



Conseil Economique Social et Culturel
Apooraa matutu tī'a rau e mata wī

« E hiro'a te hotu no te ueueraa »



photo : Taatiraa Huma Tahiti Iti



photo : le 6^{ème} Sens

RAPPORT

sur

La situation de handicap en Polynésie française :

Constats et propositions

Annie COEROLI et Clément NUI,
Rapporteurs

CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ET CULTUREL
DE POLYNESIE FRANÇAISE

*Le Président du Conseil Economique, Social et Culturel,
la présidente et les membres
de la commission du Handicap*

REMERCIEMENT

les intervenants pour leur participation à l'élaboration du présent rapport



Réunions tenues les

17 mars – 14 avril – 05, 26 mai – 03, 10, 16, 23 juin –
01, 09, 16, 23, 30 septembre – 17 novembre 2003 –
13, 20, 27 janvier – 16, 23 et 24 février 2004

par la commission du handicap
dont la composition suit :

BUREAU

- Diana	CHAVEZ	président
- Henri	MAAMAATUAI AHUTAPU	vice-président
- Jean-Paul	LEHARTEL	secrétaire
- Annie	COEROLI	rapporteur
- Clément	NUI	rapporteur

MEMBRES

- Aline	BALDASSARI-BERNARD
- Marguerite	BATUT
- Bernard	BRUGGMANN
- René	CHAULET
- Philippe	DANLOUE
- Félix	FONG
- Pierre	FREBAULT
- Eric	GRAFFE
- Pierre	LEHARTEL
- Jean-Pierre	LE HEBEL
- Guy	LEJEUNE
- Bernard	MAURIN
- Alfred	MONTARON
- Eugène	MONTROSE
- Daniel	PALACZ
- Gwendoline	PANAI
- Richard	PERE
- Marc	PLOTON
- Françoise	TAMA
- Jean	TAMA
- Tu	TAPEA
- Marc	TEVANE
- Georges	TRAMINI
- Emile	VERNIER
- Hubert	VIARIS DE LESEGNO
- Tu Jean-Marie	YAN

Personnalités ayant participé aux travaux

MADAME YVANE CREVEAU
DELEGUEE INTERMINISTERIELLE,
CHARGEE DU HANDICAP AUPRES DE LA PRESIDENCE

Madame Pia FAATOMO
Ministre de la Solidarité et de la Famille

MONSIEUR EDWIN FAARUIA
RESPONSABLE DU SERVICE « RETRAITE »
DE LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE

MONSIEUR PATRICK LEBOUCHER
DIRECTEUR ADJOINT
DE LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE

• au titre de l'insertion professionnelle

- **MONSIEUR CHRISTOPHE CHEVAL**, RESPONSABLE DE LA COMMISSION TECHNIQUE POUR L'ORIENTATION ET LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL (COTOREP)
- **MONSIEUR GATIEN RENAULT**, DIRECTEUR DE L'ATELIER POUR LA REINSERTION PROFESSIONNELLE DES ADULTES HANDICAPES (APRP)

• au titre de la prise en charge

- **MONSIEUR ALAIN BARRERE**, DIRECTEUR DE LA FEDERATION POLYNESIENNE DES SPORTS ADAPTES ET HANDISPORTS
- **MADAME HENRIETTE KAMIA**, PRESIDENTE DES ASSOCIATIONS « TAATIRAA HUMA MERO » ET HANDISPORTS
- **MADAME HUGUETTE LII**, PSYCHOLOGUE DU SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE (SPIJ)
- **MADAME LOUISE MONTARON**, PRESIDENTE DE L'UNION DES ASSOCIATIONS DE PERSONNES HANDICAPEES DE POLYNESIE FRANÇAISE « TE NIU O TE HUMA »
- **MONSIEUR JEAN-MARIE POULAIN**, CHEF DE SERVICE ADJOINT ET PEDOPSYCHIATRE DU SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE (SPIJ)
- **MADAME MARIE-CHRISTINE RAGACHE**, DIRECTRICE DE L'INSTITUT D'INSERTION MEDICO-EDUCATIF (IIME)
- **MADemoiselle HERENUI VAILLARD**, PSYCHOLOGUE DU SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE (SPIJ)

- **au titre de la scolarisation**

- **MADAME BRIGITTE CHANSAY**, DIRECTRICE DU CENTRE D'ÉDUCATION DE L'OUÏE ET DE LA PAROLE (CEDOP)
- **MONSIEUR VINCENT DUPONT**, RESPONSABLE DE LA COMMISSION TERRITORIALE DE L'ÉDUCATION SPÉCIALE (CTES)
- **MONSIEUR GUY MANDELERT**, CONSEILLER TECHNIQUE AU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DE L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE

- **au titre des transports**

- **MONSIEUR JEAN-PIERRE BERNARD**, CHEF DE LA DIVISION « EXPLOITATION AÉROPORTUAIRE » DU SERVICE DE L'AVIATION CIVILE EN POLYNÉSIE FRANÇAISE
- **MONSIEUR ERIC LEVERT**, CHEF DU SERVICE DES AFFAIRES MARITIMES
- **MONSIEUR JEAN-GABRIEL ROUSSEAU**, REPRESENTANT DU SERVICE DES TRANSPORTS TERRESTRES
- **MONSIEUR DENIS ROUALDES**, CHEF DU BUREAU D'ÉTUDES « GENIE CIVIL » DU SERVICE DE L'ÉQUIPEMENT

- **au titre de l'urbanisme et du logement**

- **MONSIEUR ALBERT LECAILL**, 4^{ÈME} ADJOINT AU MAIRE DE PAPEÈTE
- **MADAME FREDERIQUE MERMILLOD-ANSELME**, CHEF DU SERVICE DE L'URBANISME
- **MONSIEUR JEAN SUENKO**, DIRECTEUR DES SERVICES TECHNIQUES DE L'OFFICE POLYNÉSIEEN POUR L'HABITAT (OPH)
- **MONSIEUR STEPHANE VECKER**, RESPONSABLE DU SECTEUR « TRAITEMENT EAUX » CHEZ PLOMBERIUM

-- ♦ ♦ ✱ * ♦ ♦ --

RAPPORT



SOMMAIRE

	<u>Page</u>
INTRODUCTION	2
I – Une préoccupation également polynésienne	2
II – Du handicap à la situation de handicap	3
FICHE 1 – LA POPULATION DES PERSONNES HANDICAPEES	5
A – Les sources statistiques	5
B – Taux de handicap et taux d’allocataires	5
C – Les traits dominants du handicap en Polynésie française	6
1 - Qui sont les personnes handicapées en Polynésie française ?	6
2 - Nature et origine du handicap	7
FICHE 2 – LA PRISE EN CHARGE GENERALE DU HANDICAP	12
A – La prise en charge médicale des jeunes enfants	12
B – La reconnaissance du handicap	13
1 - La CTES et les commissions de circonscription	13
2 - La COTOREP	14
C – La prise en charge financière du handicap	15
1 – Des enfants de moins de 20 ans	15
2 - Des adultes	16
3 – Le financement du handicap	17
FICHE 3– SCOLARISATION, FORMATION, EMPLOI ET INTEGRATION	21
A – La scolarisation des enfants handicapés	21
1 – Les principes de la scolarisation des enfants handicapés	21
2 – L’orientation scolaire des enfants handicapés	22
B – La formation et l’insertion professionnelles des personnes handicapées	26
C – L’emploi des travailleurs handicapés	28
1 – La reconnaissance du statut de travailleur handicapé	28
2 – L’obligation d’emploi	28
3 – La rémunération du travailleur handicapé et l’aménagement des postes de travail	29
D – L’intégration sociale des personnes handicapées	29
FICHE 4 – L’URBANISME, LE LOGEMENT ET LES TRANSPORTS	34
A – L’urbanisme	34
1 – La réglementation	34
2 – Dans la réalité	34
B – Le logement	35
C – Les transports.....	35
1 – Les transports routiers	35
2 – Les transports aériens	37
3 – Les transports maritimes	37
FICHE 5 – LA PREVENTION DES HANDICAPS	40
RECOMMANDATIONS GENERALES	42
ANNEXES	47
Répertoire des sigles.....	48
Bibliographie.....	50

INTRODUCTION

La situation de handicap est devenue, grâce à la pression des associations de personnes handicapées, une préoccupation au niveau international et une harmonisation des législations se dessine peu à peu.

Les Nations Unies, en décembre 1975, par une première déclaration sur les droits des personnes handicapées, réaffirmaient les principes républicains d'égalité de tous les citoyens. En 1993, ont été promulguées les règles relatives à l'égalité des chances des personnes handicapées.

1981 a été marqué par le lancement de la première année internationale et de la première décennie des personnes handicapées. L'objectif était double : renforcer l'organisation des personnes handicapées entre elles et pousser les gouvernements, membres des Nations Unies, à développer des politiques qui répondent mieux à leurs besoins.

En décembre 1993, à Bruxelles, le Parlement européen des personnes handicapées s'est réuni et a donné naissance au Forum européen des personnes handicapées. L'Europe s'est basée sur les règles adoptées par les Nations Unies pour l'égalité des chances.

Le 3 décembre 2001, grâce à la pression des organisations non gouvernementales (ONG), le Conseil de l'Union européenne a proclamé 2003 « *Année européenne des personnes handicapées* ».

La Déclaration de Madrid, proclamée en mars 2002 par le Congrès européen des personnes handicapées, fournit un cadre conceptuel aux actions entreprises à l'occasion de l'année européenne à tous les niveaux. Le point 8 de cette déclaration est fondamental : « *Rien pour les personnes handicapées sans les personnes handicapées* ».

En métropole, une révision profonde de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées est en cours. Un secrétariat d'Etat a la charge des personnes handicapées, mais il est rattaché à un ministre délégué, lui-même dépendant d'un autre ministre.

Le mouvement associatif souhaite une loi cadre, constituée de principes, mais une fois adoptée, cette loi pourrait entrer en contradiction avec les principes d'une loi d'orientation. Une notion de non-discrimination devrait être introduite dans la nouvelle loi. Elle tiendrait en trois lignes : « *les personnes handicapées sont des citoyens à part entière et relèvent de la loi générale* ».

Le Conseil économique et social (CES) national a consacré plusieurs rapports et avis aux personnes handicapées (cf Bibliographie).

1 – Une préoccupation également polynésienne

En février 1999, le Conseil économique social et culturel de la Polynésie française (CESC) a adopté le rapport intitulé : « *Quelle politique de la jeunesse sur le territoire ?* ». Le chapitre initialement prévu, concernant les personnes handicapées a été volontairement écarté car les conseillers ont estimé qu'il méritait d'être traité séparément et dans son ensemble.

En 2002, le CESC a adopté l'autosaisine sur « *la situation de handicap en Polynésie française : constats et propositions* », et pour la première fois, s'est penché sur un sujet concernant les personnes handicapées.

Jusque-là, le sujet semblait en effet n'intéresser que les personnes handicapées elles-mêmes, leurs familles et quelques responsables dévoués. C'est pourtant l'affaire de tous ! Et ... cela n'arrive pas qu'aux autres.

Les maladies, mais aussi divers accidents dont les accidents sur les routes polynésiennes, font de (trop) nombreuses victimes qui viennent accroître le nombre de personnes handicapées chaque année.

Si nous avons la chance d'aller bien, nous devons aider les autres et lutter contre toutes les formes d'exclusion. C'est une question d'égalité des droits.

Au plan juridique, le cadre réglementaire est récent puisque l'un des textes fondateurs de l'action en faveur des personnes handicapées est la délibération n° 82-36 modifiée du 30 avril 1982. L'absence de politique globale et locale du handicap jusque dans les années 80 explique que les associations, constituées sous l'impulsion des familles des personnes handicapées et de quelques personnes dévouées à leur cause, se sont multipliées pour répondre aux besoins croissants et urgents.

L'article premier de la délibération du 30 avril 1982 relative à l'action en faveur des handicapés rappelle que :

« La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie de ressources et l'intégration sociale de l'ensemble des handicapés constituent sous la responsabilité du territoire, une obligation d'intérêt général.

Les familles ainsi que les différentes collectivités publiques et privées de la Polynésie française associent leurs interventions dans la mise en œuvre de cette obligation avec, dans les conditions déterminées par le statut du territoire, le bénéfice de la collaboration avec l'Etat.»

Ces dispositions constituent une transposition et une adaptation de « l'obligation nationale » consacrée par la loi d'orientation de 1975.

II - Du handicap à la situation de handicap

Sur le territoire comme en métropole, le handicap reste une notion liée à une définition strictement médicale. Il n'y a pas de définition juridique du handicap et les textes renvoient aux commissions spécialisées, commission territoriale de l'éducation spéciale (CTES) et commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), le soin de dire qui est handicapé. Dans le cadre de leurs missions, celles-ci distinguent trois principaux types de handicap :

le handicap mental avec deux sous-groupes : la déficience intellectuelle (débilité) et la maladie mentale (troubles de comportement, psychoses, autisme, etc.) ;

le handicap moteur (paralysie, amputation, etc.) ;

le handicap sensoriel (surdité partielle ou totale, cécité partielle ou totale).

Il faut ajouter :

- le polyhandicap qui associe le handicap mental et le handicap moteur entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ;
- et le handicap associé : par exemple, une surdité ou une cécité qui entraîne des difficultés de comportement, de socialisation ou encore un enfant handicapé moteur qui n'est pas scolarisé et qui, de ce fait, n'a pas accès à une vie sociale ou à une formation professionnelle.

Le domaine du handicap relève de la tutelle du ministère de la solidarité et de la famille, chargé de la promotion de la femme. En l'an 2000, à la suite des « Journées du Handicap », le territoire a créé un poste de délégué interministériel chargé des personnes handicapées. Ce poste, pourvu en mars 2001, est malheureusement vacant aujourd'hui. Il est indispensable que ce poste soit de nouveau pourvu dans les meilleurs délais.

Dans le cadre de cette autosaisine, nous dépasserons cette définition strictement médicale « du handicap » car notre réflexion ne peut être pertinente que si nous élargissons notre champ de réflexion à « la situation de handicap ». Cette vision élargie est justifiée en effet par l'observation unanimement partagée selon laquelle les obstacles qui entravent l'autonomie des personnes handicapées le sont tout autant pour d'autres catégories de citoyens comme les personnes âgées, les femmes enceintes, les personnes souffrant de handicaps légers ou passagers.

Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, certains vont ou voient même plus loin en disant que, naturellement, tout individu qui vieillit est appelé à évoluer à terme vers une situation de dépendance et donc de handicap. Bien que la population polynésienne soit encore jeune (45 % ont moins de 20 ans), la part des personnes âgées a commencé et continuera à s'accroître progressivement. Au 31 décembre 2002, les régimes de protection sociale avaient enregistré 6 957 ressortissants âgés de 70 ans et plus sur un total de 233 126 ressortissants et au 31 décembre 2003, cette tranche de population représentait 7 225 personnes sur 237 850 ressortissants.

En Polynésie française, nous nous référons à la classification internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui définit trois notions : la déficience, l'incapacité et le handicap.

La déficience est une notion générale qui recouvre tout ce qui concerne une lésion ou une altération d'un organe ou d'un appareil. Si cette déficience empêche des activités professionnelles, alors on parle d'incapacité. Au-delà, lorsque les notions d'autonomie et de dépendance, qui peuvent être partielles ou totales, interviennent en plus, on parle de handicap. Sur le territoire, seules la CTES et la COTOREP sont compétentes pour évaluer les taux d'incapacité et de handicap.

Définitions de l'OMS :

Déficience : « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ».

Incapacité : « toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ».

Handicap : « désavantage qui résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) ».

D'après cette définition, la déficience concerne la personne elle-même et le handicap est un problème de situation : un environnement adapté ne peut « guérir » la déficience, mais il contribue à éliminer les obstacles à l'activité, et donc à faciliter la vie quotidienne des personnes en situation de handicap. Autrement dit, c'est l'environnement qui n'est pas toujours en adéquation avec la personne handicapée et non plus celle-ci qui n'est pas adaptée à la société.

« La situation de handicap est toujours et uniquement le produit de deux facteurs, d'une part une personne dite « handicapée » en raison de sa déficience, qu'elle soit physique, sensorielle ou mentale, d'autre part des barrières environnementales, culturelles et sociales voire réglementaires, créant un obstacle que la personne ne peut franchir en raison de sa ou ses particularités. »¹

¹ « Situations de handicap et cadre de vie », Vincent ASSANTE, rapport du CES, 2000

FICHE 1 – LA POPULATION DES PERSONNES HANDICAPEES

Les statistiques relatives au handicap en Polynésie française sont récentes. Elles proviennent des administrations qui assurent la prise en charge du handicap, essentiellement des services de la santé.

A – LES SOURCES STATISTIQUES

Actuellement, il n'y a pas de recensement exhaustif de l'ensemble des individus en situation de handicap sur le territoire. Les chiffres disponibles concernent :

- le nombre des personnes handicapées qui s'adressent ou sont dirigées vers les commissions ad hoc (CTES et COTOREP) pour une prise en charge thérapeutique, scolaire ou/et financière. C'est le département planification et organisation des soins de la Direction de la santé qui coordonne la collecte des informations et réalise le traitement des données issues de ces commissions ;
- le nombre des personnes handicapées qui perçoivent une allocation spécifique de la caisse de prévoyance sociale (CPS), organisme de gestion des prestations sociales dont la tutelle a été transférée depuis peu du ministère de la solidarité et de la famille, à celui de la santé. Les données disponibles sont moins nombreuses.

B – TAUX DE HANDICAP ET TAUX D'ALLOCATAIRES

Sur la base des dossiers traités par la CTES et la COTOREP, on a dénombré au 31 décembre 2003, 5 213 personnes handicapées (1 382 enfants et 3 831 adultes). Ce chiffre rapporté à la population totale du territoire donne un taux de handicap de 2,1 % pour l'année 2003.

Ce ratio est difficilement comparable au taux métropolitain donné dans les rapports nationaux pour les raisons évoquées plus haut et surtout du fait de critères de définitions différentes. En effet, en métropole, « l'ensemble des personnes éprouvant une gêne réelle et conséquente dans leur vie quotidienne » est estimé à environ 3 millions, 3,5 millions de personnes, ce qui représente 5 % de la population totale². A noter que cette définition n'inclut pas les personnes âgées dépendantes, mais comprend les individus atteints de maladies invalidantes comme le diabète, l'obésité, la sclérose en plaques...

Sur le territoire, compte tenu de l'isolement et de l'éloignement de certaines îles rendant difficile le repérage de cette population encore souvent « cachée », on considère qu'il y a une « sous-déclaration » du handicap et il faudra encore quelques années pour parvenir à une identification complète des individus.

Par ailleurs, en raison notamment :

- du développement sensible sur le territoire des pathologies comportementales particulièrement invalidantes (diabète dans la forme grave ou terminale, obésité, maladies cardio-vasculaires, séquelles d'accidents de la route, etc),
- des actions d'information faites par les associations de personnes handicapées,

² « Situations de handicap et cadre de vie », CES, septembre 2000 - « L'accès des handicapés physiques à l'école », CES de Franche-Comté, mai 2001.

- d'un meilleur dépistage avec la prise en charge des laissés pour compte aujourd'hui non identifiés,
- de l'amélioration des actions de prévention et du progrès des soins qui permettent de sauver davantage de vies, mais parfois avec des handicaps (politique de réanimation néonatale précoce),
- de l'allongement de la durée de vie avec la prise en charge des personnes âgées de plus en plus nombreuses atteintes de handicap,

le nombre de personnes handicapées identifiées ne pourra qu'augmenter dans les années à venir.

Il est important de souligner que l'un des critères de définition du handicap appliqué par la COTOREP concerne le taux d'incapacité : en-dessous d'un taux de 30 %, la réglementation considère qu'il n'y a pas de handicap. Par exemple, la perte d'un oeil équivaut à un taux d'incapacité de 25 % et n'est donc pas reconnue comme un handicap. Surtout, ce seuil « médical » de définition du handicap est différent de celui exigé pour le versement des allocations par la CPS.

Ainsi l'allocation spéciale aux handicapés (ASH) est versée automatiquement aux enfants de 1 an à 20 ans pour les ressortissants du régime général des salariés (RGS) et du régime de solidarité territorial (RST), et aux enfants de 1 an à 18 ans pour les ressortissants du régime des non salariés (RNS), lorsque le taux de handicap de l'enfant est au moins égal à 80 % et, dans certaines situations, lorsqu'il est compris entre 50 % et 80 %. Les adultes doivent, quant à eux, justifier d'un taux d'incapacité de 80 % minimum pour bénéficier notamment de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Pour l'année 2002, le nombre moyen des personnes handicapées bénéficiaires d'une allocation spécifique de la CPS s'élevait à 2 721 ; ce nombre rapporté à la population totale du territoire donne un taux d'allocataires de 1,1 % que l'on peut rapprocher ici du chiffre de 1,16 % cité pour la métropole³.

Globalement, près de 7 personnes handicapées sur 10 bénéficient d'une allocation pour personne handicapée. Cette proportion est quasi identique chez les jeunes et chez les adultes.

C – LES TRAITS DOMINANTS DU HANDICAP EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

1 - Qui sont les personnes handicapées en Polynésie française ?

Au 31 décembre 2003, la population des personnes handicapées se répartissait comme suit :

- 1 382 enfants de moins de 20 ans recensés par la CTES ;
- 3 831 adultes suivis par la COTOREP.

Elle est donc composée en grande majorité d'adultes (73 %) et de personnes de sexe masculin (60 %), alors que l'ensemble de la population du territoire compte 57 % de personnes de plus de 20 ans et 52 % d'hommes.

Le nombre des personnes handicapées recensées s'accroît régulièrement et cet accroissement s'est accéléré au cours des cinq dernières années puisqu'il atteint 400 à 500 nouveaux cas par an pour les adultes (contre 170 en moyenne annuelle les années antérieures) et avoisine les 300 nouveaux cas pour les enfants.

³ Source : service des handicapés et des personnes âgées, Direction de la Santé

Les principaux facteurs de cette évolution peuvent être brièvement rappelés :

- l'instauration de la Protection Sociale Généralisée (PSG) en 1995, se traduisant par un meilleur accès de la population aux soins médicaux,
- la garantie d'un minimum de ressources aux personnes reconnues handicapées,
- l'action d'information et d'accompagnement des associations de personnes handicapées,
- la mise en place d'un guide barème en 1996 ayant permis une meilleure identification de certaines pathologies.

Ces mêmes facteurs ont permis de commencer à mieux connaître la population des personnes handicapées grâce à des premiers indicateurs globaux chiffrés, bien qu'aujourd'hui l'action en faveur de cette population souffre encore d'un « déficit d'indicateurs épidémiologiques fiables ».

Quant à la répartition géographique, les chiffres montrent que 72 % de la population des personnes handicapées recensées résident à Tahiti, alors que 69 % de l'ensemble de la population est résidente sur l'île. Cette répartition résulte de la concentration des structures d'accueil à Tahiti, mais aussi d'un défaut de repérage des personnes handicapées dans les îles éloignées.

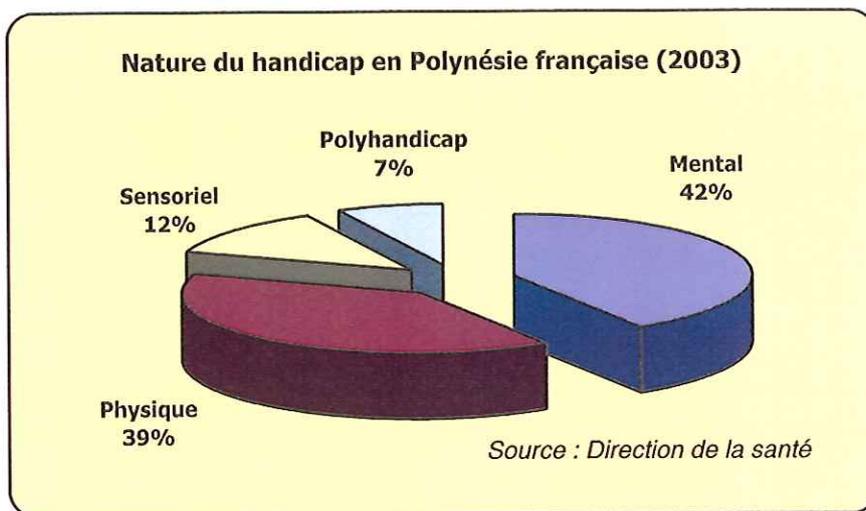
Il existe un besoin d'ouverture de petites unités de proximité spécialisées dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs familles dans les archipels, y compris aux îles Marquises et aux Tuamotu.

Aux Australes, à Tubuai, une association s'est constituée et une première structure d'accueil a ouvert ses portes fin 2003. Aux Iles Sous-le-Vent, à Bora-Bora, une structure de proximité a été créée sous l'impulsion des familles et grâce à la commune, dont l'implication est un élément important pour la réussite d'un tel projet. Bien qu'il existe une unité de prise en charge à Raiatea, certaines personnes restent isolées soit par manque d'information, soit pour des problèmes de transport ou d'isolement géographique (exemple : les personnes résidant en particulier à Tahaa). Un recensement en partenariat avec la municipalité est en cours. L'association de Huahine a un projet d'ouverture d'une petite structure, mais elle a du mal à le concrétiser, faute de trouver la personne nécessaire pour l'animer.

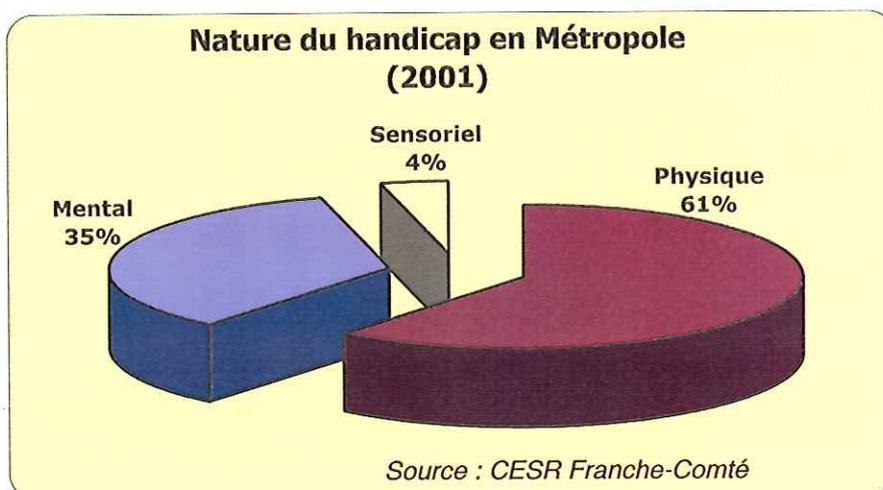
A côté des structures, les familles d'accueil jouent également un rôle très important. Au 31 décembre 2003, on dénombre 130 adultes placés en familles d'accueil, dont 19 personnes ayant un handicap physique et 111 un handicap mental.

2 - Nature et origine du handicap

Bien que les classifications ne soient pas strictement identiques en Polynésie et en métropole, le tableau ci-après permet de dresser une typologie générale du handicap polynésien. Globalement, la déficience mentale (comprenant les maladies mentales et les insuffisances intellectuelles) regroupe 42 % des cas et reste ainsi le handicap principal sur le territoire. Le handicap physique (incluant les maladies invalidantes -comme le diabète, l'obésité, les pathologies cardio-vasculaires,...- qui entraînent une incapacité permanente supérieure à 80 %) vient en seconde position avec 39 % des cas.



A l'inverse, en métropole, c'est le handicap physique avec 61 % des cas, dont 40 % pour les seules maladies invalidantes (diabète, sclérose en plaques, ...) qui constitue le type de handicap le plus important, le poids des troubles mentaux avoisinant celui du territoire. Les atteintes sensorielles s'avèrent par contre trois fois moins fréquentes qu'en Polynésie française.



**Répartition des personnes handicapées au 31 décembre 2003
selon le groupe d'âge et la nature du handicap**

	Moins de 20 ans (CTES)		Plus de 20 ans (COTOREP)		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Physique	228	16	1 752	46	1 980	38
Mental	558	40	1 550	40	2 108	40
Auditif	199	14	195	5	394	8
Visuel	38	3	146	4	184	4
Polyhandicap/IMOC*	163	12	188	5	351	7
Autres	196	14	0	0	196	4
Total	1 382	100	3 831	100	5 213	100

*IMOC : infirmité motrice et cérébrale

Source : Direction de la santé

Le tableau ci-dessus montre que la nature du handicap diffère selon l'âge de la population concernée. Ainsi, près d'un enfant handicapé sur deux souffre d'un trouble mental (déficience intellectuelle et maladie mentale). A noter aussi que les atteintes auditives sont trois fois plus fréquentes que chez les adultes (5 %), conséquence des otites mal soignées chez les jeunes enfants (14 %).

**Répartition des enfants handicapés sensoriels recensés au 31 décembre 2003
selon le groupe d'âge**

	Moins de 6 ans	De 6 à 12 ans	Plus de 12 ans	Total
- Auditif	18	59	122	199
- Visuel	3	15	20	38
Total	21	74	142	237

Source : Direction de la Santé

Ce tableau fait apparaître que de nombreuses déficiences auditives sont décelées lors d'examen de dépistage effectués à l'école primaire et au collège. Pour une prise en charge plus précoce des enfants, il est indispensable que les examens médicaux soient pratiqués dès l'entrée à l'école maternelle, puis renouvelés à l'entrée et à la sortie de chaque cycle. Les moyens de l'EPAP pourraient permettre d'effectuer ces examens.

Chez les adultes, les deux principaux handicaps sont la déficience physique (46 %) et la déficience mentale (40 %).

En terme d'évolution, la nature du handicap ne s'est pas modifiée pour les adultes. En revanche, chez les enfants, les professionnels observent une diminution des déficiences intellectuelles profondes, mais un accroissement des maladies mentales, et donc des handicaps plus lourds. Cette évolution est liée en partie à l'amélioration du diagnostic qui permet de distinguer aujourd'hui avec précision une simple déficience intellectuelle ou un retard d'acquisition, d'une maladie mentale. Ils notent aussi une augmentation des cas de polyhandicaps résultant de la politique de réanimation précoce de nourrissons qui ne seraient pas nés viables auparavant. Cette politique de réanimation génère en effet des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux.

On distingue trois origines du handicap : congénitale (débilité, trisomie 21, etc), accidentelle ou malade.

**Répartition des enfants handicapés recensés
au 31 décembre 2003, selon l'origine du handicap**

	Nombre	%
Congénital	452	33
Social (carences éducatives, maltraitance)	371	27
Acquis (accidents, maladies, ...)	286	21
Néonatal (période de l'accouchement)	107	8
Autres et en cours d'examen	166	12
Total	1 382	100

Source : Direction de la santé

Concernant les enfants, ce sont les anomalies congénitales (1/3 des cas) qui sont le plus souvent à l'origine des déficiences. Mais aujourd'hui, les professionnels du territoire sont confrontés aussi, et de plus en plus, à des déficiences résultant de carences éducatives, affectives, de maltraitance des enfants. Les statistiques sont alarmantes : 3 enfants sur 10 sont dans ce cas. Les pathologies médicales acquises (1 cas sur 5), elles, se situent en troisième position avant les accidents néonataux (8 %).

Chez les adultes, l'origine principale du handicap est en rapport avec une pathologie médicale acquise (63 %), comme le montre le tableau suivant.

**Répartition des adultes handicapés recensés au 31 décembre 2003,
selon l'origine du handicap**

	Nombre	%
Maladie acquise	2 397	63
Congénital	803	21
Accident de la voie publique	343	9
Accident domestique	182	5
Accident du travail	106	3
Total	3 831	100

Source : Direction de la santé

Ces observations permettent de conclure qu'une majorité de déficiences est liée à des problèmes comportementaux. Ceux-ci génèrent en effet des pathologies qui, comme le diabète dans sa forme grave ou terminale, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, les surdités acquises, etc, laissent des séquelles importantes lorsqu'elles ne sont pas traitées à temps. Ainsi, l'obésité chez les mères polynésiennes entraîne des diabètes gestationnels, lesquels induisent des naissances de bébés de poids élevé (macrosomies), d'où un risque accru de complications obstétricales (dystocies) pouvant générer des handicaps moteurs et psychiques définitifs. Relèvent également du registre comportemental, les accidents de la route, et de plus en plus, la maltraitance, les carences éducatives. Enfin, près de la moitié des grands brûlés polynésiens « évasanés » en Nouvelle-Zélande sont victimes d'accidents dus à une mauvaise utilisation de produits inflammables. D'où la nécessité d'une campagne d'information ciblée.

Le CESC recommande donc :

- d'améliorer le recensement statistique des personnes handicapées : uniformiser les critères de définition des handicaps mis en œuvre par les différents organismes concernés, mettre en place une grille de dépistage simple, inciter les familles à signaler le handicap de leurs proches auprès des professionnels compétents ;
- de mieux cibler les actions de prévention à développer : la constitution de cette base de données statistiques est un préalable indispensable pour disposer d'indicateurs, notamment épidémiologiques, fiables qui font encore défaut actuellement ;
- de réfléchir à des solutions spécifiques pour les personnes handicapées des îles ; d'où la nécessité de recenser au préalable les effectifs concernés dans les communes et les îles, afin d'imaginer et créer des moyens particuliers de suivi de cette population qui est aujourd'hui mal identifiée ;
- de prévoir, à l'issue de ce recensement, les moyens nécessaires à la mise en place de petites structures de proximité pour enfants, adolescents et adultes ;
- de nommer rapidement une personne sur le poste de délégué interministériel chargé du handicap ;
- d'allouer les moyens supplémentaires nécessaires à la réalisation des examens de dépistage des troubles auditifs et visuels dès l'école maternelle, puis de poursuivre à l'école primaire et au collège ;
- de lancer des campagnes d'information à caractère préventif pour diminuer la part des accidents domestiques et de poursuivre les actions de prévention routière ;
- de dégager des moyens publics humains et financiers supplémentaires (au titre du fonctionnement et de l'investissement) pour permettre aux associations gestionnaires de structures médico-éducatives, ou en voie de l'être, de fonctionner dans des conditions décentes, sans avoir à aller mendier auprès des divers sponsors, au même titre que des moyens conséquents sont alloués pour l'éducation des enfants « ordinaires », la prise en charge des personnes handicapées relevant avant tout d'une mission de service public. Or, à ce jour, un seul établissement (l'IIME) est subventionné par le territoire, les autres fonctionnant grâce à la subvention versée par le RST.

FICHE 2 – LA PRISE EN CHARGE GENERALE DU HANDICAP

Cette fiche présente les différentes structures administratives, de la santé, de l'éducation et de la protection sociale, chargées respectivement de repérer et prendre en charge les personnes déficientes, de reconnaître le handicap et d'assurer la prise en charge financière des personnes handicapées.

A – LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES JEUNES ENFANTS

Le centre d'aide médico-sociale précoce (CAMPS) constitue la première structure d'accueil spécialisée pour les jeunes enfants porteurs ou à risque de handicaps et de leurs familles. En vertu du décret n° 76-389 du 19 avril 1976 qui l'a reconnu officiellement, il est chargé du dépistage, de la cure ambulatoire et de la rééducation des enfants de moins de 6 ans qui présentent des déficits sensoriels moteurs ou mentaux, « en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. »

La délibération n° 51/S du 20 janvier 1983 a créé un CAMPS rattaché au centre de protection infantile (CPI).

La délibération n° 91-49 AT du 21 février 1991 a supprimé le CAMPS en Polynésie française mais ses missions ont été intégrées à celles du service de protection infantile (SPI). En 2002, 175 enfants étaient suivis par ce service et on constate une stabilisation du nombre d'enfants accueillis depuis 1996. En plus de ces 175 enfants, le SPI suit par ailleurs 150 enfants à risque. Les missions du CAMPS conservent donc toute leur place dans le dispositif de santé, l'objectif étant particulier et double :

- D'une part, aider l'enfant à progresser par des techniques spécialisées adaptées à son handicap et soutenir ses besoins d'enfant ,
- D'autre part, aider les parents à vivre avec cet enfant, porteur de handicap, différent, particulier, pas comme les autres, qu'ils avaient idéalisé et qui va entraîner des bouleversements profonds au niveau de la fratrie, de l'entourage et d'eux-mêmes.

L'action médico-sociale précoce (dépistage et traitement) est assurée par une équipe pluridisciplinaire : médecin-pédiatre, kinésithérapeute, psychomotricien, éducateur, psychologue clinicienne et orthoptiste.

Il faut insister sur le fait que la prise en charge précoce des enfants handicapés améliore sensiblement leur potentiel évolutif et donc leurs possibilités d'intégration sociale, ce qui contribue à une diminution des coûts de santé à terme.

En conséquence, le CESC recommande de :

- Créer un nouveau CAMPS, autonome, c'est-à-dire doté de la personnalité juridique,
- Allouer des subventions de fonctionnement et d'investissement nécessaires à l'exercice de ses missions au profit de l'enfance handicapée : renforcement du personnel, véhicule pour les séances de rééducation, les visites à l'école ou à domicile, locaux adaptés à l'accueil et la prise en charge des enfants et de leurs familles, etc.

Un autre service de la Direction de la santé, le service d'hygiène mentale infanto-juvénile (ex SPIJ), a pour mission de prévenir, dépister et traiter toutes les souffrances psychoaffectives et maladies psychiatriques de l'enfant, de la naissance à la majorité, et d'apporter un soutien psychologique à la famille. Les interventions du service se font sous forme de consultations et de soins ambulatoires.

Depuis 1998, ce même service a ouvert également un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour des enfants d'âge scolaire (3 à 12 ans) présentant des troubles psychologiques et comportementaux sévères entraînant de grandes difficultés scolaires, voire pour certains d'entre eux une intégration scolaire normale impossible. 43 enfants ont été pris en charge dans ce centre en 2002 (en dehors des visites à domicile).

Pour chaque enfant, un projet thérapeutique individualisé est mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue, psychomotricien, infirmiers spécialisés, personnel enseignant), en liaison avec les familles. Ce projet comporte un volet soignant (ateliers thérapeutiques) et un volet pédagogique (classes spécialisées au sein du service). L'objectif de l'accueil à temps partiel est que l'enfant puisse réintégrer une structure scolaire, en milieu ordinaire ou en établissement spécialisé.

Afin de répondre aux besoins croissants en matière de santé mentale, le schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française 2003-2007 préconise notamment la création de structures extra-hospitalières de proximité (centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), en psychiatrie générale et infanto-juvénile, d'un hôpital de jour pour les enfants souffrant de troubles graves (autisme, psychose...). Le développement d'une prise en charge spécifique pour les adolescents figure au rang des priorités. Ainsi, l'hôpital de jour a été inauguré en 2003, mais il ne peut toujours ni accueillir, ni prendre en charge les jeunes enfants handicapés mentaux, faute de personnel spécialisé.

Il est alarmant de constater qu'il n'existe pas d'établissement médicalisé adapté qui puisse répondre aux besoins des adolescents en situation de crise, c'est-à-dire qui puisse faire face aux cas de marginalisation sociale, de toxicomanie, de fugue avec souvent son corollaire, la prostitution, et surtout de suicide dont la fréquence est en constante augmentation.

B – LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP

C'est l'une des missions des commissions spécialisées : la Commission territoriale de l'éducation spéciale (CTES) et la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) qui ont été créées toutes deux par la délibération n° 82-36 du 30 avril 1982. La CTES est compétente pour les enfants de 0 à 20 ans et la COTOREP pour les adultes handicapés.

1 - La CTES et les commissions de circonscription

La composition et le fonctionnement de ces commissions sont régis par les dispositions de l'arrêté n° 1287 CM du 28 septembre 1998.

La CTES est composée de 16 membres représentant le secteur de l'éducation (primaire et secondaire), de l'action sociale, de la santé publique, la CPS, les établissements publics ou privés accueillant des enfants handicapés, ainsi que les associations de parents d'enfants handicapés et de parents d'élèves. La présidence de la commission est assurée pour un an alternativement par le directeur de l'enseignement primaire et le directeur de la santé. Le président est assisté d'une équipe technique pluridisciplinaire qui est chargée d'étudier les dossiers soumis à la commission qui ensuite statue en séance plénière.

La CTES est seule compétente pour reconnaître qu'un enfant ou un adolescent a un handicap ou non. Dans cet objectif, les missions de la commission consistent à :

- évaluer avec précision la situation de l'enfant sur la base de critères médicaux, sociaux, psychologiques et scolaires ; cette évaluation se fait en moyenne tous les 3 ans ;
- proposer des modalités de prise en charge en conformité avec les besoins évalués de l'enfant et en fonction des moyens existants sur le territoire (détails dans la fiche n°3 sur la scolarisation) ;

- accorder l'ASH et les allocations complémentaires ;
- délivrer la carte d'invalidité et la carte PMR (personne à mobilité réduite).

En principe, la CTES peut être saisie par toute personne ayant à connaître du cas d'un enfant. En fait, la grande majorité des enfants sont signalés par les personnels scolaires, de la santé ou des services sociaux. Chaque dossier est confidentiel et constitué de 4 feuillets relatifs à l'état de santé de l'enfant, sa situation sociale, ses difficultés scolaires et psychologiques. Ils sont communiqués ensuite pour examen à la commission de circonscription de l'enseignement primaire et élémentaire (CCPE) ou la commission de circonscription de l'enseignement du second degré (CCSD) de l'enseignement public ou privé. Celles-ci les adressent enfin à la CTES qui reconnaît ou non le handicap et propose des orientations. La CTES gère environ 1 500 dossiers par an et fonctionne avec un personnel mis à disposition par le service de l'éducation.

La CCPE est compétente pour examiner les dossiers des enfants scolarisés ou scolarisables dans les écoles maternelles et élémentaires. Elle est composée de 8 membres, des professionnels de l'éducation, de la santé scolaire et du service social ainsi que des représentants de parents d'élèves et d'enfants handicapés. Elle est présidée par un inspecteur de l'éducation nationale.

Les cas d'enfants et adolescents relevant de l'enseignement secondaire sont du ressort de la CCSD. Celle-ci comprend 9 membres dont le directeur des enseignements secondaires (DES) qui en assure la présidence, et sa composition se rapproche de celle de la CCPE.

Les décisions de la CTES sont valables pour une durée maximale de trois ans. Elles peuvent faire l'objet d'un recours gracieux dans un délai d'un mois à compter de leur notification. Ce droit de recours peut être exercé par toute personne ou organisme intéressé.

2 - La COTOREP

Comme la CTES, la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) regroupe 16 membres représentant les professionnels de la santé (médecins, psychiatres), des services sociaux (travailleurs sociaux, psychologues), les associations de personnes handicapées et d'organismes d'accueil de cette population. Y siègent en outre des représentants du monde du travail (employeurs, salariés, SEFI, CPS) et du RST. Les attributions de la commission concernent :

- sur le plan du reclassement professionnel :
 - la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, reconnaissance qui peut n'être que temporaire en fonction de l'évolution éventuelle du handicap ;
 - le classement du travailleur handicapé dans l'une des catégories A, B ou C, correspondant à ses capacités :
 - ♦ catégorie A : handicap professionnel dont le caractère léger ou temporaire permet d'escompter une adaptation satisfaisante au travail dans un délai maximum de deux ans.
 - ♦ catégorie B : handicap professionnel modéré et durable entraînant une limitation permanente à l'adaptation professionnelle ou nécessitant éventuellement un aménagement important du poste de travail.
 - ♦ Catégorie C : handicap professionnel grave et définitif ou nécessitant un aménagement important du poste de travail.
 - l'orientation de la personne handicapée vers un établissement d'accueil spécialisé, de formation professionnelle ou un atelier de travail protégé, ou vers l'exercice d'une activité professionnelle indépendante avec l'attribution d'une aide spécifique ;

- le taux d'abattement éventuel de la rémunération du travailleur handicapé dans une entreprise, du fait d'un rendement plus faible. Ce taux détermine la part du salaire qui sera pris en charge par le territoire (30 ou 50 % selon le cas), ce qui permet au travailleur handicapé de conserver l'intégralité de sa rémunération.

- au titre des droits sociaux : l'appréciation du taux d'invalidité de la personne handicapée et du droit aux allocations de la CPS, et l'attribution de la carte territoriale d'invalidité et de la carte PMR ;

La carte d'invalidité peut être accordée également à « toute personne atteinte d'un handicap rendant la station debout pénible, mais dont le taux d'incapacité est inférieur à 80 % ». Les titulaires de la carte peuvent bénéficier de réductions tarifaires (actuellement, 50 % sur l'abonnement téléphonique), mais surtout devraient bénéficier de réductions tarifaires pour les transports et d'un traitement prioritaire dans les services et les transports publics, les emplacements de stationnement, les commerces. Encore faut-il, pour ce qui concerne les transports en commun, que les aménagements des véhicules, des bateaux et avions des lignes intérieures, soient réellement effectués pour permettre ce « traitement prioritaire » qui pour le moment reste souvent théorique (détails dans la fiche 4 Transports).

- Dans le cadre des mesures générales relatives à l'emploi des personnes handicapées, l'avis de la COTOREP est sollicité pour :
 - ◆ la création de structures de travail protégé : celles-ci ont vocation à former des personnes dont le handicap est trop lourd pour occuper un emploi en milieu ordinaire. Actuellement, il n'existe pas encore de réglementation territoriale concernant ce type de structure ;
 - ◆ la mise en place de mesures incitatives en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Les décisions individuelles prises par la COTOREP peuvent faire également l'objet d'un recours gracieux. Depuis 1996, elles sont valables en principe pour une durée de 5 ans maximum, ce qui signifie que la personne handicapée doit en principe se présenter périodiquement pour une révision de son dossier. Dans les faits, certains dossiers n'ont pu être mis à jour depuis 20 ans malgré les relances de la commission.

C – LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DU HANDICAP

Quel que soit le régime de protection sociale (salarié, non salarié, solidarité), les allocations diffèrent selon qu'elles concernent des enfants de moins de 20 ans ou des adultes.

1 – Des enfants de moins de 20 ans

Deux conditions sont exigées par la CPS pour le versement de l'ASH aux enfants de moins de 20 ans :

- la décision de la CTES qui reconnaît le droit à cette allocation ;
- le taux d'incapacité de l'enfant qui doit être supérieur ou égal à 80 %. Toutefois, l'article 25-1 de la délibération n° 95-263/AT du 20 décembre 1995 prévoit que l'ASH peut être accordée à des enfants dont le taux de handicap est compris entre 50 % et 80 %, mais « devant bénéficier d'une mesure d'éducation spéciale ou d'une éducation ordinaire déterminée par ladite commission » (CTES).

Depuis 1995, le montant de l'ASH était fixé à 5 fois le taux des allocations familiales du régime de couverture sociale des parents ou du représentant légal de l'enfant, soit 30 000 fcfp pour les ressortissants du RGS et 27 500 fcfp pour ceux du RST et du RNS. En janvier 2004, le montant de l'ASH a été arrêté à 32 000 fcfp, soit 4,6 fois le montant des allocations familiales (relevé à

7 000 fcfp depuis le début de l'année). Pour rester dans l'esprit de la PSG, le CESC souhaite le rétablissement de l'équivalence de cette allocation à 5 fois le taux des allocations familiales, soit 35 000 fcfp.

Si l'enfant est dépendant partiellement ou totalement ou « lorsque sa prise en charge nécessite des dépenses particulièrement coûteuses », il peut bénéficier d'une « allocation compensatrice de perte d'autonomie » dite AC1 ou AC2, dont le montant équivaut respectivement à 2 fois ou 4 fois le taux des allocations familiales. A compter de janvier 2004, le montant de l'allocation compensatrice varie en fonction du régime de protection sociale :

- 12 000 fcfp ou 24 000 fcfp (au lieu de 14 000 fcfp ou 28 000 fcfp) si le représentant légal de l'enfant relève du régime des salariés ;
- 11 000 fcfp ou 22 000 fcfp s'il ressort du régime des non-salariés ou du régime de solidarité.

Le CESC recommande une harmonisation de ces prestations pour tous les régimes, dont le montant devrait redevenir égal à 2 ou 4 fois le montant des allocations familiales et que les enfants ressortissants du RNS puissent percevoir ces prestations jusqu'à l'âge de 20 ans au lieu de 18 ans, au même titre que les autres enfants ressortissants des autres régimes.

Par ailleurs, compte tenu de l'importance d'une prise en charge précoce et des coûts qu'elle engendre dès la naissance, le CESC recommande que ces prestations soient servies dès la naissance de l'enfant et non à compter de sa première année de vie.

2 – Des adultes

Les conditions requises par la CPS pour bénéficier des allocations aux personnes de plus de 20 ans sont les suivantes :

- justifier d'un taux minimum d'incapacité de 80 %, dont l'appréciation relève de la COTOREP qui doit tenir compte également de « l'impossibilité (pour la personne handicapée) de se procurer un emploi » ;
- être de nationalité française (avec possibilité de dérogation exceptionnelle) et résident en Polynésie française ;
- ne pas bénéficier déjà d'une indemnisation pour ce handicap par un autre régime de protection sociale (des salariés ou des non salariés), au titre des risques maladie, invalidité, accident du travail ou vieillesse ;
- justifier de conditions de ressources.

Il existe trois types d'allocations aux adultes handicapés versées en fonction de la situation économique du demandeur :

1. pour le versement de l'allocation de base de 29 115 fcfp (soit l'équivalent du tiers du « SMIG de référence des prestations »), les ressources de la personne handicapée ne doivent pas dépasser les 2/3 de ce « SMIG de référence des prestations » fixé à 87 346 fcfp depuis 1996, soit 58 225 fcfp. Ces ressources comprennent les pensions de retraite, le minimum vieillesse, les rentes d'accident du travail, En fait, la liste des ressources n'est pas limitative et l'imprécision des textes de référence oblige la CPS à les interpréter et à statuer selon les dossiers. Afin de remédier à cette situation qui pourrait aboutir à un traitement inégal des ressortissants, le CESC recommande que ces textes soient précisés et complétés ;

2. l'allocation de base peut être majorée d'une allocation complémentaire en cas de non ressources, et le montant de l'allocation majorée est fixée depuis le 1er janvier 2000 à 54 504 fcfp. L'arrêté n° 296 CM du 19 février 2004 vient de relever le montant de l'allocation majorée au même niveau que celui du minimum vieillesse, soit 60 000 fcfp à compter du 1er janvier 2004 ;
3. une allocation compensatrice de perte d'autonomie peut être attribuée selon le degré d'assistance nécessaire par une tierce personne. Le montant de l'AC1 équivaut à 12,5 % du « SMIG de référence des prestations », soit 10 918 fcfp, et celui de l'AC2 à 25 % du même SMIG, soit 21 837 fcfp.

Compte tenu des salaires minima en vigueur sur le territoire, il faudrait accroître le montant de l'AC1 et de l'AC2 pour permettre réellement la rémunération d'une tierce personne. Il est également nécessaire de réévaluer l'AAH, en relevant le montant du SMIG de référence qui est gelé depuis 1996 à 87 346 fcfp. Le SMIG des salariés s'élève lui à 105 985 fcfp aujourd'hui.

Un autre point de discussion concerne la simplification des formalités de constitution des dossiers exigées par les différents organismes (CPS, RST, COTOREP), et d'une manière globale, une refonte des textes régissant le handicap. Bien que la plupart des demandeurs se plient à ces démarches, il est du devoir des services publics de chercher à les rationaliser pour faciliter la vie des personnes invalides, sans toutefois entraver les missions de contrôle qui incombent aux services instructeurs et payeurs. Le CESC recommande donc d'envisager une gestion commune, même partielle, des dossiers par les organismes concernés.

Pour la CTES, les enfants perçoivent une allocation à partir d'un taux d'invalidité de 50 % alors que pour la COTOREP, les indemnités sont versées à partir d'un taux de 80 %. Ainsi, les enfants ayant une invalidité comprise entre 50 et 80 % ne peuvent plus percevoir les allocations à partir de 20 ans, lorsqu'ils basculent à la COTOREP.

Enfin, le CESC souhaite que les lacunes de la réglementation actuelle soient comblées, notamment en ce qui concerne :

- les conditions d'attribution de l'allocation complémentaire : à titre d'exemple, la CPS exigeait une ordonnance de non conciliation pour le versement des allocations complémentaires aux personnes handicapées séparées de leur conjoint. Depuis peu, elle exige un jugement de divorce. Or, certaines personnes ne vivent plus avec leur conjoint depuis plus de 15 ans et ne veulent pas divorcer pour des raisons religieuses ou n'ont plus toute leur tête pour le faire ;
- les conditions de ressources pour bénéficier de l'allocation compensatrice. Actuellement, aucune condition de ressources n'est prévue, ce qui aboutit à verser une allocation de 10 918 fcfp, quels que soient les revenus de l'allocataire.

3 - Le financement du handicap

Il n'y a pas, à ce jour, de chiffre synthétisant le coût global du handicap. Les données disponibles concernent la branche handicap du RST. Ce régime est financé par : le territoire, les actifs et retraités par le biais de la contribution de solidarité territoriale (CST) et l'Etat. Il faut noter que la quote-part financière de l'Etat est restée constante depuis plusieurs années et n'a pas évolué en fonction des charges du régime.

Pour l'exercice 2003, les dépenses de la branche handicap se sont élevées à 2,641 milliards fcfp, ce qui représente 14 % des charges du RST, et constitue le troisième poste budgétaire du régime, après l'assurance maladie et les personnes âgées.

La répartition de ces dépenses est la suivante :

- 1,494 milliard d'allocations, dont 1,405 milliard versé aux adultes et 89 millions aux enfants handicapés ;
- 1,147 milliard de subventions aux établissements médico-socio éducatifs. En réalité, seuls 474 443 915 fcfp, ce qui ne représente que 41 % de l'enveloppe globale, sont attribués aux établissements médico-éducatifs accueillant des personnes handicapées. Le reste étant alloué aux établissements socio-éducatifs et principalement aux centres d'accueil en faveur de la protection de l'enfant et de la jeunesse.

A l'inverse, d'autres dépenses relèvent d'autres budgets et ne sont pas intégrées dans ces chiffres. Malheureusement, elles n'ont pu être extraites des grandes masses de dépenses des organismes gestionnaires. Il s'agit notamment :

- des allocations versées aux enfants handicapés relevant du régime général des salariés et de celui des non salariés, sachant qu'environ 1/3 de ces enfants relèvent du RST pour 2/3 des deux autres régimes ;
- du forfait journalier médical versé à certains établissements médico-sociaux par la CPS ;
- de la prise en charge des soins de rééducation des personnes handicapées au Centre « Te Tiare » ;
- des dépenses de soins prises en charge au titre de l'assurance maladie pour certains enfants handicapés scolarisés ;
- des rémunérations du personnel du CEDOP, établissement scolaire dépendant du ministère de l'Éducation ;
- de la subvention du territoire à l'Institut d'Insertion médico-éducatif (IIME), établissement public territorial. Elle est de 362 286 000 fcfp en 2003 pour l'ensemble des 4 centres de l'institut.

Il faut souligner que tenter de faire un bilan global chiffré ne signifie pas que l'on considère la population handicapée uniquement comme une charge, ni qu'on sous-estime ses besoins. Ainsi, on constate que l'essentiel des subventions publiques est absorbé par les besoins de fonctionnement des organismes ; ces moyens ne permettent pas d'envisager les investissements nécessaires pour que les établissements se mettent en conformité avec les normes réglementaires ou encore pour créer des petites structures de proximité dans les îles.

Budget du Régime de Solidarité Territoriale - Exercice 2003

CHARGES	millions fcfp	%	PRODUITS	millions fcfp	%
I - Charges techniques	17 247	96,2			
Prestations familiales	1 181	6,6	Participation du territoire	6 940	38,7
Fonds d'action sociale	640	3,6	Contribution de		
Assurance maladie	9 452	52,7	solidarité territoriale	5 508	30,7
Personnes âgées	2 834	15,8	Participation de l'Etat	3 520	19,6
Handicap	2 641	14,7			
Versement au RPSMR	499	2,8	Déficit de l'exercice	1 959	11,0
II - Frais de gestion	680	3,8			
Service des affaires sociales	96	0,5			
Caisse de Prévoyance Sociale	583	3,3			
Autres	1	0,0			
Total	17 927	100,0	Total	17 927	100,0

Service des Affaires Sociales

Le CESC recommande donc :

- d'augmenter la participation de l'Etat au financement du handicap ;
- de simplifier les formalités administratives requises par la CPS, le RST et la COTOREP, donc une gestion commune, même partielle, des dossiers par les organismes concernés pour alléger les démarches des demandeurs ;
- de rétablir l'équivalence de l'allocation spéciale aux enfants handicapés (ASH) à 5 fois le montant des allocations familiales et l'équivalence des allocations compensatrices de perte d'autonomie (AC1 et AC2) à 2 fois ou 4 fois le montant des allocations familiales ;
- d'harmoniser toutes les prestations existantes (notamment selon le même taux de handicap) et pour cela, procéder à une refonte des textes régissant le handicap ;
- de fixer des conditions de ressources pour le versement de l'allocation compensatrice ;
- de revoir le texte de la CPS exigeant un jugement de divorce pour le versement de l'allocation complémentaire et revenir à la situation antérieure où l'ordonnance de non conciliation suffisait ;
- de créer des centres décentralisés de dépistage précoce des handicaps ;
- de compenser l'inégalité de prise en charge du handicap entre Tahiti et les autres îles, notamment en créant des foyers d'hébergement à Tahiti, qui permettraient d'accueillir des personnes handicapées et leurs familles pour des séjours courts. Ce souci devrait être intégré systématiquement dans les modalités de mise en œuvre de la déconcentration administrative en cours, dont l'une des finalités est l'amélioration de l'efficacité et de l'accessibilité du service public rendu aux usagers (valides et handicapés), en particulier ceux des îles éloignées ;
- de pallier le manque de structures médico-sociales pour les enfants, les adolescents et les adultes ;
- d'ouvrir rapidement l'hôpital de jour pour les jeunes handicapés mentaux et de recruter le personnel nécessaire ;
- de créer des structures hospitalières de proximité en psychiatrie générale et infanto-juvénile ;
- de prévoir et organiser la prise en charge des jeunes ayant des problèmes de comportement (l'IIME a commencé avec les petites sections mais il n'y a rien pour les adolescents); les instances territoriales doivent y travailler avec les établissements scolaires et les parents ;

- de créer un CAMPS autonome, doté de la personnalité juridique, et de lui allouer les moyens nécessaires à son fonctionnement ;
- de développer un réseau de pédopsychiatrie avec, en particulier, le recrutement, la formation et le suivi des familles autorisées à l'accueil thérapeutique ;
- de renforcer les moyens humains et matériels de la CTES ;
- de supprimer l'inégalité de traitement entre les ressortissants des différents régimes de protection sociale, notamment en modifiant la réglementation pour les personnes handicapées ressortissantes du RNS, dont les prestations sont suspendues à partir de l'âge de 18 ans au lieu de 20 ans pour les ressortissants des deux autres régimes ;
- de commencer le versement de l'allocation aux enfants handicapés dès leur naissance au lieu d'attendre l'âge d'un an ;
- d'accorder aux titulaires d'une carte d'invalidité ou/et à leur accompagnateur, une réelle priorité dans les services accessibles au public et des réductions tarifaires pour les transports publics, les emplacements de stationnement, les commerces ;
- de fédérer les associations de parents d'élèves handicapés et les associations de parents d'élèves des établissements scolaires ;
- de synchroniser les dates d'évaluation de la CTES et d'inscription à l'IIME.

A – LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES

1 – Les principes de la scolarisation des enfants handicapés

La loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées a posé le principe du droit à l'éducation de l'enfant handicapé, en donnant priorité à l'intégration scolaire, lui permettant ainsi de vivre au milieu d'autres enfants : « Les enfants et les adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative en recevant une éducation ordinaire ou, à défaut, une éducation spéciale ».

La circulaire de référence n° 91-33 du 5 septembre 1991, signée par Lionel Jospin, intitulée « intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés », concerne la création des classes d'intégration et le développement de l'accessibilité des locaux scolaires. Elle se réfère aux circulaires sur l'intégration du 29 janvier 1982 et du 29 janvier 1983 qui ont fixé les principes et les modalités de la politique d'intégration, et à la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989.

La circulaire interministérielle du 30 octobre 1989 précise dans son chapitre 3 que les enfants handicapés doivent vivre des échanges avec les jeunes ordinaires, les modalités de l'intégration restant à adapter à chaque handicap et à chaque personne.

La circulaire n° 91-302 du 18 novembre 1991 affirme le droit de l'enfant et de l'adolescent handicapés à un accueil et une scolarisation en milieu ordinaire. Elle précise que, si cet apprentissage précoce dans le milieu scolaire offre la possibilité d'une meilleure insertion professionnelle et sociale dans sa vie d'adulte handicapé, inversement, cette expérience apporte à l'école un enrichissement. En effet, cette intégration favorise les échanges et la reconnaissance, voire l'acceptation des différences ; elle contribue à l'amélioration des rapports humains et sociaux et développe l'esprit citoyen.

Certaines dispositions du code national de l'éducation sont étendues à la Polynésie française, parmi lesquelles l'article L. 112-2 : « l'intégration scolaire des jeunes handicapés est favorisée. Les établissements et services de soins et de santé y participent. » Sur le terrain, ces derniers y contribuent largement mais la scolarisation des enfants handicapés semble relever encore du parcours du combattant, et surtout de la bonne volonté individuelle des directeurs d'écoles, des chefs d'établissement et de leurs équipes pédagogiques.

En Polynésie française, l'éducation et le handicap sont de compétence territoriale. Mais l'article 5 du chapitre premier de la délibération n° 82-36 modifiée du 30 avril 1982 relative à l'action en faveur des personnes handicapées, ne fait que reprendre un principe adopté au plan national, sans qu'il y ait eu véritablement transposition au plan de l'éducation territoriale des moyens de mise en œuvre des dispositifs de scolarisation et d'intégration : « Les enfants handicapés sont soumis jusqu'à l'âge de 20 ans à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut, une éducation spéciale, déterminée en fonction des besoins particuliers de chacun d'eux » par la CTES.

Des moyens doivent être mis en place : baisse des effectifs des classes, postes d'instituteurs itinérants qui suivent 10 à 12 élèves handicapés en intégration et qui viennent 1 à 2 fois par semaine dans la classe.

Il existe des concours nationaux d'auxiliaires scolaires, mais pas de normes réglementant ces concours sur le territoire. Des actions d'intégration scolaire sur site servent d'expérience pilote sur lesquelles les inspecteurs s'appuient.

Depuis la rentrée scolaire 2001, le ministère de la solidarité et de la famille a mis en place un corps d'auxiliaires d'intégration scolaire grâce au partenariat entre le ministère en charge de l'emploi, le ministère de l'éducation et de l'enseignement technique, le service de l'emploi, de la formation et de l'insertion (SEFI) et le service d'hygiène scolaire. Ainsi, grâce aux dispositifs d'insertion des jeunes (DIJ) et aux chantiers d'intérêt général (CIG), des personnes titulaires du BEP option CSS (carrières sanitaires et sociales) ou SAP (service d'aide aux personnes) ou du CAP « petite enfance » ont pu remplir les fonctions d'auxiliaires d'intégration scolaire, et ont permis à de nombreux enfants handicapés de bénéficier d'une scolarisation à mi-temps ou à temps plein en milieu ordinaire. On compte actuellement 23 auxiliaires mais les besoins sont encore nombreux.

Certes, cela représente un coût immédiat, mais surtout un investissement bénéfique à long terme car cette scolarisation développe les compétences et donc l'autonomie des enfants et leur permettra de se prendre en charge à l'âge adulte. La scolarisation des jeunes handicapés est primordiale pour leur permettre d'accéder ultérieurement aux emplois réservés dans les entreprises comme dans le secteur public, tels que prévus par la réglementation. Il est donc indispensable de pérenniser ce dispositif.

En Polynésie française comme en métropole, les associations de parents d'enfants handicapés ont joué un rôle essentiel dans le développement de la scolarisation et dans l'ouverture de classes intégrées. Et ce, d'autant plus que la plupart des familles ne connaissent pas leurs droits. Elles ne savent pas qu'elles ont le droit d'être présentes lorsque la CTES examine le cas de leur enfant, comme elles ne savent pas qu'elles peuvent se faire assister d'une personne de leur choix, qui pourrait être une assistante sociale ou un éducateur spécialisé. Elles ne connaissent que la prestation financière qu'elles recevront en remplacement des allocations familiales.

Cette demande parentale a été soutenue par quelques directeurs d'école, chefs d'établissement et les services de santé (SPI, hygiène scolaire) compétents, et la démarche collective a permis au fil des ans l'émergence de sites scolaires pilotes dont certains, comme l'école Heitama à Papeete ou le collège de Arue, accueillent une dizaine d'enfants et adolescents handicapés moteurs, sensoriels ou mentaux, en permanence ou à temps partiel.

En dehors de ces sites devenus des exemples d'établissements d'intégration scolaire, aujourd'hui, presque toutes les écoles primaires et élémentaires accueillent dans des classes ordinaires, adaptées ou spécialisées, au moins un enfant handicapé.

2 - L'orientation scolaire des enfants handicapés

Il faut distinguer ce qui relève de l'éducation spécialisée qui concerne les élèves qui ont une déficience légère ou des difficultés scolaires, de ce qui ressort effectivement du handicap et qui concerne les enfants qui ont un handicap reconnu.

Pour l'éducation spécialisée, ce sont les commissions de circonscription du premier ou du second degré – CCPE et CCSD -, émanation de la CTES qui statuent sur l'orientation scolaire de ces enfants.

Le tableau suivant donne la répartition des élèves orientés en 2003 dans des structures scolaires spécialisées :

Effectifs des structures scolaires spécialisées

Premier degré	1 440
classes d'adaptation	795
classes de perfectionnement	495
classes de CJA	150
Second degré	232
SES Punaauia	124
SES Taunoo	77
SES Taravao	31

Source : Ministère de l'Éducation

CJA : Centre des jeunes adolescents

SES : section d'éducation spécialisée appelée aussi SEGPA

SEGPA : section d'enseignement général et professionnel adapté

Pour les enfants reconnus handicapés, la CTES propose des modalités de prise en charge en fonction des besoins des enfants et des moyens existants sur le territoire ; ces modalités sont au nombre de trois :

1. Une intégration scolaire individualisée

C'est l'orientation proposée prioritairement chaque fois qu'elle est possible, et qui consiste à maintenir ou placer l'enfant dans une classe normale, en prévoyant les compléments éventuellement nécessaires au traitement (médical, psychologique, etc) de son handicap. L'accueil de jeunes handicapés sensoriels ou moteurs implique un aménagement de la structure d'accueil (exemple : rampe d'accès) ou/et une adaptation dans l'application du programme (exemple : livre en braille).

Il n'y a pas d'obligation d'accueil. C'est pourquoi en Polynésie française comme en métropole, l'intégration scolaire repose sur la volonté individuelle de l'enseignant de recevoir dans sa classe un enfant handicapé (dans le cas de l'intégration individuelle) et sur la volonté institutionnelle.

2. Une scolarisation en classes d'intégration scolaire (CLIS)

Il en existe une sur le territoire, à l'école Potii de Vairao ; elle regroupe au maximum 12 enfants handicapés mentaux qui ont aussi des problèmes de comportement, placés sous la responsabilité d'un maître spécialisé. L'ouverture de deux autres CLIS est en projet, une pour les enfants handicapés mentaux et une pour ceux ayant un handicap visuel. Les enfants des CLIS bénéficient également de la présence d'un « plateau technique » réunissant des personnels sociaux et de santé (pédopsychiatre, orthophoniste, psychomotricien, médecin).

3. Une prise en charge dans un établissement spécialisé agréé

- La permanence éducative médicale spécialisée (PEMS) de Moorea peut accueillir un maximum de 25 enfants et adolescents handicapés quelle que soit la nature de leur handicap. C'est actuellement la seule structure agréée avec l'établissement d'Outumaoro de la Fraternité Chrétienne (normalement l'orientation dans les autres centres n'est pas possible).

La PEMS « Fare Moe Tini » (maison d'un rêve réalisé) de Moorea et le Centre d'accueil pour les adultes handicapés de Moorea « Fare Arii » ont été créés à l'initiative de parents d'enfants ou d'adultes handicapés, membres de l'association « Taatira Huma no Moorea-Maiao ». Ils assurent une prise en charge en externat du lundi au vendredi. La direction commune aux deux établissements permet une certaine souplesse pour le passage du « Fare Moe Tini » au « Fare Arii » selon l'âge et les acquisitions des jeunes. Des services sont également communs : le service cuisine qui prépare 50 repas par jour et les services d'entretien des locaux, de transport et de maintenance.

La PEMS a reçu un agrément pour une durée de 5 ans. Elle a choisi d'accueillir, dans une même structure, 20 mineurs atteints de déficiences intellectuelles ou de handicaps moteurs, ou polyhandicapés orientés par la CTES. La diversité même de ces enfants, loin d'être perçue comme une difficulté, semble être vécue comme une richesse, les uns aidant les autres et inversement selon les activités. L'équipe pluridisciplinaire est composée de trois animateurs, d'un aide animateur, d'un psychiatre, d'un psychanalyste, d'une institutrice et d'un éducateur sportif. Un orthophoniste et un kinésithérapeute interviennent sur place sur prescription médicale. Les prises en charge sont éducatives, médicales et thérapeutiques. Le personnel est très motivé et l'absentéisme des enfants quasi inexistant. Ils perçoivent la PEMS comme une école.

Le centre d'accueil pour les adultes handicapés de Moorea « Fare Arii » partage les locaux avec le siège de l'association, un service de cuisine, une bibliothèque ouverte à la population et un bureau à la disposition du SEFI. Le centre bénéficie d'un agrément pour un an et accueille actuellement 20 personnes handicapées, 2 atteintes de handicap sensoriel, 4 de handicap moteur, 14 de déficience intellectuelle légère, modérée ou sévère. Les prises en charge éducatives et sociales et les projets d'insertion sociale sont assurés par une équipe incluant deux animateurs et un éducateur sportif.

Ces deux établissements doivent servir de modèles aux futures structures à créer dans d'autres îles. Pour cela, il est nécessaire de former en priorité les directeurs pour lesquels on pourrait créer un diplôme territorial en partenariat avec l'institut de Limoges. Dans le même cadre, il faut développer les formations de moniteurs-éducateurs (ME), d'éducateurs spécialisés (ES), d'animateurs et d'autres personnels nécessaires pour faire fonctionner les structures.

Dans un souci d'égalité de traitement des personnels, il est temps de créer des conventions collectives dans ce secteur, avec un plan d'application étalé. Des économies pourraient être réalisées en recrutant des personnels médicaux intervenant sur plusieurs centres plutôt que de payer les prestations des professionnels privés.

Une évaluation des projets et un contrôle des dépenses des associations doivent être effectués chaque année et servir de base au renouvellement et au montant des subventions attribuées.

- **Le centre d'éducation de l'ouïe et de la parole (CEDOP)** pour les déficients sensoriels auditifs et visuels. Il perçoit une subvention du FIP (fonds intercommunal de péréquation) et le soutien de quelques sponsors. Il est considéré comme une école. Les enfants n'ont pas que des handicaps sensoriels mais également des handicaps associés (comportement, attitude, socialisation, certains ne mangent pas seuls ou souffrent d'énurésie). Le statut d'établissement spécialisé est nécessaire pour que le CEDOP puisse bénéficier d'éducateurs spécialisés pour les enfants et de psychologues cliniciens pour accompagner psychologiquement les enfants mais aussi les familles souvent désseparées. Ce statut pourrait également permettre de négocier un prix de journée auprès de la CPS et permettrait de disposer d'une meilleure allocation et des vacations de médecins et de personnel paramédical.

- **L'institut d'insertion médico-éducatif (IIME)**, plus connu sous son ancienne appellation Raimanutea-Tiaitau, pour les enfants déficients intellectuels ou souffrant de troubles du comportement, comprend 4 établissements situés à Tahiti : l'institut médico-pédagogique du Pic Vert, l'institut de rééducation de Tearama à Paea, l'institut médico-professionnel (I.M.PRO) de Piafau à Faa'a et le centre polyvalent de Taravao. Il existe également au sein de l'IIME un « service de suite » qui a pour mission le suivi des adolescents sortis de l'institut. Les objectifs de ce service sont de préparer, en collaboration avec les services sociaux, d'accompagner l'adolescent et sa famille, et de les soutenir pour réussir son insertion. Cependant, les familles s'inquiètent du devenir de leurs enfants au-delà de l'âge de 20 ans car faute de structures adaptées suffisantes, 90% d'entre eux restent chez eux. Ceci est extrêmement lourd pour elles et préjudiciables pour les enfants qui régressent et dépriment. Il est donc urgent de trouver des solutions notamment en terme de structures d'accueil pour l'avenir de ces jeunes.
- **Le centre pour handicapés moteurs (CHM)**, plus connu sous le nom de Fraternité Chrétienne, a été créé sous l'égide de parents d'enfants handicapés en 1979 avec le parrainage du Rotary club et le secours catholique. Depuis 1984, il a délégué de service public. 50 enfants sont accueillis à Papeete et 27 au centre des jeunes polyhandicapés à Punaauia qui a un agrément provisoire pour 22 enfants. Le centre est ouvert de 7h à 16h en journée continue, 5 jours par semaine. Il reste ouvert pendant les vacances. Le transport des enfants en mini bus est financé par le territoire alors qu'en France il est financé par la sécurité sociale car c'est un transport ambulancier. Le point noir est le manque de prise en charge sur le plan scolaire. L'association a mis elle-même en place des animateurs pédagogiques. Un accord a été passé avec le centre de Kerpape en Bretagne pour des échanges de personnels et des stages. Un arrêté du 22 février 1984 stipule dans son article 24 que, pour les questions techniques d'agrément, l'effectif du personnel enseignant doit être calculé sur la base d'un maître par classe de 12 élèves maximum.

Dans la pratique, les professionnels et les familles sont confrontés à des problèmes liés au contexte géographique, social, économique du territoire :

- ◆ difficultés d'une adéquation parfaite des structures d'accueil :
 - avec la diversité des handicaps, dont certains concernent des effectifs très faibles,
 - aux normes (locaux, équipements) nécessaires à l'accueil des personnes handicapées. De nombreux établissements ne remplissent pas les conditions d'accessibilité, alors que c'est une obligation légale pour tout établissement recevant du public. Certains élèves handicapés moteurs sont donc privés d'une scolarisation proche de leur domicile. La mise aux normes des établissements concernés s'avère indispensable quel qu'en soit le coût. Un plan pluriannuel de remise à niveau des infrastructures communales et territoriales doit être programmé rapidement.
 - aux demandes exprimées par les familles et aux exigences du système éducatif.
- ◆ insuffisance de professionnels spécialisés dans certains domaines (médical, paramédical, social, sportif éducatif) ;
- ◆ obstacles résultant de la dispersion géographique, l'éloignement des îles compliquant le dépistage et surtout le suivi de la population ;
- ◆ résistance des comportements individuels malgré les actions de prévention ; ceci demandera donc du temps.

Par ailleurs, on peut regretter la suppression depuis la rentrée 2003 des classes « ouvertes » (classes ordinaires accueillant un ou plusieurs enfants en grande difficulté ou en retard scolaire) sur le territoire alors qu'elles sont préconisées par l'Education Nationale dans le cadre du dispositif d'aide et d'intégration scolaire (AIS). Une circulaire territoriale impose désormais un seul type de prise en charge en classe « fermée » (classe regroupant uniquement des enfants en grande difficulté ou en retard scolaire) de ces enfants arrivant au CP.

Le CESC recommande de rendre applicables à la Polynésie française, les textes relatifs à l'AIS et de remettre en place les classes « ouvertes », car il est primordial que les enfants ne perdent pas l'habitude de travailler en grand groupe et surtout ne se sentent pas rejetés par leurs camarades.

La réglementation relative à l'agrément des établissements spécialisés a été révisée en 2003. Plusieurs établissements accueillent des personnes handicapées sans agrément, parmi lesquels l'IIME qui regroupe 180 enfants. Ils doivent impérativement formuler leur demande d'agrément en 2004.

B – LA FORMATION ET L'INSERTION PROFESSIONNELLES **DES PERSONNES HANDICAPEES**

Sur le territoire comme en métropole, la création des centres de formation pour personnes handicapées s'est faite sur des initiatives parentales pour des enfants exclus du système scolaire, ou des initiatives d'adultes handicapés avec l'aide publique pour les financements et les personnels professionnels.

Le secteur associatif demeure donc très présent et actif. Ainsi, à titre d'exemple, un programme de formation pour des jeunes handicapés sensoriels est en cours d'élaboration avec l'association « le 6ème Sens ». Il sera soumis aux ministres concernés, puis aux employeurs pour qu'il y ait une adéquation par rapport aux besoins. Il y a déjà 50 demandes de formation.

Le secteur public est représenté par un seul établissement, l'IIME qui accueille 180 jeunes répartis dans ses 4 centres : 3 centres pour les handicapés mentaux (Pic Vert, Puurai, Paea) et 1 centre pour polyhandicapés à Taravao. A noter que l'antenne de Faa'a-Puurai est le seul établissement accueillant des adolescents. L'une des difficultés rencontrées dans la formation des jeunes réside dans la rupture vécue trop brutalement par ceux qui, ayant « grandi » dans un établissement sont ensuite dans l'obligation d'intégrer un centre pour adultes. Les jeunes se retrouvent en effet avec des personnes beaucoup plus âgées, ce qui accroît leurs difficultés d'intégration et se traduit souvent par un départ définitif de l'établissement.

Les structures d'accueil pour les adultes handicapés sont uniquement de type associatif. Elles sont au nombre de 7 (6 à Tahiti et 1 à Moorea), dont une seule comporte un internat, et elles accueillent 276 jeunes. Il n'existe pas sur le territoire de réglementation sur les centres d'aide par le travail (CAT) ni sur les ateliers de travail protégés.

L'association « Taatira Huma Mero » a pu acquérir grâce à la mission d'aide financière et de coopération régionale (MAFIC) ses propres locaux et monter des ateliers de sculpture sur nacre et sur bois, d'artisanat de tressage, de confection de colliers. Grâce à un prestataire à mi-temps, des cours de remise à niveau préparent aux examens. Des réussites au brevet et au baccalauréat ont déjà été enregistrées. Ce centre pour adultes est ouvert tous les jours de 8h à 15h. Les personnes accueillies au centre sont placées en stage de travailleur handicapé et rémunérées à hauteur de 54 000 fcfp, ce qui intéresse particulièrement les personnes dont le taux d'invalidité est inférieur à 80%, car elles ne perçoivent aucune allocation. De plus, des activités sportives et des sorties au cinéma ou à la plage sont organisées.

C'est ainsi que l'atelier pour la réinsertion professionnelle des adultes handicapés (APRP) qui existe depuis 1993, a été créé sous le statut associatif. Sa mission consiste à (ré)entraîner professionnellement des adultes handicapés reconnus travailleurs handicapés par la COTOREP, afin de leur permettre de trouver un emploi en milieu ordinaire de travail, ou pour certains en milieu adapté.

Les ressources de l'APRP sont constituées d'une subvention du ministère de la solidarité, du produit de ses activités et occasionnellement d'une subvention de formation versée par le SEFI qui prend également en charge les indemnités des travailleurs handicapés recrutés sur des contrats de stage pour travailleurs handicapés. L'activité productive de l'atelier est par ailleurs assujettie à la fiscalité des entreprises : patente, impôt sur les transactions, TVA. Elle consiste principalement dans des tâches de montage de petits objets, collage d'étiquettes, conditionnement, imprimerie et reprographie. L'atelier est composé d'une équipe de 5 personnes, dont certains à temps partiel, et accueille 20 adultes handicapés.

La mise en place d'un véritable statut, sous la forme d'atelier de travail protégé ou de centre d'aide par le travail, ou d'établissement occupationnel et de soin, permettrait de clarifier la situation actuelle, de consolider les perspectives d'avenir dans ce domaine et de reconnaître l'activité de travailleurs qui n'ont actuellement qu'un statut de stagiaires. A ce titre, ils perçoivent une indemnité mensuelle de 54 000 fcfp, et n'ont pas les mêmes droits (congrés payés, retraite,...) que les salariés. Cette indemnité ne se cumule pas avec l'allocation de base de la CPS.

A côté des établissements spécialisés, la prise en charge des adultes handicapés en famille d'accueil se développe grâce au service des affaires sociales. 49 adultes ont été ainsi placés en 1995, 88 l'ont été en 2001 et 130 le sont au 31 décembre 2003, dont 111 handicapés mentaux, soit 85 %. La capacité de prise en charge en hôpital est insuffisante. La nouvelle structure a une capacité de 65 lits, la même que l'ancien hôpital Vaiami.

La délibération n° 2003-15 APF du 9 janvier 2003 définit la réglementation des établissements et services médico-sociaux qui sont des « établissements et services non sanitaires, publics (dotés ou non de la personnalité morale) ou privés qui, à titre principal, assistent, accueillent ou placent dans des familles, des mineurs ou des adultes qui requièrent des prestations de soins dans un environnement adapté en vue de leur insertion ou réinsertion sociale et/ou professionnelle. » Cette même délibération institue les familles d'accueil thérapeutiques et les unités de vie (petites structures qui peuvent accueillir entre 4 et 10 personnes maximum). Tous ces organismes doivent notamment faire l'objet d'un agrément.

Des jeunes sont « évasanés » en France dans des centres de rééducation fonctionnelle performants, mais quand ils reviennent en Polynésie, ils ne trouvent aucune prise en charge pour assurer la continuité des enseignements reçus et dépriment.

Des auxiliaires de vie exercent en qualité d'auxiliaires scolaires. Aujourd'hui, ce fonctionnement est très précaire car, depuis 2001, il repose sur des dispositifs d'insertion professionnelle DIJ et CIG. Il serait donc souhaitable de créer une équipe d'auxiliaires pérenne, qui pourrait être placée sous la responsabilité de la fédération des associations des personnes handicapées « Te Niu O Te Huma », afin de permettre une régulation efficace entre l'offre et la demande et prendre en charge, en milieu scolaire, des enfants aptes à bénéficier d'une intégration.

Une formation théorique a été mise en place par le ministère de la solidarité et de la famille, grâce à l'antenne de l'Institut Régional de Formation d'Educateurs (IRFE) de Limoges en Polynésie française.

C - L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

Il est régi actuellement par les dispositions de la délibération n° 91-29 AT du 24 janvier 1991 modifiée, portant application des dispositions de la loi n° 86-845 du 17 juillet 1986 relatives au placement et à l'emploi.

1 - La reconnaissance du statut de travailleur handicapé

La reconnaissance de travailleur handicapé (RTH) est attribuée par la COTOREP et l'Equipe de Préparation et de Suivi du Reclassement (EPSR) qui sont placés sous la responsabilité du service des affaires sociales. L'EPSR intervient en aval pour la mise en oeuvre de la décision d'orientation de la COTOREP. Elle a pour mission d'apporter son soutien au travailleur reconnu handicapé en vue de faciliter son accès à une vie tant professionnelle que sociale stable. Elle est donc chargée du placement et du suivi en milieu ordinaire du travail des travailleurs handicapés : accueil, information, préparation et adaptation à l'emploi.

2 - L'obligation d'emploi

L'article 13 de la délibération de 1991 dispose que dans les établissements de plus de 25 salariés, « une priorité d'emploi est réservée aux handicapés à concurrence de 4 % de l'effectif. » Il n'y a donc pas réellement d'obligation d'emploi. Il y a aussi des blocages de la part des employeurs et des handicapés eux-mêmes, qui ont peur de ne pas savoir faire. Le problème vient du fait que le montant de la pénalité prévue en cas de non respect de l'article 13, n'a toujours pas été fixée par une délibération de l'assemblée de Polynésie française. L'égalité du droit à l'emploi des personnes, handicapées ou non, demeure même lorsque le seuil est atteint. En conséquence, ce seuil ne constitue pas un quota limitatif.

Un projet de délibération relative à l'insertion des travailleurs handicapés a été soumis très récemment aux partenaires sociaux. Les différents points de discussions ont porté sur :

- la taille des entreprises soumises à l'obligation d'embauche ;
- le seuil permettant à une entreprise de sous-traiter à des établissements protégés agréés ;
- le montant de la « pénalité » des entreprises qui n'atteindraient pas le quota d'emplois ;
- les modalités de gestion du produit de cette participation financière.

L'obligation d'emploi devra également se concrétiser au sein de l'administration du territoire qui est soumise, elle, à une proportion de 5 % d'emplois réservés aux personnes handicapées conformément à la délibération n° 95-115 AT du 14 décembre 1995 portant statut général de la fonction publique du territoire (article 59). Cette proportion maximum de 5 % vient d'être remplacée par un minimum de 5 % par la délibération n° 2004-5 APF du 15 janvier 2004.

Ce nouveau texte précise en outre les conditions d'accès aux emplois de la fonction publique territoriale des travailleurs reconnus par la COTOREP et dont l'aptitude à occuper le poste à pourvoir a été attestée par un médecin agréé. Sauf dérogation, les candidats doivent passer des examens professionnels pour être nommés fonctionnaires stagiaires pour une durée de deux ans à l'issue de laquelle ils pourront être titularisés.

La concrétisation de l'obligation d'emploi dans les entreprises comme dans le secteur public est essentielle pour l'avenir immédiat et futur des handicapés. Elle permettra aussi de faire évoluer la situation des structures de formation et d'insertion professionnelles intervenant en amont et qui sont dans l'attente d'une réponse institutionnelle quant à leur devenir.

3 – La rémunération du travailleur handicapé et l'aménagement des postes de travail

Les salaires dus aux travailleurs handicapés sont identiques aux salaires conventionnels prévus pour les salariés valides effectuant les mêmes tâches.

Deux dispositifs d'insertion professionnelle des travailleurs reconnus handicapés sont proposés par le SEFI : les stages pour travailleurs handicapés (STH) dont la durée est de 6 mois renouvelables et dont les indemnités sont prises en charge par le SEFI, et les contrats pour travailleurs handicapés (CTH) dont la rémunération est partiellement prise en charge par le SEFI.

Les textes prévoient en effet une participation du territoire à la rémunération des travailleurs handicapés (de 30 à 50 % des salaires selon la catégorie de travailleur handicapé déterminée par la COTOREP). Les employeurs versent la totalité du traitement et se font rembourser la quote-part du territoire sur présentation d'un état trimestriel visé par le SEFI.

En outre, afin de faciliter l'emploi des personnes handicapées, le territoire participe au financement des aménagements des postes de travail nécessaires. La part prise en charge par le territoire est soumise à l'appréciation du SEFI, après avis des représentants du personnel de l'entreprise.

Cependant, et le problème est particulièrement d'actualité, on déplore qu'aucun texte n'oblige les pouvoirs publics territoriaux à prendre en charge une tierce personne pour assister un élu handicapé, la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale à laquelle il est fait référence ne portant pas la mention expresse d'applicabilité en Polynésie française. Les personnes handicapées élues en Polynésie française, doivent bénéficier des mêmes droits que les élus de métropole, y compris celui d'être assistées par une auxiliaire de vie. Par conséquent, il faut rendre applicables les textes métropolitains sur le territoire.

D – L'INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPEES

Cette intégration passe nécessairement par un changement plus profond, plus concret, dans le regard porté par la société dans son ensemble, sur le handicap. Elle implique la mise en œuvre d'une véritable politique du handicap qui favorise l'insertion scolaire, professionnelle, mais aussi l'accès des personnes handicapées aux activités culturelles, sportives et de loisirs, afin de contribuer à leur épanouissement dans la société.

La politique du handicap est définie par le gouvernement territorial assisté par le conseil du handicap, conformément aux dispositions de l'arrêté n° 1139 CM du 26 septembre 1986, dont l'article 1^{er} stipule : « le conseil du handicap créé par la délibération 82-36 du 30 avril 1982 a pour mission d'assister le gouvernement du territoire dans la définition, la mise en place et le contrôle d'une politique en faveur des handicapés ».

Les membres du conseil comprennent : les représentants des ministères et des services concernés (affaires sociales, santé, travail, éducation), du SEFI, de la CPS, et 10 personnes représentant les associations. Le conseil est consulté notamment pour :

- toute proposition de réglementation relative aux personnes handicapées ;
- les demandes d'autorisation et d'agrément des établissements et services médico-sociaux ;
- tous « projets visant à améliorer la politique territoriale en faveur des handicapés ».

L'arrêté précise que le conseil « est informé par le gouvernement de tout projet de décision concernant la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs des handicapés. »

Le CESC recommande donc un renforcement du rôle du conseil du handicap qui doit constituer l'organe de concertation et de définition de la politique du handicap. Il revient notamment à ce conseil d'apporter la ou les éléments de réponse à une question qui préoccupe de nombreuses familles : quelles perspectives pouvons-nous offrir aux jeunes handicapés polynésiens ?

Dans le domaine des sports et des loisirs, des efforts considérables ont été récemment accomplis. La Fédération polynésienne des sports adaptés et handisports a été créée en 1999 mais n'a fonctionné qu'en 2001, faute de moyens financiers et de personnels techniques qualifiés. Les sports adaptés s'adressent aux handicapés mentaux et le handisport concerne les handicapés physiques. Le nombre des adhérents Handisport est passée de 95 en 2001 à 214 en 2004.

La création de la fédération répond à la nécessité de regrouper les moyens en structures et matériels mis à la disposition des handicapés, et les demandes émanant des différentes associations. L'objectif de la fédération est d'organiser et développer des activités physiques et sportives (pirogue, voile, natation, poney, musculation, athlétisme, ...) pour les enfants et les adultes handicapés.

Malgré son dynamisme, le développement de la fédération pâtit d'un manque de moyens humains et financiers. Le poste de secrétaire est vacant et une seule personne assure l'encadrement, les entraînements sportifs, la gestion administrative et le transport des adhérents. L'insuffisance des moyens humains concerne aussi l'absence de personnels spécifiques formés pour encadrer les activités. Pour y remédier, des formations devraient être mises en place par le ministère de la jeunesse et des sports.

La fédération reçoit des subventions du ministère de la jeunesse et des sports et du ministère de la solidarité et de la famille : leurs montants sont respectivement de 3 500 000 Fcfp et de 5 807 000 Fcfp pour l'exercice 2002 et ils ne sont pas suffisants pour mener à bien l'ensemble des activités de la fédération. De plus, cette dernière ne parvient pas à obtenir le soutien financier du ministère de l'éducation car seul le sport scolaire relève de sa compétence, les associations de personnes handicapées n'ayant pas le statut d'établissement scolaire. Parmi les solutions, on pourrait envisager un rapprochement de la fédération des associations sportives scolaires comme l'USEP (union sportive de l'enseignement du premier degré), l'ASSEP (association du sport scolaire de l'enseignement privé) et l'ASSP (association des sports scolaires de Polynésie), ce qui permettrait une mise en commun des moyens et une intégration des enfants handicapés avec les autres enfants.

Enfin, un soutien financier supplémentaire pour rémunérer un ou plusieurs éducateurs sportifs permettrait d'assurer l'encadrement des activités organisées, dont la demande est croissante de la part des associations de handicapés. Par ailleurs, elle manque encore de matériels spécifiques pour les adhérents mal voyants et mal entendants, les équipements actuels n'étant adaptés qu'aux personnes en fauteuil roulant.

Compte tenu des difficultés rencontrées dans l'exercice de leurs activités en faveur des personnes handicapées, le CESC recommande que ces associations soient reconnues d'intérêt général afin qu'elles puissent obtenir des soutiens financiers de la part des entreprises, celles-ci pouvant, conformément à la réglementation existante, déduire les contributions de leur bénéfice imposable dans la limite de 3 pour 1000 du chiffre d'affaires.

Pour ce qui concerne les activités culturelles, leur accès aux personnes handicapées, et d'une manière plus générale aux PMR, est largement conditionné par l'amélioration préalable des infrastructures existantes : transports, voies d'accès, locaux, etc. Ces problèmes sont examinés dans la fiche suivante.

Pour qu'il y ait une véritable égalité des citoyens, le CESC recommande :

- de créer des structures de type ateliers de travail protégé ;
- d'accorder des moyens pour améliorer le suivi sur le terrain des adultes handicapés, l'EPSR n'est composée que d'une seule personne pour une population de 1 000 personnes reconnues travailleurs handicapés ;
- de développer les CLIS et les SEGPA afin de faciliter l'insertion sociale des enfants handicapés en leur permettant de rester dans un établissement scolaire normal de leur zone de résidence ;
- de mettre en oeuvre un plan de mise en conformité aux normes d'accessibilité des établissements scolaires, aux niveaux communal pour les écoles maternelles et primaires, et territorial pour les collèges et lycées ;
- d'accorder au CEDOP le statut d'établissement spécialisé ;
- de rédiger la réglementation en matière d'agrément pour les établissements médico-éducatifs pour adultes et pour enfants relevant des handicaps physiques et sensoriels ;
- de promouvoir la professionnalisation des associations : développer des formations pour les membres des associations des handicapés (gestion, comptabilité, etc) et améliorer les performances des centres d'accueil, accompagner les associations pour rationaliser, mettre leurs moyens en commun, négocier des tarifs préférentiels pour l'essence par exemple ;
- de rédiger la réglementation relative aux familles d'accueil thérapeutiques et assurer leur formation ;
- d'officialiser les établissements scolaires spécialisés dans l'intégration scolaire en attribuant un cadre de reconnaissance des sites pilote, et dégager des moyens supplémentaires pour la prise en charge d'un corps d'auxiliaires d'intégration scolaire pérenne ;
- de prévoir une structure de prise en charge en accompagnement de l'hôpital de jour ;
- de créer des établissements pour adolescents handicapés afin de combler un vide entre les centres pour enfants et les centres pour adultes ;
- de créer des petites structures de proximité dans les archipels ;
- de promouvoir réellement l'accès de la population handicapée à la culture et aux loisirs ;
- d'accroître les moyens humains et financiers en faveur des activités sportives des personnes handicapées : formation et recrutement d'éducateurs sportifs, matériels spécifiques en particulier pour les personnes non voyantes et malentendantes ;

- de former les personnels, ainsi que les directeurs de centres et créer un diplôme territorial de directeur de centres ;
- de faciliter la reconnaissance d'intérêt général aux associations ;
- d'évaluer le taux de participation des entreprises à la vie associative, en particulier le dispositif de déduction des contributions de leur bénéfice imposable ;
- de prévoir la reconstruction d'un nouveau centre pour remplacer celui de Paea, hébergeant 80 enfants, qui doit être détruit car il se trouve sur le trajet de la nouvelle route Te Ara Nui.

DISPOSITIF D'ACCUEIL MEDICO-EDUCATIF ET MEDICO-SOCIAL

Plus de 20 ans

De 3 à 20 ans

De 0 à 3 ans

Etablissement public IIME
Institut d'insertion médico-éducatif
3 centres h. mental « Raimanutea, Piafau, Tearama »
1 centre plurihandicap Taravao
Service des affaires sociale

SPIJ
Service de protection infanto-juvénile
Hygiène mentale

Association GEIST 21
Centre Heimanava
H. mental Trisomie

Association Tama Ora
Centre Fare Aupuru
H. mental Autisme

CEDOP : Centre d'Education de l'Ouïe et de la Parole
Service de l'Éducatio
Service de parents d'élèves

APPEHS : Association de parents d'élèves

Association Fraternité Chrétienne
3 centres pour infirmes moteurs (CIM)
« Missio, Fare Ora, Mlle Auffray »

Association Huma no Moorea Maiao
Centre Fare Moe Tini (PEMS)
Permanence éducative et médicale spécialisée
Plurihandicaps

Association Taatiraa huma here no Raromatai
Plurihandicaps

Association Pu turu tamahere de Bora-Bora
Plurihandicaps

Association PPAREMTS Metua

Association RIMA HERE
H. mental

Association TURUMA

Section H. mental

Section H. sensoriel-surdité

Association le sixième sens
H. sensoriel - cécité

APPSM
Association Polynésienne des personnes sourdes et malentendantes

Association HUMA TAHITI ITI
Centre Ueue te aroha (FATH)
Plurihandicaps

Association HUMA MERO
H. moteur (FATH)

Association APRP
Atelier pour la réinsertion professionnelle des adultes

Association Huma no Moorea Maiao
Centre Te Fare Arii (FATH)
Plurihandicaps

Association Taatiraa Huma aroha no Mata'irea
Plurihandicaps

Association Huma mero no Tubuai
Plurihandicaps

Association Te mana huna no Pirae
Plurihandicaps

Association Taatiraa Mataiea
Centre Fare Huma Hau Arofa (FVS)
Hébergement polyhandicap

Fare Matahiapo
Hébergement Service des affaires sociales

Familles d'accueil

H A N D I S P O R T S E T S P O R T S A D A P T E S

F E D E R A T I O N T E N I U O T E H U M A

ORIENTATION C.T.E.S.

ORIENTATION COTOREP

L'amélioration du cadre de vie d'une personne handicapée passe nécessairement par une meilleure accessibilité aux immeubles, dans les logements, aux transports et aux espaces de loisirs. L'accessibilité garantit l'autonomie et la sécurité physique des PMR, elle abolit certaines formes d'exclusion sociale tout en rendant la personne handicapée citoyenne dans son intégrité.

On considère comme PMR non seulement la personne atteinte d'une déficience physique (permanente ou temporaire), mais aussi tout individu qui éprouve des difficultés à se déplacer comme une personne âgée ou une femme enceinte ou encore une maman qui porte son enfant ou pousse une poussette.

A - L'URBANISME

L'aménagement urbain est de compétence communale. Le service de l'urbanisme travaille sur les plans généraux d'aménagement (PGA) et peut conseiller les communes afin d'y inclure des spécifications comme la mise à niveau des trottoirs ou la mise en place de cheminements.

La direction de l'équipement a compétence sur la voirie territoriale.

1 - La réglementation

- Délibération n° 91-62 AT du 10 mai 1991 complétant le code de l'aménagement de la Polynésie française en matière de dispositions permettant de rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite, la voirie, les établissements recevant du public et les grands programmes d'habitation.
- Arrêté n° 51 CM du 9 janvier 1992 complétant le code de l'aménagement de la Polynésie française (deuxième partie) en matière de mesures d'application permettant de rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite, la voirie, les établissements recevant du public et les grands programmes d'habitation.

2 - Dans la réalité

Il s'avère que la réglementation n'est pas toujours prise en considération en raison principalement de la méconnaissance du handicap et de ses implications dans la vie quotidienne.

Des efforts ont été faits par exemple par la mairie de Papeete qui a réalisé des opérations pour faciliter l'accès au centre ville, mais beaucoup reste à faire. Les places de parking réservées protégées par des arceaux électroniques sont un progrès car celles réservées par marquage au sol ne sont pas respectées par les autres automobilistes.

Il existe un problème de normes : l'accès aux bâtiments et la taille des portes réglementaires doivent se conformer à des grilles de classification métropolitaines ou européennes qui ne tiennent pas compte de la taille moyenne plus importante de la personne handicapée polynésienne. Dans la pratique, les portes s'avèrent trop petites et l'espace prévu pour les déplacements des fauteuils roulants est insuffisant.

La voirie publique est conçue pour assurer prioritairement la sécurité routière de tous les usagers. Cependant, elle présente dans certains cas des incompatibilités : à Papeete, les trottoirs sont souvent occupés par les commerçants qui sont propriétaires des galeries, et hors de Papeete, ils sont insuffisants en nombre. La mise en place de ralentisseurs trop élevés par rapport au trottoir rend difficile la circulation des PMR et des transports en commun à plancher bas. Il n'existe pas de signaux sonores permettant le cheminement en ville des personnes handicapées, lesquels aideraient aussi les personnes valides, en particulier les enfants.

La construction des nouveaux immeubles doit comprendre, comme la réglementation l'exige, un quota d'un studio ou appartement sur vingt situé au rez-de-chaussée, aménagé pour des PMR, en veillant à l'accessibilité avec une attention particulière pour les parkings.

Pour les anciens bâtiments recevant du public, le territoire et les communes doivent faire l'inventaire de ces établissements, et prévoir les travaux nécessaires pour les rendre accessibles aux PMR. Cet inventaire doit être soumis au conseil du handicap.

B – LE LOGEMENT

On retrouve le même problème de normes inadaptées pour les appartements ou studios spécifiques proposés. Par exemple, les studios comportent de nombreux coins et des portes trop petites. La taille du handicapé polynésien n'a pas été prise en compte.

On pourrait, pour tenir compte de la taille moyenne des personnes handicapées en Polynésie, proposer par exemple une grande pièce permettant une meilleure mobilité de la personne handicapée, et qui regrouperait le salon, la cuisine, la salle à manger et la chambre, avec seulement une séparation pour la salle de bains-sanitaires.

Il existe une cellule « accessibilité » au sein de la fédération des associations des personnes handicapées « Te niu o te huma ». Le responsable de cette cellule émet un avis sur l'accessibilité des logements aux PMR, concernant les dossiers de permis de construire déposés au service de l'urbanisme et auprès de la mairie de Papeete. Pour des logements réellement adaptés, l'avis de ce responsable ou de son représentant devrait être recueilli avant la conception ou au tout début des projets pour le choix des plans, et à la fin pour contrôler de visu la construction et tester les aménagements, comme par exemple vérifier que la pente des rampes d'accès soit bien de 5 %.

Le responsable est également consulté par l'office polynésien de l'habitat (OPH), qui propose des logements spécialement conçus pour les personnes handicapées. L'OPH va en outre réaliser, pour 2005 et pour la première fois, un centre d'hébergement temporaire de personnes ou de couples handicapés, situé à Pirae, ce projet étant le résultat d'une concertation entre la commune, la fédération des associations de personnes handicapées, la CPS, le service des affaires sociales et le service de l'urbanisme.

C – LES TRANSPORTS

1 – les transports routiers

La réglementation est territoriale et concerne essentiellement :

- les transports eux-mêmes : délibération n° 2000-12 APF du 13 janvier 2000 relative à la modernisation et au développement des transports routiers en Polynésie française ;
- les exonérations et aménagements fiscaux (taxe de mise en circulation, taxe sur les grands travaux, droit d'entrée) pour l'importation de véhicules spéciaux pour les personnes handicapées.

En Polynésie, hormis les véhicules spécialement aménagés dont disposent certaines associations – et qui ne sont pas utilisés à plein temps –, le transport public adapté aux personnes handicapées est inexistant. Bien qu'il y ait des exonérations fiscales, qui allègent partiellement le coût des véhicules spéciaux pour conducteurs handicapés, ceux-ci n'ont pas forcément les moyens pour en acquérir.

La problématique du transport en commun routier des personnes à mobilité réduite concerne les points suivants :

- l'accessibilité des PMR aux transports en commun routiers suppose que les bus soient équipés au mieux et spécifiquement d'un plancher bas. L'accès à l'intérieur d'un tel bus s'effectue au moyen d'une rampe qui remplace les escaliers dans un bus normal. Le bus à plancher bas sert ainsi à toutes les personnes, y compris les PMR. Mais les transporteurs en commun justifient de l'inadaptation de la voirie pour ne pas investir dans des bus à plancher bas, lesquels seraient endommagés lors du franchissement des ralentisseurs trop élevés.

Cependant, le coût d'un bus à plancher bas muni d'un ascenseur s'élève de 1,5 à 2 fois le coût d'un bus normal (17 millions fcfp).

- Par ailleurs, les bus à plancher bas ne peuvent franchir qu'une voirie plate, et sont « handicapés » par un angle d'attaque et de sortie trop faible. A Tahiti, les routes desservies par les bus sont à configuration de relief très différente rendant même pour les bus normaux un franchissement délicat voire impossible, l'existence de nombreux dos-d'âne pour cause de sécurité et une voirie aux pentes irrégulières représentant des obstacles supplémentaires.
- Les moyens de transports existants appartiennent uniquement aux associations. De même, les deux voitures auto-école disponibles ont été achetées par les associations « Huma mero » et « Te niu o te huma ». Le service des transports terrestres pourrait faire l'effort d'acquérir un véhicule aménagé pour les personnes handicapées pour leur permettre de passer le permis de conduire.
- Le transport en commun est aujourd'hui organisé en sociétés anonymes qui ont des contraintes de rentabilité. Sachant que la population susceptible d'utiliser des transports à plancher bas est limitée en nombre et que la clientèle ayant une mobilité réduite (personnes âgées, femmes enceintes...) ne représente qu'une faible part, la question de la rentabilité des investissements reste posée, qu'ils concernent les bus à plancher bas ou les aménagements des véhicules actuels (élévateurs, élargissement des portes, aménagements intérieurs).
- A l'horizon du premier trimestre 2006, toutes les sociétés s'étant engagées dans le transport en commun devront réaliser la totalité des investissements prévus ; les transporteurs sollicitent avec urgence le concours des pouvoirs publics pour le financement de l'adaptabilité des bus normaux restants à commander. Sur la côte Est, 3 bus sont actuellement dotés de suspension pneumatique permettant d'abaisser jusqu'à 20 cm au dessus de la chaussée le plancher du bus. 15 autres bus de même configuration viendront compléter le parc au premier trimestre 2004.

Face à cette problématique, deux solutions pourraient être envisagées. L'une consisterait à mettre en commun ces moyens associatifs et à créer un réseau de transport adapté qui pourrait être géré par un groupement d'associations ou un groupement d'intérêt économique (GIE). Ainsi, un plus grand nombre de personnes en bénéficierait et la rentabilité ne serait plus un obstacle à l'investissement. L'autre solution serait d'envisager une convention avec les chauffeurs de taxi pour assurer, dans des conditions à définir, le transport des personnes à mobilité réduite.

Par ailleurs, il n'existe pas de ticket modérateur pour les transports terrestres. Des négociations devraient étudier les conditions de sa mise en place.

En ce qui concerne les transports médicalisés, actuellement, certaines municipalités assurent à titre gratuit le transport des personnes handicapées ou des malades au moyen d'ambulances municipales. Le CESC recommande que toutes les municipalités puissent offrir ce service aux personnes handicapées. A défaut, il faudrait envisager une prise en charge par les régimes de protection sociale des transports médicalisés, afin que les personnes handicapées puissent se rendre dans les établissements de soins.

2 - Les transports aériens

L'Organisation de l'Aviation Civile Internationale (OACI) a établi des « normes et pratiques recommandées internationales » et incite les pays membres à adopter toutes les mesures possibles pour faciliter le mouvement des avions, des équipages, des passagers, dont les personnes ayant besoin d'assistance. De nombreuses pratiques sont ainsi recommandées, parmi lesquelles :

- la mise à disposition de mécanismes de levage pour faciliter l'accès à bord des avions et le débarquement des personnes handicapées. Les passagers handicapés disent se sentir humiliés d'être transbordés « comme des sacs de patates ». La compagnie Air Tahiti possède un véhicule élévateur qui n'est utilisable que pour les avions des vols internationaux. Il faudrait utiliser un élévateur adapté aux contraintes des avions assurant les vols intérieurs.
- la fourniture de renseignements sur les vols sous une forme appropriée aux passagers malentendants et malvoyants.
- « lorsque l'accès au transport public est limité, que tous les efforts soient faits pour offrir des services de transport » spéciaux aux personnes handicapées (OACI). Les avions nouvellement mis en service devraient respecter les normes minimales et uniformes d'accessibilité en ce qui concerne l'équipement de bord : accoudoirs amovibles, fauteuils roulants de bord, toilettes, éclairage et signalisations ;
- l'offre de tarifs réduits pour le transport des accompagnateurs.

Un certain nombre de recommandations sont déjà mises en œuvre par les transporteurs aériens, mais d'autres comme les dispositifs de levage pour embarquer et débarquer les passagers handicapés ne le sont pas encore. Des réductions tarifaires (en moyenne de 50 %) sont accordées sur les vols intérieurs aux voyageurs handicapés et à leur accompagnateur, à condition que la nécessité d'un accompagnateur soit mentionnée sur leur carte d'invalidité. Le CESC recommande donc que l'ensemble des compagnies aériennes puisse offrir ces mêmes avantages visant à réduire les obstacles à la mobilité des personnes handicapées.

3 - Les transports maritimes

C'est dans ce domaine qu'il y a beaucoup à faire puisqu'aucun navire transportant des passagers n'est aux normes aujourd'hui. Seul le ferry rapide pour Moorea est équipé d'une rampe d'accès. Si une personne handicapée veut embarquer avec sa voiture, elle est obligée de rester dans sa voiture durant tout le trajet. La sécurité des passagers handicapés devrait être prise en compte et les personnes responsables de cette sécurité devraient être formées à cet effet. La réglementation applicable est :

- une loi de 1983 et un décret de 1989 applicables en Polynésie française concernant la conception et la construction des navires ;
- une circulaire de 1996 de l'Organisation Maritime Internationale (OMI) qui précise « les recommandations relatives à la conception et à l'exploitation des navires rapides à passagers en fonction des besoins spécifiques des personnes âgées et des handicapés » ;
- une directive européenne de 2003 concernant également les normes à respecter dans la conception des navires à passagers, qui sera applicable à compter de 2004.

Pour ce qui touche aux aménagements des navires, la directive de 2003 formule également des recommandations relatives à l'accès aux navires, la signalétique, les moyens de transmission des informations, les alarmes et des dispositions garantissant la mobilité à l'intérieur des navires. Mais elle distingue :

- les navires neufs, pour lesquels la directive s'appliquera au 1^{er} octobre 2004 ;
- les navires existants ou construits avant le 1^{er} octobre 2004, pour lesquels le soin est laissé aux Etats de favoriser la mise en application des recommandations. En effet, les pouvoirs publics ne pourront exiger une conformité aux normes si les aménagements nécessaires ne sont pas économiquement viables pour l'armateur. La mise en œuvre de ces recommandations passera donc par une sensibilisation des armateurs et ne pourra pas être envisagée de façon autoritaire.

Le CESC recommande donc :

- de revoir la réglementation de l'urbanisme, grâce à une commission composée de juristes, de techniciens et de représentants des personnes handicapées, non seulement pour les constructions neuves, mais également pour les constructions existantes ;
- d'exiger l'application de la réglementation en matière d'accessibilité des locaux recevant du public ;
- de renforcer le rôle du conseil du handicap dans la définition de la politique du handicap, notamment en matière de contrôle, d'information et d'alerte des autorités responsables du territoire ;
- de demander aux organismes sociaux d'apporter l'aide financière nécessaire à l'adaptation des logements existants occupés par des personnes handicapées afin de permettre leur accessibilité ;
- de sensibiliser les architectes, les techniciens, les responsables communaux et territoriaux et les propriétaires de galeries à Papeete, aux problèmes rencontrés par les PMR ;
- de réparer et adapter la voirie en concertation avec l'ensemble des intervenants pour ne pas tenir compte seulement des impératifs de sécurité routière et économiques ;
- d'améliorer la signalétique et installer des signaux sonores pour les cheminements en centre ville ;

- de mettre en commun et à la disposition du public les véhicules de transport existants appartenant aux associations ;
- de passer une convention avec les chauffeurs de taxis ;
- d'obliger toutes les sociétés de transports en commun à honorer leur engagement de réaliser tous les investissements prévus d'ici le premier trimestre 2006, avec le concours financier des pouvoirs publics ;
- d'inciter les compagnies aériennes domestiques à acquérir des dispositifs de levage pour l'embarquement et le débarquement des passagers handicapés ;
- d'inciter l'ensemble des compagnies aériennes à offrir des réductions tarifaires aux voyageurs handicapés et à leur accompagnateur sur présentation de la carte d'invalidité ;
- de diffuser régulièrement dans les aéroports des messages sonores à destination des passagers non-voyants ;
- d'inciter les armateurs à respecter les nouvelles recommandations européennes en matière de normes d'accessibilité.

FICHE 5 : LA PREVENTION DES HANDICAPS

La prévention en matière de santé relève de la compétence du ministère de la santé et de l'EPAP créé par la délibération 2001-202 APF du 6 décembre 2001. Cet établissement a pour mission de promouvoir et de participer à la mise en œuvre de toute action de prévention dans les domaines relatifs à la santé, l'éducation, la jeunesse et la sécurité routière. A ce titre et dans le respect des compétences dévolues aux services territoriaux, il est chargé de promouvoir des réflexions, études et recherches, d'évaluer les facteurs de risques ou d'aggravation, de mettre en œuvre ou de participer à la mise en œuvre des actions d'information, de promotion ou de prévention, et d'exercer une fonction d'expertise et de conseil auprès des pouvoirs publics ou d'organismes.

Un colloque « Prévention du handicap » est prévu en 2004 et sera financé par l'EPAP. Au-delà de ce colloque, il faudrait organiser de véritables états généraux du handicap afin de débattre des problèmes du handicap.

Le plan pour la santé 2001-2005 qui définit le cadre de la politique de santé du territoire pour cette période, détermine les grandes priorités et orientations de cette politique. Les priorités portent notamment sur la lutte contre les maladies liées à l'alimentation (obésité, diabète), l'amélioration de la santé des enfants et des adolescents, mais aussi la prévention du handicap et d'une manière plus large de la dépendance. La population « dépendante » englobe les personnes handicapées et les personnes âgées dont l'état de santé entraîne une perte d'autonomie.

Le CESC souhaite que les actions et orientations définies pour prévenir la dépendance par le plan pour la santé puissent être réellement mises en œuvre et formule les recommandations complémentaires suivantes :

- Une éducation des comportements est urgente et nécessaire pour réduire le nombre d'individus obèses, diabétiques ou atteints de maladies cardio-vasculaires, et à terme limiter l'augmentation du nombre des personnes handicapées. Des campagnes devront continuer à informer la population des conséquences néfastes sur la santé des mauvaises habitudes alimentaires, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'un manque d'activité physique. Elles devront prôner de nouvelles habitudes alimentaires en les rendant attractives, par exemple en diffusant des émissions de démonstration de recettes de cuisine diététique à la télévision et des messages dans la presse écrite. Les activités physiques devront continuer à être fortement encouragées.
- Chez les enfants, la priorité est dans la prévention des otites à répétition et du rhumatisme articulaire aigu (RAA) provoqué par les angines mal soignées. Des éducateurs sanitaires itinérants pourraient être formés et se rendre dans les îles pour animer des campagnes d'information.
- La prévention des handicaps congénitaux doit aussi passer par la prévention de l'obésité et du diabète, ce qui implique un changement dans les comportements et prendra du temps. La généralisation du suivi médical des grossesses permettra un dépistage précoce des malformations congénitales, les progrès médicaux permettant dans certains cas, une prise en charge in utero pour limiter la gravité des handicaps.

- La prévention des accidents de la route est également prioritaire. L'objectif principal de la prévention routière territoriale (PRT) est de réduire le nombre des accidents imputables à une faute humaine, c'est-à-dire 90 % des accidents, des tués et des blessés. Pour cela, la coopération entre les services de l'Etat et du territoire doit être renforcée, mais aussi l'implication de tous les partenaires concernés. De nombreuses actions ont été développées et sont à poursuivre comme les interventions et formations dans les établissements scolaires, les entreprises.

De même, les campagnes d'information de la gendarmerie nationale et les opérations anti-alcoolisme au volant, devraient être multipliées. La consommation de « pakalolo » et d'alcool peut favoriser des comportements dangereux à l'égard de soi et des autres, ou être à l'origine d'accidents de la route avec en conséquence des handicaps. C'est pourquoi, le service d'alcoologie et de toxicomanie de la direction de la santé mène depuis de nombreuses années des campagnes d'information lors des « journées sans alcool, sans paka » et assure un soutien et un suivi psychologique aux personnes dépendantes de l'alcool et aux toxicomanes.

- En matière de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, une éducation des comportements est également urgente et nécessaire. Une meilleure information des travailleurs comme des employeurs devrait être développée pour que les textes réglementaires relatifs à l'hygiène et la sécurité soient respectés. Une véritable prévention exige que des sanctions soient prises en cas de non respect de la réglementation.
- En Polynésie française, près de la moitié des grands brûlés sont victimes d'accidents liés à une mauvaise utilisation de produits inflammables. Des campagnes d'information, d'éducation des parents et des enfants devraient cibler les dangers liés à la manipulation de ces produits couramment utilisés.
- En matière de prévention des risques d'incendie, un extincteur devrait être installé à proximité du lit de chaque handicapé.
- Pour les handicaps sensoriels, il est important de favoriser le dépistage précoce de ces handicaps chez les enfants. Un bilan complet de santé des enfants devrait être réalisé dans le cadre de la santé scolaire, l'effort devant être porté particulièrement sur des tests visuels et auditifs plus approfondis, dès les classes de maternelle et au début ou à la fin de chaque cycle d'études, primaire et secondaire.
- Enfin, la prévention passe aussi par une prise de conscience plus générale des premiers gestes qui sauvent. Les cours de secourisme sont déjà dispensés dans certains établissements scolaires, y compris des îles. Afin qu'ils puissent être accessibles à tous les adolescents scolarisés, il faudrait diminuer les frais d'inscription à cette formation.

RECOMMANDATIONS GENERALES

Il y a un besoin de reconnaissance du statut des personnes handicapées. Pour faire évoluer les choses, les personnes handicapées devront encore se mobiliser, se fédérer, être présentes partout, mobiliser tout le monde et faire valoir leurs droits. Les mentalités doivent évoluer. Le monde doit devenir généreux et apprendre à concevoir des politiques et des projets en tenant compte de tous.

Il est donc nécessaire de développer une réelle synergie entre les nombreux partenaires de la politique du handicap : le territoire, l'Etat, les communes, les organismes de protection sociale, les associations de personnes handicapées, les familles, les services éducatifs, sanitaires et sociaux, les structures d'accueil.

LE CESC RECOMMANDE DE :

- ⇒ Prévoir une représentation des personnes handicapées au sein du CESC.
- ⇒ Développer un réel partenariat entre le territoire, l'Etat, les communes, les organismes de protection sociale, les associations de personnes handicapées, les familles, les services éducatifs, sanitaires et sociaux, les structures d'accueil, les entreprises.
- ⇒ Augmenter la participation de l'Etat au financement du handicap.
- ⇒ Renforcer le rôle du conseil du handicap, qui doit devenir l'organe de concertation et de définition de la politique du handicap. Ce conseil doit notamment apporter la ou les éléments de réponse à une question qui préoccupe de nombreuses familles : quelles perspectives pouvons-nous offrir aux jeunes handicapés polynésiens ?
- ⇒ Fédérer les associations de parents d'élèves handicapés et les associations de parents d'élèves des établissements scolaires.
- ⇒ Organiser les Etats Généraux du handicap.
- ⇒ Améliorer le recensement statistique des personnes handicapées dans les communes et les îles. Et pour cela :
 - Uniformiser les critères de définition des handicaps mis en œuvre par les différents organismes concernés ;
 - Mettre en place une grille de dépistage simple ;
 - Inciter les familles à signaler le handicap de leurs proches auprès des professionnels compétents.
- ⇒ Mieux cibler les actions de prévention à développer à partir d'indicateurs notamment épidémiologiques fiables basés sur ce recensement.
- ⇒ Réfléchir à des solutions spécifiques pour les personnes handicapées des îles et créer des moyens particuliers de suivi de ces personnes.

◆ En matière de textes

- ⇒ Appliquer la réglementation territoriale existante en matière de voirie, d'accessibilité des locaux recevant du public et de grands programmes d'habitation.
- ⇒ Rendre applicables en Polynésie française les textes de métropole relatifs notamment à l'intégration scolaire.
- ⇒ Faire adopter par la Polynésie française des textes relatifs à l'assistance des personnes âgées.
- ⇒ Faciliter la reconnaissance d'intérêt général ou collectif aux associations.
- ⇒ Rédiger la réglementation relative aux familles d'accueil thérapeutique et inciter les établissements médico-éducatifs à formuler leur demande d'agrément.
- ⇒ Mettre en œuvre un plan de mise en conformité aux normes d'accessibilité des établissements scolaires, au niveau communal pour les écoles maternelles et primaires et territorial pour les collèges et lycées.

◆ En matière d'allocations et de prestations

- ⇒ Simplifier les formalités administratives requises par la CPS, le RST et la COTOREP.
- ⇒ Rétablir l'équivalence de l'ASH à 5 fois le montant des allocations familiales, et des AC1 et AC2 à 2 fois et 4 fois le montant des allocations familiales.
- ⇒ Harmoniser toutes les prestations existantes des différents régimes et aligner la limite d'âge (20 ans) de versement des prestations aux enfants pour les trois régimes.
- ⇒ Fixer des conditions de ressources pour le versement de l'allocation compensatrice.
- ⇒ Revoir le texte de la CPS exigeant un jugement de divorce pour le versement de l'allocation complémentaire et revenir à la situation antérieure où l'ordonnance de non conciliation suffisait.
- ⇒ Commencer le versement de l'allocation aux enfants handicapés dès la naissance au lieu d'attendre l'âge d'un an.
- ⇒ S'assurer de la destination finale des fonds octroyés aux personnes handicapées.

◆ En matière d'éducation et de structures

- ⇒ Créer un corps d'auxiliaires d'intégration scolaire pérenne.
- ⇒ Développer des CLIS et des SEGPA avec des personnels qualifiés.
- ⇒ Créer un CAMPS autonome, doté de la personnalité juridique, et allouer les moyens nécessaires à son fonctionnement.
- ⇒ Synchroniser les dates d'évaluation de la CTES et d'inscription à l'IIME.
- ⇒ Créer des centres décentralisés de dépistage précoce des handicaps.

- ⇒ Ouvrir rapidement l'hôpital de jour (15 places) pour les jeunes handicapés mentaux et recruter le personnel nécessaire, avec une structure de prise en charge en accompagnement.
- ⇒ Créer des structures hospitalières de proximité en psychiatrie générale et infanto-juvénile, développer un réseau de pédopsychiatrie et former les familles autorisées à l'accueil thérapeutique.
- ⇒ Prévoir la construction d'un nouveau centre pour handicapés mentaux afin de remplacer celui de Tearama à Paea.
- ⇒ Pallier au manque de structures médico-sociales : pour ne pas dépayser les personnes handicapées, mettre en place de petites structures de proximité pour enfants, adolescents et adultes, en particulier dans les archipels, et créer des foyers d'hébergement temporaires à Tahiti.
- ⇒ Donner les moyens aux associations gestionnaires des structures médico-éducatives de fonctionner dans des conditions décentes.

◆ En matière d'emploi

- ⇒ Accorder des moyens supplémentaires à l'équipe de préparation et de suivi du reclassement (EPSR) composée actuellement d'une seule personne.
- ⇒ Créer des structures de type ateliers de travail protégé (ATP).
- ⇒ Reconnaître le statut de travailleur au travailleur handicapé dans les ATP afin qu'ils bénéficient des mêmes droits que les salariés (congrés payés, retraites).
- ⇒ Concrétiser l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés dans les secteurs public et privé, sinon, faire appliquer les pénalités prévues, et définir les modalités de gestion du produit des pénalités versées par les employeurs.
- ⇒ Développer le travail à domicile des personnes handicapées.

◆ En matière de formation

- ⇒ Former les personnels et les directeurs de centres médico-éducatifs et créer un diplôme territorial de directeur de centre.
- ⇒ Former les membres des associations (gestion, comptabilité).
- ⇒ Former des éducateurs sportifs.
- ⇒ Former les familles d'accueil thérapeutique.

◆ En matière d'urbanisme et de voirie

- ⇒ Sensibiliser les architectes, les techniciens, les responsables communaux et territoriaux, les propriétaires de galeries à Papeete, aux problèmes rencontrés par les personnes à mobilité réduite.
- ⇒ Réparer et adapter la voirie en prenant en compte les besoins des personnes handicapées.
- ⇒ Améliorer la signalétique et installer des signaux sonores pour les cheminements au centre ville.

◆ En matière de transports terrestres, maritimes et aériens

- ⇒ Accorder aux titulaires d'une carte d'invalidité ou/et à son accompagnateur, une réelle priorité et des réductions tarifaires dans les transports publics et négocier les mêmes avantages auprès des transporteurs terrestres, maritimes ou aériens.
- ⇒ Obliger les sociétés de transport terrestre en commun à honorer leur engagement de réaliser les investissements prévus d'ici le 1^{er} trimestre 2006, avec le concours financier des pouvoirs publics pour financer les aménagements des bus.
- ⇒ Mettre en commun et à la disposition de l'ensemble des personnes handicapées les véhicules de transport appartenant aux associations et, en complémentarité, envisager une convention avec les chauffeurs de taxis.
- ⇒ Inciter les compagnies aériennes domestiques à acquérir des dispositifs de levage pour l'embarquement et le débarquement des passagers handicapés.
- ⇒ Diffuser régulièrement dans les aéroports des messages sonores sur les horaires d'arrivées et de départs, pour les personnes non voyantes.
- ⇒ Inciter les armateurs à respecter les nouvelles recommandations internationales en matière de normes d'accessibilité.

◆ En matière de sports et de loisirs

- ⇒ Rendre accessibles toutes les infrastructures sportives et les espaces culturels.
- ⇒ Accroître les moyens humains et financiers en faveur des activités sportives des personnes handicapées : recruter des éducateurs sportifs et acheter du matériel spécifique en particulier pour les non voyants et les malentendants.

◆ En matière de prévention

- ⇒ Prévenir les handicaps congénitaux par un suivi médical généralisé des femmes enceintes qui passe par la prévention de l'obésité et du diabète.
- ⇒ Eduquer les comportements pour lutter contre l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires.
- ⇒ Assurer un dépistage précoce et un suivi des handicaps sensoriels.
- ⇒ Lancer des campagnes d'information pour diminuer la part des accidents domestiques et des accidents du travail, et poursuivre les campagnes de prévention routière.
- ⇒ Augmenter les moyens humains du service d'alcoologie et de toxicomanie pour développer ses actions de prévention et de lutte contre l'alcoolisme, le « pakalolo » et autres toxicomanies, et ses interventions en milieu scolaire pour des actions d'information et de prise en charge.
- ⇒ Multiplier les formations de secourisme.

= * @ ◆ * ◆ * @ * =

- Répertoire des sigles
- Bibliographie

REPERTOIRE DES SIGLES

AAH	:	Allocation pour Adulte Handicapé
AC	:	Allocation Compensatrice de perte d'autonomie
AIS	:	Aide et Intégration Scolaire
APRP	:	Atelier pour la Réinsertion Professionnelle des Adultes Handicapés
ASH	:	Allocation Spéciale Handicapé
ASSEP	:	Association du Sport Scolaire de l'Enseignement Privé
ASSP	:	Association des Sports Scolaires de Polynésie
ATP	:	Atelier de Travail Protégé
BEP	:	Brevet d'Etudes Professionnelles
CAMPS	:	Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce
CAT	:	Centre d'Aide par le Travail
CATTP	:	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCPE	:	Commission de Circonscription de l'Enseignement Primaire et Élémentaire
CCSD	:	Commission de Circonscription de l'Enseignement du Second Degré
CEDOP	:	Centre d'Education de l'Ouïe et de la Parole
CES	:	Conseil Economique et Social
CHM	:	Centre pour Handicapés Moteurs
CIG	:	Chantier d'Intérêt Général
CJA	:	Centre des Jeunes Adolescents
CLIS	:	Classe d'Intégration Scolaire
COTOREP	:	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPI	:	Centre de Protection Infantile
CPS	:	Caisse de Prévoyance Sociale
CSS	:	Carrières Sanitaires et Sociales
CTES	:	Commission Territoriale de l'Education Spéciale
CTH	:	Contrat pour Travailleur Handicapé
DES	:	Direction des Enseignements Secondaires
DIJ	:	Dispositif d'Insertion des Jeunes
EPAP	:	Etablissement Public Administratif pour la Prévention
EPSR	:	Equipe de Préparation et de Suivi du Reclassement
FIP	:	Fonds Intercommunal de Péréquation
GIE	:	Groupement d'Intérêt Economique
IRFE	:	Institut Régional de Formation d'Educateurs
IIME	:	Institut d'Insertion Médico-Educatif
IM-PRO	:	Institut Médico-Professionnel
IVG	:	Interruption Volontaire de Grossesse

MAFIC	:	Mission d'Aide Financière et de Coopération régionale
OACI	:	Organisation de l'Aviation Civile Internationale
OMI	:	Organisation Maritime Internationale
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OPH	:	Office Polynésien de l'Habitat
PEMS	:	Permanence Educative et Médicale Spécialisée
PMR	:	Personne à Mobilité Réduite
PRT	:	Prévention Routière Territoriale
PSG	:	Protection Sociale Généralisée
RAA	:	Rhumatisme Articulaire Aigü
RGS	:	Régime Général des Salariés
RPSMR	:	Régime de Protection Sociale en Milieu Rural
RST	:	Régime de Solidarité Territoriale
RTH	:	Reconnaissance de Travailleur Handicapé
RNS	:	Régime des Non Salariés
SAP	:	Service d'Aide aux Particuliers
SEFI	:	Service de l'Emploi, la Formation et l'Insertion
SES	:	Section d'Education Spécialisée
SEGPA	:	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SPI	:	Service de Protection Infantile
SPIJ	:	Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile
STH	:	Stage pour Travailleur Handicapé
TVA	:	Taxe sur la Valeur Ajoutée
USEP	:	Union Sportive de l'Enseignement du Premier Degré

BIBLIOGRAPHIE

Rapports du CES :

- L'insertion professionnelle, Marcel VIOT, 1979
- Le potentiel productif des personnes handicapées, Thérèse POUPON, 1992
- La situation des handicapés profonds, Michel CRETON, 1992
- La prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux, Janine CAYET, 1998
- Situations de handicap et cadre de vie, Vincent ASSANTE, 2000
- L'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap, Marie-Claude LASNIER, 2003
- L'accès des handicapés physiques à l'école, CES de Franche-Comté, 2001

Polynésie française :

- Le handicapé dans la société polynésienne, Union des associations d'handicapés, octobre 1993
- Handicap, Législation, réglementation, normes applicables en Polynésie française, Délégue Interministérielle au Handicap, juillet 2003
- Handicaps, guide social, éditions 2001 et 2002
- Plan pour la santé 2001-2005, Ministère de la santé et de la recherche
- Schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française 2003-2007
- Rapport annuel d'activités 2002, Direction de la santé
- Rapport public sur les établissements sociaux et médico-sociaux de la Polynésie française, Délégation générale à la protection sociale, juillet 1999
- Travaux de recensement des usagers sortis de l'Institut d'insertion médico-éducatif, service de suite de l'IIME, année 2002-2003
- Rapport d'activité 2002/2003 de la Fédération polynésienne des sports adaptés et handisport
- L'accessibilité, urbanisme et construction, La réglementation en Polynésie française, Tome 1, Fédération Te niu o te huma, 2002

Autres sources :

- La Recherche, l'actualité des Sciences, n° 373 de mars 2004
- « Valeurs Mutualistes », magazine des adhérents MGEN, n° 223 de février 2003 et n° 226 de juillet 2003
- « Profession Education », SGEN-CFDT, février 1999
- Sites internet : ww.handicapstahiti.com ; www.santé.gouv.fr ; www.ces.fr ; www.eypd2003.org ; gfph.free.fr ; www.madriddeclaration.org.fr ; www.vincent-assante.net ; www.handicap.fr ; www.AutismeActus.org ; www.autisme.fr
- Association BrailleNet, Université Pierre et Marie Curie (Paris), brailletnet@snv.jussieu.fr

I/ SCRUTIN

II/ DECLARATION DE GROUPE

III/ DECLARATION INDIVIDUELLE

I / - SCRUTIN

Nombre de votants	33
Ont voté pour.....	33
Ont voté contre	0
Se sont abstenus	0

Ont voté pour

1 – REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES ET SYNDICALES DE SALARIES

- Marguerite	BATUT
- René	CHAULET
- Annie	COEROLI
- Philippe	DANLOUE
- Pierre	FREBAULT
- Félix	FONG
- Jean-Paul	LEHARTEL
- Eugène	MONTROSE
- Gwendoline	PANAÏ
- Marc	PLOTON
- Françoise	TAMA
- Tu	TAPEA

2 – REPRESENTANTS DES EMPLOYEURS ET PROFESSIONS LIBERALES

- Aline	BALDASSARI-BERNARD
- Jacques	BILLON-TYRARD
- Daniel	DESVAUX DE MARIGNY
- Pierre	LEHARTEL
- Jean-Pierre	LE HEBEL
- Daisy	LIS
- Alfred	MONTARON
- Daniel	PALACZ
- Michel	PETIT
- Ethode	REY
- Georges	TRAMINI

3 – REPRESENTANTS DES SECTEURS DE L'AGRICULTURE, DE L'ELEVAGE, DE LA PECHE ET DE L'ARTISANAT

- Eric	GRAFFE
- Béatrice	LE GAYIC
- Henri	MAAMAATUAIAHUTAPU
- Richard	PERE
- Jean	TAMA

4 – REPRESENTANTS DES ASSOCIATIONS ET ORGANISMES RELATIFS AUX ACTIVITES FAMILIALES, SCIENTIFIQUES, CULTURELLES ET SPORTIVES

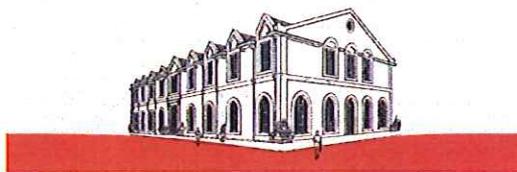
- Diana	CHAVEZ
- Guy	LEJEUNE
- Bernard	MAURIN
- Clément	NUI
- Marc	TEVANE

II / - DECLARATION DE GROUPE

NEANT

III / - DECLARATION INDIVIDUELLE

NEANT



Conseil économique social et culturel de Polynésie française
BP 1657 – 98713 PAPEETE
Tél. : (689) 41.65.00 / Fax : (689) 41.92.42
e-mail : cesc@cesc.gov.pf
site internet : www.cesc.pf