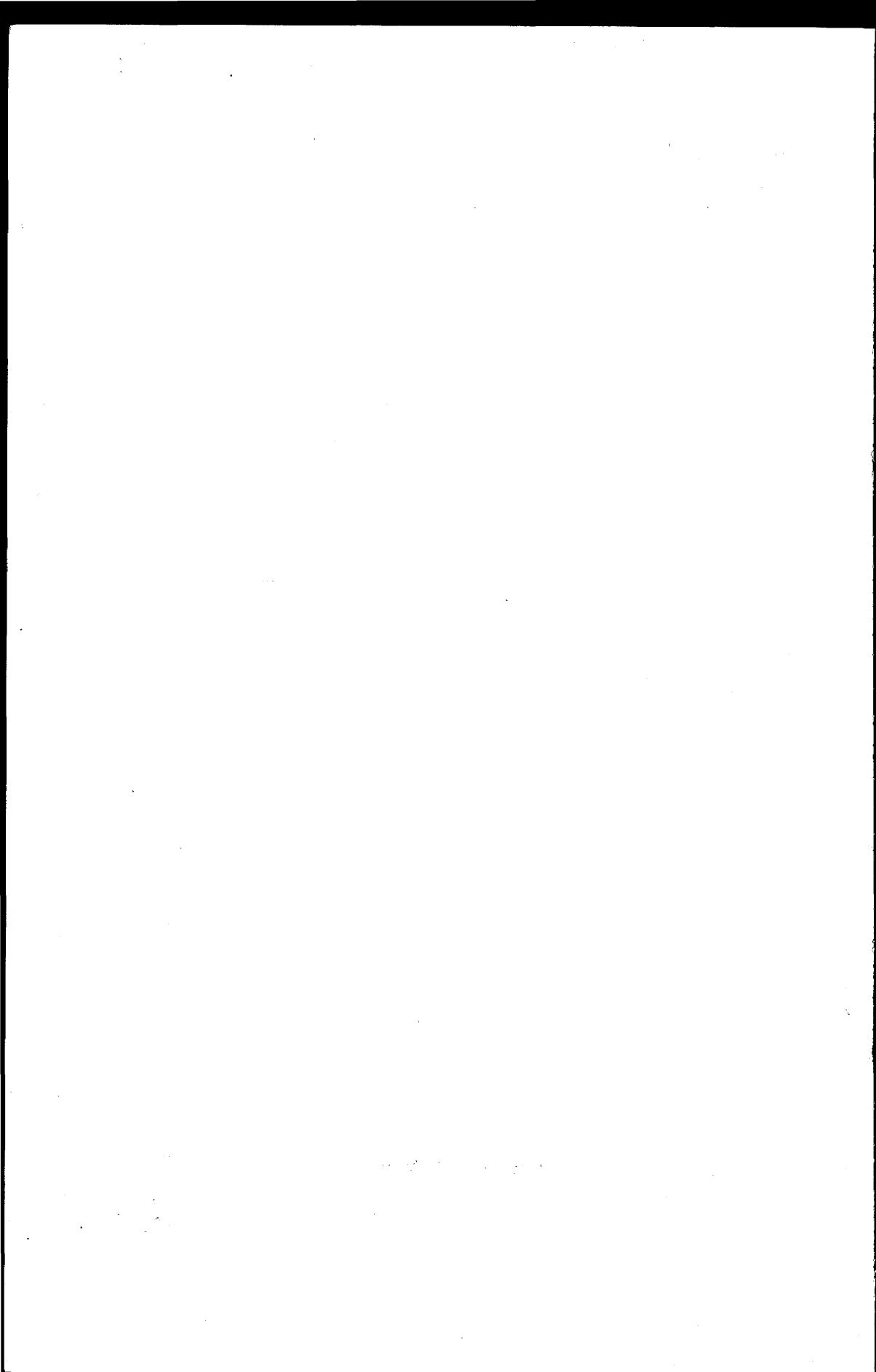
Catégories de travailleurs sociaux représentés

ALLEMAGNE : conseillers du travail

BELGIQUE : assistantes sociales d'associations privées

FRANCE : - conseillers du travail
- assistantes sociales de caisses de sécurité sociale
- assistantes sociales de directions départementales
- assistantes sociales d'action sanitaire et sociale
- assistantes sociales de centres de rééducation
- assistantes sociales d'associations privées

LUXEMBOURG : assistantes sociales d'associations privées.



INDEX ALPHABÉTIQUE DES ORATEURS

ACTON, N.	Page 419
AMOUDRU, C.	129
BALME, R.	338
BASTENIER, H.	367
BOLL, W.	143
BORSTLAP, A.	344
BREUKEL, S. J. H.	58
BUISSON, J. Y.	397
CAHEN, G.	91
CESA-BIANCHI, M.	126
COOPER, N.	21
	127
	128
	232
	513
COPPÉ, A.	13
CRAVIOTTO, G.	128
	237
DASSBACH, A.	27
DAUHS, J.	400
DE GANCK, C.	238
DE GENDT J.	344
DEMOL, O.	156
DE VERICOURT, E.	58
	236
DE WULF, L.	394
DUBOT, G.	243
FAJAL, G.	512
FLESCHE, C.	12
FOUCHÉ, S.	161
FRANÇOIS, R.	129
	240
GERUNDINI, G.	11
	61
GLOMBIG, E.	311
GODARD, J.	380
GUARDASCIONE, V.	130
HAIZMANN, R.	116
HEERING, A. H.	Page 279
	307
HOFRICHTER, M.	428
HOUSSA, P.	20
	71
	423
JOCHEIM, K. A.	53
	59
	165
KLEINE, R.	406
KOKE, D.	163
KUHN, G. G.	511
LENNIG, P.	291
LENOBLE, M.	124
	413
MARINELLO, A.	275
	405
MARON, A.	169
MARQUARDT, E.	404
MARRONI, M.	414
MERCKLING, A.	228
	402
MESSER, O.	22
	304
MIROT, F.	243
MONTES, F.	236
	305
MONTICELLI, A.	159
MOTTA, A.	407
MUELLER, E. A.	306
MUTTERER, M.	133
NOESEN, R.	43
PARIS, J.	410
PIERQUIN, L.	77
	100
	509
RICCIARDI-TENORE, N.	411

SADO, L.	Page 274	VACCARI, L.	Page 158
SALMON, A.	257	VAN ZUNDERT, K.	235
SCHWARZ, H.G.	110	VELDKAMP, G.M.J.	216
SMEYERS, R.	276		435
SOEDE, M.	277	VENEMA, F.B.	125
STOFFEL, N.	514	VIDALI, U.	34
STORM, A.	81	VINCK, F.	34
SYMANSKI, H.	234		445
TEJMAR, J.	507	WEBER, R.	322
TRACHTE, H.	505	WULF, E.	392
TREVETHAN, P.J.	31	TRAVAILLEURS SOCIAUX	514