**Article 19 - Liste d'indicateurs illustratifs sur la vie autonome et l'intégration dans la communauté**

**Vivre de façon autonome et être inclus dans la communauté**

**Attributs**

* **Choix de logements indépendants\***
* **Services d'assistance\*\***
* **Accessibilité et réactivité des services traditionnels\*\*\***

**Indicateurs structurels**

19.1 Adoption d'une législation reconnaissant le droit de vivre de manière indépendante et d'être inclus dans la communauté en tant que droit exécutoire de toutes les personnes handicapées garantissant leur autonomie individuelle et le contrôle de leur vie, indépendamment des incapacités et du niveau de soutien requis.[[1]](#endnote-1)

19.2 Adoption d'une stratégie et/ou d'un plan national complet avec des délais et des objectifs mesurables pour mettre en œuvre ce droit, y compris la disponibilité d'une gamme d'options de logement et de services de soutien.[[2]](#endnote-2)

19.2.1 Adoption d'une stratégie et/ou d'un plan national pour parvenir à la désinstitutionnalisation de tous les enfants et adultes handicapés avec des repères, des délais et des objectifs mesurables.[[3]](#endnote-3)

19.2.2 Adoption d'un moratoire sur les nouvelles admissions par institutionnalisation forcée des personnes handicapées.

19.2.3 Adoption d'un moratoire sur les nouvelles admissions dans les établissements pour enfants handicapés (idem 23.8).

19.3 Dispositions légales protégeant les personnes handicapées contre les expulsions forcées sur la base de l'égalité avec les autres, dans toutes les formes d'occupation du logement (propriété, accords de location formels, établissements informels, etc.) et garantissant la fourniture continue de logements et le soutien nécessaire.

19.4 Obligation légale de collecter des données sur le nombre et la proportion de personnes handicapées exerçant le droit de choisir leur milieu et mode de vie, y compris celles qui quittent les institutions pour vivre dans la communauté, et d'accéder aux services de soutien pour vivre de manière indépendante.

19.5 Obligation légale d'établir un marqueur sur toutes les dépenses liées à l'exercice par les personnes handicapées du droit de choisir leur milieu et mode de vie et d'accéder à des services de soutien pour vivre de manière autonome.[[4]](#endnote-4)

19.6. Aucune disposition légale ne restreignant directement ou indirectement le droit des personnes handicapées de choisir où et avec qui vivre sur un pied d'égalité avec les autres.[[5]](#endnote-5)

19.7 Adoption de normes d'accessibilité obligatoires pour les logements accessibles à toutes les personnes handicapées.

19.8 Adoption d'une stratégie et/ou d'un plan national pour garantir la disponibilité et l'abordabilité des options de logement, y compris des logements accessibles et adaptables, pour les personnes handicapées, dans tous les domaines de la communauté.[[6]](#endnote-6)

19.9 Adoption d'une stratégie et/ou d'un plan national pour développer et accroître l'accès, la disponibilité et la diversité des allocations et services de soutien pour les personnes handicapées, y compris le soutien humain dirigé par la personne/utilisateur,[[7]](#endnote-7) un soutien adapté aux situations de détresse mentale, de crise psychosociale et autres besoins intermittents ou émergents, ainsi que la fourniture d'appareils et de technologies d'assistance.[[8]](#endnote-8)

19.10 Disponibilité de mesures de soutien, y compris soutien à domicile, conseil par les pairs et soutien financier ou indemnité pour les personnes handicapées et les membres de leur famille et/ou d'autres avec lesquels la personne décide de vivre.

19.11 Adoption d'une politique nationale pour assurer un soutien aux familles des enfants handicapés afin de prévenir la séparation de la famille, y compris la fourniture de services sociaux appropriés et adéquats pour des options alternatives de prise en charge familiale de qualité, afin de garantir le droit des enfants handicapés à une vie de famille et l'inclusion dans la communauté.[[9]](#endnote-9)

19.12 Adoption de normes nationales d'accessibilité uniformes respectées et garanties par tous les services traditionnels,[[10]](#endnote-10) y compris toutes les administrations publiques et les établissements privés fournissant des services au public.

19.13 Adoption d'une stratégie ou d'un ou de plusieurs plans pour assurer la conception universelle, l'accessibilité, la pertinence culturelle et la réactivité des services traditionnels aux personnes handicapées, y compris la fourniture d'aménagements raisonnables aux personnes handicapées.[[11]](#endnote-11)

**Indicateurs de Processus**

19.14 Nombre et proportion de personnes handicapées bénéficiant d'un logement public/social au sein de la communauté, ventilés par sexe, âge, handicap, situation géographique.

19.15 Nombre et proportion de l'ensemble du personnel du secteur public et des acteurs privés impliqués dans la politique et le marché du logement formés aux droits des personnes handicapées et aux aspects pertinents de ce droit.[[12]](#endnote-12)

19.16 Nombre et proportion d'établissements de privation de liberté spécifiques aux personnes handicapées (tels que les institutions, y compris les foyers de groupe, les résidences pour personnes handicapées intellectuelles, etc.) fermés par an, ventilés par type d'institution et situation géographique.[[13]](#endnote-13)

19.17 Nombre de personnes, y compris les professionnels, certifiées pour fournir des services de soutien à domicile, en résidence et autres services de soutien communautaire, y compris une assistance personnelle pour soutenir la vie et l'inclusion dans la communauté, des formes de soutien non coercitives adaptées aux situations de détresse mentale ou psychosociale crise et autres formes de soutien pour 1 000 personnes handicapées, ventilées par type de certification et/ou profession.

19.18 Nombre et proportion de personnes handicapées vivant dans des institutions qui ont eu accès à un soutien et à des programmes, y compris une assistance économique, pour faciliter la transition des soins institutionnels à la vie dans la communauté.

19.19 Nombre et proportion de personnel formé pour soutenir la transition des soins en établissement à la vie autonome et l’inclusion des personnes handicapées dans la communauté.

19.20 Activités et campagne de sensibilisation visant à promouvoir le droit des personnes handicapées à vivre de manière indépendante et à vivre dans la communauté, ciblant le grand public ainsi que la diversité des personnes handicapées et de leurs proches, y compris la diffusion d'informations sur l'éventail des droits, services et logements disponibles.

19.21 Budget alloué aux mesures visant à garantir le droit des personnes handicapées à choisir leur milieu et mode de vie et à accéder à des services de soutien pour vivre de manière autonome, et montant moyen dépensé par personne par rapport au montant dépensé par personne handicapée institutionnalisée.

19.22 Processus de consultation entrepris pour assurer la participation active des personnes handicapées, y compris par l’intermédiaire des organisations qui les représentent, à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des lois, règlements, politiques et programmes afin de garantir le droit de vivre de manière indépendante et d'être inclus dans la communauté.[[14]](#endnote-14)

19.23 Proportion de plaintes reçues concernant le droit des personnes handicapées à vivre de manière indépendante et à être incluses dans la communauté qui ont fait l'objet d'une enquête et d'une décision ; proportion de celles jugées en faveur du plaignant ; et proportion de ces dernières qui ont été respectées par le gouvernement et/ou le détenteur d'obligations ; à chaque fois ventilée par type de mécanisme

19.24 Formation du personnel des services généraux aux droits des personnes handicapées, en particulier à la non-discrimination et à la fourniture d'aménagements raisonnables, pour accroître la réactivité aux besoins de l'individu.[[15]](#endnote-15)

19.25 Budget alloué à l'accessibilité et à la fourniture d'aménagements raisonnables dans les services ordinaires.

19.26 Proportion de prestataires de services traditionnels qui respectent pleinement les normes nationales d'accessibilité.

**Indicateurs de Résultat**

19.27 Nombre et proportion d'adultes handicapés chefs de ménage ventilés par sexe, âge, handicap et type de droit (propriétaire, locataire, etc.), par rapport aux autres personnes.[[16]](#endnote-16)

19.28 Nombre de personnes vivant dans des logements sociaux, ventilé par sexe, âge et handicap.

19.29 Nombre et proportion d'adultes handicapés se déclarant satisfaits de leur niveau d'autonomie dans leur milieu et mode de vie, ventilés par sexe, âge et handicap.[[17]](#endnote-17)

19.30 Nombre et proportion de personnes handicapées ayant accès aux services de soutien communautaires, y compris l'assistance personnelle, sur le nombre total de demandes présentées, ventilées par sexe, âge et handicap et services de soutien fournis.

19.31 Nombre et proportion de personnes handicapées dotées d'appareils et de technologies d'aide à la vie autonome, sur le nombre total de demandes présentées, ventilées par sexe, âge, handicap et produit d'assistance fourni.

19.32 Nombre et proportion de personnes handicapées résidant actuellement dans des établissements (par exemple, centres de soins psychiatriques, résidences pour personnes handicapées intellectuelles, etc., d'établissements de grande envergure à des foyers de groupe), ventilés par sexe, âge, handicap et type d'institution/établissement.

19.33 Nombre et proportion de personnes handicapées qui ont quitté les établissements (par exemple, les établissements psychiatriques pour patients hospitalisés, les résidences pour personnes handicapées intellectuelles, etc.) et qui ont trouvé un logement indépendant, sur le total des personnes handicapées institutionnalisées, ventilés par sexe, âge et handicap.

19.34 Nombre et proportion de personnes handicapées autorisées à quitter les établissements et bénéficiant de services de soutien de la communauté, y compris une assistance personnelle, dans la mesure demandée par la personne, ventilés par sexe, âge et handicap et services de soutien fournis.

19.35 Nombre de personnes handicapées utilisant les services traditionnels et proportion du total des utilisateurs de services, ventilés par sexe, âge, handicap et type de service, par rapport aux autres personnes.[[18]](#endnote-18)

19.36 Nombre et proportion de demandes d'aménagements raisonnables accordées aux personnes handicapées dans le cadre des services traditionnels.

19.37 Niveau de satisfaction des personnes handicapées à l'égard des services traditionnels, ventilé par type de service, sexe, âge et handicap.

**\*** Voir Comité CDPH, [Observation générale n° 5](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/5&Lang=en) sur l'article 19, paragraphe 16 : « (c) Cadre propice à l’autonomie de vie. L’autonomie de vie et l’inclusion dans la société supposent un cadre de vie excluant toute forme d’institutionnalisation. Il ne s’agit pas « simplement » d’habiter dans tel ou tel immeuble ou de vivre dans tel ou tel environnement ; il s’agit surtout de ne pas perdre son autonomie et sa liberté de choix en se voyant imposer un cadre et des conditions de vie déterminés. Ni les grands établissements qui comptent plus d’une centaine de résidents, ni les foyers plus modestes qui accueillent cinq à huit personnes, ni même les logements individuels, ne peuvent être considérés comme des cadres propices à l’autonomie de vie s’ils présentent des caractéristiques déterminantes des institutions ou de l’institutionnalisation. Bien qu’elles puissent différer par leur taille, leur dénomination et leur organisation, les institutions possèdent certaines caractéristiques communes. Par exemple, elles sont dans l’obligation de partager les services d’assistants entre plusieurs personnes et l’influence qui peut être exercée sur la personne dont l’aide doit être acceptée est limitée voire inexistante ; les institutions contribuent à l’isolement et à la ségrégation des personnes handicapées, au détriment de leur autonomie de vie et de leur inclusion dans la société ; elles privent les personnes handicapées de la possibilité de décider par elles-mêmes dans la vie de tous les jours ; elles les empêchent de choisir les personnes avec qui elles vivent ; elles imposent une routine stricte, qui ne tient pas compte de la volonté ni des préférences de chacun ; elles font participer un groupe de personnes placé sous une certaine autorité à des activités identiques en un même lieu ; elles ont une approche paternaliste dans la prestation des services ; elles encadrent les conditions de vie ; et, généralement, elles se caractérisent aussi par un nombre disproportionné de personnes handicapées qui vivent dans le même environnement. Les institutions peuvent offrir aux personnes handicapées une certaine liberté de choix et un certain droit de regard, mais seulement dans certains domaines de la vie, et elles ne perdent pas pour autant leur caractère ségrégatif. Les politiques de désinstitutionnalisation nécessitent donc la mise en œuvre de réformes structurelles allant au-delà de la fermeture d’établissements. Les foyers, qu’ils soient destinés à accueillir un grand nombre de personnes ou de petits groupes, sont particulièrement préjudiciables aux enfants, qui ont besoin de grandir dans une famille. Même si elles présentent l’apparence d’un cadre familial, les institutions restent des institutions et ne sauraient ne substituer à une famille. »

\*\* Les « services de soutien » constituent un terme large qui englobe différents types de services dont le but, la conception et/ou les résultats sont de faciliter l'inclusion et la participation des personnes handicapées dans la communauté, en empêchant l'isolement et la ségrégation des autres, par exemple l'assistance personnelle pour la vie quotidienne. Les services de soutien :

- incluent des services à l'intérieur et à l'extérieur du domicile ;

- peuvent s'étendre aux domaines de l'emploi, de l'éducation et de la participation politique et culturelle ; etc.

- incluent des soutiens spécifiquement adaptés aux situations de crise psychosociale (« crise de santé mentale ») qui visent à faciliter la capacité de la personne à continuer de répondre à ses besoins dans la communauté et à prévenir l'isolement et la ségrégation.

- peuvent varier en nom, en type ou en nature selon les spécificités culturelles, économiques et géographiques de chaque État.

- doivent respecter un ensemble de critères (voir ci-dessous la note ix). Voir aussi le rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, [A/HRC/34/58](https://undocs.org/fr/A/HRC/34/58).

\*\*\* Le concept de « services traditionnels » fait référence à une grande variété de services disponibles dans la communauté et est également désigné par le Comité CDPH comme « services et installations communautaires » et/ou « services généraux ». En tant que tels, ils incluent « les technologies de l'information et de la communication accessibles, les sites Web, les médias sociaux, les cinémas, les parcs publics, les théâtres et les installations sportives » ([Observation générale 5](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/5&Lang=en), sur l'article 19 de la CDPH), mais aussi l'éducation, la santé, les services administratifs des gouvernements, etc. En ce sens, lors de l'utilisation d'indicateurs sous cet attribut pour l'établissement de rapports et/ou le suivi, l'accent devrait être mis sur l'existence et la mise en œuvre de plans et de mesures dans l'ensemble des « services généraux » pour adopter et respecter les normes d'accessibilité et la fourniture d'aménagements raisonnables lorsque cela est nécessaire dans des cas particuliers.

1. La diversité des approches culturelles de la vie humaine et de la vie et des modèles familiaux ne doit pas empêcher les personnes handicapées d'exercer leur autonomie et de contrôler leur vie. [↑](#endnote-ref-1)
2. Un tel plan devrait prévoir :

   - la disponibilité de logements, dissociés de toute obligation d'accepter des services, qui répondent aux besoins d'accessibilité et d'abordabilité de la population diversifiée de personnes handicapées. Les options de logement peuvent inclure la propriété, la location, la cohabitation, le logement familial et toute autre forme de logement habituelle pour la population générale dans une communauté particulière, qui répond aux exigences de respect de l'autonomie individuelle des personnes handicapées. (Voir l'indicateur 19.8)

   - la disponibilité, sans barrières financières, de services de soutien, y compris une assistance personnelle à fournir dans le contexte dans lequel la personne demande un tel soutien (à domicile, participer à des activités, etc.), conçu par la personne ou librement accepté et facilement adaptable aux besoins individuels de la personne (voir indicateur 19.9) [↑](#endnote-ref-2)
3. La désinstitutionnalisation nécessite d'aider les individus à explorer et à affirmer leur volonté et leurs préférences concernant : où et avec qui vivre ; l'opportunité de recevoir des services de soutien et quels types de services ; et la fourniture d'une assistance sociale et économique conçue pour répondre aux besoins transitoires, y compris un soutien pour trouver un emploi. L'assistance et le soutien sociaux doivent être conçus et fournis d'une manière culturellement appropriée, sensible à l'individu, reconnaissant les dommages causés par l'institutionnalisation ; ils devraient offrir des services adaptés aux besoins de l'individu selon sa volonté et ses préférences.

   Un plan de désinstitutionnalisation devrait inclure explicitement :

   La cessation immédiate de la détention de toutes les personnes détenues contre leur gré dans des services de santé mentale ou d'autres formes de privation de liberté spécifiques au handicap ;

   Des mesures visant à fournir une assistance sociale et économique conçue pour répondre aux besoins transitoires des personnes handicapées qui quittent les établissements ;

   L'interdiction absolue de construire, de développer ou d'investir dans de nouvelles institutions pour personnes handicapées, soit par l'État soit par des entités privées ;

   L’interdiction de la rénovation des institutions existantes, à l'exception des mesures les plus urgentes nécessaires pour garantir la sécurité physique des résidents ;

   L'allocation appropriée et adéquate des ressources pour développer des services de soutien à base communautaire, avec une réaffectation croissante des ressources budgétaires des soins institutionnels aux soins communautaires. [↑](#endnote-ref-3)
4. Cela devrait inclure, par exemple, les ressources allouées : aux programmes de logement bénéficiant aux personnes handicapées ; au développement et à la prestation de services de soutien ; et aux coûts des processus de désinstitutionnalisation. [↑](#endnote-ref-4)
5. Par exemple, restriction ou refus de la capacité juridique contraire à l'article 12 de la CDPH, lois autorisant la privation de liberté fondée sur un état de santé mentale ou une incapacité, lois ou règlements conditionnant l'accès au logement social lors du respect d'un traitement particulier, etc. [↑](#endnote-ref-5)
6. Les mesures à cet égard peuvent comprendre :

   L'attribution directe de logements sociaux ;

   La promotion et la facilitation de prêts abordables pour que les personnes handicapées deviennent propriétaires d'une maison

   Des exonérations fiscales ou autres pour compenser les dépenses privées pour assurer l'accessibilité (par exemple, rénovation des entrées, couloirs, salles de bains, etc.) [↑](#endnote-ref-6)
7. La prestation de services de soutien, notamment les services d'assistance personnelle, doit respecter les critères suivants :

   *Contrôle de service*

   Le service de soutien doit être contrôlé par la personne handicapée (par exemple, en sous-traitant directement le service auprès de divers prestataires ou en agissant en tant qu’employeur ; conception personnalisée de leur propre service, instruction et direction des prestataires de service) ;

   Les assistants personnels doivent être recrutés, formés et supervisés par la personne qui bénéficie d'une assistance personnelle ;

   Les assistants personnels ne devraient pas être « partagés » sans le consentement plein et libre de la personne qui bénéficie d'une assistance personnelle ;

   Les personnes handicapées nécessitant une assistance personnelle peuvent choisir librement le degré de contrôle personnel sur la prestation de services en fonction de leurs conditions de vie et de leurs préférences ; et

   - Le contrôle de l'assistance personnelle peut être exercé par une prise de décision assistée.

   *Allocation de financement / Indemnité*

   L'allocation de fonds pour l'embauche d'un assistant personnel doit suivre des critères personnalisés, être basée sur une évaluation des besoins individuels en ce qui concerne les circonstances de la vie individuelle et le respect des normes des droits de l'homme, ainsi que des lois et réglementations nationales, pour un emploi décent.

   Les critères d'éligibilité ne doivent pas se limiter à des critères médicaux ;

   Les services individualisés ne doivent pas entraîner une réduction du budget et/ou un paiement personnel plus élevé ;

   Le financement doit être contrôlé et attribué à la personne handicapée dans le but de payer pour toute assistance requise ;

   Les programmes et les droits à une aide à la vie autonome dans la communauté doivent couvrir les coûts liés au handicap ;

   Les indemnités et les systèmes de transfert en espèces doivent distinguer clairement le soutien du revenu en raison du manque de revenu de la couverture des coûts liés au handicap.

   *Décentralisation de la prestation de services et transférabilité*

   La décentralisation de la prestation de services ne doit pas porter atteinte à la qualité ni au respect des critères énumérés ci-dessus.

   Les indemnités et services de soutien devraient être transférables au sein des différentes régions de l'État et de l'organisation régionale. [↑](#endnote-ref-7)
8. Voir la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, [A/HRC/34/58](https://undocs.org/fr/A/HRC/34/58), paragraphe 14, ainsi que la [fiche d'information sur les appareils et technologies d'assistance](http://www.embracingdiversity.net/files/report/1494325326_what-are-assistive-technologies.pdf). [↑](#endnote-ref-8)
9. Les politiques devraient explicitement appeler à mettre fin à l'institutionnalisation des enfants et à accorder la priorité aux investissements dans les services sociaux pour aider les familles et les communautés à donner la priorité à la préservation de la famille ; Si la famille immédiate n'est pas en mesure de prendre soin de l'enfant, les soins alternatifs au sein de la famille élargie doivent être privilégiés, puis des options alternatives de qualité en matière de soins familiaux, y compris le placement en famille d'accueil et chez des parents. [↑](#endnote-ref-9)
10. Les « services traditionnels » comprennent, entre autres, l'administration publique (par exemple, les municipalités, l'état civil, etc.), la santé et l'éducation, les banques, etc., et les « normes d'accessibilité » devraient aborder les différentes dimensions de l'accessibilité (environnement bâti, transport, information et communications). [↑](#endnote-ref-10)
11. Une telle stratégie ou un tel plan devrait prendre en compte et inclure :

    L’accessibilité de l'environnement bâti, des transports, de l’information et des communications lors de l'accès aux services, et comprend, entre autres, des rampes, une signalisation en braille, une langue facile à lire, une interprétation en langue des signes, un sous-titrage, des modes de communication alternatifs et augmentatifs, une communication tactile.

    Des mesures visant à identifier les obstacles rencontrés par les personnes de divers types de handicaps dans l'utilisation des services traditionnels afin de les supprimer et d'améliorer l'accès. [↑](#endnote-ref-11)
12. Cela comprend :

    Décideurs publics en matière de logement social ;

    Chambres, confédérations ou associations représentant les agents et courtiers immobiliers ;

    Associations de locataires ;

    Associations de notaires. [↑](#endnote-ref-12)
13. Afin d'évaluer si une institution (de quelque nature que ce soit) a été effectivement fermée, l'accent devrait être mis sur la vérification simultanée de l'utilisation des installations dans la pratique et sur la question de savoir si les personnes handicapées qui y étaient institutionnalisées sont entrées dans la communauté, afin d'évaluer la fermeture effective et d'identifier le « changement de nom » ou le « recyclage » des institutions (par exemple, un établissement pour enfants handicapés reclassé comme un internat pour l'enseignement spécial). [↑](#endnote-ref-13)
14. Cet indicateur nécessite de vérifier les activités concrètes entreprises par les autorités publiques pour faire participer les personnes handicapées dans les processus décisionnels liés aux questions qui les affectent directement ou indirectement conformément à l'article 4.3 de la CDPH et à [l'Observation générale no. 7](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/7&Lang=en) du Comité CDPH, y compris des réunions de consultation, des séances d'information technique, des enquêtes de consultation en ligne, des appels à commentaires sur des projets de législation et de politiques, entre autres méthodes et mécanismes de participation. À cet égard, les États doivent

    veiller à ce que les processus de consultation soient transparents et accessibles ;

    assurer la fourniture d'informations appropriées et accessibles ;

    ne pas retenir d'informations, conditionner ou empêcher les organisations de personnes handicapées d'exprimer librement leurs opinions ;

    inclure à la fois les organisations enregistrées et non enregistrées ;

    assurer une participation précoce et continue ;

    couvrir les dépenses connexes des participants. [↑](#endnote-ref-14)
15. La formation devrait comprendre :

    l'approche du handicap fondée sur les droits de l'homme ;

    la communication avec les personnes en situation de handicap, y compris sur les moyens et modes de communication alternatifs ;

    l'obligation de fournir des aménagements raisonnables. [↑](#endnote-ref-15)
16. Étant donné la complexité de l'évaluation de l'élément subjectif du choix, en particulier lorsque les options et les ressources sont limitées, le concept de chef de ménage peut être considéré comme un indicateur indirect pouvant illustrer, dans une certaine mesure, que les personnes handicapées exercent un choix de conditions de vie et de vivre de façon autonome. [↑](#endnote-ref-16)
17. Les auto-évaluations, dans le cadre d'enquêtes ou d'études sur le handicap et/ou la qualité de vie, peuvent s'avérer utiles pour saisir le niveau de satisfaction des personnes handicapées à l'égard de leur milieu et mode de vie et de leur niveau d'indépendance, comme moyen de fournir une indication indirecte de l'étendue de l'exercice du choix. [↑](#endnote-ref-17)
18. Cet indicateur vise à recueillir des informations sur différents services traditionnels (par exemple, les services administratifs gouvernementaux, l'éducation, la santé, etc.) et contribue à donner une image globale de leur caractère inclusif et réactif aux personnes handicapées. Un résultat dans lequel la proportion d'utilisateurs handicapés est similaire à la proportion de personnes handicapées dans la population totale (compte tenu de l'âge, de la couverture géographique, etc.) pourrait indiquer une prestation inclusive du service spécifique ; par exemple, le taux d'inscription des personnes handicapées dans l'enseignement ordinaire donne une indication d'un système éducatif inclusif. Cependant, cela ne doit pas être pris de manière catégorique, plusieurs autres facteurs entrent en jeu, notamment l'objectif ou la caractéristique particulière du service (par exemple, il peut arriver que les personnes handicapées représentent une proportion plus élevée d'utilisateurs des services de réadaptation). [↑](#endnote-ref-18)