

INSERȚIA PERSOANELOR HANDICAPATE ÎN SOCIETATE CA REFLECTARE A DREPTURILOR OMULUI

Ființele umane pe care natura sau viața în societate le-au așezat în situații defavorabile comparativ cu semenii lor constituie în țara noastră o problemă veche și nouă în același timp. Veche — pentru că persoane aflate într-o atare postură au fost, desigur, în permanență în rîndul populației, reclamîndu-și în felul lor dreptul la existență. Nouă — pentru că, exceptînd măsurile parțiale și adesea formale a căror țintă erau în anii din urmă, abia după evenimentele din decembrie 1989 reflecția asupra acestor persoane a căpătat un caracter deschis, public, cu tendință de sistematizare și un bogat material faptic adus în actualitate de mass-media: cămine de bătrîni, leagăne de copii, lazarete de leproși, cooperative de invalizi — toate avînd în comun trăsăturile grupului social defavorizat, iar o parte din ele pe acelea de persoane handicapate.

Situația lor a atras atenția grupurilor de binefacere sau asociațiilor de caritate înființate ad-hoc, dar și, în mod firesc, oficialităților guvernamentale, care au decis să aloce în acest scop fonduri substanțiale.

O politică socială coerentă și eficientă în sfera persoanelor handicapate, chiar animată fiind de cele mai bune intenții, se vede ea însăși „handicapată” din start de lipsa unei tradiții autohtone solide și cu continuitate în timp, lipsă pe care o resimt, mai mult sau mai puțin, toate țările est-europene începînd cu prototipul lor, Uniunea Sovietică. Un publicist cu personalitate ca redactorul șef al revistei „Voprosi ekonomiki”, Gavriil Popov, referindu-se, în primul număr pe 1990 al acesteia, la condițiile de dezvoltare a carității și binefacerii, recunoștea că „economia acestor sfere nu a fost studiată în U.R.S.S., dat fiind că ele fuseseră concesionate statului și drept urmare situația invalizilor și a persoanelor aflate în stare de sărăcie constituie într-un fel o pată rușinoasă a societății”. Și relevînd tradiția pierdută și posibilă sursă actuală de inspirație, continua: „În legătură cu aceasta, și Rusia pre-revoluționară și țările moderne ale Occidentului au pus la punct sisteme foarte adaptabile și eficiente de caritate (îmbinînd cu pricepere, de exemplu, binefacerea cu reclama)”¹.

În această ordine de idei, literatura occidentală de specialitate la zi² este în măsură, considerăm, să propună repere esențiale ale dome-

¹ G. Popov, *K nasim citateliām*, în „Voprosi ekonomiki”, nr. 1, 1990, p. 3—13.

² Aimé Labregère, *L'Insertion des personnes handicapées*, Paris, La Documentation française, 1990.

niului abordat și să ofere o canalizare pertinentă a reflecțiilor în materie, atit prin confruntările teoretico-metodologice cît și prin realizările practice la care s-a ajuns într-o țară sau alta.

I. Aspecte conceptual-metodologice

Problematika persoanelor handicapate are ca punct de pornire ideea că este normal ca ele să beneficieze de toate drepturile omului și cetățeanului; ca aspect specific, se impune imediat observația că handicapul este un obstacol efectiv în exercitarea unora sau mai multora din aceste drepturi; în fine, ca o consecință nemijlocită, apare necesitatea unor eforturi particulare și sociale care, dacă nu înlătură „obstacolul” amintit, creează în schimb condiții de depășire parțială a lui și, deci, de concretizare a drepturilor la care, practic, anterior persoana în cauză nu avea acces. Efectul general al acțiunilor de acest tip îl constituie ceea ce literatura de specialitate a consacrat prin formularea „inserție socială a persoanelor handicapate”, proces de autentică rezonanță umanistă, dar și de o complexitate deosebită. Iată prezentate succint, principalele argumente ce susțin dificultatea unui atare proces.

O sferă largă de cuprindere — ca răspuns la întrebarea „cine sînt persoanele handicapate?” (pentru simplitate, vom utiliza și abrevierea PH). Accepțiunea clasică a noțiunii se referă la cei ale căror posibilități de a acționa sînt în mod durabil inferioare celor ale populației zise normale, din motive de deficiențe senzoriale (vedere, audiere), motrice sau intelectuale. În rîndul PH sînt, ori ar trebui să fie, cuprinse și alte categorii, printr-o extensie nu todeauna subînțeleasă: victime ale unor afecțiuni cronice congenitale cu manifestări episodice (gen epilepsie) sau, dimpotrivă — cu o apariție bruscă și o evoluție de lungă durată (afecțiuni renale, articulare); persoanele cu boli mentale; vîrstnicii cu manifestări de invaliditate. Cum sursa handicapului — deficitul — poate apare din naștere sau pe parcursul vieții (îmbolnăvire, accident de muncă sau de altă natură), momentul apariției sale îi conferă celui în cauză statutul de PH.

Exemplificăm structura persoanelor handicapate cu datele estimative din Franța anului 1989, separat pentru copiii-adolescenți și adulți.

● Copii și adolescenți handicapați.

	Total	La 1 000 locuitori
Orbi	1 680	1,0
Ambliopi (=cu deficiență gravă de vedere)	5 040	3,2
Surzi	9 000	5,6
Cu dificultăți de auz	6 180	3,9
Deficienți motorii	13 680	8,6
Cu deficiențe somatice grave	12 000	7,5
Polihandicapați grav	10 800	6,3
Deficienți mental	294 000	183,8
Cu tulburări psihice	13 800	8,6
Cu tulburări de comportament	28 800	18,0
Alții	10 800	6,3
Total	405 780	253,6

● Adulți handicapați (între 20—60 ani).

	Număr	% *
Deficienți senzorial	150 000	0,5
Deficienți motorii	150 000	0,5
Epileptici	60 000	0,2
Deficienți intelectual	110 000	0,4
Cu tulburări psihice	150 000	0,5
Cu boli generatoare de invaliditate	800 000	2,7
Total	1 420 000	4,8

● Peste 60 de ani : se estimează la peste 2 milioane persoanele vîrstnice invalide.

În sfera accidentelor de muncă structurarea cea mai pertinentă a persoanelor handicapate are în vedere baremele orientative (prin legea din 30 iunie 1975) ale *nivelului de invaliditate* (în procente).

	Membru dominant	Membru nedominant
Amputare braț	90	80
Amputare mînă	70	60
Amputare deget mare (două falange)	28	24
Amputare deget mare (1 falangă)	14	12
Amputare arătător (3 falange)	14	12
Amputare pulpă	100	
Amputare gambă	70	
Cecitate	100	
Pierderea vederii la un ochi	30	
Surditate (pierdere peste 80 decibeli)	70	
Sindromuri psihiatrice	20 la 100	
Amețeli vestibulare	5 la 25	
Dureri dorso-lombare și jenă funcțională	5 la 40	

Așadar, pe de o parte, este vorba de o *diversitate de categorii* de PH. Pe de altă parte, evaluate într-un total general, ele constituie o *masă apreciabilă* de indivizi, a căror pondere în totalul populației (indicator cunoscut și prin denumirea de „rată de prevalență”) este de

* Față de totalul populației din intervalul de vîrstă specificat.

ordinul a 10% în Franța (respectiv 5 milioane persoane), 10,40% în Olanda, 10% în Grecia, 8,60% în Belgia, 6% în Danemarca.*

Durata îndelungată a procesului de inserție socială a PH este un alt argument al dificultății acestuia, el coincidând cu handicapul, adică de cele mai multe ori pe parcursul întregii existențe a individului. În același sens concură și *cheltuielile ocazionate* de inserție, cu atât mai mari cu cât se dorește a nu rămâne la suprafața lucrurilor; în această privință, corelarea masei de PH cu cheltuielile per individ poate genera din start un sentiment de neputință și de pesimism.

Domeniile de acțiune vizate de inserția socială a PH sînt de o maximă diversitate, corespunzător multitudinii formelor de prezență și acțiune a handicapatilor în cîmpul social.

Astfel, din dreptul general de a trăi împreună cu semenii lor și într-un mod asemănător acestora, decurg drepturile particulare ale PH: de a comunica (ajutîndu-i să o poată face); de a-și alege echipamentele necesare; de a-și alege locul de viață (acasă ori în așezăminte speciale); de a circula liber (surmontînd deficiențele motorii); de a dispune de resurse personale (și deci de autonomia conferită prin statutul de adult, responsabil de propria persoană și de actele sale); de a beneficia de protecția asupra libertății, a bunurilor și a persoanei; de a accede la o viață afectivă de adult; de a participa la viața colectivității.

A învăța împreună, a se pregăti împreună pentru o profesie, a munci împreună și a se recrea împreună, prin diferitele forme de acces la divertisment, sport și cultură — sînt, în fine, tot atîtea domenii ce comportă, fiecare, reglementări pertinente, eforturi umane și investiții materiale, structuri organizatorice specifice și programe de activitate adecvate, cu continuitate și corelare corespunzătoare în timp (astfel, formarea profesională a unei PH rămîne inoperantă fără asigurarea unui loc de muncă; oferirea unui loc de muncă și a unui spațiu locuibil sînt insuficiente fără rezolvarea eventualelor dificultăți de transport de acasă la serviciu etc.).

Pentru a disocia mai bine obstacolele întîmpinate de o PH în diferitele împrejurări ale vieții ei, conceptul unic de handicap a fost înlocuit¹ prin 3 *concepte distincte*: *deficit, incapacitate și handicap*. De-

* La acest total general, afectat statistic de o inevitabilă relativitate, concură datele privind beneficiarii ajutoarelor pentru adulții handicapati, copiii ce primesc o educație specială (în sensul de adaptare la cerințele deficitului) și persoanele în vîrstă devenite invalide — date corectate apoi pe baza ipotezelor de necuprîndere a unora sau de dublă înregistrare în alte cazuri. Se înțelege că dacă la nivelul unei țări sursele de date sînt dificil de asamblat, pe plan internațional o evidență unitară este încă un deziderat. Deși există o clasificare internațională a handicapatilor (la Organizația Mondială a Sănătății) aflată la a noua revizuire, legarea ei de factori culturali specifici o relativizează la extrem, lăsînd practic fiecare țară să-și fixeze propria clasificare. Un exemplu de date mai uniformizate ca evidență sînt cele provenind din înregistrarea sistematică a malformațiilor la naștere, practică într-un număr de țări ce și-au propus să coopereze în cadrul Fundației pentru malformații congenitale, al unui program european (Piața Comună, Elveția, Iugoslavia), respectiv al unui centru pentru dezvoltare socială și probleme umanitare, de pe lîngă O.N.U.

¹ Phillip Wood, *Comment mesurer les conséquences de la maladie: la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps*, în *Bulletin de l'UIMS*, Genève, nr. 34, 1980, p. 400—405.

ficat (deficiență sau infirmitate) este orice pierdere sau dereglare a unei structuri sau a unei funcții fiziologice, psihologice sau anatomice. Incapacitate este orice diminuare sau pierdere (rezultând din deficit) a aptitudinii de a se achita de o activitate în condiții sau într-o durată considerate normale pentru o ființă umană. Handicap este orice dezavantaj de care suferă un subiect ca urmare a unui deficit ce-l împiedică să se achite total sau parțial de o funcție altfel normală (ținând cont de vîrstă, sex și de diferiți factori culturali) în cazul său.

În cazul definițiilor adoptate, două persoane cu deficit identic pot prezenta o incapacitate apropiată, dar un handicap diferit (dacă, de pildă, le lipsește un deget, una e dacă e paznic și cealaltă violonist). Dacă există, deci un număr de repere obiective în a evalua handicapul, laturile subiective ce-i pot configura anvergura reală, diferă de la individ la individ și sînt greu de surprins. De aici, desigur, și concepția americană privind necesitatea de *autodefinire* a handicapatului, sau de caracterizare a handicapului chiar de către persoana direct interesată; ea își cunoaște cel mai bine frustrările ce le suportă datorită deficitului și, ca atare, ea trebuie să aibă dreptul de a-și alege modul de viață care să asigure integrarea sau inserția dorită. O asemenea concepție de dată recentă în preocupările BIT¹, nu mai e bazată pe echitate sau echilibrarea transferurilor, ci pe finalitatea propriuzis integrativă a ajutoarelor acordate și a contribuției lor la realizarea proiectelor personale.

Diferitele modalități de abordare și rezolvare a problemelor PH au permis și unele nuanțări ale conceptelor utilizate, de *integrare și inserție*. Integrarea apare ca un deziderat mai ambițios, cu trimiterea etimologică la realizarea întregului și cu sensul-derivat din definiția dicționarului filosofic Lalande — de „stabilire a unei interdependențe mai strînse între părțile unei ființe vii sau membrii unei societăți”. Între inserție și integrare diferența este aceea dintre includerea funcțională și realizarea apartenenței. Integrarea înlătură varianta de a primi în mod excepțional un handicapat într-un cîmp social unde el va putea funcționa, dar numai cu prețul unor măsuri și prin asta, stigmatizante, prezența lui alături de ceilalți apărînd doar ca o derogare stridentă. O anumită educație specială separată, inițiată în viziunea unei „inserții-asimilare” și continuată printr-un fel de ocol segregativ, pregătește trecerea de la „integrarea socială” la „integrarea societală”, disociate în literatura de specialitate ca stadii distincte.

Integrarea socială este diminuarea distanței sociale prin crearea și întărirea legăturilor și relațiilor dintre un individ și un grup.

Integrarea societală o reprezintă accesul la roluri sociale și la reguli ale grupului (cetățean, muncitor, consumator).

În ce privește modalitățile de inserție, pornind de la dinamica raportului subiect (= PH) — mediu social și de la poziția față de „diferența” specifică subiectului, s-au conturat trei variante: inserția ca asimilare, ca acomodare și ca adaptare reciprocă.

¹W. Momm, A. König, *Experiences and Reflections on a New Concert of Service Provision for Disabled People*, Genève, Bureau international du travail, 1989.

Inserția-asimilare tinde să neghe diferența dintre PH și grup, acționează strict asupra subiectului pentru a reduce și anula această diferență, fără a pune sub semnul întrebării stabilitatea mediului. Se cere persoanei handicapate „să intre în rindul lumii”, și aceasta în marea majoritate a practicilor.

Inserția-acomodare se bazează pe ideea opusă, că cel ce trebuie să se adapteze este contextul, mediul, „ceilalți”, pentru a accepta PH. În pofida handicapului ei perceput ca pur negativ. Este caracteristică situațiilor limitate la scurte ședințe de coexistență menite socializării handicapatului, percepute ca rezultând dintr-o îndrăzneală ieșită din comun.

Inserția-adaptare reciprocă presupune eforturi de acomodare atât din partea subiectului-țintă a inserării, cât și din partea mediului, fiecare din părți depășind rolul de simplu spectator și angajându-se în acțiuni autentice relaționale.

Ca reacție la limitele unor practici asimilatorii ce conferă handicapatului statutul de „inadaptați în curs de normalizare”, s-a dezvoltat pe alocuri (în Suedia, S.U.A.) argumentarea „dreptului la diferență” în-deosebi în cazul surzilor, ce-și manifestă preferința pentru statutul de minoritate (dispunând de o limbă și o cultură proprie). Și tot ca reacție la forțarea ideii că handicapatul ar fi „ca și ceilalți”, practica italiană în materie insistă asupra necesității de recunoaștere a diferenței ireductibile. „Handicapatul nu e respectat dacă e abandonat handicapului său, după cum nu e respectat dacă i se neagă realitatea handicapului. El e respectat dacă identitatea lui, originalitatea lui — din care și handicapul face parte — e favorizată, aproape promovată, altfel spus dacă aceasta e pusă în situația de a se dezvolta. Aceasta este atitudinea realistă în poziționare și în relație. La polul opus e realismul inert”¹. Citatul invită la încercarea de a intra în cadrul de referință ce marchează identitatea handicapatului, punând în paranteză propriile noastre cadre de referință și dând acestuia acces la un rol activ în sinul unei relații de ajutor reciproc.

II. Domenii și practici specifice de inserție

În cele ce urmează vor fi trecute în revistă, pentru câteva din domeniile menționate, aspecte definitorii ale practicilor de inserție, ca reglementări, structuri organizatorice și activități.

Comunicare

Handicapurile comunicării provin din disfuncții cerebrale (blocaje centrale) sub formă de afazii sau autisme ori din disfuncții ale organului de emisie sau de recepție. Tehnici speciale de foniatrie și ortofonie se ocupă de bolnavii vorbirii (surdo-muți).

Ca prototipuri ale modelelor de ajutor inserant pot fi considerate: integrarea cu timp parțial a subiecților într-un program cuprinzând educația fizică, desen, lucru manual și bazat pe psihologia comportamentului (S.U.A.) și integrarea individuală cu durată completă

¹ A. Canevarò, *Apprendre des périphéries pédagogiques*, în *Perspectives*, vol. XIV, nr. 3, Paris, UNESCO, 1984, p. 335—351.

însoțită de prestații medicale și paramedicale corespunzătoare (Italia). Aparatura existentă ajută subiecții a produce mesaje și a le recepționa. Pentru sinteze vocale se introduc cuvinte scrise ori pictograme și se obțin cuvinte sonore, după un cod anteprogramat sau liber programabil; introducerea mesajului se face cu degetul, cu cotul, cu un accesoriu pe frunte sau, la eye-typer, cu privirea (a cărei deplasare comandă un spot luminos pe un tabel de litere, cifre și alte simboluri); ieșirea poate fi un text imprimat, desen, muzică sau operațiuni de control al mediului (aprinde lumina, reglează temperatura ș.a.), sistemul de coduri utilizate cunoscând în prezent o mare diversitate. Descifrarea (înțelegerea) mesajelor poate necesita un interpret plătit (pe care în 1989 handicapații din Franța îl revendicau gratuit) sau în cazul jurnalelor televizate, subtitrarea (avansată în Finlanda). Dacă în Marea Britanie asociațiile surzilor au aderat la integrarea școlară, în Suedia s-a obținut pentru copiii surzi să fie educați din nou în structuri speciale.

Diversitatea *aparaturii utilizate* de toate categoriile de handicapați (inclusiv de cei ai comunicării) a impus necesitatea de a disocia între accesoriile acordate gratuit de organismele de securitate socială (legiferate în Franța prin nomenclatorul „aparatură”) și celelalte, mai sofisticate, ce depășesc minimul indispensabil și se procură pe cont propriu sau comportă un alt dispozitiv de ajutor (definite ca „ajutoare tehnice”).

Un bun aparat auditiv pentru ambele urechi costă de pildă 10 000 franci, în timp ce altul, mai bine adaptat, cu transmisie radioelectrică este de 20 000 franci și nu se acordă gratuit. Dacă copilul este într-o instituție banii îi dă 100% Securitatea socială; dacă e integrat, beneficiază doar de o întreținere uzuală, pentru restul apelându-se la resursele părinților. Sînt asimilate ca un lux sau un plus de confort, și deci privite ca „ajutoare tehnice” și nu ca „aparatură” următoarele: proteze și orteze sofisticate, dispozitive de mărire optică cu ecran, mașini de scris în braille și magnetofone pentru orbi, aparate de ajutor în comunicare de tip teleteze, aparate de stimulare funcțională electrică, echipamente de control al mediului, material de susținere și transfer (lève-malades).

Referitor la finanțarea echipamentelor, participarea colectivității este foarte diversă de la o țară la alta. În Portugalia statul asigură scutirea aparaturii de taxe vamale. În Austria legile federale prevăd un ajutor de stat la echipamente pentru persoanele victime ale unui act ilegal. În Elveția cheltuielile cu echipamentul se rambursează de stat cînd PH e situată în cîmpul asigurării de invaliditate. În Suedia cheltuielile cu echipamentul sînt asumate de colectivitățile ce le gestionează, dar sînt rambursate de către stat, fără plafonare și fără referire la resursele de familie (deci inclusiv pentru mașini de scris în braille și magnetofone pentru orbi, de exemplu). În Marea Britanie, protezele auditive sînt finanțate integral din bugetul forurilor însărcinate cu educația (între altele, un pedagog-consultant itinerant se duce în școli echipat cu piese și aparate de schimb pentru înlocuire la nevoie). Statul acordă, pe alocuri, ajutor pentru cercetare în domeniu (Franța, Portugalia, Țările scandinave) sau (ca în Marea Britanie) recurge la comenzi de stat grupate pentru a sprijini pe producătorii res-

pectivelor echipamente. În fine, Comisia Pieței Comune a inițiat o bază de date accesibilă despre echipamente — natura, performanțele, indicațiile și contraindicațiile, comercializarea și răspunderea financiară în materie, oferind PH posibilitatea de opțiune și apropiind practica de concepția autodefinirii nevoilor.

Locuire

Legislația franceză în vigoare recomandă pentru PH ca, în măsura posibilităților, să li se asigure toată autonomia de care sînt capabili și să se evite ipostazele de excludere, mai concret — prin „accesul minorului sau al adultului handicapat la instituții deschise ansamblului populației și menținerea lor într-un cadru obișnuit de muncă și de viață” (legea din iunie 1975).

O preocupare de a facilita inserția locativă a PH este aceea de a înlătura barierele arhitecturale ale localurilor și instalațiilor, un decret din 1980 cuprinzînd toate normele și recomandările cuvenite. Alte bariere sînt de ordin economic, iar ajutoarele practicate își propun a-i da PH posibilitatea nu doar să opteze pentru o altă variantă locativă, ci să dea și curs acestei opțiuni, fără a depinde de acte de bunăvoință aleatorii: în acest scop, se practică ajutoare personale pentru adaptarea locuinței (la nevoi specifice PH); prime de mutare (cînd handicapul impune un apartament mai accesibil); ajutorul menajer la domiciliu (ajutor social vizînd îndeosebi persoane în vîrstă); alocație de cazare — pentru gospodăriile sau persoanele (nu neapărat din familie) care au în întreținere o PH. Dispersarea răspunderilor implicate de toate aceste acțiuni legate de o locuință proprie a PH diminuează sensibil șansele de reușită a procesului de inserție, menținînd ca mai viabilă varianta plasamentelor în așezăminte publice (ce rezolvă implicit și cerințele locative). Astfel, copiii handicapați din Franța erau plasați în 1985 fie în așezăminte medico-educative sau cămine (55 785 ca interni și 53 645 ca externi sau semi-interni), fie în școli regionale de învățămînt adaptat (9 802 ca interni și 2 004 ca semi-interni). Adulții handicapați, la rîndul lor, erau plasați în următoarele tipuri de așezăminte speciale:

	Repartiție după modul de primire asigurat			
	internat	semi-internat	externat	cămin deschis
Ateliere protejate	24	2 072	3 263	21
Centre de ajutor prin muncă	1 144	49 987	8 771	477
Centre de reeducare	4 099	3 124	654	71
Cămine de adăpostire	1 422	181	30	26 094
Case de adăpost specializate	3 162	104	30	50
Cămine de locuit	9 228	606	15	754
Așezăminte experimentale	194	312	49	62
TOTAL :	19 273	56 386	12 812	27 529

În plus, sînt estimați la 50 000 adulții handicapați plasați în alte instituții precum ospicii, spitale psihiatrice sau cu plasament precoce în case de pensionari de vîrstă.

În 1985 circa 1 200 de copii și 500 de adulți erau supuși plasamentului familial, adică dați în întreținerea unor familii (nu ale lor) special ajutate — financiar, tehnic, psihologic — în acest scop. O atare inserție familială era, pe alocuri, considerată de preferat celei instituționalizate.

O experiență daneză soldată cu eșec — un imobil pentru 3 000 handicapați — a confirmat frîna pe care o reprezintă pentru inserția socială caracterul segregativ al unei instituții. De aici, dorința ulterioară, inclusă în textele de lege privind PH, „de a oferi un mod de viață asemănător tuturor cetățenilor dintr-o comunitate” (principiu valabil în Danemarca și pentru deficienții mental profund). De altfel, un studiu comparativ pentru Franța și Danemarca a relevat că în ambele țări încărcarea financiară a colectivității e mai mare în cazul cazării colective tradiționale. În plus, în balanța argumentelor pentru o formă locativă sau alta mai trebuie pus și faptul că în țările scandinave, începînd de la vîrsta de 18 ani, se consideră ca un indiciu de supra-protecție ca un adolescent — handicapat sau nu — să mai locuiască la părinții lui. O locuință personală presupune însă adesea personal auxiliar. Din legislația suedeză este de reținut că o PH poate locui la o familie, care nu e familia lui naturală, deschizînd pentru aceasta dreptul de a primi o subvenție din partea statului (150 de persoane beneficiau în 1968 de măsura respectivă). De asemenea, anumitor întirziați mental li se acordă dreptul de a locui, dacă doresc, la ei acasă ori la părinți și rude, beneficiind de îngrijire și ajutoarele necesare pe spezele statului.

În Belgia, pentru adaptarea locuinței la nevoile unei PH legea acordă o subvenție de maximum 12% din valoarea acesteia și asigură gratuit unele instalații — telefon, interfon, dispozitiv de alarmă. O plafonare similară se practică și în Olanda, unde 1% din parcul imobiliar al țării s-a redat în folosință prin adaptări constructive pentru PH.

Legea federală din R.F.G. prevede în acest scop implicarea largă a asociațiilor benevole, dar și ajutoare financiare de la dispozitivul de asigurări sociale.

Ca probleme conexe habitatului individual, mai figurează preocupările de asigurare a dispozitivelor corespunzătoare de securitate, de publicitate pentru cererea și oferta de locuințe adaptate, de pregătire prealabilă pentru o viitoare viață autonomă sub aspect locativ.

Circulație

Posibilitatea PH de a circula liber se referă, pe de o parte, la accesibilitatea diferitelor construcții cu destinație publică — ce ridică probleme arhitecturale (evocate și-n domeniul locativ), iar pe de altă parte, la facilitățile de transport.

Un grup de probleme îl constituie amenajarea corespunzătoare a căilor de circulație, necesar a fi prevăzute, de pildă, cu semnale sonore ale culorilor semaforului, benzi de alertă pentru orbi, porțiuni de ac-

ces pentru fotolii rulante (inclusiv pe poduri și pasarele), paralel cu poziționarea accesibilă a unor elemente de echipament urban (toalete, telefoane).

Un alt grup de probleme îl constituie adaptările constructive necesare diferitelor mijloace de transport în comun pentru a generaliza accesul în ele al handicapaților motorii: uși largite, planșeu coborît, dispozitiv elevator și basculant. După împrejurări, s-au constituit servicii minibuz „din poartă în poartă”, pentru PH, cu trasee regulate și clientelă stabilă.

Un al treilea grup de probleme privește facilitățile informaționale și financiare asigurate PH, domeniu mai la îndemână sub aspect tehnic dar antrenînd anumite eforturi bănești. În aeroporturi, gări și auto-gări plachete, hărți, ghiduri și broșuri speciale pentru handicapați (inclusiv în braille, pentru deficienții de vedere) cuprind, pe lângă informații comune, reguli de securitate, de manipulare a diferitelor echipamente, amplasarea toaletelor și ieșirilor în caz de pericol. Scutirile sau reducerile de taxe de transport la PH sînt un aspect curent în diferite țări: în Belgia au gratuitate la tren invalizii de război, iar la tramvai și autobuz — orbii și însoțitorii lor (cu tarif la jumătate la tren); în Spania circulă gratuit însoțitorii mutilaților de război, iar în Cipru handicapații ce merg la unele manifestări culturale; în Germania handicapații beneficiază de tarif redus la abonamente — 120 DM anual, iar orbii de transport gratuit. Stimularea transportului individual se face în Belgia și Portugalia, de pildă, prin exonerarea de taxe la cumpărarea automobilului, prin susținerea cheltuielilor de adaptare a vehiculului aferente primilor 500 km. Recomandările Comisiei C.E.E. în domeniul transportului accentuează importanța contribuției lui la accesibilitatea locului de muncă al PH și, în subsidiar, la crearea unui mediu social favorabil.

Scutirile de taxe amintite fac parte dintr-un ansamblu mai cuprinzător de exonerări de care beneficiază PH în Franța:

- cheltuieli de cazare la plasarea în stațiunile de îngrijire sau de ajutor social;
- cotizații sociale — unele cotizații muncitorești și patronale, pentru asigurări de boală și de bătrînețe;
- obligații fiscale și parafiscale — impozit pe venituri, taxă financiară și taxă de locuit, pentru radio și T.V. etc.

Asemenea exonerări constituie un aspect important în *administrarea resurselor* de care dispun PH. Conform reglementărilor, deficitul PH poate duce la forme diferite de alocare de resurse: indemnizație pentru accident de muncă, pentru prejudiciu corporal, asigurare pentru accident de drept, civil, pensie de regim general din partea securității sociale. Mai importante și caracteristice pentru PH sînt alocația pentru adulții handicapați (2 762,5 franci, la incapacitate de peste 80%) și alocația compensatorie (la PH ce au nevoie de un terț pentru a-și exercita actele esențiale ale existenței — 3 691 franci) — diferențiate după un sistem îndeajuns de complicat spre a mai insista în rîndurile de față. Edificator ca ordin de mărime pentru alocațiile acordate adulților handicapați este faptul că în 1986 beneficiau de 11 105 mi-

lioane franci un număr de 418 000 persoane. Cuantumul resurselor de care dispun face ca multe PH să rămână în afara unora din drepturile bănești menționate. Faptul de a ține cont de resursele subiecților și caracterul recuperabil al cheltuielilor diferențiază modelul de asistență socială de acela al asigurărilor (ca prestări neplafonate de resurse și nerecuperabile).

Invățămînt

Cuprinderea PH din Franța în procesul de învățămînt și educație are o tradiție ce urcă pînă la finele secolului XVIII, prin „așezămintele naționale de binefacere” înființate de organizații filantropice și naționalizate ulterior. Proclamarea obligativității și gratuității școlarizării pentru toți (prin Legea organică din 1982) stopa excluderea PH din acest proces. Clasele și școlile naționale zise „de perfecționare” devin ulterior „școli regionale de învățămînt adaptat” (cu 12 230 elevi în 1987—1988). Securitatea socială, înființată la începutul perioadei postbelice, asigură rambursarea cheltuielilor așezămintelor private ocazionate de instalare, îngrijire medicală, învățămînt, sejur și gestionare. Dispozitivul medico-educativ cunoaște specializarea după vîrsta subiecților și afecțiunile sau infirmitățile lor, respectiv : institut medico-pedagogic (5—14 ani), institut medico-profesional (peste 14 ani), institut medico-educativ (pentru ambele niveluri) — toate cu regim de internat, denumite „externate” cînd acest regim lipsește ; acolo unde au fost create subdiviziuni, ele au avut în vedere întîrziată mental, infirmități motorii, handicapății senzorial sau caracterial, cu tulburări de comportament. Legea asupra instituțiilor sociale și medico-sociale din 30 iunie 1975 reafirmă libertatea de întreprindere în materie, prevăzînd controlul necesității acesteia prin „comisii regionale pentru instituții sociale și medico-sociale”. Și aceasta deoarece Ministerul Educației Naționale asigură că orice asociație cu sau fără scop lucrativ are dreptul de a i se rambursa cheltuielile de creare și funcționare. În dispozitivul Ministerului Educației Naționale, PH pot fi prezente (ațiț la gradul I — învățămînt elementar, cît și la gradul II — în colegii și licee) fie în clase obișnuite din școli obișnuite, fie în clase specializate din școli obișnuite, fie în clase specializate din școli specializate (învățămînt adaptat).

Rețeaua așezămintelor medico-educative pentru copiii și adolescenții handicapăți din Franța se prezenta la 31 octombrie 1985, astfel :

Tipuri de așezăminte	Număr de așezăminte	Număr de handicapăți cuprinși
— pentru deficienți intelectual	1 300	78 991
— pentru înapoiată profund	28	1 706
— pentru copii polihandicapați	10	344
— institute de reducere psihoterapică	261	12 889
— pentru deficienți motorii	124	7 196
— pentru deficienți vizual și auditiv	148	10 625
— așezăminte de adăpostire	56	1 502
— așezăminte experimentale	19	242
TOTAL :	1 946	113 495

În structurile speciale ale Ministerului Educației Naționale erau școlarizați în anul de învățămînt 1987—1988 un număr de 197 911 copii și adolescenți, din care :

- 66 084 în clase speciale preșcolare sau elementare ;
- 115 930 în secții de educare specializată și clase-ateliere ;
- 3 667 în școli speciale ;
- 12 230 în școli regionale de învățămînt adaptat.

La nivelul anului școlar 1986—1987, pe ansamblul celor două sisteme — al educației naționale și al sănătății și problemelor sociale — erau școlarizate 289 031 PH din totalul celor 341 088 PH înscrise în clase speciale și așezăminte specializate din Franța metropolitană, din care : 1 184 orbi, 2 695 ambliopi, 6 759 surzi, 2 157 cu dificultăți de auz, 11 404 deficienți motorii, 9 394 deficienți somatici, 8 811 polihandicapați grav, 240 420 deficienți mental, 11 440 cu tulburări psihice, 24 135 cu tulburări de comportament.

Cît privește elevii handicapați integrați în clase obișnuite, publice și private, la nivelul anului 1986—1987, structura lor era următoarea :

	Gradul I	Gradul II	Total
— orbi	92	139	231
— ambliopi	741	1 236	1 977
— surzi	927	743	1 670
— cu dificultăți de auz	1 809	2 282	4 091
— deficienți motorii	4 319	2 197	6 516
— deficienți intelectual	6 239	1 494	7 733
— cu tulburări de comportament	1 769	2 510	4 279
TOTAL :	15 950	10 601	26 551

La acești parametri ai inserției se cuvin adăugate și structurile zise „de prevenire a dezinserției” : 116 centre de acțiune medico-socială precoce cu 3 153 copii (în 1985) și 664 servicii de îngrijire și educație specializată la domiciliu, pentru 77 056 copii. Pe de altă parte scăderea demografică și succesul politicii de prevenire perinatală au contribuit la scăderea cu 20% în 5 ani (1982 —1987) a numărului tinerilor handicapați inserați, scăderea corespunzătoare a numărului de locuri și de paturi deschizînd drumul dezinstituționalizării.

Atît în Franța cît și în alte țări, ca Suedia, se fac eforturi de a dota școlile obișnuite cu orice fel de cadre necesare integrării PH și de a depăși modelul de caritate prin procesul de învățămînt. În ce privește structurile separate, modelul suedez se remarcă prin integrarea administrativă (eliminînd dispersarea răspunderilor), urmată de dezinstituționalizarea treptată și descentralizarea promovată de stat. Această din urmă este caracteristică tuturor țărilor scandinave și Marii Britanii, unde legea obligă colectivitățile locale (comune mari, puternice) la alocarea fondurilor de sprijin necesare.

Apelul la campanii de sprijinire tehnică și incitări la voluntariat pentru îmbunătățirea integrării PH dinamizează procesul în Franța, Spania, Irlanda sau Portugalia.

În Italia integrarea PH în învățământ echivalează cu plasarea lor într-o clasă obișnuită și intenția este de a proceda astfel cu toți tinerii handicapați ale căror familii sînt de acord. Integrarea a și atins aici cote apreciabile (de pildă, 100% la surzi și întirziați mental sever). Dimpotrivă, în țări ca Austria, Belgia, Olanda, Luxemburg, R.F.G., Grecia, nu s-a depășit o timidă „desegregare” rezumată la plasarea în clasele obișnuite a copiilor puțin handicapați, capabili — cu un ajutor tehnic modest — să tragă folos de pe urma învățămîntului, așa cum funcționează el în mod normal. Așa se și explică de ce aici este practic inexistentă integrarea unor handicapați ca surzii, orbii și întirziații mental sever.

Pe ansamblul copiilor ce primesc o educație specială, proporția lor la 10 000 elevi școlarizați variază geografic, astfel:

ȚARA	Așezăminte	Clase specializate	Integrări individuale	TOTAL
— Germania	314	—	40	324
— Austria	259	—	—	259
— Danemarca	65	120	103	1 288
— Spania	69	74	33	176
— S.U.A.	71	258	671	1 000
— Finlanda	36	400	1 164	1 600
— Franța	145	200	27	372
— Irlanda	114	21	—	—
— Italia	14	—	143	157
— Olanda	340	—	10	350
— Portugalia	86	—	67	153
— Marea Britanie	134	20	—	—
— Suedia	11	75	492	578

Pregătire profesională

Orientarea spre o profesie a PH este diferită pentru copii și adulți. În cazul copiilor francezi handicapați, examenele medicale și observarea de durată oferă repere de orientare, pe care o face fie familia, fie așezămîntul de educație (în care a învățat copilul), fie Comisia departamentală de educație specială (CDES). Astfel, părinților li se prezintă o listă cu așezămintele capabile să asigure formarea profesională preconizată. Decizia CDES obligă organismul nominalizat la finanțarea aferentă formării copilului trimis.

În cazul adulților (peste 20 de ani, sau peste 16 ani — în cazul celor ce au părăsit așezămîntul primei formări) orientarea profesională o face Comisia tehnică de orientare și recalificare profesională (COTOREP), care îi poate trimite la: un centru de preorientare (dacă nu are suficiente indicii de succes); ucenicie sau recalificare (ca variante de tranziție); loc de muncă obișnuit sau protejat, în funcție de categoria de handicap (A — ușor, B — moderat, C — grav).

Formarea pentru o profesie este reglementată prin legea franceză astfel:

- prima formare profesională — în așezămîntul obișnuit sau specializat;
- ucenicia — alternînd prezența într-o întreprindere și într-un centru de ucenicie;
- formarea profesională continuă — conform legislației generale în materie din anul 1971;
- recalificarea — formarea ulterioară, fără legătură cu cea inițială.

În circuitul primei formări profesionale (în principiu gratuită pentru copiii și adolescenții handicapați, cu educație în ansamblu și plata prin regimul asigurărilor de boală) erau cuprinși în 1986 2 337 elevi în ciclul profesional secundar și 1 597 elevi în ciclul general și tehnologic secundar — ambele ca formare profesională integrată; ca formare profesională neintegrată funcționează grupe — clase-atelier și secții de educație specializată, acestea din urmă pentru cei cu deficit intelectual (116 628); așezămintele specializate cu rol (și) în formarea profesională sînt cele medico-profesionale ori medico-educative și învățămîntul adaptat.

Ucenicia implică un contract de muncă între ucenic și patron, ce reglementează unitar atît ce primește patronul de la stat, cît și evoluția salariului ucenicului față de salariul mediu de la un semestru la altul: 15% în primul, apoi 25%, 35%, 45% și peste 65%, la care se adaugă 10% peste vîrsta de 18 ani. Derogările admise se referă la posibilitatea învățării prin corespondență, la prelungirea duratei uceniciei peste 1 an și la admiterea unor tineri pînă la 26 de ani.

Formarea profesională continuă condiționează accesul la diferitele stagii de îndeplinirea unor condiții generale sau/și a altora speciale, pentru handicapați.

Recalificarea, denumită anterior și „readaptare funcțională” sau „reeducare profesională” (în alte țări „reconversie profesională”) presupune și obligația de recuperare a unor cunoștințe de cultură generală sau teoretică. Implică un contract de reeducare la patron (prevăzînd cît anume revine întreprinderii și cît organismului întreținător, PH primind minimum cît primul eșalon din profesie) sau, în cazul celor cu dificultăți de acces la o muncă — un contract individual de adaptare (cu durata de 3—6 luni, retribuție la nivelul salariului minim pentru cel calificat și ajutor de nivelul a 80% din acesta pentru patron din partea Fondului național pentru asigurări). Structurile specializate în recalificare pot aparține sau avea girul statului, unor așezăminte publice sau colectivității teritoriale.

Muncă

Prevederile legislației franceze au urmărit cu consecvență să stimuleze angajarea în muncă a PH, încurajând în acest sens atât handi-capatul cât și întreprinderea. Încă din 1957 sînt stipulate prime de re-clasare, destinate să permită PH a face față cheltuielilor ocazionate de încadrarea lor în muncă (apel la mijloace de transport specifice, cumpărarea de unelte speciale), precum și subvenții destinate să faci-liteze instalarea PH ce aleg o activitate independentă. În anii '80, pa-ralel cu reglementarea contractelor de muncă specifice perioadei de formare profesională, statul definește durata și proporțiile obligatorii de inserție profesională a PH: minimum 40% din locurile de muncă sînt rezervate pe 3 ani acestui scop, timp în care statul varsă întreprinderii 20—25 mii franci de fiecare PH angajată. Întreprinderilor din sectorul privat cu peste 10 salariați li se impune să recruteze 10% din munci-tori dintre handicapații de orice fel. Protejarea dreptului la muncă al PH a căpătat, în timp, forma obligației de angajare (cu referire la mu-tilații de război, din primul război mondial), a priorității de angajare (pentru muncitorii handicapați, din 1957) și a rezervării de locuri de muncă (inițial tot pentru victimele de război, ulterior cu sferă mai largă).

În vederea adaptării locurilor de muncă corespunzător cerințelor PH, statul acoperă 80% din cheltuielile de acest fel ale întreprinderilor și ajută în mod neplafonat pe constructorii de mașini specifice. Ca agenți activi ai procesului de inserție profesională a PH funcționează o agenție națională de angajări, centre de preorientare și echipe (crea-te la inițiativa directorilor cu forța de muncă din întreprinderi) de pre-gătire și urmărire a reclasării, precum și grupări interprofesionale re-gionale pentru promovarea angajării handicapaților. Drept rezultate nu-merice ale cadrului organizatoric anterior legii din 10 iulie 1987 sînt menționate: în sectorul public creșterea estimativă de la circa 10% la 3,40% a ponderii locurilor de muncă acordate PH între 1982 și 1987; în sectorul privat — scăderea absolută de la 647 931 la 472 462 a nu-mărului de locuri de muncă acordate PH în mediu normal de produc-ție între 1981 și 1986 (an în care în întreprinderile cu peste 20 sala-riați existau în total 8 503 550 locuri de muncă). Semnificativă este și structura acestor angajări de PH în 1986—1987; 374 997 erau acciden-tați de muncă, iar 97 465 handicapați de altă natură, și anume 24 362 pensionați și mutilați de război, 1 360 victime civile ale războiului și 71 743 muncitori handicapați repartizați de COTOREP (amintita comisie tehnică de specialitate). Rezultă că în situație economică difi-ci-lă, legislația existentă nu putea împiedica scăderea angajărilor PH în mediu normal de muncă. Legea din 1987 pe de o parte uniformizează obligațiile de angajare a PH la 60% din totalul locurilor de muncă, atât pentru sectorul public cât și pentru cel privat (ceea ce duce la obliga-tivitatea rezervării a circa 510 mii locuri), cu posibilitatea ca în primii 3 ani acest procentaj să crească treptat (3—4—50%) și să fie constituit din diferite categorii de handicapați, luați în calcul cu niște coefi-ci-enți specifici de ponderare (unii pe jumătate, alții de pînă la 3 ori — cazul handicapaților grav în împrejurări speciale). Pe de altă parte, obligațiile impuse prin lege întreprinderilor sînt ușurate prin anumite

alternative contractuale, inclusiv prin vărsarea unei cotizații anuale către Fondul de dezvoltare pentru inserția profesională a handicapatilor (cuantumul acesteia pentru fiecare PH neangajată variază după mărimea întreprinderii — pînă la 200 sau la 750 angajați ori mai mulți, respectiv 7 528, 11 504 și 14 300 franci sau chiar majorat cu 25% pentru neîndeplinirea altor obligații generale în materie). Se dorește deci ca obligativitatea procedurii să fie înlocuită prin obligativitatea rezultatelor, sau aplicarea constringerii prin eficiența convingerii.

În privința problematicii drepturilor de muncă ale PH, există diferențe între mediul de muncă obișnuit și cel protejat.

● *În mediul de muncă obișnuit* un prim drept este cel de menținere a locului de muncă sau de asigurare a altuia corespunzător pentru persoana handicapată în cursul exercitării muncii. Un alt drept special pentru handicapatii angajați este cel de protejare a contractului de muncă, prin asigurarea unei perioade de încercare (de probă) și a unei perioade prelungite (pînă la 2 luni) de preaviz, anterior concedierii. Un al treilea drept este cel de protejare a salariului PH: salariul minim de principiu poate fi redus în caz de randament inferior, dar numai cu avizul COTOREP și cu cel mult 10% — la handicapatul cu incapacitate medie sau 20% — la cel cu incapacitate gravă; în acest caz, în virtutea prevederilor de garantare a resurselor, salariatul în cauză beneficiază de o „completare a remunerării” egală cu diferența scăzută, pe care statul o acoperă în mod corespunzător întreprinderii. În fine, este de reținut că muncitorul handicapat din mediul normal beneficiază de toate drepturile și garanțiile prevăzute în Codul muncii și în convențiile aferente, inclusiv de dreptul de a alege și a fi ales în comitetul întreprinderii.

Dacă sfera obligațiilor amintite cuprinde în Franța toate întreprinderile cu mai mult de 20 salariați — ca și în Belgia, Olanda și Marea Britanie, ea este în schimb mai mare în Germania — se începe de la 16 salariați în sus — și mai mică în Italia (peste 35) și Japonia (peste 100 salariați). Ideea comună este că o întreprindere mai mare are și posibilități mai multe de a integra în muncă PH. Referitor la cotele obligatorii a fi rezervate PH din totalul locurilor de muncă, ele sînt comparabile celor din Franța în țări ca Austria (4%), Olanda (5%) sau Germania (6%), mai mari în cazul Italiei (15%) și mai mici în Belgia, Irlanda și Marea Britanie (3%), Spania, Luxemburg (2%) și Japonia (1,85%). (Procentajul japonez foarte exact se explică și prin prevederea că orice angajat peste nivelul cotei stabilite deschide în mod permanent întreprinderii dreptul la o primă lunară de 800 franci). „Incitațiile” financiare (stimulente ale tendinței spre relații de muncă) pentru PH și întreprinderi sînt în general asemănătoare pe plan internațional ca modalitate, diferind ca durată sau quantum. Participarea statului sau colectivității, de pildă, la compensarea cheltuielilor cu salarizarea PH este doar temporară și parțială (în perioada de adaptare) în țări ca Belgia, Portugalia, Marea Britanie și Japonia, și permanentă în Franța, Grecia, Danemarca (unde atinge nivelul de 40%), Spania (50%), R.F.G. (cu valoarea fixă de 900 DM, în condiții precis stipulate).

● *În mediul de muncă protejat* au acces PH a căror plasare într-un loc de muncă obișnuit este obiectiv imposibilă datorită handicapului. Legea franceză din 23 noiembrie 1957 oficializează dispozitivul,

iar cea din 30 iunie 1975 îl completează, antecedentele reprezentându-le „centrele de ajutor prin muncă” apărute postbelic și, mai înainte (la finele secolului trecut) așezămintele de muncă protejată inițiate de asociații filantropice spre a da de lucru, cel mai adesea, bolnavilor mentali.

Principalele elemente de structură ale acestui dispozitiv sînt atelierul protejat și centrul de ajutor prin muncă, la care se adaugă centrul pentru distribuire de muncă la domiciliu și așezămîntul mixt.

Atelierul protejat, întreprindere supusă dreptului muncii și al întreprinderii, are obligația de a-și recruta cel puțin 80% din personal din rîndul PH cu randament în muncă evaluat (de COTOREP) la cel puțin 30% din cel normal, iar în cazuri speciale chiar mai mic; primește ajutor de la Ministerul Muncii în limita disponibilului. Aceleași principii guvernează și munca la domiciliu a PH.

Centrul de ajutor prin muncă are un statut intermediar în raport cu întreprinderea și centrul medico-social, preluînd — cu sau fără cazare — pe aceia dintre adolescenții și copiii handicapați ce nu pot exercita o activitate profesională independentă într-o întreprindere obișnuită, sau într-un atelier protejat ori centru de distribuire a muncii la domiciliu (au randament sub 1/3 din cel normal). El le oferă, conform textului de lege „posibilități de activități diverse cu caracter profesional, un sprijin medico-social și educativ și un mediu de viață care să favorizeze dezvoltarea lor personală și integrarea lor socială”. Partea de întreprindere funcționează cu încasări din producție și subvenții, sprijinul medico-social și educativ beneficiază de cheltuielile de ajutor social, iar construcția și echiparea — de resursele departamentului de stat specializat.

O îmbinare a formelor anterior menționate de organizare constituie un așezămînt mixt, formă menținută pînă în 1985, cînd oferea 1 100 locuri. În 1988 existau 7 600 locuri în ateliere protejate și 66 170 în centre de ajutor prin muncă (în creștere continuă față de anii anteriori). Personalul de specialitate totaliza la 31 ianuarie 1985 14 635 încadrați, din care: 1 713 de conducere, 4 164 de administrație, 2 025 de educație și 5 890 de formare profesională. Dacă la jumătatea anilor '70 circa 10% din lucrătorii pregătiți în mediul de muncă protejată erau reinserați în mediul obișnuit, procentajul actual a scăzut la 2% pentru atelierele protejate și la 1% pentru centrele de ajutor prin muncă. (Un alt grup de 1% fiind promovați de la centre la ateliere). Ei beneficiază de salariu plus „complementul de remunerare” (destinat să le acopere reținerile), cumînd drepturi bănești de cel puțin 90% (la atelier) sau 70% (la centru) din salariul minim și cel mult 130% respectiv 110% din nivelul acestuia (în mediul obișnuit limitele acestui cumul pentru PH sînt de 100% și 130%).

Dificultățile de ordin economic în funcționarea lor fac ca așezămintele de muncă protejate să stagneze în unele țări (Germania — se mențin 100 000 de locuri), să se reducă (în Olanda — cu 2% anual), ori să tindă a se transforma în cooperative (ca în Danemarca, unde formarea profesională de calitate le permite să aspire și la un domeniu de vîrf precum electronica pentru armată). În alte țări (ca Italia) ele nu au un statut juridic sau (ca în Marea Britanie) se tînde a se aban-

dona ideologia muncii remunerate în favoarea ofertei benevole a PH pentru diverse servicii (legate, de pildă, de întreținerea la domiciliu a persoanelor vârstnice).

Acces la cultură, sport, divertisment, viață afectivă

Toate măsurile de înlăturare a barierelor arhitecturale ale edificiilor culturale (muzee, teatre, cinematografe, biblioteci) echivalează cu facilitarea accesului PH la cultură și divertisment.

În 1983 Asociația paralizaților din Franța organiza 53 de călătorii, angrenând 2 407 tineri și totalizând 60 541 zile/om.

Din 77 federații sportive din Franța 3 sînt pentru handicapați, iar maratoanele și jocurile olimpice ale acestora sînt deja popularizate de mass-media; evident, nu pentru performanțele sportive în sine, ci pentru tonusul psihic și efectul înserant asupra PH.

Posibilitățile de joc și de petrecere depind numai de inițiativa și inventivitatea unor animatori ad-hoc sau special desemnați.

În problema nu foarte simplă a vieții afective de adult pentru PH, pozițiile oficiale diferă: dacă un proiect guvernamental de lege din Germania propunea în 1988 sterilizarea întirziaților mentali, Suedia anula în 1975 o prevedere similară existentă anterior, luînd măsuri educative și sociale pentru a „rări catastrofele”, prevăzînd cu multă vreme înainte educația sexuală în școli mixte. Conform unei aprecieri a ministrului suedez pentru persoane handicapate, Suedia a atins acea etapă a integrării în care exigențele PH trebuie să fie parte integrantă a planificării societății și, fără a renunța la specialiști, PH să se situeze ele însele în fruntea luptei fixîndu-i obiectivele și prioritățile.

Din ansamblul exemplificărilor trecute în revistă se desprinde ideea că sensibilizarea opiniei publice într-o manieră aptă de a stîrni imboldul spre acțiune, paralel cu crearea unui cadru legislativ și organizatoric, cu drepturi, atribuții și responsabilități precis definite, pot contribui, într-un proces de durată, la dorita inserție socială a persoanelor handicapate.

EMILIAN POPESCU