

**LES PLACEMENTS A
L'ETRANGER
DES PERSONNES HANDICAPEES
FRANCAISES**

Rapport présenté par :

Liliane SALZBERG, Jean-Paul BASTIANELLI, Pierre de SAINTIGNON

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n° 2005-143
Septembre 2005*

En 1995, un rapport de l'IGAS sur le placement d'enfants handicapés français en Belgique a conduit à la mise en place d'un dispositif de conventionnement des établissements les accueillant. Le vieillissement de la population et la poursuite des orientations vers ce même pays soulèvent aujourd'hui des difficultés analogues.

Par lettre du 8 mars 2005, la Secrétaire d'Etat aux Personnes Handicapées a demandé à l'IGAS, de diligenter une nouvelle mission, afin d'établir un bilan précis de l'accueil dans les structures belges, notamment pour les autistes, analyser les attentes des familles et formuler des propositions. La mission a rencontré en France et en Belgique les responsables concernés et a visité plusieurs établissements. Le présent rapport comporte deux parties : les constats et les propositions.

LE CONSTAT

- **Le contexte**

Les structures accueillant des handicapés sont, en France comme en Belgique, très diversifiées. La complexité des structures, les spécificités nationales, les différences d'appellation, rendent difficiles les comparaisons et l'appréciation des situations. Ainsi, le nombre total des personnes handicapées accueillies en Belgique est mal connu. Selon les estimations de la mission, il se situe aux alentours de 5 000 dont 3 600 en établissements sociaux et 1400 dans des structures scolaires.

Il existe en France un déficit chronique de places pour ces populations, même si un effort très important de création a été fourni depuis quelques années. L'évaluation des besoins, fondée sur les listes d'attentes peu fiables, manque de rigueur et de pertinence et il n'existe pas d'impact clairement identifiable des programmes nationaux sur les placements à l'étranger.

- **Les attentes**

La mission a recensé les attentes des familles, des associations, des organismes sociaux et les souhaits des autorités belges et françaises. Plusieurs raisons peuvent expliquer les placements en Belgique : l'insuffisance du nombre de places et de services « d'accompagnement » en France, l'efficacité de l'offre belge (existence d'internats, plus grande tolérance vis à vis des troubles du comportement, meilleure organisation, proximité géographique). Mais ce sont surtout les méthodes belges et la qualité de l'accompagnement qui séduisent les familles. Le cas des personnes autistes illustre parfaitement cette attirance. En effet, la prise en charge de l'autisme n'est pas liée à une question de financement, mais le résultat d'une appréhension de l'enfant dans son environnement et de l'attention portée aux autistes.

Les autorités belges manifestent de réelles inquiétudes : la situation institutionnelle actuelle échappe très largement aux contrôles réglementaires, il n'y a pas de coordination entre les pouvoirs publics des deux pays. Les responsables français admettent qu'ils ont une connaissance insuffisante du problème et qu'ils se posent plus de questions qu'ils n'apportent de solutions.

- **Les aspects administratifs et juridiques**

Le système wallon possède deux types de reconnaissance des établissements pour handicapés : l'agrément (qui garantit par des contrôles la qualité du fonctionnement et des prestations) et l'autorisation (qui atteste seulement de l'existence de conditions de sécurité). Or, l'autorisation est souvent interprétée, à tort, notamment par les conseils généraux français, comme un label de qualité.

Suite au rapport IGAS de 1995, un dispositif conventionnel liant l'assurance maladie et les établissements belges a été mis en place en 1998. Les conventions sont établies et contrôlées par la CRAM Nord-Picardie, pour l'ensemble du territoire et une caisse pivot la CPAM de Tourcoing, centralise les facturations. Ces conventions ont pour objet de « réserver » des places dans les établissements belges, **mais ne concernent que les enfants**. Elles paraissent adaptées, mais le contrôle des structures gagnerait à être organisé, structuré et systématisé. Les conventions passées par les conseils généraux n'apportent quant à elles aucune garantie de sécurité et de qualité.

Comme les inspections effectuées par les autorités belges sont limitées aux établissements agréés, le constat d'ensemble est plutôt préoccupant : le contrôle de la qualité du service rendu est surtout fondé sur des impressions, la bonne volonté des acteurs ou de simples déclarations.

- **Les populations concernées**

Aucun organisme, aucun service de l'Etat, ne possède de données statistiques, cohérentes, fiables et exhaustives concernant les populations handicapées placées à l'étranger.

Selon les chiffres communiqués par l'assurance maladie, 1 608 jeunes handicapés français (dont 32% bénéficiaires de l'amendement Creton) sont hébergés en 2004 en Belgique. 23 établissements (soit 15% de l'ensemble des institutions belges destinées aux jeunes) sont conventionnés par l'assurance maladie, mais près des 2/3 des jeunes français sont placés dans seulement 5 établissements accueillant chacun plus de 100 jeunes résidents français. Au moins les 2/3 des jeunes handicapés français sont en internat, 51% sont originaire du Nord, 17% du Pas-de-Calais et 16% de l'Île-de-France. Au total, 42 départements et 17 régions françaises sont concernés par les placements d'enfants en Belgique. On observe une progression du nombre des placements des jeunes handicapés français sur les six dernières années (de l'ordre de 4,4% par an).

Selon l'ERSM de Nord-Picardie, la pathologie la plus fréquemment rencontrée est l'autisme (20,3 %) le retard mental (18,7 %) les troubles du comportement (17,3 %) l'infirmité motrice cérébrale (13,4 %) et les psychoses (12,4 %). Ces cinq pathologies représentent 82% des dossiers traités par l'ERSM.

A l'exception des bénéficiaires du dispositif Creton et des personnes prises en charge individuellement par leur CPAM d'affiliation, les handicapés adultes sont pris en charge financièrement par les conseils généraux. Il n'existe pas de statistiques les concernant. La mission a donc sollicité 18 départements, qui représentent la très grande majorité de ceux qui

sont impliqués dans les placements d'enfants. A partir des réponses de 14 d'entre eux, la mission a établi que :

- le nombre total d'adultes handicapés français placés en Belgique s'élève en 2004 à environ 1 700,
- ce nombre est en progression notable entre 1999 et 2004 (entre + 10 et + 13% par an selon les départements, à l'exception d'un),
- le type de handicap est mal connu des conseils généraux,
- le « foyer occupationnel » est le type d'accueil majoritaire, 15% sont dans des « foyers d'hébergement », mais pour 19% il n'a pas été possible de déterminer avec précision la forme d'accueil.

La mission estime à 188 le nombre d'adultes handicapés pris en charge individuellement par leur caisse primaire d'affiliation (à partir des statistiques de la CRAM Nord-Picardie et des résultats d'une enquête de la DRASS Nord-Pas-de-Calais).

Au total, le nombre d'adultes handicapés français placés dans les établissements belges est ainsi estimé à près de 1 900. Au moins 43% des établissements qui les accueillent ne sont qu'autorisés de prise en charge et ne sont pas conventionnés par l'assurance maladie, ou n'ont pu être répertoriés.

• **Les aspects financiers**

Le financement par l'assurance maladie des établissements d'enfants conventionnés est soumis à une procédure réglementée : le prix de journée est établi par la CRAM Nord-Picardie pour chaque structure. Mais il existe aussi des prises en charge individuelles accordées par les CPAM d'affiliation. Les conseils généraux français sont, pour leur part, libres de fixer le montant de leur participation.

Quel que soit le financeur, assurance maladie ou conseil général, on constate que:

- les prix de journée accordés aux établissements belges sont très divers, avec de grandes amplitudes,
- sous convention générale, les prix de journée « moyens » accordés aux établissements belges sont inférieurs aux prix de journée « moyens » français,
- sous convention individuelle, les prix belges sont supérieurs aux prix français,
- pour les CAT, dont l'Etat assure le financement, le coût moyen de la place a baissé, avec une volonté de rapprocher le coût à la place des établissements belges du coût moyen français.

LES PROPOSITIONS

• **Les propositions à caractère général**

La mission considère pose trois principes de base : il ne saurait être question de demander une modification des règles belges, le principe des placements en Belgique est un fait acquis, il n'est pas acceptable d'autoriser un placement (quel qu'en soit le financeur) dès lors que ce placement n'est l'objet d'aucun audit ou inspection.

1^{ère} proposition : l'extension du processus de conventionnement aux établissements pour adultes

Cette extension serait protectrice, autant pour les intéressés que pour les financeurs, en instituant des critères de mesure de la qualité de l'accueil et de la prise en charge thérapeutique. Parallèlement, il conviendrait de compléter la législation afin que l'attribution de l'AAH aux personnes placées en Belgique ne puisse être contestée.

2^{ème} proposition : la coordination indispensable des départements français

La mission recommande pour les départements français une organisation similaire à celle de l'assurance maladie, avec un interlocuteur unique. Plusieurs solutions sont envisageables :

- inscrire dans la loi l'obligation pour les départements d'informer annuellement l'Etat (DRASS, CNSA ou DGAS) des mouvements de placement des handicapés à l'étranger. L'Etat pourrait ainsi mieux identifier les flux, localiser les lieux d'accueil et s'assurer de la qualité des prestations fournies;
- demander aux départements de rechercher leur propre organisation via, par exemple, l'Association des départements de France, qui centraliserait toutes les informations et les porterait à la connaissance des pouvoirs publics français et belges ;
- organiser, sous l'égide des DRASS des trois régions principalement concernées par les placements en Belgique une concertation avec les représentants des départements en cause, afin de définir des modalités communes de conventionnement, de contrôle et de communication des informations sur les flux.

3^{ème} proposition : la mise en place d'un dispositif de contrôle efficace

La mission suggère que "l'audit et l'inspection" belges soient, dans la pratique, étendus aux établissements « autorisés ». Pour y parvenir, dans le respect de la législation belge, il conviendrait de réunir les financeurs français et les responsables wallons, pour fixer les modalités de ces contrôles, qui pourraient, par exemple, être conduits soit par les trois partenaires, soit par l'un d'entre eux agissant au nom des deux autres. Depuis 2002 il existe un accord de coopération franco-belge, que l'on pourrait utiliser comme cadre juridique.

4^{ème} proposition : une meilleure régulation de l'offre

- Une révision de la notion de territoire transfrontalier
Dès lors que la procédure conventionnelle garantit la qualité de l'offre, la question territoriale devient seconde pour les Français vivant près de cette frontière et l'offre belge doit être considérée comme une « offre locale ».
- Une meilleure circulation de l'information entre les deux pays

Les autorités belges désirent être mieux informées des placements français, afin de pouvoir répondre aux questions des autorités et des familles françaises et préparer les investigations liées à la prise en charge. Elles souhaitent aussi communiquer aux responsables français leurs avis sur les établissements belges, en amont des processus de conventionnement. Les financeurs pourraient ainsi prendre les décisions adéquates.

- **Les recommandations pour l'autisme**

1^{ère} recommandation : il faut qu'un projet de prise en charge des personnes autistes intègre le facteur temps.

Ce n'est pas le cas aujourd'hui en France. Développer une politique de prise en charge globale suppose deux changements : que les professionnels se donnent les moyens d'identifier

les besoins et qu'ils améliorent l'articulation entre la prise en charge infanto-juvénile et la prise en charge adulte.

2^{ème} recommandation : il faut une politique de soutien des familles.

Aujourd'hui, les familles d'autistes en France se sentent écartées du processus de prise en charge. Il faut encourager une politique d'écoute et de soutien des familles, sans nécessairement légiférer. Il suffit de s'assurer, comme en Belgique, que dans les structures accueillant des autistes, des actions sont concrètement menées pour associer étroitement les familles à la vie des établissements et de leurs enfants.

3^{ème} recommandation : créer les conditions pour que les lieux soignants soient aussi des lieux de vie décents.

Actuellement, en France, le milieu de vie de l'autiste est le service de soins. Il faut pouvoir l'en sortir. Pour y parvenir des conditions sont indispensables : il faut des personnes pour accompagner la sortie, assurer une continuité et l'accueil extérieur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
PREMIERE PARTIE : LE CONSTAT	5
11 – LE CONTEXTE	5
111 - <i>L'ampleur du phénomène.....</i>	5
1111 – Des structures diverses dont les vocations diffèrent selon les pays	5
1112 – L'importance numérique de la population concernée	10
112 - <i>Le déficit de l'offre en France.....</i>	12
1121 – L'expression de la demande	12
1122 – L'organisation de l'offre en France	15
113 - <i>Les attentes.....</i>	18
1131 - Les attentes des familles, des associations et des organismes d'assurance maladie	19
1132 - Le cas particulier de l'autisme.....	25
1133– Les attentes des responsables belges.....	28
1134– Les attentes des responsables français	30
12 - LES ASPECTS ADMINISTRATIFS ET JURIDIQUES.....	31
121 - <i>Les conventions qui lient les établissements belges et les financeurs français</i>	31
1211 - L'organisation wallonne	31
1212 - Les conventions conclues par l'assurance maladie.....	32
1213 - Les conventions conclues par les conseils généraux français.....	37
1214 - Les conventions passées avec l'Etat.....	40
1215 - L'appréciation globale portée par la mission sur les conventions	40
122 - <i>Les contrôles des établissements belges.....</i>	41
1221 - Les contrôles de l'AWIPH	41
1222 - Les contrôles des autorités et organismes français	47
13 – LES POPULATIONS CONCERNÉES.....	48
131 - <i>Les sources des données disponibles et exploitables.....</i>	48
1311 - Les données statistiques de l'assurance maladie	49
1312 - Les données des conseils généraux	50
1313 - Les données des services déconcentrés de l'Etat.....	50
1314 - Les données de la DREES.....	50
1315 - Les caractéristiques des données existantes	50
132 - <i>L'offre de places pour handicapés en Wallonie</i>	51
133 – <i>Le placement des jeunes handicapés français</i>	52
1331 – Les caractéristiques de l'offre de places proposée aux jeunes handicapés français	52
1332 - Les adultes maintenus au titre de l'amendement Creton	56
1333 - Une prépondérance de jeunes originaires de la région Nord – Pas-de-Calais.....	57
1334 - Les caractéristiques des placements des jeunes handicapés	59
1335 - L'évolution des placements des jeunes handicapés français	62
134 - <i>Les placements des adultes handicapés français en Belgique.....</i>	66
1341 - Le nombre de placements d'adultes français pris en charge par les Conseils généraux en Belgique	66
1342 - Une faible connaissance des types de handicap	68
1343 - Un poids moindre de la région Nord – Pas-de-Calais que pour le placement des jeunes handicapés en Belgique	69
1344 - Les établissements belges qui accueillent des adultes handicapés pris en charge par les Conseils généraux	70
135 - <i>Le placement d'adultes pris en charge individuellement par leur CPAM d'affiliation.....</i>	74
136 - <i>Conclusion.....</i>	74
14 – LES ASPECTS FINANCIERS.....	74
141 – <i>Le financement par l'assurance maladie.....</i>	75
1411 – Les procédures.....	75
1412 – Quelques exemples chiffrés.....	76
142 – <i>Le financement par les conseils généraux français.....</i>	78
1421 – Les principes.....	78
1422 – Quelques exemples chiffrés.....	79
143 – <i>Commentaires sur les prix de journées.....</i>	80
144 - <i>Les prix de journée en CAT.....</i>	82
145 - <i>Montant des transports pour les enfants placés dans les écoles belges en 2004</i>	82

DEUXIEME PARTIE : LES PROPOSITIONS.....	84
21-LES PROPOSITIONS À CARACTÈRE GÉNÉRAL.....	84
211- <i>Trois constats</i>	84
212 - <i>L'extension du processus de conventionnement aux adultes</i>	85
213 - <i>La coordination indispensable des départements français</i>	85
214 - <i>La mise en place d'un dispositif de contrôle efficace</i>	86
2141 - Une méthode	86
2142 - Une expérimentation possible	87
2143 - Une amélioration des procédures de contrôle françaises	88
215 - <i>Une meilleure régulation de l'offre</i>	88
2151 – Le territoire transfrontalier	88
2152 – Une meilleure circulation de l'information entre les deux pays.....	88
22 - LES RECOMMANDATIONS POUR L'AUTISME	89
 ANNEXES	

INTRODUCTION

En 1995, un rapport d'enquête de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹ portant sur le placement d'enfants handicapés français dans des établissements belges, avait conduit à la mise en place, à partir du 1^{er} janvier 1998, d'un nouveau dispositif de conventionnement, afin de résoudre les problèmes de prise en charge que rencontraient les familles.

Or, le vieillissement de la population déjà accueillie en Belgique, ainsi que la poursuite des orientations des jeunes adultes français vers ce même pays, tendent à soulever aujourd'hui des difficultés analogues, les établissements belges n'étant pas soumis vis à vis de ces populations au dispositif conventionnel mis en place en 1998 en faveur des enfants. Par ailleurs, le maintien des jeunes adultes dans les établissements belges conventionnés, au titre de l'amendement « Creton »², a fini par créer un engorgement de ces structures dédiées à l'accueil des enfants. En outre, une partie de ces personnes accueillies en Belgique est atteinte d'autisme et nécessite une prise en charge spécifique. Enfin, l'administration ne dispose pas d'une information suffisante sur la situation de ces enfants et adultes handicapés et sur les établissements belges concernés.

Par lettre en date du 8 mars 2005³, la Secrétaire d'Etat aux Personnes Handicapées a donc demandé à l'IGAS, dans le prolongement des travaux menés en 1995, de diligenter une nouvelle mission pour enrichir la connaissance de cette problématique en Belgique, en étendant le champ des investigations à la Suisse, afin de vérifier l'éventuelle existence d'une situation similaire.

Les objectifs suivants ont été fixés à la mission :

- Etablir un bilan précis, quantitatif et qualitatif, de l'accueil des français dans les structures locales :
- recensement des populations concernées, en portant une attention particulière à la question de l'autisme,
- identification du régime juridique et financier de l'accueil,
- examen de la qualité de la prise en charge et des coûts de l'accueil dans ces structures.

¹ Rapport n° 95.016 - Janvier 1995 : « Rapport d'enquête sur le placement d'enfants handicapés français dans les établissements belges ». Marie-Françoise GUERIN – Antoine GAMBOTTI.

² Amendement « Creton » : article L.242-4 du Code de l'action sociale et des familles.

³ Cf. annexe.

- Sur la base de cet état des lieux :
 - croiser les données relatives à l'origine géographique des personnes et à leurs modalités d'orientation, avec les objectifs des plans pluriannuels de création de places, afin d'analyser l'impact de ces programmes sur les placements à l'étranger ;
 - étudier le dynamisme de l'offre belge, ou suisse, en direction des français, à partir de l'analyse comparée des coûts, des modalités et de la qualité d'accueil (en particulier les hôpitaux de jour) et des régimes juridiques ;
 - proposer les adaptations du cadre français propres à limiter le recours aux structures étrangères spécifiquement dédiées ;
 - indiquer les axes d'une concertation avec les autorités wallonnes sur les différents modes d'accueil des personnes handicapées françaises ;
 - examiner les modalités de l'éventuelle extension du conventionnement.
- Analyser les attentes des familles en matière de retour en France des personnes handicapées accueillies à l'étranger.
- Formuler des propositions susceptibles d'améliorer les situations rencontrées.

Cette mission a été confiée à Liliane SALZBERG, Jean-Paul BASTIANELLI et Pierre de SAINTIGNON, membres de l'Inspection générale des affaires sociales⁴.

La mission a rencontré en France et en Belgique les responsables et autorités concernées⁵. Elle a visité plusieurs établissements belges accueillant des ressortissants français.

S'agissant de la Suisse, les autorités de ce pays⁶ ont indiqué à la mission que la population accueillie dans ses institutions pour handicapés n'est pas recensée par nationalité. Les responsables suisses ne disposent donc pas d'informations mettant en évidence l'existence de problèmes spécifiques concernant les ressortissants français, qui d'ailleurs sont soumis au droit commun suisse. Dans la mesure où il n'a pas été possible, non plus, d'identifier avec précision coté français les difficultés éventuelles qui pourraient exister dans les relations avec la Suisse⁷, la mission n'a pu mener d'investigations particulières concernant ce pays.

Le présent rapport porte donc sur la prise en charge en Belgique. Il est divisé en deux parties : les constats (§1) et les propositions (§2).

⁴ Le docteur Gilles LECOCQ a participé aux premières investigations, avant d'être appelé à d'autres fonctions.

⁵ Cf. annexe, liste des personnes rencontrées.

⁶ Office fédéral des assurances sociales.

⁷ Au cours de son enquête auprès des 18 conseils généraux effectuant plus de 10 placements d'enfants ou d'adultes maintenus au titre de l'amendement Creton en Belgique, la mission n'a recensé qu'un seul placement en Suisse, qui, selon les dires du service responsable, ne présente aucune différence, quant aux modalités, avec les placements en Belgique.

PREMIERE PARTIE : LE CONSTAT

Comprendre et apprécier les problèmes posés par le placement de personnes handicapées françaises en Belgique et établir un état des lieux précis, exige de tenir compte, à la fois, du contexte (§11), des aspects administratifs et juridiques (§12), des caractéristiques des populations accueillies (§13) et des aspects financiers (§14).

11 – Le contexte

Pour bien comprendre l'évolution de la situation depuis la dernière enquête de l'IGAS en 1995, la mission s'est attachée à analyser l'ampleur réelle du phénomène des placements des handicapés français en Belgique (§111), l'importance du déficit de l'offre française qui est présentée comme chronique (§112) et la nature des besoins exprimés par les différentes parties prenantes, parents et institutions (§113).

111 - L'ampleur du phénomène

S'agit-il d'un problème majeur ? S'agit-il d'une question marginale ? L'appréciation de l'ampleur véritable du phénomène des placements en Belgique au regard de la population des handicapés en France suppose, au préalable, de cerner les différentes catégories d'institutions en cause (§1111) et l'importance numérique des populations concernées (§1112).

1111 – Des structures diverses dont les vocations diffèrent selon les pays

Les structures accueillant des handicapés sont, en France comme en Belgique, très diversifiées, selon qu'elles sont destinées aux enfants et adolescents ou qu'elles sont réservées aux adultes, qu'elles font partie ou non du champ médico-social, qu'elles concernent l'éducation, le soin, l'hébergement ou le travail, qu'elles ont une vocation généraliste ou spécialisée dans une déficience ou un handicap.

➤ En France

Il est en apparence aisé de procéder à une classification des établissements pour handicapés en France, selon leur nature et leur destination (Cf. encadré ci-après). En revanche, la réglementation et les modes de prise en charge financière (qui sont spécifiques en fonction des catégories d'âges et/ou des types de structures), la multiplicité et la diversité des autorités de tutelle (éducation, santé, action sociale, travail, collectivités territoriales) rendent la réalité plus complexe à appréhender.

En effet, les césures entre les différentes catégories d'institutions ne sont pas d'une parfaite netteté et les classifications ne sont pas toujours respectées.

A titre d'exemple, certains jeunes ou adultes handicapés, placés dans des foyers d'accueil médicalisé (FAM) pourraient tout autant être hébergés dans des maisons d'accueil spécialisé (MAS), voire dans des instituts de rééducation (IR).

La mission, a dressé deux schémas (Cf. ci-après). L'un concerne les enfants et les adolescents, l'autre les adultes. Ils distinguent les lieux d'accueil en France, selon qu'ils relèvent ou non du champ médico-social.

Ces schémas mettent en évidence les subtilités des partages de compétences. Ceci explique que des personnes non initiées (en particulier les familles), voire même des personnes en charge de ces questions⁸, éprouvent des difficultés à se repérer.

Les principales catégories de structures qui concernent les relations franco-belges

Les Instituts Médico-Pédagogiques (IMP), les Instituts Médico-éducatifs (IME), les Instituts Médico-Professionnels (IMPro) sont des structures spécialisées à vocation pédagogique et/ou d'apprentissage qui accueillent les jeunes handicapés d'âge scolaire.

Les Instituts de Rééducation (IR) ou Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) accueillent des jeunes dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou quasi-normales, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs spécialisés.

Les Foyers d'Hébergement (FH) assurent l'hébergement l'entretien le soir et le week-end des travailleurs handicapés qui exercent pendant la journée une activité dans un CAT, un atelier protégé ou dans le milieu ordinaire.

Les Foyers de vie ou Foyers Occupationnels (FO) accueillent des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler, mais qui disposent d'une certaine autonomie physique et/ou intellectuelle.

Les Foyers d'Accueils Médicalisés (FAM) ou Foyers à Double Tarification (FDT) hébergent des personnes lourdement handicapées ou polyhandicapées. Leur dépendance totale ou partielle les rend inapte à toute activité à caractère professionnel, leur fait obligation de recourir à l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Auparavant les FAM étaient dénommés « foyers à double tarification ».

Les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) accueillent des adultes handicapés qui ne peuvent effectuer seuls actes essentiels de la vie quotidienne et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

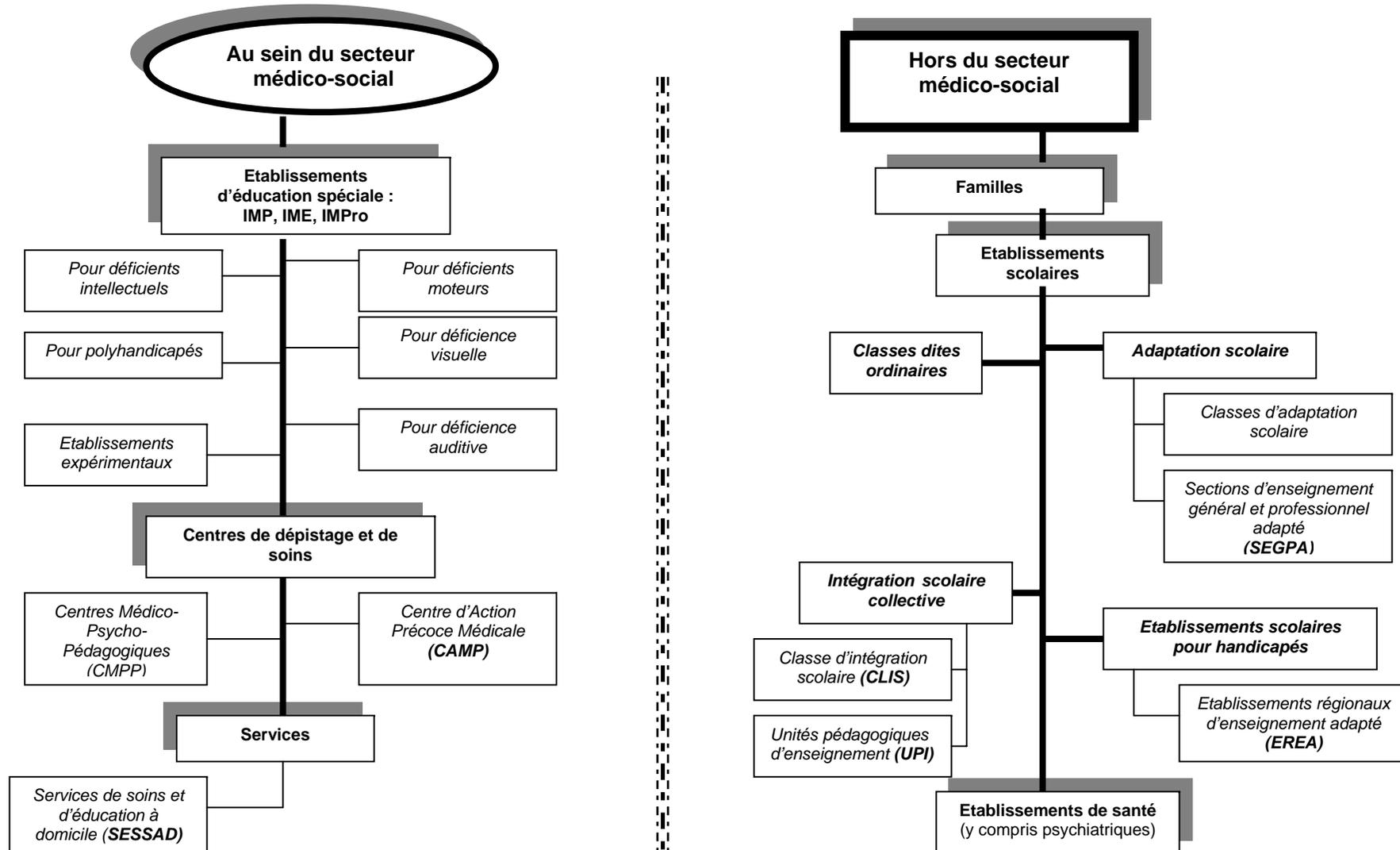
Les Centres d'Aide par le Travail (CAT) ou Entreprises et services d'aide par le travail (ESAT) ont une double vocation – mise au travail et soutien médico-social – pour des personnes handicapées dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. Ils sont financés par l'aide sociale de l'Etat.

Les Ateliers Protégés (AP) ou Entreprises de Travail Adapté (ETA) sont de réelles unités de production qui emploient des travailleurs handicapés sur décision de la COTOREP et dont la capacité de travail est au moins égale à un tiers de celle d'un travailleur valide effectuant les mêmes tâches. Les AP ne font pas partie, d'un point de vue législatif et réglementaire, des établissements médico-sociaux bien qu'accueillant des handicapés.

Source : IGAS

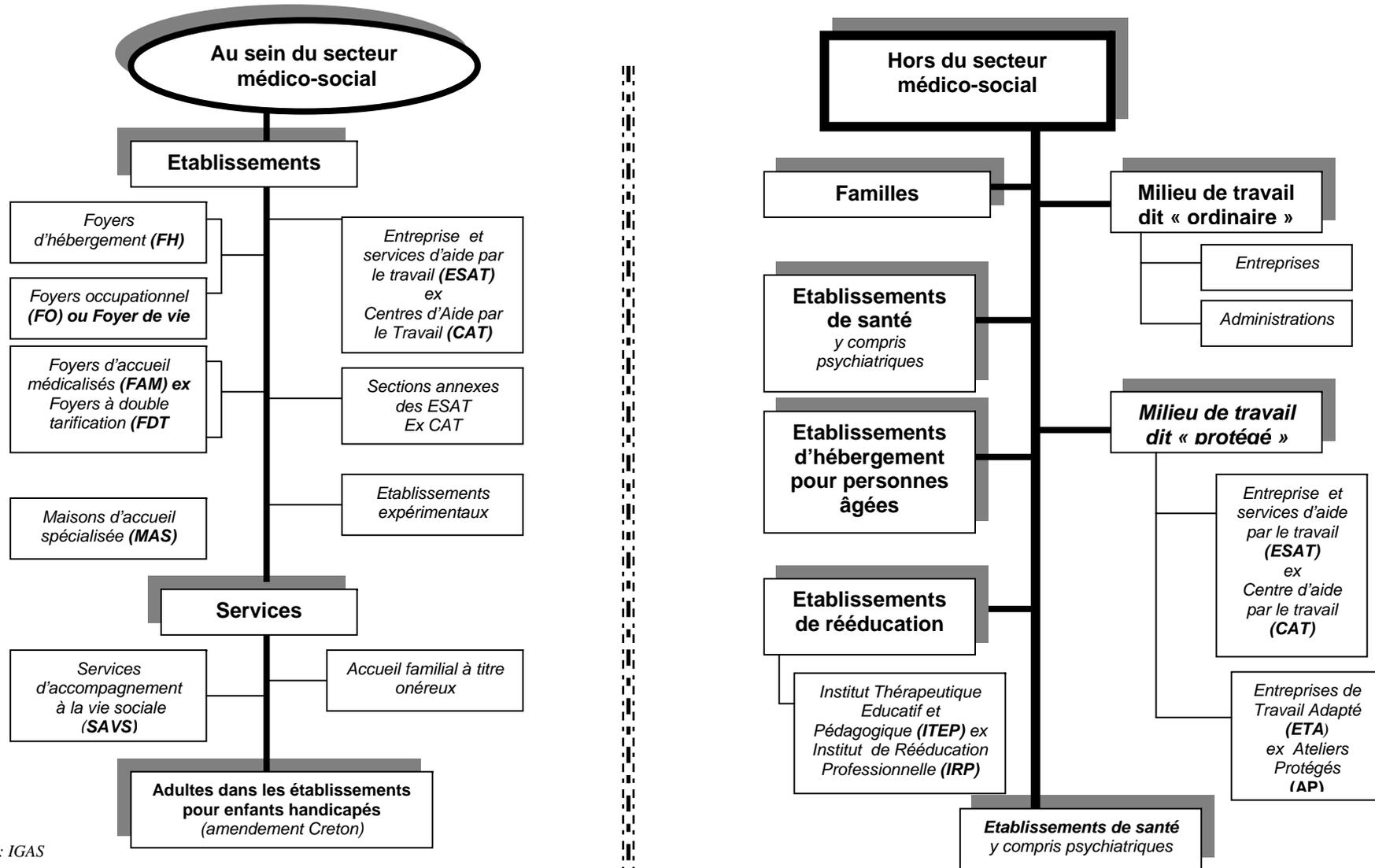
⁸ Par exemple, la mission a constaté dans une enquête belge intitulée « Enquête relative aux services bénéficiant d'une autorisation de prise en charge », réalisée en mai 2002 par l'Association francophone d'aide aux handicapés mentaux (AFRAHM) et commanditée par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la région wallonne, que les auteurs ne parvenaient pas à distinguer clairement le rôle des DRASS, CRAM, Conseils généraux français et mentionnaient de ce fait des statistiques inexacts dans leur présentation.

PRINCIPAUX LIEUX D'ACCUEIL DES ENFANTS HANDICAPES EN FRANCE



Source : IGAS

PRINCIPAUX LIEUX D'ACCUEIL DES ADULTES HANDICAPES EN FRANCE



Source : IGAS

➤ En Belgique

En Belgique les services de l'AWIPH⁹, qui ont en charge le secteur du handicap pour la région wallonne (principalement concernée par les placements de personnes handicapées françaises¹⁰) distinguent, officiellement, les catégories suivantes.

Tableau n°1 : LES STRUCTURES BELGES POUR HANDICAPES

CATEGORIES CONCERNEES	STRUCTURES	SIGLE	OBSERVATIONS
Les services pour les jeunes	Service d'aide précoce	SAP	
	Service d'aide à l'intégration	SAI	
	Service d'accueil de jour pour jeunes	SAJJ	
	Service d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés	SAJJns	
	Service résidentiel pour jeunes	SRJ	Foyer d'hébergement pour enfants et adolescents
Les services pour adultes	Service d'accompagnement	SAC	
	Service d'aide aux activités de la vie journalière	AVJ	
	Service d'accueil de jour pour adultes	SAJA	
	Service résidentiel de nuit pour adultes	SRNA	Foyer d'hébergement, en principe uniquement pour la nuit, mais la plupart du temps accueillent aussi des personnes qui n'ont pas d'occupation dans la journée
	Service résidentiel pour adultes	SRA	Foyer d'hébergement pour adultes
Les services pour jeunes et adultes	Service résidentiel de transition	SRT	Etablissements qui préparent la réinsertion en famille ou la mise en autonomie des bénéficiaires
	Service de placement familial	SPF	

Source : AWIPH

Il convient de remarquer que :

- le mot « service » utilisé par les Belges correspond le plus souvent au mot « établissement » en France : un « service résidentiel pour adultes » belge est par exemple l'équivalent d'un « foyer d'hébergement pour adultes » français. Il peut aussi avoir le sens de « service », tel qu'il est usité dans la terminologie administrative française (par exemple : pour le « service de placement familial) ;

⁹ AWIPH : Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées. Trois autres instances prennent également en charge, à un degré moindre, les handicapés dans cette région : le Service Bruxellois Francophone de Personnes Handicapées, le Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap, l'office de la Communauté germanophone pour Personnes Handicapées.

¹⁰ Comme le montre les cartes publiées ci-après pages 22 et 23, très peu de Français sont placés dans des établissements en Flandres (il s'agit uniquement de placements dits « individuels ») vraisemblablement en raison de la barrière linguistique. La mission n'a donc pas contacté les autorités flamandes.

- les classements pratiqués par les autorités belges entre les différentes catégories d'établissements se fondent principalement sur les aspects « sociaux et modes de prise en charge » (par exemple, l'accueil de jour ou de nuit, le caractère résidentiel ou non de l'accueil, l'aide aux activités de la vie journalière, l'hébergement de transition). En France ce sont davantage les aspects techniques, ou de qualification du handicap, qui sont privilégiés pour différencier les structures (l'accueil « médicalisé », les déficiences sensorielles ou motrices, les polyhandicaps). Toutefois, la mission a constaté que, nonobstant les appellations officielles, les autorités, les associations ou les dirigeants belges utilisent aussi couramment les termes « d'IMP », « d'IMpro », de « foyers », de « CAT » ... pour désigner leurs établissements, sans pour autant que les populations accueillies soient rigoureusement les mêmes qu'en France.

Ces différences d'appellations et de termes utilisés, ne contribuent pas à faciliter les comparaisons entre les pays et génèrent parfois des confusions dans l'appréciation des situations.

1112 – L'importance numérique de la population concernée

- Le nombre d'enfants et d'adultes placés dans des établissements sociaux et médico-sociaux belges

Le nombre de personnes placées dans des établissements sociaux ou médico-sociaux belges peut être estimé actuellement à :

- 1 619 enfants ou adultes relevant de l'amendement « Creton »¹¹,
- 1 867 adultes¹²,
- soit un total de 3 486 personnes¹³.

- Les enfants handicapés scolarisés dans des établissements d'enseignement spécialisé en Belgique

Selon la DRASS Nord – Pas-de-Calais¹⁴, environ 400 enfants du département du Nord fréquenteraient, en internat ou semi-internat, une école spécialisée en Belgique, sans prise en charge des frais d'hébergement, seuls leurs frais de transport sont remboursés par l'assurance maladie. Ces enfants ne sont donc pas comptabilisés dans les statistiques « officielles » des personnes placées à l'étranger, puisque leur présence hors des frontières ne fait l'objet d'aucun conventionnement avec l'assurance maladie ou les conseils généraux français. D'ailleurs, des caisses d'assurance maladie acceptent le remboursement direct des frais de transport des intéressés, sur la simple présentation d'un certificat médical établi par un médecin généraliste.

¹¹ Estimation de la mission à partir des chiffres au 31 décembre 2004 communiqués par la CRAM Nord-Picardie.

¹² Chiffre extrapolé par la mission, à partir de l'enquête qu'elle a menée auprès de 18 départements français les plus concernés, des données sur les adultes pris en charge par l'assurance maladie en 2004 : données nationales de l'ERSM de la CRAM Nord-Picardie et régionales issues d'une enquête de la DRASS Nord – Pas-de-Calais dans cette région.

¹³ Cf. tableaux en annexe.

¹⁴ DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

Le phénomène semble en réalité d'une ampleur encore plus importante que les estimations de la DRASS Nord – Pas-de-Calais. En effet, l'Inspection académique du Nord a indiqué à la mission qu'au titre de l'année 2000 elle a recensé : 778 élèves français en écoles spécialisées « primaires » et 1 558 en secondaire spécialisé belge. Or, sur ces 2 336 enfants, seuls 960 sont connus de la CDES et bénéficient d'une aide financière « classique ».

L'importance des flux réels des enfants handicapés français vers la Belgique dépasse donc sensiblement les chiffres officiels généralement communiqués.

L'Inspection académique du Nord, ne dispose pas d'indications sur les types de handicaps dont souffrent ces enfants scolarisés en Belgique : elle estime néanmoins qu'il s'agit plutôt de sujets qui sont atteints de troubles du comportement. La CPAM¹⁵ de Tourcoing, caisse pivot du dispositif de paiement des prestations aux intéressés (Cf. ci-après § 12 le détail de son rôle) a une appréciation légèrement différente : il s'agirait, au contraire, en majorité d'enfants avec un handicap léger, mais qui seraient attirés par la qualité du projet pédagogique des écoles spécialisées belges. Une raison régulièrement évoquée pour expliquer ces placements en Belgique tient au fait que l'enfant handicapé scolarisé « est inscrit » dans une école (où il y a des soins) tandis qu'en France il est placé dans une structure de soins, qui inclut une école spécialisée. En France, à titre d'exemple, un trisomique est orienté vers un IME, alors qu'en Belgique il est pris en charge par une école dotée d'un plateau technique spécialisé. Par ailleurs, l'orientation en Belgique est fondée sur la notion positive de potentiel d'acquisition du handicapé, tandis qu'en France c'est la notion d'absence de capacités d'acquisition de l'enfant qui prédomine. A ceci s'ajoute un aspect psychologique déculpabilisant important : le placement en Belgique est d'abord réalisé dans une école : "*mon enfant va à l'école...*" entend-on de la part des familles concernées.

Il existe d'autres facteurs explicatifs :

- En Belgique les frontières entre écoles spécialisées et écoles ordinaires sont plus permissives qu'en France où, non seulement il est impossible (sauf dans le cadre d'expérimentations¹⁶) de créer une structure qui ne soit pas définie par un texte, mais où il est très difficile d'intégrer dans les écoles ordinaires les handicapés mentaux.
- Il existe aussi, selon l'APF¹⁷, une intolérance encore plus importante vis à vis des troubles du comportement induits par le handicap : certains enfants de cette association seraient par exemple contraints de suivre une scolarité à la fois en IME et dans un établissement scolaire classique¹⁸.
- On constate également, dans les écoles spécialisées françaises, une disparition progressive des places d'internat, ce qui pénalise d'autant les familles et les incite à se tourner vers l'étranger. Par exemple, la CDES du Nord ne peut offrir des places en internat complet (365 jours par an) que dans deux IME et un seul institut de rééducation de cette région.

¹⁵ CPAM : caisse primaire d'assurance maladie.

¹⁶ Par exemple "L'école communautaire" de Villeneuve d'Ascq qui fonctionne comme un établissement belge avec enseignement à la carte.

¹⁷ APF : Association des paralysés de France.

¹⁸ Par exemple : lycée du Triolo - IME de Villeneuve d'Ascq.

➤ Globalement, **le nombre des personnes handicapées françaises qui sont accueillies en Belgique, quels que soient leur âge, leur handicap et le type de structure d'accueil, se situe aux alentours de 5 000**¹⁹.

Si ce chiffre n'est pas négligeable, il convient cependant de remarquer qu'il ne représente sans doute qu'un faible pourcentage du nombre total des personnes relevant des mêmes catégories en France²⁰ et qu'il faut se garder d'une présentation par trop « catastrophiste » du problème. En outre, il s'agit d'un phénomène de nature structurelle puisque, dès 1995, le rapport précité de l'IGAS comptabilisait déjà 1 297 enfants placés en Belgique.

112 - Le déficit de l'offre en France

Tous les interlocuteurs de la mission ont affirmé que l'offre de places pour handicapés en France était déficitaire de façon chronique, sans cependant en apporter la preuve formelle. Pour lever cette incertitude la mission s'est intéressée à la manière dont la demande s'exprime (§1121) et à l'organisation de l'offre en France et aux « décalages » constatés (§1122).

1121 – L'expression de la demande

L'importance de la demande de placements en institutions de personnes handicapées, jeunes ou adultes, en France ou en Belgique, peut être analysée à partir de deux sources objectives : les CDES et les COTOREP²¹ d'une part, qui sont à l'origine des placements et les listes d'attente d'autre part, qui traduisent, d'une certaine façon, les besoins non satisfaits.

➤ L'orientation par les CDES

Pour les enfants d'âge scolaire reconnus handicapés ce sont les CDES qui prennent les décisions d'orientation vers les établissements spécialisés. Les décisions individuelles des CDES comportent une liste, parfois nominative, des établissements susceptibles d'accueillir les intéressés. Les membres de ces commissions n'ont souvent qu'une connaissance très théorique des structures qu'ils proposent et ils ne connaissent pas toujours le détail des liens conventionnels (notamment le nombre de places réservées) qui unissent les établissements à l'assurance maladie ou aux conseils généraux français. Il n'est pas rare également que des parents prennent l'initiative de consulter directement un centre psycho-médico-social (PMS) belge et saisissent ensuite la CDES, qui entérine le plus souvent ce choix. Si toutes les CDES de France peuvent prononcer des orientations vers la Belgique elles ne sont pas tenues d'en informer quiconque. En dehors d'enquêtes spécifiques réalisées par la DREES²² il n'existe donc pas de recensement national annuel systématique des orientations des CDES, qui permettrait d'avoir une première approche des besoins en places. Pour l'année 2000, la DREES a toutefois comptabilisé 94 800 décisions de CDES (Cf. tableau ci-dessous), qui se répartissent ainsi :

¹⁹ Cf. tableau en annexe.

²⁰ Pour donner un ordre de grandeur, ce nombre de personnes placées en Belgique représente environ 2% du nombre des enfants pris en charge par les établissements et services sociaux et médico-sociaux et des adultes accueillis dans les établissements d'hébergement fin 2001.

²¹ CDES : commission départementale d'éducation spéciale – COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

²² DREES: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**Tableau n°2 : DECISIONS D'ORIENTATIONS DES C.D.E.S.
EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-EDUCATIFS
en 1999 – 2000**

Orientations en structures médico-éducatives	Nombre	%
Pour enfants déficients intellectuels	47 200	50
Pour enfants polyhandicapés	3 400	4
Instituts de rééducation	13 400	14
Pour enfants déficients moteurs	4 800	5
Pour enfants déficients visuels	2 000	2
Pour enfants déficients auditifs	4 600	5
SESSAD (service d'éducation spéciale et soins à domicile)	19 400	20
TOTAL	94 800	100

Source : DREES – Annexe A au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 – page 177

Durant cette période on constate que les décisions pour enfants déficients intellectuels ont représenté 50% du total, celles des déficients sensoriels 12% et celles pour les polyhandicapés seulement 4%.

➤ L'orientation par les COTOREP

Lorsque les enfants ont dépassé l'âge de 16 ans, c'est la COTOREP qui est compétente pour prendre les décisions d'orientation. Sa saisine intervient cependant le plus souvent à partir de 20 ans. D'après la COTOREP du Nord, les décisions d'orientation (en MAS, FAM ou foyer occupationnel) seraient fondées sur les seuls critères de la pathologie et la situation sociale de l'intéressé. Cependant, en raison de la rareté des établissements, elle reconnaît que les membres de la commission tiennent compte d'abord des disponibilités d'accueil, avant de statuer en termes d'adéquation entre nature du handicap et spécificité de l'institution. Si le choix de la famille (ou l'orientation) correspond à un établissement belge, la famille constitue un dossier²³ qui est soumis aux organismes payeurs (assurance maladie et/ou Conseil général²⁴) pour obtenir leur accord. Les adultes placés en Belgique par la COTOREP du Nord sur demande des parents seraient le plus souvent des autistes, ou des personnes avec des troubles importants du comportement. Les décisions d'orientation ont une portée de 2 à 5 ans. Si on connaît le nombre et la nature des décisions prises par les COTOREP en France (environ 153 000 en 2003 - Cf. tableau ci-dessous) on ignore, en règle générale, le sort qui leur est réservé et, dans le cas particulier, le recensement des adultes placés en Belgique est, en fait, effectué séparément par chacun des financeurs (Etat, assurance maladie, conseils généraux) sans qu'il y ait de recollement entre ces données, ou de centralisation des informations.

²³ Le dossier est constitué par un dossier médical et un dossier psychologique.

²⁴ Depuis le décret du 22 octobre 2003 les prises en charges multiples sont possibles avec une prise en charge pour l'accueil de jour en médico-social et une prise en charge pour l'hébergement de nuit en psychiatrie.

**Tableau n°3 : DECISIONS D'ORIENTATION PAR LES C.O.T.O.R.E.P. ENTRE 1999
ET 2003
(ensemble de la France)**

Année	Formation	Centre de rééducation professionnelle	Milieu ordinaire	Atelier protégé	Centre d'aide par le travail	Ensemble
1999	8 269	8 867	66 674	9 461	35 795	129 066
2000	8 745	8 813	78 725	10 525	37 680	144 488
2001	9 845	8 713	79 896	10 769	38 114	147 337
2002	11 304	8 740	80 443	9 579	38 818	148 884
2003	11 824	8 984	82 665	10 731	38 822	153 026

Source : DREES – Annexe A au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 – page 189.

Le dispositif d'orientation des personnes handicapées, tel qu'il est décrit ci-dessus, doit cependant changer, en application de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances, qui prévoit le remplacement des CDES et des COTOREP par une « commission départementale des droits ».

➤ Les listes d'attente

Parce que les demandes sont supérieures à l'offre, il existe en France des listes d'attente des placements en institutions pour handicapés qui, souvent, servent de base pour estimer le besoin de créations de places.

Dans le Nord – Pas-de-Calais le suivi des listes d'attente des placements pour adultes est réalisé par les DDASS. Selon ces services déconcentrés, environ 1 600 adultes et 1 700 enfants étaient en attente d'orientation pour l'ensemble de la région, au moment du passage de la mission, chiffres auxquels il faut ajouter 4 500 demandes non satisfaites en CAT. Le délai d'attente dans cette région est de 6 ans pour les adultes lourdement handicapés²⁵.

Chaque département possède ainsi, peu ou prou, des listes d'attentes qui sont tenues soit par les services de l'Etat ou du Conseil général, soit par les établissements eux-mêmes et parfois par les associations. Un rapport IGAS de 2003²⁶ ayant pour thème « L'évaluation du besoin en places de CAT, MAS et FAM », avait déjà « constaté que la liste d'attente était une notion aux contours mal définis, qui recouvrait des pratiques très différentes selon les départements et au sein même de chacun ». La fiabilité de ces listes n'est pas avérée, en raison notamment du risque de « double comptage » (une personne pouvant s'inscrire dans plusieurs établissements, sans qu'on puisse toujours le détecter). Dans le cas particulier du Nord – Pas-de-Calais, les listes comportent d'autres imprécisions : par exemple, les enfants placés en Belgique ne figurent pas sur les listes d'attente de la CDES du Nord, qui n'intègrent pas non plus les souhaits de rapatriement des enfants accueillis dans les établissements belges.

²⁵ Par exemple, l'association « Autisme France » évalue à 80 le nombre de demandes pour une place qui se libère à l'école "Notre Ecole", l'affectation se faisant en fonction du caractère d'urgence du placement.

²⁶ Françoise BAS-THERON, Marc DUPONT « L'évaluation du besoin de places en CAT, MAS et FAM », rapport n°2003-150 de décembre 2003.

La DGAS²⁷ a communiqué à la mission des tableaux récapitulatifs des listes d'attente qu'elle définit comme celles des « *personnes sans solution ou en placements inadéquats* ». La mission a réalisé une synthèse de ces données.

Cependant les recensements effectués par la DGAS (qui ajoutent aux critères habituels celui de « placements inadéquats » qui peut être l'objet d'interprétations diverses) souffrent eux aussi de nombreuses imperfections. Par exemple, pour les CAT, au 31 décembre 2004, il y aurait eu 22 851 demandes de places en attente. Un examen attentif du détail de ces demandes par département montre que Saint-Pierre et Miquelon et la Lozère déclarent ne pas avoir de besoins pour cette catégorie d'établissement, ce qui paraît plausible. Il en est de même pour Paris, ce qui est, a priori, plus surprenant. Mais surtout on observe que pour 19 départements les réponses sont « *non connues* », ce qui obère sensiblement la pertinence du décompte final. On doit donc considérer les chiffres avancés plus comme des ordres de grandeur que comme des données indiscutables.

Au total, on ne peut pas affirmer que la connaissance de la demande, dans ce domaine particulier, est parfaitement maîtrisée en France.

1122 – L'organisation de l'offre en France

L'organisation de l'offre en France s'établit à deux niveaux : celui des plans nationaux de création de places et d'établissements et celui des schémas départementaux du handicap qui structurent l'offre localement.

➤ Les plans nationaux de créations de places

Beaucoup de représentant des familles et de professionnels rencontrés par la mission affirment que le recours à la Belgique s'explique principalement par la déficience de l'offre française.

Il est indéniable que la France a, globalement, fourni un effort important en matière de création de places depuis quelques années. Ainsi, un plan quinquennal destiné

²⁷ DGAS : direction générale de l'action sociale.

aux adultes handicapés a été mis en place pour la période 1999 – 2003, renforcé en cours de déroulement par un plan triennal 2001 – 2003, au profit des enfants et des adultes, un programme de créations de places en 2004 et un nouveau plan pour la période 2005 – 2007 (Cf. encadrés ci-après).

Sur la période 1999 – 2007 ce sont donc 14 100 places de MAS et FAM et 18 000 places de CAT que les plans nationaux ont prévu de créer.

Si la réalisation de ces plans est très inégale, on note une progression très significative. Par exemple, pour les CAT pour la période 1999-2004 (selon les données communiquées par la DGAS) on constate :

- qu'il existe un léger décalage (-1,6%) entre le nombre de places financées (104 811) et celui des places effectivement installées (103 140) pour l'ensemble de la France;

- que le nombre de places installées est passé de 91 811, fin 1998 à 103 140 fin 2004, soit un accroissement de 11 329 places (+12,3%). Mais, selon les régions, l'augmentation est inégale : dans le Nord – Pas-de-Calais et l'Ile-de-France, très concernées par les placements en Belgique, la progression sur la même période a été respectivement de + 9,3% et +19,6% (c'est à dire une augmentation qui varie du simple au double);

LE PLAN QUINQUENNAL 1999 –2003 ET LE PLAN TRIENNAL 2001-2003

Deux plans pluriannuels de création de places pour personnes handicapées ont été mis en œuvre entre 1999 et 2003. Le premier, dit plan quinquennal 1999-2003, ne concernait que les établissements pour adultes lourdement handicapés, le second, dit plan triennal 2001-2003, concernait certaines formes de handicap (enfants handicapés profonds, polyhandicapés, autistes, traumatisés crâniens, personnes vieillissantes) ou certaines formes de prise en charge (SESSAD, action médico-sociale précoce).

1°) MAS et FAM : à l'origine 205,81 millions d'€ pour un objectif de création en 5 ans de 5.500 places en MAS et FAM. Le Gouvernement a décidé de doubler les crédits de la tranche 2003 afin de porter l'objectif total à 6.600 places.

Le bilan des programmations régionales, au 15 septembre 2004, montre que 2.596 places en MAS et 3.120 places en FAM ont été effectivement financées, soit un total de 5.716 places pour les adultes lourdement handicapés.

2°) CAT : enveloppe initiale de 84,86 millions d'€ pour la création en 5 ans de 8.500 places. Le Gouvernement a doublé la tranche 2003 afin d'atteindre 10.000 places.

3°) Enfants très lourdement handicapés (handicap mental profond, polyhandicap,...) 585 places ont été créées dans le cadre du plan triennal 2001-2003, abondé en 2003 de 1,21 millions d'€ soit au total 19,5 millions d'€ sur trois ans.

4°) Personnes autistes : 945 places (pour enfants et adultes) ont été créées dans le cadre du plan triennal 2001-2003, abondé en 2003 par une enveloppe complémentaire de 1,79 millions d'€ soit 24,65 millions d'€ sur trois ans.

5°) Personnes traumatisées crâniennes ou cérébro-lésées : création de 793 places (enfants ou adultes) dans le cadre du plan triennal, soit 22,86 millions d'€

6°) Personnes handicapées vieillissantes : création de 283 places dans le cadre du plan triennal, soit 6,86 millions d'€

7°) Services de soins et d'éducation spécialisée à domicile (SESSAD) : création de 3.160 places dans le cadre du plan triennal, abondé en 2003 de 4 millions d'€ soit 40,58 millions d'€

8°) Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) : l'enveloppe de 9,14 millions d'€ sur 3 ans a permis de financer 35 opérations.

9°) Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : 6 86 millions d'€ millions d'€ de mesures nouvelles sur 3 ans dégagés sur les crédits d'assurance maladie (ONDAM).

Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005

PROGRAMMES DE CREATION DE PLACES POUR PERSONNES HANDICAPEES 2004 ET 2005-2007

Sur les crédits d'assurance maladie de 2004, 53,78 millions d'€ ont été consacrés à la création de places pour les enfants et adolescents handicapés et 110 millions d'€ pour les adultes et 10 millions d'€ pour la création de SSIAD. Le bilan des programmations régionales, réalisé au 15 septembre 2004, montre que ces crédits ont permis le financement de : 325 places pour enfants polyhandicapés, 384 pour enfants autistes, 1.549 places en SESSAD, 97 places en ITEP, 42 projets CAMSP et 3 projets CMPP, 1.237 places en MAS et 1.175 places en FAM et 520 places en services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Un **programme de créations de places en établissements et services 2005-2007** prévoit la création, sur les trois années, de : 66 CAMSP, 66 CMPP et 15 centres de ressources autisme, 360 places en ITEP, 750 places pour les enfants et adolescents autistes, 540 places pour les enfants et adolescents polyhandicapés, 3.750 places de SESSAD, 7.500 places de MAS / FAM, 8.000 places de CAT et 4.500 places en services (SSIAD et SAMSAH)

Source :Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005

- que c'est la notion de « taux d'équipement » qui sert de base à l'évaluation des besoins et aux décisions de création de places. Ce taux résulte du rapport entre le chiffre de la population âgée de 20 à 59 ans et celui du nombre de places installées. Pour les CAT ce taux est passé, pour l'ensemble de la France, de 2,88 en 1999 à 3,17 en 2004. Sur la même période, il est passé de 1,82 à 2,24 pour l'Ile-de-France (qui se situe donc toujours en dessous du taux national). Pour le Nord – Pas-de-Calais il passe de 3,8 à 3,94 (donc toujours au-dessus du taux national). Ce qui est fâcheux, c'est qu'il n'a jamais été déterminé (du moins officiellement) où se situait l'optimum en la matière. L'exemple du Nord – Pas-de-Calais est significatif à cet égard : alors que cette région possède un taux d'équipement supérieur au taux national, les services déconcentrés de l'Etat annoncent 4 500 demandes de placement non satisfaites en 2004, sans pouvoir expliquer de façon irréfutable cette situation.

Il n'existe donc pas d'impact clairement identifiable des programmes nationaux de créations, de places ou de structures, sur les placements à l'étranger.

➤ Les schémas départementaux

Aujourd'hui, les schémas départementaux du handicap, dont l'élaboration relève d'une compétence conjointe Etat - conseils généraux depuis la loi 2002-2 du 2 janvier 2002²⁸, n'existent pas dans tous les départements sous la même forme et n'ont pas toujours été conçus selon la même approche. Ils ont été le plus souvent engendrés dans le cadre réglementaire antérieur, ce qui explique la disparité des situations. Selon les cas, cohabitent à la fois, un schéma « conseil général » et un schéma « Etat ». Parfois, un schéma unique a été retenu, émanant de l'une ou l'autre institution. Un troisième cas de figure, est plus rarement rencontré sous la forme d'un schéma véritablement conjoint. **Il est donc délicat de s'appuyer sur ces schémas pour dresser un bilan homogène et envisager des perspectives.**

Pourtant, la loi 2002-73 du 17 janvier 2002, dite loi de modernisation sociale, a créé des outils nouveaux pour améliorer la production de ces schémas, comme le conseil départemental consultatif des personnes handicapées. Ce conseil a pour rôle de « *donner un avis et de formuler des propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale...* » et surtout de « *réaliser, dans un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi, un recensement du nombre de personnes résidant dans le département et la nature de leur handicap*²⁹ ».

Le Conseil général du Nord, principalement concerné par les placements en Belgique, a adopté un « *Schéma départemental en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapée 2004-2008* » et un « *Schéma départemental en faveur des adultes handicapés 2002-2006* »³⁰. Ce deuxième document, aborde le sujet des placements en Belgique dans sa première partie "Etat des lieux et analyse" sous le titre : "*L'importance persistante des placements en*

²⁸ Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Si l'élaboration conjointe constitue une novation importante, la loi précise également qu'en cas de désaccord entre l'Etat et le département chacun procèdera de façon autonome.

²⁹ Article 18 et 19 de la loi 2002-2 précitée. Si les éléments du schéma ne sont pas arrêtés dans le délai de deux ans prévu par la loi (ou un an après la date d'expiration du schéma précédent) le représentant de l'Etat dispose d'un délai de 3 mois pour arrêter ledit schéma, organisant de fait un véritable pouvoir de substitution au bénéfice de l'Etat.

³⁰ Adopté par arrêté du 3 décembre 2003.

Belgique notamment en urgence"³¹. Les services justifient la situation en arguant du sous-équipement en établissements pour jeunes et adultes handicapés dont a souffert le département : "L'effort important consenti ces dernières années...pour résorber le déficit de places n'a toutefois pas réduit le nombre de placements en Belgique". Mais ils formulent également des commentaires élogieux sur la qualité des conditions d'accueil dans les établissements belges et sur la souplesse de fonctionnement de ces structures qui "...permet également la prise en charge de certains handicaps spécifiques qui ne trouvent pas de réponse dans le département". Ces constats témoignent d'une certaine ambivalence de l'opinion des autorités du Nord, qui affichent une volonté de réduction des placements à l'étranger, tout en énonçant un principe de réalité basé sur la nécessité de leur maintien³².

La DGAS porte un jugement critique sur les schémas élaborés par le Conseil général du Nord : elle les considère très ambitieux, avec une prévision de 370 places créées par an alors que, par exemple, seulement 200 l'ont été en 2004³³. Pour l'administration centrale, les difficultés rencontrées par le département du Nord pour atteindre ses objectifs s'expliqueraient par :

- un montage compliqué des dossiers de création, lié tout autant aux difficultés d'acquisition du foncier, qu'aux aides financières insuffisantes, la politique d'aide du département étant plus favorable aux personnes âgées qu'aux personnes handicapées (40% des dépenses subventionnables pour les unes contre 10% pour les autres³⁴);
- une absence de stratégie « offensive » du Conseil général du Nord, qui serait dans l'attente de projets et qui ne les susciterait pas directement.

➤ Au total, **l'organisation de l'offre de places pour handicapés en France n'est pas totalement satisfaisante** : il existe à la fois des contradictions entre un désir de régulation nationale et les nécessités de l'aménagement local, entre les objectifs de l'Etat et ceux des départements, entre les pouvoirs régaliens et ceux issus de la décentralisation. A cause de ces divergences, toutes les parties concernées estiment, à tort ou à raison, que l'offre est inadéquate ou insuffisante, mais aucune n'est en mesure de le prouver de façon irréfutable.

113 - Les attentes

Au-delà des discours, études et statistiques, la mission s'est efforcée de connaître les attentes et les points de vue des familles, des associations, des organismes sociaux (§1131), notamment au regard du problème spécifique de l'autisme (§1132) ainsi que les souhaits des autorités belges (§1133) et des autorités françaises (§1134).

³¹ A noter qu'il n'est pas explicité dans le texte en quoi la question de « l'urgence » est plus particulièrement un problème.

³² Les représentants de l'assurance maladie du Nord estiment pour leur part que l'offre belge est bien prise en compte dans le schéma départemental avec un objectif de stabilisation.

³³ Les plans nationaux ont privilégié la région Nord – Pas-de-Calais depuis 3 ans et ont eu un certain impact, en particulier en diminuant la liste d'attente pour les CAT.

³⁴ Historiquement, ces taux ont été définis par rapport à la destination publique ou privée de l'opération.

1131 - Les attentes des familles, des associations et des organismes d'assurance maladie

Au fil du temps, les justifications et les motivations profondes du placement des personnes handicapées françaises en Belgique, ont beaucoup évolué. Comme cela a été indiqué précédemment, il a longtemps été considéré comme une solution par défaut, un « pis-aller » aux dires des acteurs publics ou privés et des familles que la mission a rencontrés. Toutefois, beaucoup d'entre eux s'accordent aujourd'hui pour considérer qu'il s'agit d'un fait acquis, qui ne présente pas que des inconvénients. En effet, il n'y a pas de la part des familles de demandes pressantes pour un retour systématique en France des handicapés placés en Belgique. Selon les propos des familles et des représentants des institutions publiques et privées, ces handicapés sont bien accueillis et sont parfaitement intégrés : un retour signifierait un nouveau « déracinement », qui ne paraît souhaitable à personne.

➤ Les raisons qui justifient, ou qui expliquent, les placements en Belgique

Les associations représentant les familles, les organismes, ou les services, que la mission a rencontrés avancent plusieurs raisons pour expliquer les placements en Belgique :

- **L'insuffisance du nombre de places en France pour les handicapés les plus « lourds ».** C'est l'opinion de l'APF³⁵ qui insiste sur les carences pour l'accueil des polyhandicapés avec grande dépendance et des autistes. Pour l'APIM-HF³⁶ le besoin porte en fait sur les cas qui en France relèvent plutôt du médical (par exemple, un handicapé avec nécessité d'assistance respiratoire). Toutefois l'APIM-HF constate, aussi, la persistance d'un flux de placements en Belgique de personnes déficientes légères ou moyennes, voire de personnes sans handicap avéré, mais présentant des difficultés sociales majeures.³⁷
- **L'insuffisance des services « d'accompagnement » en France.** L'APF estime que le déficit du nombre de services de soins à domicile et d'auxiliaires de vie contraint les familles à rechercher des établissements avec hébergement dans leur environnement, et que, faute d'en trouver, elles sont conduites, soit à conserver auprès d'elles les handicapés dans des conditions inappropriées, soit à les placer en Belgique. De même, en raison d'un manque de familles d'accueil (et de l'absence de formation spécifique de ces familles) de nombreuses demandes faites par les conseils généraux arrivent en CDES pour une orientation en internat complet, mais faute de solutions françaises, les enfants sont dirigés vers la Belgique.
- **L'efficacité de l'offre belge, avec notamment l'existence d'internats.** Pour l'APIM-HF, la CRAM Nord-Picardie, l'IRP de Croix³⁸, l'ouverture 365 jours/an des établissements conventionnés, l'accueil pendant le week-end, l'effet de "couperet" lié à l'âge moins important en Belgique, ce qui favorise des solutions pérennes, l'existence d'un

³⁵ APF : Association des Paralysés de France.

³⁶ APIM-HF : Association d'aide aux personnes inadaptées mentales – hors de France.

³⁷ Pour l'ADAPEI du Nord (association départementale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis) beaucoup d'enfants sont scolarisés en Belgique, également en raison d'un manque de places en France. Le délai d'attente serait de 1 à 3 ans.

³⁸ IRP : institut de rééducation professionnelle.

triptyque thérapeutique – éducatif - pédagogique dans une unicité de lieu, la prise en charge jusqu'à 21 ans, sont autant d'éléments qui expliquent l'attrance pour la Belgique.

- **La plus grande tolérance des établissements belges, en particulier vis à vis des enfants ayant des troubles du comportement**, est mise en avant par « Sésame Autiste France », la CDES du Nord et l'UDAPEI. L'IRP de Croix cite le cas des jeunes qui doivent présenter un comportement stabilisé pour être admis dans les IMPro français, alors que cette exigence n'existe pas en Belgique. L'ADNSEA³⁹ estime que ce sont les conditions favorables d'accueil qui expliquent la réorientation des publics les plus en souffrance psychiatrique (publics qui relevaient auparavant du secteur sanitaire plutôt que du secteur médico-social) vers la Belgique, alors que les établissements disposent de moyens similaires dans le domaine de la psychiatrie.
- **La qualité de l'organisation belge et du service rendu**. Pour l'APF la qualité des soins apportés est identique dans les deux pays. En revanche, la présence humaine est de plus grande qualité en Belgique, en raison notamment d'une moindre contrainte administrative. Selon l'APF, le passage aux 35 heures en France aurait eu pour conséquence une baisse du temps de présence des personnels, alors que le niveau de dépendance des handicapés aurait eu tendance à croître. Pour « Sésame Autiste France » la culture professionnelle médico-sociale belge est basée sur un grand dévouement et la polyvalence (un éducateur peut exercer tout à la fois des tâches d'aide médico-pédagogique, d'aide-soignant et de moniteur spécialisé) une approche plus "humaine" et moins administrative de la personne handicapée (dialogue, adaptation du projet individuel). L'APF souligne la qualité de prise en charge éducative, pour gagner en autonomie, que l'on ne trouve pas en France. Pour la CRAM Nord-Picardie la souplesse de l'organisation belge en sections "enfants" et "adultes" dans un même établissement est aussi un élément attractif.

L'association « Sésame Autiste Pas-de-Calais » avance un autre argument qui, selon elle, explique partiellement le manque de places sur le territoire français : les créations de places en établissements sont révocables et individuelles en Belgique, alors qu'en France le caractère définitif de ces créations rendrait hésitantes les tutelles.

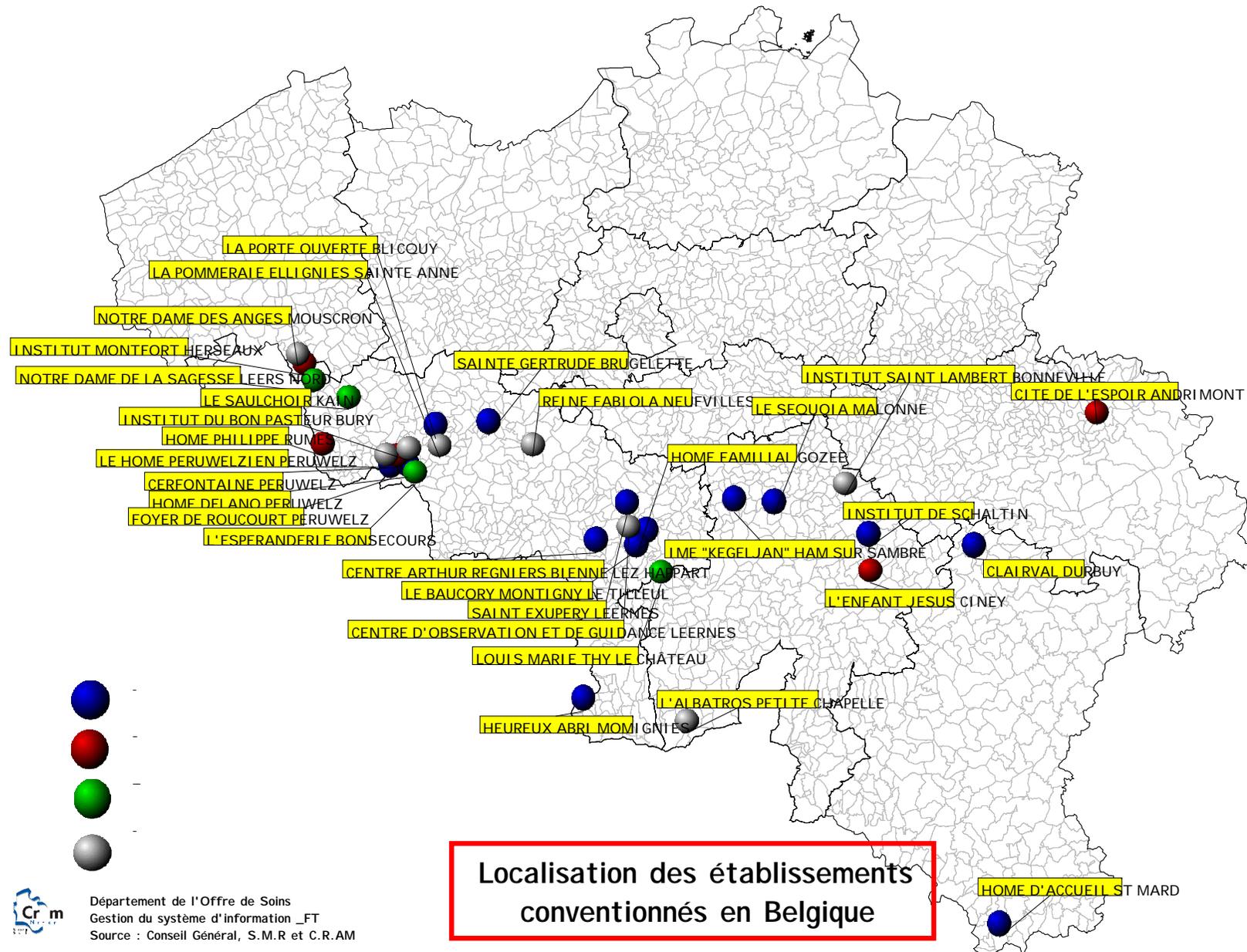
La DGAS confirme la réputation des établissements belges pour l'accueil des enfants souffrant de troubles du comportement, la souplesse des conditions d'admission, de critères d'âge, d'horaires, de mélange des âges et des cas cliniques, la polyvalence et le travail d'équipe, l'importance donnée à la formation professionnelle.

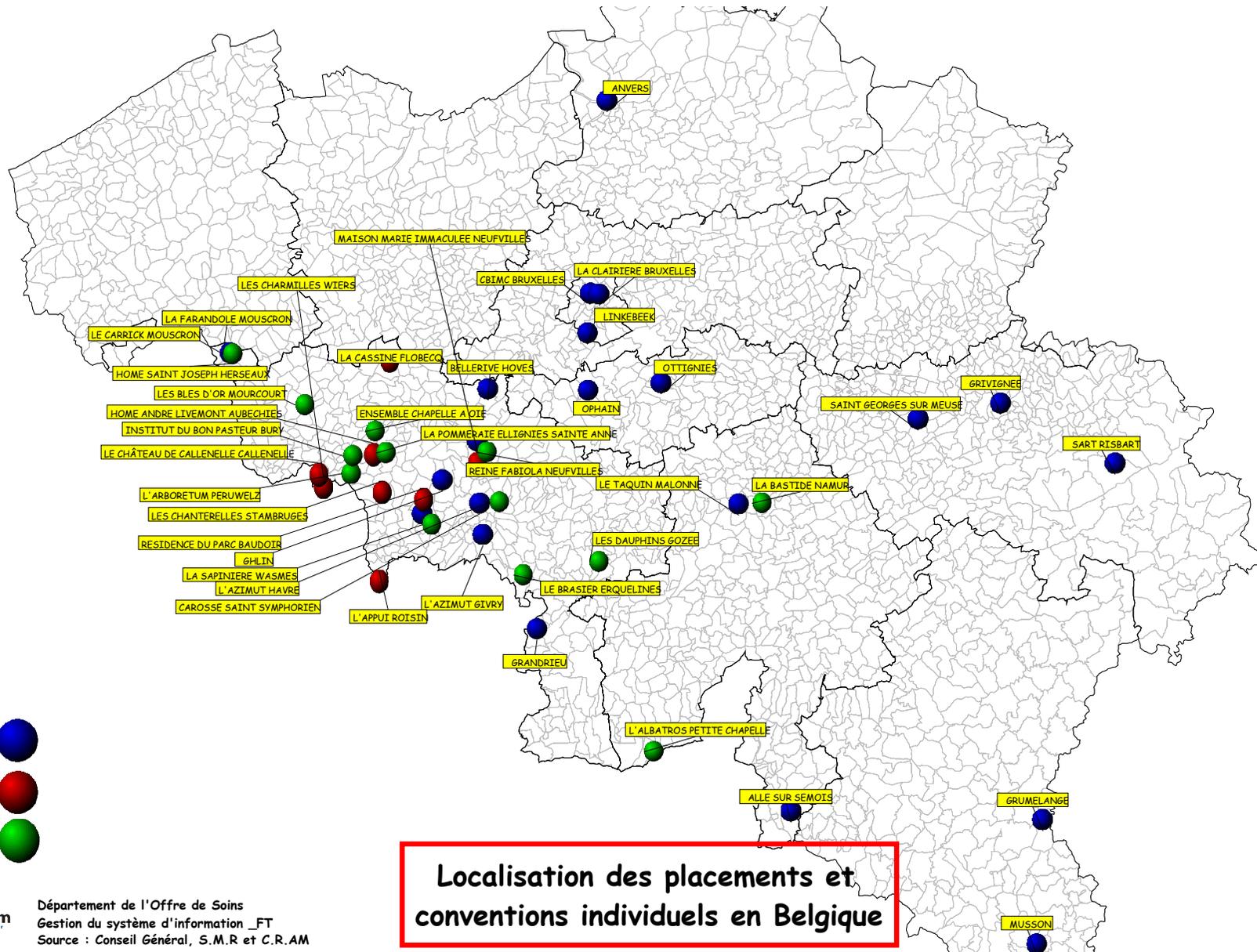
Mais il existe également une autre raison majeure qui explique les placements dans les établissements belges, au moins pour les habitants du Nord ou de la région parisienne : **la proximité géographique**.

³⁹ L'ADNSEA (Agence Départementale du Nord de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte) insiste sur le « *sinistre* » de la psychiatrie des adolescents, avec un partenariat des instituts de rééducation qui resterait de l'ordre du discours.

En effet, les établissements belges qui hébergent les handicapés français sont situés, pour la plupart d'entre eux, le long de la frontière, comme le montrent les deux cartes ci-après, dressées par la CRAM Nord-Picardie.

On notera toutefois que les établissements qui n'accueillent que des placements dits « individuels » (Cf. ci-après §12 le sens qu'il faut donner à cette appellation) sont, pour certains d'entre eux, un peu plus éloignés (Anvers, Bruxelles, frontière allemande).





Département de l'Offre de Soins
Gestion du système d'information_FT
Source : Conseil Général, S.M.R et C.R.A.M

➤ Les désavantages des placements en Belgique

Bien qu'ils soient globalement favorables aux placements en Belgique, les organismes et les familles expriment cependant quelques réticences :

- l'absence de réponse de quelques établissements belges aux qualités d'accueil requises (APIM-HF),
- la faible « médiatisation » des établissements belges (peu de membres de la CDES ont une bonne connaissance de ces établissements selon l'APIM-HF),
- le caractère un peu succinct des projets de vie de certains établissements belges, notamment ceux hébergeant des personnes sous amendement "Creton" très lourds (CRAM Nord-Picardie),
- la difficulté d'apprécier les établissements belges dans leur fonctionnement pédagogique et l'absence d'obligation pour eux de rendre compte de leurs activités (ADNSEA),
- les écarts existant entre les deux pays concernant le droit du travail et le droit à la formation (ADAPEI),
- les ruptures parfois brutales de prises en charge, facilitées par l'absence de véritable tutelle sur certains établissements (APIM-HF),
- la perte possible du bénéfice de l'Allocation adulte handicapé, si la convention ne prévoit pas la reconnaissance à la personne handicapée d'un statut de résident français en Belgique (APIM-HF),
- Sésame Autisme admet la souplesse de la réglementation belge, mais estime que c'est au détriment du contrôle du projet pédagogique lui-même. Selon elle, beaucoup d'établissements n'accueillent que des français et ne bénéficient d'aucun agrément. Ils développent une véritable politique commerciale et pratiquent du démarchage en direction des associations, voire des commissions d'orientations. Certains établissements ont des conditions sanitaires qualifiées de « moyennes », plusieurs hébergeant un trop grand nombre de personnes (établissements de 100 places ou plus).

➤ Au total, **la dénonciation, par les familles et les organismes concernés, d'un manque de places pour handicapés en France n'est pas aujourd'hui, semble-t-il, injustifiée.** Toutefois, quel que soit le niveau d'équipement dans ce secteur, cette revendication perdurera sans doute longtemps : si on pose comme postulat qu'augmenter les capacités d'accueil et multiplier les établissements très spécialisés, revient à améliorer la qualité de la prise en charge des handicapés, **le moment où les besoins seront considérés par les familles comme pleinement satisfaits n'est pas près d'être atteint.**

Mais, dans le cas particulier, il apparaît que, plus que les capacités d'accueil, ce sont surtout les méthodes adoptées par les Belges et la qualité de l'accompagnement des jeunes handicapés, qui séduisent les familles. Dès lors, et tant que les conditions d'accueil en France n'évolueront pas, il est vraisemblable que les flux de placements en Belgique continueront, au moins pour les régions frontalières.

1132 - Le cas particulier de l'autisme

Le cas des personnes autistes illustre parfaitement l'attirance exercée par les établissements belges.

Les auditions de médecins pédopsychiatres, de médecins de caisse d'assurance maladie, de travailleurs sociaux et d'experts, font naître un sentiment de profond malaise à l'égard du placement des cas les plus lourds, des cas « sérieux » selon l'expression belge et particulièrement des autistes.

➤ Les attentes et les inquiétudes des familles d'autistes

La presse se fait régulièrement l'écho du sort réservé aux autistes et de la demande très forte de création ou de développement de places en institutions françaises⁴⁰. Répondre à cette question exige de s'interroger d'abord sur la nature de l'interaction entre les professionnels, les destinataires des soins et les familles.

La personne atteinte d'un autisme sévère a, le plus souvent, besoin d'une aide durant toute sa vie. La qualité du gîte, du couvert et de l'accueil, les capacités de compréhension et à la très grande disponibilité des professionnels sont des éléments considérés comme essentiels par les familles. Celles-ci sont plongées dans une grande détresse et s'estiment en droit d'espérer pour la personne autiste dont elles ont la charge, qu'elle soit bien accueillie, bien soignée, au sens de l'entretien courant, bien entourée et protégée. Les familles éprouvent donc une inquiétude au présent, mais aussi au futur. En d'autres termes, l'idée obsédante pour elles est de savoir où ce futur sera le plus sûr pour leur enfant.

L'attitude des parents face aux modalités de prise en charge est donc complexe. Si la famille ne peut pas s'occuper de son enfant, ce qui est culpabilisant, il faut qu'elle le confie à des professionnels. Il faut alors que ceux-ci soient exceptionnels et les exigences de la famille à leur égard sont démultipliées.

➤ L'enjeu de la continuité des prises en charge de l'autisme

Si l'enfant autiste, devenu adulte, a besoin d'un accompagnement, d'une aide ou d'une présence permanente, en raison de la gravité de sa situation, la France ne semble pas être en mesure, selon les observations de la mission, d'apporter une réponse suffisante pour tous. Il est pourtant de la responsabilité publique de donner pour chacun, sinon une garantie, au moins de préserver un minimum de développement ultérieur et de vieillissement dans les meilleures conditions possibles.

⁴⁰ Pour l'association « Sésame Autisme » les services de l'Etat n'ont pas suffisamment accompagné la politique menée en faveur de l'accroissement de l'offre pour les personnes autistes : selon elle il n'y aurait pas eu de création nette de places à la hauteur de ce qui était prévu. La situation serait globalement inchangée par rapport à 1995. Les IME et les hôpitaux psychiatriques ont été déchargés du problème, avec la création de places ciblées, mais on n'a fait que déplacer les populations sans créer véritablement une offre nouvelle. En outre, selon cette association, la pédopsychiatrie s'est aussi désengagée, en raison de l'impact médiocre des thérapies psychiatriques et du refus de certaines familles, ce qui a contribué à amoindrir les capacités d'accueil.

En effet, il existe un double discrédit dans l'esprit des familles en France concernant les modalités de prise en charge des autistes : un discrédit conceptuel et un discrédit institutionnel.

L'autisme peut être expliqué, schématiquement, selon deux approches :

- soit l'autisme est assimilé à un problème relationnel, qui distingue l'environnement de l'enfant en souffrance (notamment sa famille) et l'enfant lui-même. Lorsque l'enfant est tout petit, l'environnement de l'enfant tente de s'adapter au mieux aux besoins de celui-ci. Mais si l'enfant exprime des besoins auxquels l'environnement répond mal, ou de manière inadéquate, l'enfant se renferme sur lui-même⁴¹ ;
- soit l'autisme s'explique par les difficultés de l'enfant pour décoder et à comprendre les messages qui viennent de l'environnement. Il existe alors un conflit entre les informations envoyées et les informations décodées.

Selon la première approche, l'environnement familial est complètement désarçonné parce que les demandes de l'enfant ne sont pas compréhensibles, dans la seconde, c'est l'enfant qui est à l'origine du dysfonctionnement, en raison de ses carences, de ses déficits d'ordre psychoaffectifs, génétiques, ou simplement congénitaux.

Si l'on retient ces deux modèles on comprend que les modes d'accompagnement et de soins sont très différents. Dans le premier cas, les parents se sentent fautifs, dans le second, ils sont confrontés aux difficultés d'un enfant qui pose un problème mais ils ne se culpabilisent pas.

Il existe donc deux positions théoriques, l'une plus psychanalytique, l'autre plus médicale dans laquelle se situe la psychiatrie, éclairée par les connaissances neuropsychologiques actuelles et la diversité d'approche des soins : il faut soit apprendre des comportements pour aider l'autiste, soit agir sur la personnalité de celui-ci.

Dans un cas de figure, les psychanalystes sont les acteurs privilégiés. Dans l'autre cas, ce sont les psychiatres et les éducateurs qui influent sur l'environnement et qui sont les acteurs prépondérants. Il y a là un conflit d'écoles.

D'un côté on soigne des enfants pour corriger la conduite et les comportements et permettre la restauration progressive, parfois très lente, d'une personnalité. D'un autre côté, on reconnaît les carences et on organise des apprentissages. On vise alors une adaptation sociale. L'objectif est aussi concret que modeste et abouti d'une certaine manière à habituer les personnes handicapées à certains gestes de la vie quotidienne grâce au concours des éducateurs. Dans cette conception on ne tient pas vraiment compte des potentiels réels et de la personnalité de chacune des personnes concernées.

⁴¹ Le système relationnel est à l'origine du problème. Le mouvement psychanalytique est traversé par cela puisqu'il s'agit de l'inadéquation de la proposition de réponse de l'environnement à un enfant, qui par voie de conséquence, est désarçonné et ne peut pas comprendre l'environnement. Il lui reste dès lors la seule possibilité de se replier sur lui-même. Pour cette raison "l'autisme" a été assimilé à un repli dû à une inadéquation des soins importants. Si l'intervention est extrêmement tardive on ne peut éviter les troubles du comportement lourds. Si l'intervention est très précoce au moment de la toute première période du développement de l'enfant, on peut traiter avec efficacité et rapidité.

Entre ces deux écoles il y a un « mur », qui est en fait la frontière réelle.

En Belgique, la place du champ médical est moins dense et régulière et les éducateurs sont plus nombreux. Il y a là une forme "d'étriquation" conceptuelle.

En France, on se situe sur un plan symétrique inverse, on mobilise plus de médecins et moins d'éducateurs. Beaucoup de spécialistes français estiment qu'une institution dont le projet ne serait que psychothérapique ou éducatif, ne remplirait pas sa mission de manière pertinente. Mais il existe une vraie difficulté pour concrétiser cette orientation : si l'institution dispose à la fois d'un pôle psychothérapique et d'un pôle éducatif, la part de la démarche psychothérapique et celle de la démarche éducative doivent être discutées avec la famille. Or, cette conception, rationnelle et scientifique, se trouve très souvent mise en échec par les familles, qui refusent d'entrer dans cette dialectique.

A l'antagonisme Franco-Belge s'ajoute une querelle « franco-française » concernant les modalités de fonctionnement. En effet, l'accueil des enfants autistes, est assuré dans notre pays à la fois par le service public et par des structures associatives, qui se livrent à une sérieuse concurrence :

- le camp du public (psychiatrie infanto-juvénile) clame sa prééminence, mais déplore son manque de moyens, notamment en matière éducative,
- le camp des associations, qui bénéficie des subsides de l'Etat, se défie du secteur public et entend définir et mener seul sa politique soignante.

Il existe une vraie dichotomie qui introduit confusions et systèmes dérogatoires. Cette guerre larvée est doublée d'un clivage entre ce qui appartient à la psychiatrie infanto-juvénile et ce qui appartient à la psychiatrie adulte.

En Belgique, il n'y a pas de place pour ces états d'âme : l'établissement prend en charge la personne dès le plus jeune âge et jusqu'à son décès. Cette conception est partagée, par SESAME AUTISME, qui estime qu'il faut prendre en compte les besoins des autistes, non pas de façon séquentielle, mais dans un continuum. Toutes les associations rencontrées par la mission insistent toutefois sur la nécessité d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces de l'autisme chez l'enfant, qui conditionnent son devenir et ses capacités d'évolutions ultérieures. Cette approche peut choquer et être qualifiée de « paternaliste », mais elle rassure les parents. Ceux-ci ne placent pas les aspects purement thérapeutiques au second plan, mais, comme le souligne Evelyne FRIEDEL présidente de l'association « AUTISME FRANCE », ils considèrent que « *le soin est un enjeu du mieux vivre* », en précisant que « *vivre est fait, de soins, d'éducation, d'apprentissages, d'intégrations à la fois dans la vie de la cité, dans la vie avec les autres, dans la vie des familles.* » Les établissements belges se sont fixés l'objectif minimal d'offrir « *une vie qui ne soit pas épouvantable* ». Leur choix d'un accueil familial, chaleureux, répétitif, rythmé, se fait souvent en toute connaissance de cause, en opposition à une démarche basée prioritairement sur le soin et l'inventivité.

Cette question a suscité des développements récents⁴². Courant juillet 2005, le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) a été saisi par les responsables de quatre associations de familles touchées par cette affection⁴³ afin

⁴² Cf. le journal « Le Monde » du 2 août 2005.

⁴³ Fondation « Autisme, agir et vaincre », Pro Aid Autisme, Autisme sans frontières et Asperger Aide.

« d'attirer l'attention du CCNE sur la situation très préoccupante vécue par les personnes atteintes d'autisme et leur famille en France ». Le texte de la saisine précise que « les traitements des personnes autistiques par des méthodes de psychiatrie psychanalytique trop souvent utilisées en France sont obsolètes et abandonnées depuis de nombreuses années, notamment aux Etats-Unis et dans les pays scandinaves. En revanche, les causes organiques de l'autisme ont conduit à développer dans ces pays, depuis plus de 40 ans, de nouvelles expériences éducatives et des projets thérapeutiques et éducatifs intégrant les données de la psychologie cognitive et de l'analyse comportementale ». Les associations espèrent qu'un avis du CCNE « aidera à changer le sort des personnes autistes exposées à l'exclusion, contribuera au respect de la France de ses obligations éducatives à l'égard de ces personnes et favorisera la création d'institutions éducatives adaptées permettant leur meilleure intégration dans notre société ».

La situation actuelle de la prise en charge de l'autisme n'est liée ni à une question financière, ni à une question de savoir-faire, ni à une question de bonne ou de mauvaise opportunité. Le recours à la Belgique pour le placement des personnes handicapées est le résultat d'une appréhension de l'enfant dans son environnement et de la prise en compte de l'interaction de l'un par rapport à l'autre. L'audience de la Belgique est directement liée à cet aspect, c'est à dire à la qualité de l'attention portée aux personnes.

1133– Les attentes des responsables belges

Si le problème du placement des handicapés français en Belgique est bien une réalité concrète, il est mal connu et peu évalué. Les entretiens que la mission a eus avec les responsables belges de l'AWIPH⁴⁴ ont permis de mettre en évidence chez ceux-ci une forme de perplexité et un manque de connaissance chronique du sujet, qu'ils partagent avec les autorités françaises.

La plupart des organismes qui gèrent des établissements pour handicapés en Belgique sont des associations « gestionnaires » (dont les membres sont principalement des professionnels) dites ASBL (association sans but lucratif) et non des associations de parents (qui gèrent avec l'aide de professionnels) comme c'est le cas très souvent en France.

La mission a visité plusieurs établissements, notamment ceux de "L'Albatros"⁴⁵ et de "l'Espéranderie"⁴⁶. Ces structures répondent à un besoin identique, celui de l'accueil de personnes françaises lourdement handicapées, mais dans un cadre juridique significativement différent. Ces deux cas de figure résument à eux seuls les questions posées à la France pour le placement des handicapés à l'étranger.

⁴⁴ AWIPH : agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées

⁴⁵ « L'Albatros » est une association sans but lucratif (ASBL) qui gère 13 foyers occupationnels. En Belgique, à Petite-Chapelle « centre », les foyers « Rièzes des Bois », « Rièzes des Champs », « Sarts » ; à Petite-Chapelle « village », les foyers « La Bergerie » et « La Fermette » ; à Cul-des-Sarts les foyers « L'Ermitage », « La Sauvagine », « la Résidence », « Le Clos Normand », « L'eau Noire ». En France, à Rocroi le foyer « La Redoute », à Taillette le foyer « La Source », au Petit Gué d'Hossus le foyer « La Maison Monery ». L'Albatros forme avec 19 autres ASBL la Ligue Nationale pour personnes Handicapées et services spécialisés (LNH).

⁴⁶ « L'Espéranderie » est en fait une sorte de fédération d'ASBL qui possèdent les mêmes dirigeants. Elle compte quatre structures en Belgique. A Bonsecours un institut médico-pédagogique (« L'Espéranderie » 421 places en service résidentiel) et un foyer occupationnel (« Le Bercaill » 68 places en service résidentiel), à Wiers deux foyers occupationnels (« La Fermette » 16 places en service résidentiel et « Le Gai séjour » avec trois sites « La Ferme de la Garenne » 32 places en service résidentiel, « Le Moulin Copine » 78 places en service résidentiel, « La Ferme Bellevue » 60 places en service résidentiel).

"L'Albatros", accueille à la fois des personnes handicapées belges et françaises. Cet établissement, en grande partie « agréé » (selon la terminologie belge – Cf. ci-après § 1211) est sous « surveillance continue » de l'AWIPH, qui assure son contrôle et son évaluation, formule les observations nécessaires et mène les analyses qualitatives sur les procédures techniques et médico-psycho-pédagogique⁴⁷. Les contrôles techniques sont approfondis et réguliers. Les documents issus de ces contrôles rendent compte du débat contradictoire avec les établissements et de l'analyse rigoureuse des documents administratifs, financiers et pédagogiques des institutions, lors des six mois qui précèdent le renouvellement des agréments (Cf. ci-après §1221).

Les foyers occupationnels associés à « L'Espéranderie", sont des établissements fermés aux ressortissants belges : ils n'accueillent que des français. Ces institutions sont "autorisées de prise en charge" (APC) et ne font l'objet d'aucun contrôle sérieux des autorités belges. Les pouvoirs publics belges et français limitent, pour l'essentiel, leurs relations avec les structures à des visites régulières, mais espacées, du médecin de la CRAM du Nord – Picardie et de l'inspecteur de l'AWIPH. L'un et l'autre, témoignent de la qualité technique des réponses de ces établissements, au regard de l'extrême gravité des handicaps des personnes qui y sont accueillies. La visite réalisée par la mission et les échanges initiés par elle avec les responsables belges, laissent d'ailleurs un sentiment global très positif. La mission a même constaté qu'il existe des relations de convivialité et de proximité avec les pouvoirs publics et qu'une forme de suivi de l'activité avait été mise en place. L'opinion des professionnels et des autorités françaises et belges est plutôt favorable, en dépit des réelles interrogations sur le statut de ces établissements et sur la nature de la qualification même des dirigeants.

Cet exemple illustre bien l'ambiguïté de la situation : si l'opinion générale est plutôt très positive à l'égard des prestations assurées par les établissements belges, aucun élément tangible n'en apporte la preuve concrète, aucun véritable dialogue entre les autorités belges et françaises n'a été institué pour garantir un contrôle cohérent. Dès lors, on aboutit, à des différences sensibles quant au volume et à la qualité des prestations fournies, pouvant aller jusqu'à des comportements très critiquables⁴⁸.

Les carence des contrôles de l'activité des établissements non agréés par l'AWIPH, est pointée par les autorités belges. Elles ne sont pas satisfaites de la situation actuelle et ne souhaitent pas durablement être contraintes de limiter leurs interventions aux seuls aspects de sécurité et d'hygiène. Elles désirent être en capacité de mieux répondre aux préoccupations françaises.

Les autorités belges manifestent de réelles inquiétudes : la situation institutionnelle actuelle échappe très largement aux contrôles réglementaires, il n'y pas de coordination entre les pouvoirs publics français et belges et très peu de contacts entre eux. Les responsables de l'AWIPH ont tenu d'ailleurs à souligner qu'ils ont longtemps cherché et espéré nouer ces relations, mais sans succès. Leur détermination et leur disponibilité demeurent intactes.

⁴⁷ Certaines places de l'Albatros ne sont qu'autorisées de prise en charge (131 places en service résidentiel, dont 24 en service résidentiel de nuit, et 24 places d'accueil de jour).

⁴⁸ L'AWIPH a fait part à la mission de ses vives craintes concernant le fonctionnement de quelques établissements « autorisés ». La législation belge ne lui donne pas compétence pour contrôler leur activité.

1134– Les attentes des responsables français.

Les autorités françaises, en particulier les services centraux de l'administration, ont des attentes multiples, qui révèlent une connaissance insuffisante des éléments indispensables pour développer une stratégie concertée.

Au cours d'une réunion qui s'est tenue à l'instigation de la mission, elles ont fait part de leurs positions et de leurs préoccupations.

➤ La direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS)

La DHOS considère qu'elle n'est pas concernée, puisqu'il s'agit de personnes accueillies dans des établissements médico-sociaux qui ne relèvent pas de sa compétence.

➤ La direction générale de l'action sociale (DGAS)

La direction générale de l'action sociale se dit préoccupée par :

- les raisons des placements en Belgique : s'agit-il d'une insuffisance de l'offre, d'un manque de structures, de la constitution de réseaux structurés ou de filières spécifiques en direction de l'étranger, d'un coût moindre?) ;
- le bilan quantitatif et qualitatif de ces placements, qui n'est pas réalisé aujourd'hui ;
- l'origine géographique des personnes handicapées placées à l'étranger qui n'est pas recensée à ce jour ;
- la méconnaissance des particularités des types de handicaps pris en charge et des méthodes belges ;
- l'impact des plans pluriannuels de création de places supplémentaires en France sur l'accueil en Belgique ;
- l'amplitude d'ouverture des établissements belges (365 jours par an) supérieure à celle de la France, qui pourrait contraindre celle-ci à modifier sa réglementation, pour limiter le recours à la Belgique.

Selon la DGAS, il existe un écart de perception du sujet des placements des handicapés à l'étranger entre les élus et l'administration. Elle estime que les élus français voudraient enrayer le processus et réduire le nombre de personnes placées en Belgique, alors que l'administration considère qu'il n'y a pas lieu de freiner le mouvement. Il faut, selon elle, seulement engager une maîtrise des placements, avoir la garantie que les conditions d'accueil sont convenables (ou au moins identiques à celles qui existent en France) et renforcer la maîtrise budgétaire. La DGAS considère qu'il faut, parallèlement, susciter une offre plus conséquente en France grâce aux associations. Cette politique nécessiterait un travail en partenariat, non seulement entre les différentes directions du ministère (enfance/famille et personnes âgées/personnes handicapées) mais également avec les conseils généraux et l'assurance maladie. A ce jour, la DGAS reconnaît que la coopération est très imparfaite et qu'il n'existe pas non plus de rapports institutionnalisés avec l'AWIPH, malgré les demandes répétées de cet organisme.

➤ La direction générale de la santé (DGS)

La direction générale de la santé paraît peu concernée. Cependant, elle se demande si l'intérêt porté par les familles à un accueil en Belgique est lié à des orientations spécifiques en

matière de thérapie et si les conditions de prise en charge en Belgique peuvent déboucher sur des orientations des politiques de santé publique en faveur des handicapés.

➤ La DDASS du Nord

La DDASS du Nord confirme la faiblesse des relations entre les deux Etats. Au pragmatisme des Belges, qui s'adaptent à un bassin de vie et à un marché et qui occultent facilement la frontière, les Français opposent un formalisme des procédures, un système réglementé et une planification encadrée. Les seules véritables relations se sont nouées entre les régimes de sécurité sociale, mais elles ne portent que sur les aspects financiers et non sur l'organisation ou la planification. Il s'agit d'un sujet sensible car les évolutions en Belgique, par exemple l'arrêt des créations ou la suppression de places, ont un impact immédiat en France.

➤ **Au total, les responsables français admettent qu'ils ont une connaissance insuffisante du problème et qu'ils se posent plus de questions, qu'ils n'apportent de solutions.**

12 - Les aspects administratifs et juridiques

Sous l'intitulé « aspects administratifs et juridiques » la mission a analysé les divers types de conventions établies entre les établissements belges et les bailleurs français (§121), les dispositifs de contrôle des structures mis en place par les deux pays (§122), les divers modes de financement des placements (§123) et les prix de journées pratiqués (§124).

121 - Les conventions qui lient les établissements belges et les financeurs français

Les conventions qui lient les établissements belges et les financeurs français sont tributaires de spécificités de la législation et de l'organisation wallonne (§1211). Il en existe de quatre sortes : celles qui sont conclues par les organismes de sécurité sociale (§1212), celles qui sont passées par les conseils généraux et qui peuvent être soit « individuelles » (ou « nominatives » c'est à dire à l'usage d'une personne nommément désignée) soit « collectives » (ou « générales ») (§1213), celles qui sont passées par l'Etat (§1214).

1211 - L'organisation wallonne

Le système wallon prévoit deux types de reconnaissance (délivrés par l'AWIPH) des établissements susceptibles d'accueillir des handicapés :

- **l'agrément**, qui atteste du fonctionnement d'ensemble et de la qualité des prestations des établissements et qui permet à ceux-ci de bénéficier de « subsides » belges (financement forfaitaire par ressortissant belge qui couvre les frais afférents au logement, à l'entretien, aux traitements médicaux et à l'éducation) ;
- **l'autorisation de prise en charge (APC)**, qui atteste seulement de l'existence de conditions de sécurité d'un lieu accueillant du public et qui ne génère aucun subventionnement de la part des autorités belges.

L'organisation belge repose donc, sur un dispositif à double entrée, l'agrément qui entraîne des procédures de contrôle très strictes sur le plan pédagogique, éducatif, social et thérapeutique et l'autorisation de prise en charge (APC) qui se limite pour la partie belge aux contrôles de sécurité et de procédures. **Or, et c'est là le problème principal, cette autorisation est bien souvent interprétée, à tort, en France notamment par les conseils généraux (en particulier ceux des départements les plus éloignés) comme une garantie de sérieux et de qualité de l'institution en question, en quelque sorte comme "un label de qualité"**.

Cette confusion est d'autant plus répandue qu'un même établissement belge peut posséder à la fois des places « agréées » et des places « autorisées ».

Les handicapés français accueillis en Belgique ont donc la possibilité d'être pris en charge dans des structures qui possèdent différents statuts :

- des établissements agréés par les autorités belges,
- des établissements non agréés, mais autorisés par les autorités belges,
- des établissements à la fois agréés par les autorités belges pour une partie de leurs places et autorisés pour l'autre partie,

ce qui génère des relations, des tutelles et des modalités de contrôle différentes.

1212 - Les conventions conclues par l'assurance maladie

➤ La réglementation française

La prise en charge par l'assurance maladie française est légitimée par l'article L.332-3, 1^{er} alinéa du code de la sécurité sociale, qui précise qu'il ne peut y avoir de prise en charge des soins dispensés hors de France, sauf conventions ou règlements internationaux. Le 2^{ème} alinéa du même article prévoit néanmoins des dérogations dans deux hypothèses : lorsque l'assuré tombe malade inopinément au cours d'un séjour à l'étranger, ou lorsque l'intéressé ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état.

La prise en charge des français handicapés à l'étranger se fonde donc sur cette deuxième exception. Son interprétation est précisée par l'article R.332-2 du code de la sécurité sociale, dont l'alinéa 2 stipule que la prise en charge des assurés se trouvant dans cette situation s'effectue sur la base d'une convention (entre l'établissement de soins étranger et les organismes français qualifiés) qui doit prévoir les conditions de séjour des intéressés et les modalités de remboursement. L'alinéa 3 précise que l'assurance maladie peut, exceptionnellement, rembourser de façon forfaitaire des soins. Un contrôle médical est alors nécessaire et l'assuré doit prouver dans ce cas qu'il ne pouvait recevoir en France les soins appropriés à son état.⁴⁹

⁴⁹ Les caisses d'assurance maladie procèdent alors à un remboursement des soins forfaitaire sur la base du tarif médian des établissements de même nature situés en France (arrêté du 10 décembre 2003 modifiant l'article 1 de l'arrêté du 9 février 1978). Pour les soins non hospitaliers il n'y a plus d'autorisation préalable pour aller à l'étranger (jurisprudence CJCE Kohll et Decker : un décret devrait être pris pour mettre en œuvre cette jurisprudence). La Cour de Justice des Communautés européenne admet que les autorités nationales puissent

➤ Le système conventionnel existant

A la suite de la mission IGAS de 1995, dans le cadre du dispositif conventionnel mis en place en 1998 à son instigation, une déconcentration de l'autorisation de conventionnement des établissements belges (pour les enfants et adolescents) a été organisée au niveau de la DRASS Nord-Pas-de-Calais et de la CRAM Nord-Picardie⁵⁰. Depuis lors, les conventions conclues par l'assurance maladie sont réalisées et contrôlées par la CRAM Nord-Picardie et une caisse pivot, la CPAM de Tourcoing, centralise les facturations⁵¹.

Deux modèles de conventions ont été élaborés, un pour les établissements agréés et un pour les établissements non agréés par les autorités belges. Ces nouvelles conventions précisent les modalités d'accueil des enfants, en réservant une priorité aux départements limitrophes de la Belgique.

Ces conventions ont un caractère « général », c'est à dire que chacune a pour objet principal de réserver un certain nombre de places pour des enfants et adolescents français dans un établissement belge donné.

Toutefois, comme cela a été indiqué précédemment, plusieurs centaines d'enfants originaires de la région Nord - Pas-de-Calais, fréquentant une école spécialisée belge, échappent au dispositif conventionnel. Ils bénéficient d'un remboursement individuel de leurs frais de transports. Il s'agit là d'une procédure dérogatoire qui ne vaut que pour les enfants remplissant une double condition : avoir fait l'objet d'une orientation de la CDES vers un établissement médico-éducatif (de type IME ou IMPro) et n'avoir, en principe, trouvé aucune solution locale d'accueil. Cette formule donne satisfaction aux familles. Cependant, des difficultés surviennent quand les enfants fréquentant ces écoles atteignent l'âge de 20 ans, la CDES devenant alors incompétente.

Le dispositif de conventionnement a permis de régler les deux difficultés majeures des prises en charge des enfants et adolescents en Belgique : d'une part, leur financement, puisque le tarif est négocié avec l'établissement (le tarif arrêté est un prix de journée tout compris incluant notamment les transports), d'autre part, la réalisation des contrôles, puisqu'ils sont effectués par les médecins-conseils de la CRAM Nord-Picardie. En effet, en théorie :

- lorsque l'établissement conventionné est « agréé », le contrôle de son activité est opéré par les autorités de chaque pays, lorsqu'il est « autorisé » le contrôle est assuré uniquement par la France;

conventionner avec un établissement étranger mais ce n'est pas une obligation : le remboursement est possible même si l'établissement n'est pas conventionné.

⁵⁰ Sur délégation du Conseil d'Administration de la CNAMTS et par décision du 24 septembre 1996, la CRAM « Nord-Picardie » a mandat afin de passer convention avec des structures implantées en Belgique et accueillant des enfants handicapés.

⁵¹ Le rôle des différents intervenants (DRASS Nord – Pas-de-Calais, CRAM Nord-Picardie, CDES, ERSM, CPAM de Tourcoing) est explicité dans le cadre de la circulaire CNAMTS/DGR 102/96 du 28 novembre 1996 :

- l'orientation est délivrée par la CDES ou la COTOREP ;
- la CRAM Nord-Picardie est habilitée par la CNAMTS, sous le contrôle de la DRASS 59, à passer des conventions avec les établissements belges agréés par l'AWIPH ;
- la CPAM de TOURCOING est caisse-pivot pour le versement des sommes dues aux établissements belges ;
- l'ERSM de la CRAM de Nord-Picardie est habilité par le médecin-conseil national de la CNAMTS à délivrer des avis sur les conventionnements et les autorisations de prise en charge des frais ;
- le suivi du placement dans les établissements conventionnés fait, annuellement, l'objet d'une exploitation statistique sur la base du rapport d'activité des structures.

- lorsque l'établissement n'est pas conventionné, s'il est « agréé » le contrôle de l'activité est pris en charge par les autorités belges, s'il est seulement « autorisé » il n'y a, a priori, aucun contrôle de prévu réglementairement, ni par les Français ni par les Belges.

Toutefois, ce type de conventionnement par l'assurance maladie ne concerne que les établissements belges accueillant des enfants. Par nécessité, il s'est également étendu aux jeunes adultes relevant de l'amendement Creton⁵². Certains établissements, pour s'adapter au vieillissement de la population accueillie, ont mis en place des sections spécifiques « adultes »⁵³. Dans la mesure où, en Belgique, la scolarité s'étend jusqu'à l'âge de 21 ans, certains handicapés français demeurent dans la structure jusqu'à cet âge, mais pas au-delà.

Le dispositif conventionnel de l'assurance maladie permet donc de régler ces difficultés, il assure un contrôle de la prise en charge, mais le problème principal est celui des effets de l'amendement Creton, qui a pour inconvénient fondamental de maintenir des adultes dans une structure pour enfants.

En dehors du système conventionnel, la prise en charge financière au titre de l'assurance maladie est réalisée, individuellement, sur la base d'un accord donné par le conseil d'administration de la caisse d'affiliation après avis du contrôle médical⁵⁴. Les résultats de cette pratique sont donc hétérogènes et elle engendre des inégalités de prise en charge.

Or, c'est la seule procédure qui est utilisée pour les adultes handicapés placés en Belgique.

La DGAS est favorable à l'extension des conventions « générales » mises en place pour les enfants et adolescents aux établissements accueillant des adultes. Cela permettrait aux autorités françaises de posséder des informations fiables sur les modalités de fonctionnement des établissements et sur la qualité des prestations, de négocier les prix de journée, sans passer par la dérogation d'un remboursement forfaitaire⁵⁵ et aboutirait à une simplification des démarches pour les familles.

Le principe d'une extension des conventionnements entre l'assurance maladie et les établissements belges accueillant des adultes avait d'ailleurs été acté en février 2004 par le cabinet de la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Mais cette décision de principe n'a pas connu de suite.

⁵² Le cas de ces jeunes adultes est prévu dans la convention type qui prévoit dans son article 2 que « l'établissement (belge)s'engage à accueillir (« x ») enfants ou adultes maintenus au titre de l'amendement Creton ».

⁵³ L'établissement de Saint Mard, qui relève de la communauté française de Belgique, est dans ce cas de figure : il est agréé par les autorités belges pour l'accueil de 130 « élèves ». L'établissement La Porte Ouverte à Bliqy, qui relève de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI), est dans le même cas.

⁵⁴ En principe l'accord est subordonné à deux conditions : décision de placement de la COTOREP et agrément ou autorisation de l'AWIPH.

⁵⁵ Prévu par l'article R. 332-2 du code de la sécurité sociale.

➤ Les procédures de conventionnement de l'assurance maladie

La procédure appliquée pour le conventionnement par l'assurance maladie des établissements belges pour enfants handicapés suit, selon la DRASS Nord - Pas-de-Calais, les principes suivants.

La demande de conventionnement est formulée par l'établissement belge auprès de la DRASS Nord - Pas-de-Calais.

La DRASS Nord - Pas-de-Calais constitue un dossier comprenant :

- le projet d'établissement,
- l'agrément des autorités belges,
- l'avis des services de sécurité belges,
- l'avis de la DDASS ou de la CDES,
- l'avis de la CRAM Nord-Picardie et de son service médical, après visite de l'établissement demandeur.

L'autorisation de conventionnement est délivrée (ou refusée) par le préfet de région Nord - Pas-de-Calais sur la base de ce dossier⁵⁶. Une copie de la décision est communiquée à la CRAM Nord-Picardie.

La décision de conventionnement est prise par la Commission d'action sociale de la CRAM Nord-Picardie⁵⁷.

Après signature par les parties concernées, la convention est homologuée par le préfet de région Nord - Pas-de-Calais⁵⁸.

Cette procédure est appliquée depuis 2002. Antérieurement la CRAM Nord-Picardie réceptionnait la demande de l'établissement et l'instruisait, tandis que la DRASS Nord - Pas-de-Calais n'était informée du dossier qu'à réception de la décision de la commission d'action sanitaire et sociale de la CRAM Nord-Picardie de conclure une convention, ou un avenant. La DRASS Nord - Pas-de-Calais ne disposait que d'un délai de 8 jours pour se prononcer sur la décision de la commission dans le cadre de l'article L 151-1 du code de la sécurité sociale relatif au contrôle de légalité.

Ces conventions comportent un certain nombre d'exigences:

- l'homologation de la convention par la DRASS Nord Pas-de-Calais ;
- l'agrément ou l'autorisation de l'établissement par les autorités belges ;
- l'attestation d'agrément des services belges de sécurité incendie ;
- l'engagement à respecter une annexe technique en l'absence d'agrément par l'AWIPH ;
- la mention des capacités d'accueil maximales ;
- les modalités d'accueil et de fin de prise en charge ;
- le contenu de la prise en charge ;
- l'indication du mode de liaison prévu avec la famille ;

⁵⁶ Par délégation du ministre octroyée par lettre en date du 21 mars 1997.

⁵⁷ Par délégation de son conseil d'administration et sur délégation de la CNAMTS (lettre circulaire du 28 novembre 1996).

⁵⁸ Les demandes d'augmentation de capacité suivent le même schéma de procédure.

- l'existence d'un projet individualisé et d'un dossier individuel,
- la mention de l'identité du directeur, de la liste du personnel, du règlement intérieur, du programme d'établissement ;
- les modalités des contrôles médicaux et administratifs ;
- le dispositif d'évaluation du fonctionnement médical et médico-éducatif.

La DRASS Nord - Pas-de-Calais et la CRAM Nord-Picardie effectuent donc bien, dans le cadre de cette procédure, un distinguo entre les notions « d'agrément » et « d'autorisation » délivrées par les autorités belges. A ce stade, c'est à dire au niveau des principes et des documents écrits, les précautions prises par les autorités françaises paraissent suffisantes.

➤ L'analyse détaillée d'une convention conclue par l'assurance maladie

La mission a procédé à l'analyse d'une convention conclue par l'assurance maladie, établie sur le modèle de la convention type.

Les signataires du document examiné (Cf. annexe) sont d'une part : la CRAM Nord – Picardie, les Caisses de Mutualité Sociale agricole, représentées par la CMSA du Nord, les Caisses d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, représentées par la CAMPI du Nord et d'autre part, un établissement belge représenté par son président et un administrateur délégué. A ce propos, il convient de remarquer que souvent l'établissement « signataire » est considéré comme une entité juridique individuelle même si, en fait, il fait partie d'un organisme qui possède et gère plusieurs autres centres.

Il est à noter aussi qu'une seule convention peut concerner plusieurs régions ou départements français. Ainsi, dans la convention analysée par la mission, l'établissement belge est « *habilité* »⁵⁹ à recevoir des enfants handicapés originaires du Nord - Pas-de-Calais, mais aussi de la Somme, de l'Oise, de l'Aisne (région Picardie), des Ardennes (région Champagne-Ardenne), de la Meuse, de la Meurthe-et-Moselle et de la Moselle (région Lorraine).

Les exigences théoriques décrites précédemment sont respectées et les différents critères sont détaillés, qu'il s'agisse :

- des modalités d'accueil,
- des caractéristiques de la clientèle accueillie,
- du projet d'établissement et de l'équipe pluridisciplinaire,
- des modalités de prise en charge et de prolongation,
- des dispositions budgétaires et financières,
- des obligations de l'établissement,
- des modalités de paiement,
- de l'organisation des contrôles et de l'évaluation de l'activité de l'établissement,
- de la constitution de dossiers individuels,
- de la durée de la convention (annuelle),
- du respect des normes architecturales françaises.

⁵⁹ La convention introduit une nouvelle notion française (l'habilitation) qui est différente de l'agrément et de l'autorisation belges.

Si elles sont effectivement appliquées ces dispositions, qui sont décrites avec suffisamment de détails dans la convention et ses annexes, paraissent adaptées pour s'assurer que les principaux éléments concourant à la qualité du service rendu sont réunis. En particulier, le contrôle de l'activité est conçu et présenté de façon techniquement satisfaisante. Toutefois la fréquence de ces contrôles n'est pas précisée et il n'est pas prévu de les mener selon une procédure formalisée, ce qui laisse planer un doute sur leur efficacité réelle.

1213 - Les conventions conclues par les conseils généraux français

Il existe deux sortes de conventions passées par les conseils généraux français : les conventions « générales » et les conventions « individuelles ».

➤ Les conventions “générales” passées par les conseils généraux français

Les conventions « générales » passées par les conseils généraux français ont souvent un fondement juridique incertain. Elles paraissent elliptiques, peu contraignantes et comportent souvent des « anomalies ».

Ces conventions générales ont vu le jour, entre les années 1971 et 1978, à la faveur de la démarche de contractualisation initiée par les autorités françaises, qui avait pour ambition de redéfinir le cadre contractuel de l'accueil des bénéficiaires de l'aide sociale (aide sociale à l'enfance et aide sociale aux grands infirmes à l'époque). Elles ont pour objet essentiel, comme les conventions passées par l'assurance maladie, de fixer le nombre de places susceptibles d'être occupées par les ressortissants français dans les établissements belges⁶⁰.

Ces conventions générales ont été conclues en faisant référence à des bases réglementaires diverses, comme l'article 124 du code de la famille et de l'aide sociale (Titre III, chapitre 6) mais aussi des décisions ministérielles ad hoc⁶¹, voire des décisions de conseils généraux dont la valeur juridique peut être discutée⁶².

Le contenu de ces conventions est souvent très elliptique⁶³ et peu contraignant.

Par exemple, les conventions passées par le Conseil général des Ardennes⁶⁴ ne comportent que 7 articles, qui sont pour la plupart rédigés de façon « lapidaire ». Ainsi, il est indiqué, sans plus de précisions, que « *le prix de journée sera établi annuellement par le département des Ardennes en conformité avec la législation française* », que « *l'association se trouve placée sous le contrôle administratif du département des Ardennes* », que

⁶⁰ Par la suite, et jusqu'au début des années 1990 des avenants furent signés afin d'ajuster ou de fixer les quotas de places. A la même période, le département du Nord a conclu deux conventions générales supplémentaires pour des « services d'accompagnement à l'habitat » (ou « service de suite ») au bénéfice de résidents pouvant ainsi quitter leur foyer et accéder au milieu de vie ordinaire en Belgique avec le soutien et l'accompagnement des équipes éducatives (*Source : rapport d'inspection du Conseil général du Nord*).

⁶¹ Autorisation accordée le 21 août 1970 par le Ministre de la santé publique et de la Sécurité sociale en faveur de l'IMP Reine Fabiola à Neufvilles. (*Source : rapport d'inspection du Conseil général du Nord*)

⁶² Par exemple dans le Nord, décision du Conseil général du 5 mai 1976 autorisant le Préfet à conclure des conventions avec les établissements belges. Parfois il s'agit d'une simple délibération du Bureau du Conseil général (par exemple décision du 21 décembre 1987 en faveur du « Home Philippe » à Rumes), c'est à dire avec un fondement juridique très ténu. (*Source : rapport d'inspection du Conseil général du Nord*)

⁶³ La mission a eu connaissance de plusieurs de ces conventions : outre celles conclues par les Ardennes, celles de l'Aisne, des Hauts-de-Seine, de la Meuse.

⁶⁴ Cf. annexe.

« l'association donnera au personnel mandaté par le Conseil Général toute facilité nécessaire pour l'exercice des contrôles prévus par les textes législatifs et réglementaires ».

Les conventions sont conclues pour une année, mais reconduite de façon tacite, sans que soient précisées d'éventuelles conditions d'évaluation de l'activité ou de la qualité du service rendu. Ainsi, même si la remise en cause des conventions n'est pas formellement exclue, sa mise en œuvre paraît très hypothétique. Par ailleurs, élément beaucoup plus préoccupant, il n'est fait aucune mention de l'exigence d'un agrément préalable (ou d'une autorisation) d'exercer de l'établissement par les autorités belges.

Certes, il est précisé dans ces conventions que les personnes originaires des Ardennes devront satisfaire à quelques obligations classiques pour être admises dans un établissement belge : leur orientation doit être décidée par la COTOREP des Ardennes, leur placement ne peut intervenir que si les possibilités d'accueil dans les Ardennes sont épuisées. Toutefois, le placement hors des frontières pourra être motivé « *par la volonté de ne pas éloigner la personne handicapée de sa famille* », ce qui correspond sans doute à une louable préoccupation humanitaire compte tenu du contexte géographique, mais qui permet aussi de dépasser aisément les limitations imposées initialement.

Le rapport d'inspection du Conseil général du Nord précité, souligne que beaucoup des conventions générales signées par ce département comportent aussi des anomalies et des imprécisions. Il relève, par exemple, des accords conclus pour des foyers d'hébergement alors qu'il s'agit de foyers occupationnels⁶⁵, ou des contrats signés pour une période expérimentale de 3 ans en 1990 mais qui n'ont jamais été renouvelés depuis lors⁶⁶. Dans certains cas, il est seulement précisé que l'établissement belge « *est tenu de recevoir en priorité, dans la limite des places disponibles, les ressortissants de l'aide sociale* »⁶⁷, ou qu'il « *s'engage à réserver une section...pour les ressortissants du département du Nord* »⁶⁸, ou bien encore qu'il accepte de recevoir « *un nombre maximum de bénéficiaires de l'aide sociale* »⁶⁹.

➤ Les conventions “individuelles” conclues par les conseils généraux français

Les conventions « individuelles » (ou « nominatives ») passées avec les conseils généraux, bien que très répandues, sont encore plus succinctes que les conventions générales.

Ces conventions individuelles ont été conclues à partir des années 1990. En effet, les services de l'Etat ayant à cette époque décidé de limiter progressivement les demandes de placement en Belgique, les départements ont adopté une attitude similaire et ont donc octroyé des prises en charges « provisoires », au cas par cas.

Ces conventions individuelles « provisoires », qui sont devenues depuis « pérennes », peuvent concerner, soit un établissement qui dispose déjà d'une convention générale (lorsque le nouvel accueil se situe au-delà de la capacité autorisée initialement) soit un établissement qui n'est pas conventionné⁷⁰.

⁶⁵ Foyers de vie « Le Bon Pasteur » et « La Cerisaie »

⁶⁶ ASBL de Peruwelz.

⁶⁷ IMP Saint Lambert à Bonneville.

⁶⁸ Foyer Cerfontaine à Peruwelz.

⁶⁹ Institut Reine Fabiola à Neufvilles.

⁷⁰ Si d'après le rapport du Conseil général du Nord 73% des placements nordistes sont effectués dans le cadre de conventions générales, dans 15 établissements sur les 28 étudiés la convention individuelle constitue le mode unique de contractualisation et dans 3 autres, un mode mixte. Entre 1998 et 2004 le nombre de conventions

La tentative de maîtrise des placements en Belgique par le biais des conventions individuelles est à l'évidence un échec. Celles-ci permettent au contraire de contourner la notion de quotas. D'ailleurs, de 1990 à 2004, pour le seul département du Nord, toutes conventions et toutes structures confondues, le nombre de placements a augmenté de 30% (435 places conventionnées en 1990 en foyers d'hébergement et foyers occupationnels contre 566 placements effectifs en 2004)⁷¹.

Le cumul d'une convention générale et de conventions individuelles dans un même établissement ôte toute visibilité pour l'analyse de la situation⁷² et conduit à s'interroger sur la pertinence du maintien de deux formes de contractualisation avec une même entité juridique, dès lors que la formule de conventionnement individuelle qui, au départ, était dérogatoire, devient à la fois permanente et la plus importante numériquement. D'autant que, selon les cas, un même établissement peut relever d'une convention collective pour les ressortissants d'un département et de conventions individuelles pour ceux d'un autre, ce qui ajoute à la confusion.⁷³

La plupart des conventions individuelles concernent des foyers d'accueil occupationnels⁷⁴. Initialement, elles étaient conclues pour un an et renouvelable par tacite reconduction. Elles sont aujourd'hui établies pour une durée fixe, variant de 1 à 10 ans, selon la durée de l'orientation de la COTOREP.

Ces conventions individuelles sont souvent très laconiques⁷⁵.

Par exemple, celles conclues par le département de l'Aisne⁷⁶ ne comportent, quasi exclusivement, que des dispositions financières : montant et structure du prix de journée, frais pris en charge, conditions de paiement... Aucun dispositif de contrôle de l'activité et de la qualité du service n'est prévu, aucune exigence n'apparaît quant à l'autorisation ou l'agrément de l'établissement délivrés par les autorités belges. Une seule obligation est mentionnée : « *l'établissement communiquera ... son règlement intérieur ainsi que le nom des praticiens attachés à l'établissement et celui de son directeur* ».

individuelles aurait été multiplié par 9 (de 16 à 151) pour ce seul département. (*Sources : rapport d'inspection du Conseil général du Nord*). Les résultats en fin 2004 de l'enquête effectuée par la mission, pour 13 départements et 57 établissements précisant le détail des placements par établissement, indiquent une proportion moins importante (46%) de placements dans le cadre d'une convention collective du département, du département du Nord ou du département du Pas de Calais ; 52% des 1 403 placements concernés le seraient dans le cadre d'une convention ou d'un arrêté individuel. Pour 44 de ces établissements, le mode de conventionnement serait individuel (77%).

⁷¹ D'après l'enquête menée par la mission auprès des conseils généraux, il y avait 488 présents en 2002 et 525 en 2004.

⁷² Le foyer Cerfontaine de Peruwelz dispose par exemple d'une convention générale pour 25 résidents mais en accueille 31 supplémentaires sous convention individuelle. (*Sources : rapport d'inspection du Conseil général du Nord*)

⁷³ Cf. enquête menée par la mission auprès des conseils généraux.

⁷⁴ Les trois-quarts (33) des 44 établissements belges recevant en fin 2004 près de la moitié (274) des adultes handicapés placés dans le cadre de conventions individuelles en Belgique (558) par 13 conseils généraux répondant à l'enquête sont des foyers occupationnels (enquête IGAS auprès de 18 conseils généraux).

⁷⁵ La mission, dans le cadre de son enquête auprès des conseils généraux, a eu connaissance de conventions individuelles conclues par les départements de l'Aisne, du Nord, des Hauts-de-Seine, des Ardennes, de la Moselle, de la Meuse, de la Meurthe-et-Moselle.

⁷⁶ Cf. annexe.

Dans le Nord, une convention individuelle type a été élaborée, mais le rapport d'inspection précité du Conseil général relève que ce « *ne sont que des conventions administratives et financières, sans portée qualitative. Certaines clauses présentent des imprécisions, alors que d'autres dispositions, qu'il serait utile de faire figurer dans le texte, sont absentes* ».

Le document contractuel n'évoque par exemple aucun des éléments suivants :

- projet d'établissement,
- évaluation de la prise en charge,
- obligations en matière d'assurance,
- modalités en cas de litiges, conditions de dénonciation de la convention,
- déontologie et respect des droits fondamentaux de la personne handicapée accueillie.

Il ne formalise que de façon très partielle les modalités de calcul des prix de journée, ce qui engendre des applications très diverses (Cf. ci-après §14). Par ailleurs, si la convention mentionne le montant exact du prix de journée au moment de la signature de l'acte, elle ne précise pas les modalités de sa révision ultérieure.

1214 - Les conventions passées avec l'Etat

Des CAT belges sont également conventionnés au titre de l'aide sociale de l'Etat et accueillent des travailleurs handicapés (dont on peut supposer, a priori, qu'ils font parallèlement l'objet d'une prise en charge en foyer d'hébergement)⁷⁷. Ces conventions existent depuis le début des années 1970, mais aucune nouvelle admission n'intervient dans ces structures depuis 1987 en application de directives nationales.

Ces établissements belges fournissent seulement à la DDASS des états trimestriels comprenant la liste des personnes prises en charge et les mouvements d'entrée / sortie.

1215 - L'appréciation globale portée par la mission sur les conventions

L'analyse des conventions qui ont été communiquées à la mission permet d'affirmer que :

- **les conventions passées par l'assurance maladie comportent les dispositions nécessaires et suffisantes, mais le contrôle des établissements d'accueil en Belgique, qui est mis en œuvre actuellement de façon ponctuelle, souvent en fonction de relations interpersonnelles, gagnerait à être organisé, structuré et systématisé ;**
- **les conventions (à caractère collectif ou individuel) passées par les conseils généraux n'apportent aucune garantie de sécurité et de qualité des prestations.** Beaucoup paraissent juridiquement obsolètes et nécessiteraient un réexamen et une réécriture attentive. Une certaine sécurité n'existe qu'en cas de prise en charge des ressortissants des conseils généraux dans des établissements agréés par les autorités belges et/ou conventionnés par l'assurance maladie.

⁷⁷ Au 31 décembre 2004, pour le département du Nord, les CAT belges conventionnés au titre de l'aide sociale de l'Etat accueillaient 218 travailleurs handicapés. Le financement qui leur est consacré sur l'enveloppe départementale CAT se monte à 2,4 millions d'€

122 - Les contrôles des établissements belges

Les contrôles des établissements belges peuvent être réalisés soit par les autorités belges (§1221) soit par les autorités françaises (§1222).

1221 - Les contrôles de l'AWIPH

➤ Le rôle du service « Inspections et audits » de l'AWIPH

Le service inspection et audit de l'AWIPH ⁷⁸:

- contrôle l'organisation et la gestion des établissements agréés en référence aux normes d'agrément et de subvention,
- évalue l'organisation, la gestion, le fonctionnement et les prestations des établissements agréés et conseille ces derniers dans le but de promouvoir un accompagnement de qualité et d'améliorer leur efficacité,
- instruit les plaintes émises sur le fonctionnement des établissements agréés,
- vérifie les conditions dans lesquelles les personnes handicapées accueillies, ou hébergées à titre onéreux sur le territoire de la région, sont prises en charge.

Les inspections et audits sont en règle générale réalisées à des périodes déterminées :

- à l'expiration de l'exercice pour les contrôles comptables,
- dans les mois qui précèdent l'expiration d'un agrément (lors d'une procédure de prolongation d'agrément),
- dans les six semaines qui suivent la réception d'une demande de modification d'agrément, au moins une fois par an pour l'évaluation des résultats de l'établissement,

mais ils peuvent également être réalisés à l'improviste et en tant que de besoin.

➤ Les différentes démarches d'audit et d'inspection initiées par l'AWIPH

Les différentes démarches de contrôle réalisées par le service « Inspections et audits » de l'AWIPH portent sur :

- L'audit et l'inspection des organismes agréés, qui sont réalisés à l'aide d'une « grille générale de contrôle » qui permet, à la fois, de formaliser et d'uniformiser les méthodes d'investigation et la manière de restituer les constats ;
- l'audit financier et de l'organisation de l'accueil, qui porte sur des aspects limités (pour lequel a été créée une « grille » spécifique) ;
- la visite des établissements non agréés, dont le déroulement et le compte-rendu ont été également formalisés.

⁷⁸ Le service « Inspections et audits » de l'AWIPH comporte 16 personnes (non compris le personnel de secrétariat).

➤ Le rapport général d'audit et d'inspection des organismes agréés

Les rapports d'audit et d'inspection des organismes agréés (Cf. annexe) comporte une analyse de l'organisation, de la gestion et de la qualité des services rendus au regard de critères préétablis publiés sur le site informatique de l'AWIPH⁷⁹. Les établissements inspectés en ont donc connaissance.

Les rapports, qui ont une présentation normalisée, comportent les constats effectués, les points forts et les points faibles, les recommandations et les solutions proposées pour remédier aux carences.

L'intérêt de la « grille » adoptée par l'AWIPH, est qu'elle ne se borne pas aux aspects quantitatifs. Elle privilégie également des critères qualitatifs qui tiennent compte, non seulement des préoccupations des partenaires institutionnels ou de la tutelle, mais aussi des besoins des personnes handicapées et de leurs familles. En particulier, elle ne se contente pas de s'assurer qu'il existe un document administratif concernant «le projet de vie» (ou « projet personnalisé » ou « projet individuel ») de la personne handicapée. Elle permet de vérifier que concrètement des actions sont entreprises pour permettre le plein épanouissement de l'individu. Par exemple, sur : *«les procédures mises en œuvre pour favoriser et garantir l'expression des choix des personnes handicapées pour tous les aspects de la vie courante, y compris affectifs et sexuels »*, ou *« le degré d'implication de la personne handicapée dans les processus de décision qui la concerne »*, ou *« le degré d'implication des familles (pour l'élaboration du projet individuel, dispositions prises pour aider au maintien des liens familiaux) »*.

La grille comporte une série d'items qui couvrent tous les aspects de la prise en charge (Cf. encadré). Cette grille pourrait être utilisée, avec quelques aménagements par la partie française. Elle constitue en tout état de causes un exemple de ce qui pourrait être réalisé par celle-ci.

⁷⁹ Cf. « awiph.be » : « Guide d'interprétation des normes sur la conformité et la qualité des services agréés par l'Agence en matière d'accueil et d'hébergement ».

GRILLE DE CONTROLE AWIPH DES ORGANISMES AGREES

- Descriptif succinct de l'institution**
(historique, agréments, montant des subventions reçues, activités principales et philosophie du projet institutionnel).
- Normes relatives aux infrastructures**
 - Sécurité des infrastructures (respect des normes, précautions prises),
 - Hygiène des bâtiments (respect des normes, état de propreté des sanitaires, conditions d'hygiène, entretien des bâtiments),
 - Accessibilité des bâtiments aux personnes à mobilité réduite, proximité des autres infrastructures communautaires, moyen de transport pour y accéder,
 - Adéquation des bâtiments aux handicaps des personnes accueillies, possibilité de personnalisation des lieux de vie, adaptation pour les rencontres avec l'entourage familial.
- Normes relatives au personnel**
 - Densité de personnel (par rapport aux normes, aux besoins des PH accueillis, au bon fonctionnement du service, l'organisation du fonctionnement de l'établissement au regard de la continuité du service),
 - Les mouvements du personnel (ancienneté moyenne, existence d'une politique pour se prémunir contre une perte de savoir)
 - Qualification des personnels (par rapport aux normes, aux besoins des PH , au bon fonctionnement du service),
 - Recrutement (contrôle de l'absence de casier judiciaire, processus de vérification des qualités et des compétences)
 - Formation continue
- Normes relatives à l'organisation et au fonctionnement**
 - Respect des pouvoirs et état des relations entre direction et conseil d'administration,
 - Gestion journalière et coordination (respect d'un organigramme, définition formalisée des tâches),
 - Existence d'un projet de service (mode d'élaboration et de concertation),
 - Information et implication du personnel (connaissance des rapports d'audit),
 - Indépendance et liberté de choix (procédures mises en œuvre pour favoriser et garantir l'expression des choix des PH pour tous les aspects de la vie courante, y compris affectifs et sexuels),
 - Projets personnalisés et dossiers individuels
 - Implication de la personne handicapée dans les processus de décision qui la concerne,
 - Implication des familles (pour l'élaboration du projet individuel, dispositions prises pour aider au maintien des liens familiaux),
 - Adaptation et adéquation des activités,
 - Santé et sécurité (respect des normes et des règlements spécifiques, tenus des dossiers),
 - Partenariats avec l'extérieur (leur association à la définition du projet individuel),
 - Les mécanismes d'auto-évaluation et d'évaluation de la qualité,
 - Les attentes de la structure.
- Normes relatives à la politique d'accueil**
 - Caractéristiques des personnes accueillies et perspectives d'évolution,
 - Heures et jours d'ouverture,
 - Procédure d'admission et égalité d'accès,
 - Convention de séjour,
 - Procédures de réorientation,
 - Règlement intérieur,
 - Conseil des usagers,
 - Gestion des biens et des personnes,
 - Mécanisme de traitement des réclamations
 - Traitement des plaintes reçues directement à l'agence.
- Observations formulées par l'établissement**
 - Par rapport aux observations exprimées par l'inspecteur dans le cadre de la visite,
 - Par rapport au cadre général (lois en vigueur).
- Conclusions et recommandations**
 - Appréciations,
 - Points forts,
 - Points à améliorer,
 - Suite donnée aux recommandations précédentes,
 - Recommandations,
 - Conclusions : prorogation ou non de l'agrément.

Source : AWIPH

➤ Le rapport spécialisé d'audit financier des organismes agréés

Il s'agit d'un rapport d'audit financier, classique dans son principe, mais particulier dans son contenu, parce qu'il est conçu et renseigné en fonction des procédures wallonnes de financement des institutions et des méthodes spécifiques de calcul des allocations⁸⁰.

⁸⁰ Par exemple, il existe en Belgique :

- des subventions dites « annuelles » qui couvrent :

Pour chacune des catégories de charges, le contrôle distingue celles qui sont « admissibles » (au regard du subventionnement) et celles qui sont « non admissibles » et détermine le montant des « charges pondérées ».

En effet, les dotations en personnels et par voie de conséquences les subventions accordées, sont évaluées au regard de normes d'encadrement « qualitatives minimales » très précises qui varient selon les catégories de personnels, les types d'établissements et le nombre de personnes handicapées accueillies et leurs catégories de handicap.

Cette grille d'audit financier, à la fois très complète et complexe, n'est donc pas utilisable, en l'état, par la partie française. Elle constitue néanmoins un exemple de ce qui pourrait être réalisé.

➤ Le rapport de visite des organismes autorisés

Un rapport standardisé permet d'apprécier le respect des normes par les établissements autorisés selon l'échelle de valeurs suivante :

- la plupart des normes ne sont pas satisfaites,
- plusieurs normes ne sont pas satisfaites,
- toutes les normes sont quasi satisfaites,
- toutes les normes sont satisfaites.

L'évaluation des établissements autorisés porte sur :

- les normes architecturales et d'infrastructure : hygiène générale des bâtiments (extérieure et intérieure), sécurité incendie (aspects fonctionnels et efficacité pour les personnes handicapées), locaux et espaces prévus pour la prise en charge des personnes handicapées;
- les normes d'organisation (mode d'organisation et caractéristiques de la direction, du personnel médical en général, du médecin superviseur, du personnel d'encadrement, des personnels médico-sociaux, des personnels administratifs et d'entretien) et de fonctionnement (surveillance et délivrance des médicaments, dépistage des maladies transmissibles, vaccination, médecine du travail, dossiers individuels permettant d'objectiver le suivi médical).

L'utilisation de cette grille n'est pas, en l'état, d'un très grand intérêt par la partie française.

-
- des charges dites de « fonctionnement » qui concernent des : achats d'approvisionnement et de marchandises (produits et matériels d'entretien, variation des stocks...) des achats de fournitures et de services (loyers, entretien et réparations, énergie, administration, déplacement ...) les amortissements et reprises sur provisions, les taxes et impôts, les charges financières (emprunts) ;
 - des charges de personnel non médical : personnel « non éducatif » (directeur, administratif, ouvrier, assistant social), personnel « éducatif » ((psychologues, éducateurs, paramédicaux) ;
 - des subventions dites « médecins » ;
 - des subventions dites « journalières » qui concernent des : achats d'approvisionnement et de marchandises (alimentation, buanderie, petits matériels médicaux, éducatif et de loisir...) achats fournitures et de services (organisation des activités éducatives, informatives, thérapeutiques et de loisirs, frais de déplacement...) achats pour le compte des pensionnaires.

- Le rapport d'audit et d'inspection de conformité et de qualité des entreprises de travail adapté (ETA)

Le rapport d'audit et d'inspection des ETA belges concerne essentiellement les CAT. Il est lui aussi formalisé. Il comprend des parties qui concernent (Cf. encadré) :

- les renseignements « généraux »,
- les normes relatives aux infrastructures, à la sécurité et hygiène des bâtiments et aux conditions d'accessibilité,
- les normes relatives au personnel,
- les normes relatives à l'organisation et au fonctionnement : pouvoir organisateur, autonomie de gestion, gestion journalière, respect des droits du travailleur handicapé, implication de la personne handicapée dans la vie de l'entreprise, adaptation des postes de travail, partenariat avec l'extérieur, santé et sécurité, mécanisme d'auto-évaluation et d'évaluation de qualité.
- les normes relatives à la gestion administrative, financière et comptable.
- les normes relatives à la politique de mise au travail : réservation des emplois, mouvements du personnel, formation continuée, politique salariale.
- les observations formulées par l'ETA ;
- les conclusions et recommandations.

RAPPORT D'AUDIT ET D'INSPECTION A.W.I.P.H. DES E.T.A. BELGES

- Renseignements « généraux » :**

 - un descriptif succinct de l'ETA pour cerner les principales caractéristiques de l'entreprise,
 - les circonstances de sa création et les faits marquants de son existence,
 - le nombre de travailleurs occupés qui donne une indication sur la taille de l'entreprise,
 - le montant des subventions allouées par l'AWIPH au cours de la dernière année civile,
 - une description des implantations en précisant notamment le nombre de sites d'exploitation,
 - les activités déployées par l'ETA.

- Normes relatives aux infrastructures :**

 - Sécurité et hygiène des bâtiments. L'objectif de cette rubrique est d'apprécier, d'une part, si les infrastructures répondent de manière satisfaisante aux obligations et prescriptions légales en matière de santé, sécurité et hygiène du travail et, d'autre part, si celles-ci sont adaptées aux contraintes des activités déployées.
 - Conditions d'accessibilité : il s'agit ici d'apprécier, d'une part, si les infrastructures de l'ETA présentent des conditions d'accessibilité satisfaisantes en regard du handicap des travailleurs et, d'autre part, si celles-ci permettent l'accueil de personnes à mobilité réduite.

- Normes relatives au personnel**

 - Volume et qualification. Cette rubrique poursuit un triple objectif : apprécier si le personnel de cadre est suffisant en nombre et en qualification eu égard aux normes mais également pour assurer un encadrement optimal des travailleurs handicapés et le bon fonctionnement de l'ETA; veiller à ce que les membres de ce personnel assument bien le rôle et les responsabilités incombant à leur fonction et définis dans l'arrêté ; pour les entreprises occupant au minimum 50 travailleurs, vérifier qu'au moins 20 % des emplois de cadre subsidiés sont réservés à des personnes handicapées.
 - Formation continue (il ne s'agit pas d'une norme d'agrément mais d'une norme de subventionnement).

- Normes relatives à l'organisation et au fonctionnement :**

 - Pouvoir organisateur / Autonomie de gestion. L'objectif de cette rubrique est double : vérifier le respect des dispositions de l'arrêté quant à la forme juridique du pouvoir organisateur, le contenu minimum de ses statuts et la composition de son conseil d'administration ; apprécier la gouvernance du pouvoir organisateur ;
 - Gestion journalière : il s'agit d'abord de constater que c'est bien le directeur qui est habilité à assurer, sous la responsabilité du conseil d'administration, la gestion journalière de l'ETA et que des dispositions sont prises pour assurer la continuité de la gestion en l'absence du directeur
 - Respect des droits du travailleur handicapé. Le but de cette rubrique est de s'assurer que les personnes handicapées sont traitées avec dignité et respect.
 - Dossiers individuels : vérifier que ceux-ci contiennent, dans le respect des dispositions relatives à la protection de la vie privée, les informations permettant à la fois à l'ETA et aux services de l'Agence de suivre et d'évaluer l'évolution professionnelle du travailleur handicapé.
 - Implication de la personne handicapée dans la vie de l'entreprise : l'objectif est d'apprécier si les personnes handicapées sont suffisamment impliquées dans la vie de l'ETA.
 - Adaptation des postes de travail : l'appréciation repose principalement sur l'observation des personnes handicapées sur leurs postes de travail au cours de la visite des sites de production internes mais aussi, le cas échéant, des chantiers extérieurs et des contrats d'entreprise.
 - Partenariat avec l'extérieur.
 - Santé et sécurité : apprécier si l'ETA mène une politique de prévention efficiente en matière de santé et de sécurité des travailleurs handicapés.
 - Secteurs d'activité.
 - Mécanisme d'auto-évaluation et d'évaluation de qualité.

- Normes relatives à la gestion administrative, financière et comptable.**

 - Gestion administrative, financière et comptable
 - Législation sociale

- Normes relatives à la politique de mise au travail**

 - Réservation des emplois. L'objectif de cette rubrique est triple : mesurer et commenter les taux d'occupation des différents quotas d'emplois handicapés attribués par l'AWIPH ; vérifier que l'ETA n'occupe pas plus de 30 % de travailleurs valides ; apprécier si les emplois créés par l'ETA sont stables et durables.
 - Mouvements du personnel.
 - Recrutement. L'objectif de cette rubrique est double : s'assurer de l'objectivation de la procédure de recrutement des travailleurs handicapés et que les engagements interviennent dans les liens d'un contrat de travail.
 - Formation continuée – Possibilités de promotion ou transfert.
 - Politique salariale. L'objectif de cette rubrique est triple : vérifier que l'ETA paie ses travailleurs dans le respect des conditions fixées par la convention collective, s'assurer que l'ETA tient compte des contraintes du travail et des compétences particulières pour la fixation des salaires, évaluer la politique salariale de l'ETA par rapport à l'état de sa situation financière.
 - Dispositifs sociaux particuliers. Cette rubrique mentionne les dispositifs sociaux existants (par exemple dispositif de maintien ou d'accueil et de formation).

- Observations formulées par l'ETA :**

 - Par rapport aux observations exprimées par l'inspecteur dans le cadre de la visite.
 - Par rapport au cadre général (législation en vigueur, etc)

- Conclusions et recommandations :**

 - Appréciations qui tiennent compte : de la nature et de l'importance des problèmes identifiés, du niveau de prise de conscience des gestionnaires quant aux problèmes identifiés, des actions ou mesures prises ou envisagées par l'ETA pour y remédier, de la capacité interne de l'ETA à y apporter une solution.
 - Points forts.
 - Points à améliorer.
 - Suite donnée aux recommandations faites lors de la visite précédente.
 - Recommandations.
 - Conclusion : proposition d'agrément dont la durée peut varier

Source : AWIPH

Cette grille d'audit pourrait être utilisée, elle aussi, avec quelques aménagements par la partie française.

1222 - Les contrôles des autorités et organismes français

Le contrôle de la prise en charge des enfants handicapés, et des adultes par l'assurance maladie, est exercé par la CRAM et l'ERSM du Nord – Picardie. Les représentants de l'assurance maladie ne sont pas habilités à se rendre dans les structures non conventionnées et la DGAS s'oppose à des contrôles effectués par les services de l'Etat, au nom du respect du principe de territorialité.

Du côté français, il ne semble pas qu'il y ait une quelconque procédure standardisée de contrôle des établissements implantés en Belgique. Selon les renseignements recueillis par la mission, il apparaît que les contrôles effectués par le ERSM⁸¹ du Nord – Pas-de-Calais, le sont sur la base de ceux qui sont pratiqués pour les établissements français de même nature, c'est à dire en privilégiant les dispositions des annexes 24 du décret 89-798 du 27 octobre 1989, en particulier les normes architecturales.

Les seuls éléments de « cadrage » pour l'organisation des contrôles et de l'évaluation par les Français de l'activité des établissements conventionnés sont précisés dans l'article 9 de la convention type (Cf. encadré).

Concrètement, les contrôles « français » existent et ils ne sont pas rares, mais ils ne sont pas systématiques et ils reposent la plupart du temps sur des relations interpersonnelles, notamment pour les établissements qui ne sont qu'autorisés par les autorités belges. En particulier, aucune certitude n'est apportée en matière pédagogique. La mission a ainsi rencontré des psychothérapeutes et éducateurs de deux instituts de rééducation du Nord. Beaucoup des enfants accueillis dans ces instituts sont ensuite placés en Belgique à l'issue de leur parcours institutionnel en France.

ARTICLE 9

Organisation des contrôles et de l'évaluation de l'activité de l'établissement

L'établissement donne toutes les facilités nécessaires à l'exercice des contrôles médicaux ou administratifs prévus par les dispositions de la présente convention.

Le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et le Médecin-Conseil Régional de la Région Nord - Picardie ou leurs représentants assurent les contrôles visés ci-dessus et informent de la date de leur passage, la direction de *l'établissement*.

Néanmoins, pour ce qui concerne le Médecin-Conseil Régional de la Région Nord - Picardie ou ses représentants, ces visites peuvent avoir lieu, le cas échéant, inopinément, sous réserve qu'ils fassent connaître leurs interventions dès leur arrivée dans l'établissement.

Leurs visites et leurs opérations de contrôle sont accomplies en présence de la direction de l'établissement ou d'un représentant désigné par celle-ci ainsi que du médecin de *l'établissement*. Ils sont tenus d'en faire connaître le motif et l'objet à la direction de *l'établissement*.

Ils présentent toutes observations utiles à la direction et/ou aux médecins de *l'établissement* notamment lorsqu'ils relèvent sur place des anomalies graves de fonctionnement.

Tous renseignements et tous documents administratifs d'ordre individuel ou général utiles à la mission du Praticien Conseil doivent être tenus à leur disposition par le Directeur de *l'établissement*.

Tous renseignements et tous documents d'ordre médical, individuel ou général, sont tenus à la disposition des Praticiens Conseil par les praticiens de *l'établissement* dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale.

Source : convention type de l'assurance maladie

⁸¹ ERSM : échelon régional du service médical. C'est un service de la CRAM.

Ces professionnels de grande qualité, savent décrire les établissements d'accueil belges, leurs offres, leurs compétences et qualités : «*cela fait 20 ans que l'on travaille avec cet établissement et les réponses y sont excellentes*»... Mais aucune synthèse médicale, clinique, psychologique, éducative n'est apparemment faite. Il ne semble pas qu'il y ait jamais eu la moindre ligne d'écrite entre ces établissements. Seule la fiche de synthèse de la CDES est transmise⁸².

Ce cas de figure n'est pas isolé aux dires des responsables belges et français. Il doit être placé dans le registre plus large d'un ensemble d'établissements, qui n'ont pu être vus par la mission, qui sont purement privés (au sens « commercial » du terme) et qui sont fréquemment « réservés » aux français. Certes, ces établissements ont été légalement autorisés à fonctionner, mais ils n'ont ensuite pratiquement aucun contact avec les pouvoirs publics belges ou français et ils ne subissent aucun contrôle.

Ce constat est évidemment très préoccupant : le contrôle de la qualité du service rendu ne peut être fondé sur des impressions, sur la bonne volonté des acteurs ou de simples déclarations, si convergentes soient-elles. S'agissant du placement de personnes handicapées françaises, les choix arrêtés par les familles et les autorités financières doivent être fondés sur des certitudes et des garanties explicites.

13 – Les populations concernées

Quelles sont les populations de handicapés concernées par les placements à l'étranger ? Pour apporter des réponses à cette interrogation la mission a tout d'abord recensé les sources des statistiques disponibles et exploitables (§131), a ensuite analysé l'offre de places en Wallonie (§132) les caractéristiques des placements des jeunes handicapés français (§133) et celles des adultes (§134).

Dans les paragraphes qui suivent la mission distingue deux catégories de handicapés :

- les handicapés adultes (de plus de 20 ans)
- et les jeunes handicapés. Sous ce terme générique de « jeunes handicapés » la mission désigne, par convention, l'ensemble formé par les enfants, les adolescents et les adultes maintenus au titre de l'amendement « Creton ».

131 - Les sources des données disponibles et exploitables

Les données qui sont aujourd'hui disponibles en France concernant les placements des handicapés à l'étranger proviennent de quatre sources différentes : l'assurance maladie (§1311), les conseils généraux (§1312), les services déconcentrés de l'Etat (§1313), la DREES (§1314). Elles possèdent donc des caractéristiques spécifiques (§1315).

⁸² Il est à noter que cette situation s'explique en partie par le fait qu'au cours de ces dernières années (en Belgique comme en France) on est passé d'une logique de documents appartenant à l'établissement, à une logique de documents appartenant à l'individu et d'un mode oral de communication à un mode écrit.

1311 - Les données statistiques de l'assurance maladie

➤ Les données statistiques de la CRAM Nord – Picardie

Les données statistiques que possède la CRAM Nord-Picardie sont issues de l'analyse des rapports d'activité des établissements belges⁸³ qui ont conclu une convention avec l'assurance maladie. Elles portent uniquement sur le placement des jeunes handicapés et méconnaissent d'une façon générale les adultes. Elles sont donc limitées. Toutefois, leur champ est national, puisqu'elles englobent tous les placements de jeunes handicapés quels que soient leur département d'origine ou leur régime d'affiliation⁸⁴.

➤ Les données de la DRSM (ou ERSM)⁸⁵ de la CRAM Nord – Picardie

La direction régionale du service médical de la CRAM Nord-Picardie tient, de son côté, des statistiques qui portent sur l'ensemble des demandes de placements en Belgique et sur les avis qu'elle émet, ès qualité, à cette occasion⁸⁶. En effet, le médecin conseil régional de Nord-Picardie a reçu délégation, depuis fin 2002, du médecin conseil national pour statuer sur les demandes émanant de tout le territoire national.

Le service médical a donc connaissance, non seulement de tous les placements de jeunes handicapés dans les établissements belges possédant une convention « générale » avec l'assurance maladie, mais également des placements « individuels » dans les établissements non conventionnés. Mais, dans ce cas, les données ne portent que sur les ressortissants du régime général.

Le champ des données traitées par le service médical régional est donc à la fois plus large (puisque'il englobe tous les âges et tous les types de placements) et plus étroit (puisque'il ne concerne que les affiliés du régime général dans certains cas) que celui des statistiques d'activité traitées par les services administratifs de la CRAM Nord-Picardie. La source de l'information est d'ailleurs différente : il s'agit des dossiers individuels des demandes d'avis qui lui sont soumis⁸⁷.

Les statistiques produites par le service médical ne sont donc pas exhaustives, mais comportent néanmoins des informations exclusives sur les pathologies.

⁸³ Voir fiche de renseignements statistiques renseignée chaque année par les établissements belges conventionnés et exploitée par la cellule médico-sociale du département de l'offre de soins de la CRAM Nord-Picardie.

⁸⁴ Régime général (RG), régime agricole (MSA), régime des non-salariés (CMR), régimes spéciaux et ainsi que les prises en charges au titre de l'aide sociale à l'enfance des conseils généraux dont bénéficient certains handicapés.

⁸⁵ DRSM : direction régionale du service médical ou, autre appellation, ERSM : échelon régional du service médical.

⁸⁶ Un avis de placement pris en charge par le régime général est donné pour 2 ans puis doit être renouvelé.

⁸⁷ Le service médical régional de la CRAM a constitué une base de données propre à partir des demandes de placements qu'il traite. Le fichier nominatif des placements, autorisé par la CNIL, existe depuis 1995 et intègre des données par pathologies depuis 2003. Le temps consacré à ce type d'activité très particulière (temps passé le plus souvent au téléphone avec les familles, les établissements, les secrétaires de CDES ou de COTOREP) a été chiffré par le médecin conseil à environ 4 heures hebdomadaires.

➤ Les données de la CPAM de Tourcoing

Les données collectées par la CPAM de Tourcoing résultent du constat des paiements effectués au profit des établissements conventionnés par la CRAM Nord-Picardie. Ces statistiques sont donc très partielles.

1312 - Les données des conseils généraux

Les conseils généraux des départements disposent de données sur les adultes ou les jeunes handicapés, dont ils financent le placement à l'étranger. Mais contrairement à ce qui existe pour l'assurance maladie, il n'y a pas de recollement national des informations.

Afin de disposer de ces éléments, la mission a recouru à une enquête⁸⁸ auprès de 18 conseils généraux. Les départements ont été choisis sur la base de la répartition géographique des placements en Belgique effectués au titre de l'assurance maladie, constatés fin 2004 et présentés dans le tableau n°14 ci-après. Les départements retenus sont ceux ayant au moins dix jeunes handicapés placés en Belgique.

La mission a recueilli fin juillet 2005 les réponses de 14 des 18 départements sollicités.

1313 - Les données des services déconcentrés de l'Etat

La DRASS du Nord - Pas-de-Calais compile, pour l'essentiel, les informations qui proviennent de la CRAM Nord-Picardie. Cependant, elle procède actuellement à une enquête ponctuelle auprès des 19 caisses de sécurité sociale de la région (13 CPAM, et 6 autres caisses MSA, mines etc.) pour connaître le nombre de personnes handicapées prises en charge par l'assurance maladie et placées dans des établissements belges non conventionnés. Elle a fait parvenir à la mission les premiers résultats de ses recherches.

1314 - Les données de la DREES

La DREES ne dispose pas d'études particulières sur les handicapés en Belgique. Toutefois, une enquête auprès de 3 000 familles d'enfants handicapés appartenant à 3 générations (enfants de 6, 12 et 18 ans) orientés par une vingtaine de CDES est actuellement en cours d'exploitation.

1315 - Les caractéristiques des données existantes

Lorsqu'ils existent (ce qui n'est pas toujours le cas) les renseignements concernant les handicapés placés à l'étranger, émanent donc d'organismes divers, qui les élaborent en fonction de leurs besoins. De ce fait, les statistiques disponibles sont partielles : elles ne portent que sur des fractions de population, sur certains types d'établissements ou sur des modes particuliers de prises en charge.

⁸⁸ Enquête préalable auprès du Conseil général du Nord début juin 2005 et enquête administrée par voie télématique les 22 et 23 juin 2005 auprès de 17 autres départements. Voir fiche en annexe.

Aucun organisme officiel, ou service de l'Etat, ne possède de données d'ensemble, cohérentes, fiables et exhaustives. La mise en place des « maisons du handicap » dans chaque département, devrait permettre de pallier au morcellement des compétences en regroupant en un même lieu ce qui est de l'ordre de la compensation du handicap, de l'insertion professionnelle et de l'insertion scolaire. Il devrait donc y avoir une coordination des systèmes d'information des COTOREP, des CDES (en cours de rénovation) et des conseils généraux.

Pour l'instant, la mission a observé que les chiffres qui lui ont été communiqués ne distinguent pas toujours les statuts juridiques des établissements ou les différentes catégories de bénéficiaires, ce qui nuit à la fiabilité des informations transmises et peut fausser l'analyse des problèmes.

C'est pourquoi la mission a effectué des recherches complémentaires et a procédé à des regroupements, afin de cerner approximativement l'ampleur du problème.

132 - L'offre de places pour handicapés en Wallonie

Globalement, la capacité d'accueil de la région wallonne est en 2005 d'environ 15 000 places pour handicapés jeunes ou adultes, répartis dans un peu plus de 400 établissements ou services (Cf. tableau ci-dessous) non compris les établissements scolaires spécialisés⁸⁹.

Tableau n°5 : LES STRUCTURES BELGES POUR HANDICAPES EN 2005 en région wallonne

CATEGORIES CONCERNEES	STRUCTURES	SIGLE	NOMBRE TOTAL DE STRUCTURES	NOMBRE DE STRUCTURES Selon le nombre de places			
				0 à 15 places	15 à 60 places	60 à 100 places	+ de 100 places
Services (1) pour les jeunes	Service d'aide précoce	SAP	18		18		
	Service d'aide à l'intégration	SAI	28	10	18		
	Service d'accueil de jour pour jeunes	SAJJ	16	3	11	2	
	Service d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés	SAJJns	15	8	7		
	Service résidentiel pour jeunes	SRJ	53	11	30	9	3
	Sous-total		130	32	84	11	3
Services pour adultes	Service d'accompagnement	SAC	37	37			
	Service d'aide aux activités de la vie journalière	AVJ	8	8			
	Service d'accueil de jour pour adultes	SAJA	77	25	51	1	
	Service résidentiel de nuit pour adultes	SRNA	31	20	10	1	
	Service résidentiel pour adultes	SRA	96	26	58	8	4
	Sous-total		249	116	119	10	4
Services pour jeunes et adultes	Service résidentiel de transition	SRT	20	17	3		
	Service de placement familial	SPF	5	2	3		
	Sous-total		25	19	6		
TOTAL			404	167	209	21	7

Source : AWIPH : Programme Accueil-Hébergement-Accompagnement (Rencontre AWIPH-IGAS 10 mai 2005)

(1) : le mot « service » est souvent employé en Belgique avec le sens « d'établissement ».

Le tableau ci-dessus permet de mettre en évidence que :

⁸⁹ La mission a eu communication d'une autre série de documents émanant de l'AWIPH (Listes d'établissements arrêtées au 31 mars 2005) qui comptabilise 415 établissements, dont 341 agréés et subventionnés par l'AWIPH et 74 autorisés de prise en charge, représentant respectivement 11 638 et 2 831 places soit 14 469 au total. La mission a dressé en annexe un tableau comparatif de ces différentes données, qui montre la difficulté de raisonner sur les mêmes bases avec des chiffres « stabilisés ».

Par ailleurs, une enquête réalisée en mai 2002 par l'AFRAHM (Association francophone d'Aide aux handicapés Mentaux) recense 412 établissements dont 292 agréés AWIPH et une estimation de 129 structures autorisées de prise en charge (APC - dites aussi « article 29 »). Selon ce document, le nombre de places étaient de 4 336 places dans ces structures dont 2 935 (67%) pour les adultes.

- les organisations, la nature et les champs d'intervention en Belgique ne sont pas les mêmes qu'en France,
- la césure entre établissements pour jeunes et pour adultes handicapés diffère en Belgique,
- 93% des établissements belges ont moins de 60 places. La majorité des établissements (51%) ont entre 15 et 60 places, alors qu'en France les capacités sont, en moyenne, plus importantes.

L'organisation belge, plus souple, permet donc d'accueillir plus facilement des publics diversifiés.

133 – Le placement des jeunes handicapés français

Pour cerner le problème du placement des jeunes handicapés français, la mission a analysé successivement : les caractéristiques de l'offre de places pour handicapés (§1331) la situation des bénéficiaires de l'amendement Creton (§1332) le cas du Nord – Pas-de-Calais (§1333) les caractéristiques des placements proprement dits (§1334) et leur évolution (§1335).

Au total, 1 608 jeunes handicapés français sont placés en Belgique selon les chiffres communiqués par l'assurance maladie.

1331 – Les caractéristiques de l'offre de places proposée aux jeunes handicapés français

- Vingt-trois établissements belges sont conventionnés par l'assurance maladie pour accueillir des jeunes handicapés français

Vingt-trois établissements (soit 15% de l'ensemble des 155 institutions belges susceptibles de recevoir des jeunes⁹⁰) sont conventionnés par l'assurance maladie pour accueillir des jeunes handicapés français. Ces structures possèdent toutes un agrément de l'AWIPH et hébergent 88% de ces jeunes, sauf deux d'entre elles qui se prévalent des agréments permanents de la « Communauté française » et de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI). (Cf. tableau ci-dessous). Ces deux établissements accueillent à la fois des bénéficiaires de l'assurance maladie et de l'aide sociale à l'enfance, comme 15 des 23 établissements belges (Cf. tableau ci-dessous).

⁹⁰ Cf. tableau n°5 ci-dessus. Au total, à ces 23 établissements conventionnés par l'assurance maladie s'ajoutent, 29 autres établissements qui reçoivent également des jeunes, soit un total de 52 structures (Cf. en annexe les tableaux de synthèse des chiffres).

Tableau n° 6 : JEUNES HANDICAPES FRANÇAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES EN FIN 2004
PAR TYPE DE PRISE EN CHARGE D'ACCUEIL ET TYPE D'AGREMENT BELGE
(selon les données assurance maladie)

Type de prise en charge Type d'agrément belge	Nombre de ressortissants présents			Répartition en %		
	Assurance maladie	Aide Sociale	Ensemble	Assurance maladie	Aide Sociale	Ensemble
AWIPH	1 133	282	1 415	86%	97%	88%
Dont agréé AWIPH	705	221	926	53%	76%	58%
Dont APC AWIPH	428	61	489	32%	21%	30%
Communauté française	127	4	131	10%	1%	8%
INAM	58	4	62	4%	1%	4%
Total	1 318	290	1 608	100%	100%	100%

*Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton
Source IGAS : à partir des données de la CRAM Nord-Picardie - statistiques annuelles CRAM

- Une concentration des placements des jeunes handicapés français sur quelques établissements

Près de deux tiers (63%) des 1 608 jeunes handicapés français sont placés dans seulement 5 établissements belges accueillant chacun plus de 100 jeunes résidents français, ce qui constitue une concentration importante (Cf. tableau ci-dessous).

Les autres se répartissent de la façon suivante :

- environ un cinquième est placé dans 5 établissements hébergeant chacun entre 50 et 100 jeunes résidents français,
- 16% sont hébergés dans 13 établissements comptant moins de 50 jeunes résidents français.

Tableau n°7 : JEUNES HANDICAPES FRANÇAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES EN FIN 2004
PAR TAILLE DES ETABLISSEMENTS
(selon les données assurance maladie)

Accueil en fin 2004 :	Ensemble des ressortissants présents		Nombre d'établissements belges concernés
	Nombre	Répartition en %	
< 50 jeunes français handicapés	253	16%	13
50 à < 100 jeunes français handicapés	343	21%	5
100 jeunes français handicapés et plus	1 012	63%	5
Total	1 608	100%	23

*Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton
Source IGAS : à partir des données de la CRAM Nord-Picardie - statistiques annuelles CRAM

- Plus des trois-quarts des places dans les établissements belges conventionnés par l'assurance maladie et « autorisés » par les autorités belges sont « réservés » aux jeunes français

Selon les données de l'assurance maladie, fin 2004, le nombre de places autorisées par l'AWIPH et non financées par elle est de 2 251 dans les 23 établissements conventionnés par l'assurance maladie⁹¹. 1 713 places (soit 77%) font l'objet d'un conventionnement avec l'assurance maladie pour les jeunes ressortissants français. Par conséquent, plus des trois-quarts de ces places autorisées sont « réservées » aux jeunes français et n'existeraient vraisemblablement pas sans eux⁹² (Cf. tableau ci-dessous).

**Tableau n°8 : NOMBRE DE PLACES AUTORISEES, CONVENTIONNEES ET OCCUPEES
(enfants et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton)
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES EN FIN 2004
(selon les données assurance maladie)**

	Nombre
Nombre de places autorisées AWIPH dans les établissements conventionnés par l'assurance maladie	2 251
Nombre de places conventionnées avec la France (assurance maladie)	1 713
Nombre de places occupées par des bénéficiaires de l'assurance maladie	1 318
Nombre de places occupées par des bénéficiaires de l'assurance maladie et ASE	1 608

Source : données de la CRAM Nord-Picardie - statistiques annuelles CRAM

Sur les 1 713 places « retenues » par l'assurance maladie pour les Français, 1 608 sont effectivement occupées fin 2004 (94%) dont 1 318 par des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Si ces 1 318 jeunes handicapés sont présents dans les 23 établissements belges conventionnés, 290 jeunes qui relèvent de l'aide sociale à l'enfance sont répartis dans seulement 17 de ces établissements (Cf. tableau ci-dessous).

**Tableau n° 9 : JEUNES HANDICAPES FRANCAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES EN FIN 2004
PAR TAILLE ET TYPE D'ACCUEIL DES ETABLISSEMENTS
(selon les données assurance maladie)**

En fin 2004	Nombre de ressortissants présents			Répartition en %		
	Assurance maladie	Aide sociale	Ensemble	Assurance maladie	Aide sociale	Ensemble
< 50 jeunes français handicapés	208	45	253	16%	16%	16%
50 à < 100 jeunes français handicapés	288	55	343	22%	19%	21%
100 jeunes français handicapés et plus	822	190	1 012	62%	66%	63%
Total	1 318	290	1 608	100%	100%	100%
Nombre d'établissements concernés	23	17	23			

*Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton

Source IGAS : à partir des données de la CRAM Nord-Picardie - statistiques annuelles CRAM

⁹¹ Selon l'enquête belge de l'AFRAHM précitée, 2 697 français étaient accueillis sur des places « autorisées » en 2002.

⁹² Selon l'enquête belge de l'AFRAHM précitée, 14 établissements autorisés (représentant 1 084 places dont 758 pour les adultes) sont exclusivement réservés aux ressortissants français.

- Au moins les deux tiers des jeunes handicapés français sont en internat

Les 23 établissements belges conventionnés disposent d'un internat et quatre d'entre eux proposent aussi un semi-internat (dont trois parmi les établissements qui hébergent plus de 100 jeunes français). Sur l'ensemble de la population des jeunes handicapés français accueillis, 38% (611) sont en semi-internat et 62% (997) en internat (Cf. tableaux ci-dessous) ce qui constitue une différence notable par rapport à l'offre française correspondante où les possibilités sont moindres.

Tableau n° 10 : JEUNES HANDICAPES FRANÇAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES EN FIN 2004
PAR TAILLE ET TYPE DE PRISE EN CHARGE
(selon les données assurance maladie)

En fin 2004	Nombre de ressortissants présents			Nombre d'établissements belges concernés		
	Internat	Internat et semi-internat	Total	Internat	Internat et semi-internat	Total
< 50 jeunes français handicapés	253	0	253	13	0	13
50 à < 100 jeunes français handicapés	251	92	343	4	1	5
100 jeunes français handicapés et plus	493	519	1012	2	3	5
Total	997	611	1 608	19	4	23

*Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton
 Source IGAS : à partir des données de la CRAM Nord-Picardie - statistiques annuelles CRAM

- Les durées de validité des conventions passées par l'assurance maladie sont en général les mêmes que celles des agréments belges

A quatre exceptions près⁹³, la durée de validité des conventions passées par l'assurance maladie est la même que celle des agréments de l'AWIPH.

Plus de la moitié (53%) des 1 608 jeunes handicapés placés en Belgique en fin 2004, sont accueillis dans des établissements pour lesquels la durée de validité de la convention passée par l'assurance maladie est de 2 à 3 ans (Cf. tableau ci-dessous) ce qui donne des possibilités de remise en cause relativement aisées.

⁹³ Deux établissements ont un agrément permanent et deux autres ont des périodes de conventionnement différenciées selon les unités ou services.

**Tableau n°11: DUREE DE VALIDITE DES CONVENTIONNEMENTS
DES ETABLISSEMENTS BELGES PAR L'ASSURANCE MALADIE EN FIN 2004
(selon les données assurance maladie)**

Durée de validité en fin 2004	Ressortissants présents en fin 2004		Etablissements belges concernés	
	Nombre	Répartition en %	Nombre	Répartition en %
< à 6 mois	47	3%	2	9%
6 à <12 mois	476	30%	5	22%
1 à < 2 ans	386	24%	9	39%
2 à < 3 ans	210	13%	5	22%
3 ans	489	30%	2	9%
Total	1 608	100%	23	100%
Dont agrément belge permanent	193	12%	2	9%

Source IGAS : à partir des données de la CRAM Nord-Picardie - statistiques annuelles CRAM

1332 - Les adultes maintenus au titre de l'amendement Creton

- Les adultes maintenus au titre de l'amendement Creton représentent 32% de la population concernée

Sur les 1 608 personnes concernées, 53% sont des enfants de moins de 18 ans (853), 15% ont entre 18 et 20 ans (248) et 32% (507) bénéficient du dispositif Creton (Cf. graphique ci-dessous).

**Tableau n° 12 : JEUNES HANDICAPES FRANÇAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES
PAR REGIME SOCIAL ET TRANCHE D'AGE
(selon les données assurance maladie)**

Nombre de personnes en fin 2004	Moins de 18 ans	18 à moins de 20 ans	20 ans et plus «Creton »	Total	Répartition En %
Dispositif conventionnel assurance maladie	712	208	356	1 276	79%
Dont					
Régime général	699	207	355	1 261	78%
MSA	13	1	1	15	1%
CMR	0	0	0	0	0%
Régimes spéciaux	22	6	14	42	3%
Ensemble « Assurance maladie »	734	214	370	1 318	82%
Aide sociale	119	34	137	290	18%
Ensemble	853	248	507	1 608	100%

Source IGAS : à partir des données de la CRAM Nord-Picardie

MSA : mutualité sociale agricole

CMR : Caisse Maladie Régionale du régime des Travailleurs Non Salariés (TNS)

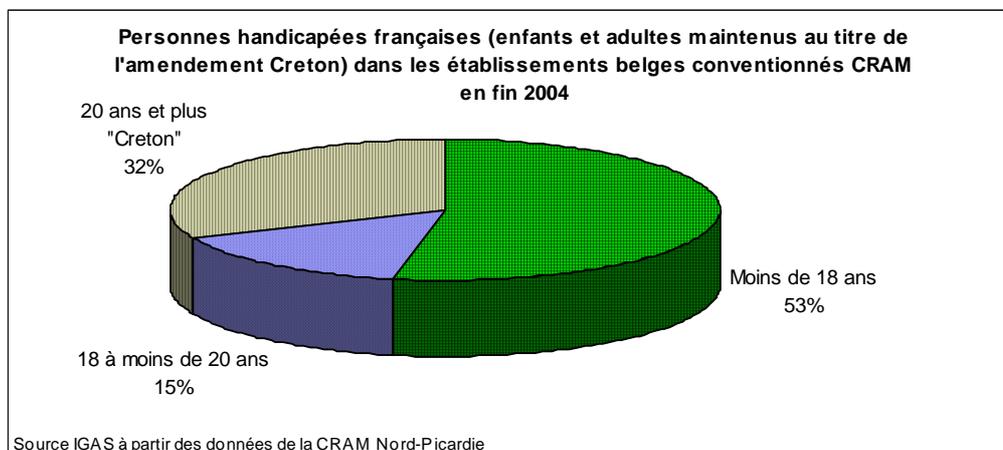
*Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton

Sur 1 608 jeunes handicapés, 1 261 (78%) dépendent du régime général de la sécurité sociale, 15 de la MSA, 42 des régimes spéciaux (SNCF, etc...) et 290 (18%) relèvent de l'aide sociale à l'enfance.

La proportion de jeunes majeurs handicapés (ceux qui ont plus de 18 ans) est importante parmi les ressortissants du régime général (44%) mais surtout parmi ceux de l'aide

sociale (59%). Une large partie d'entre eux est bénéficiaire du dispositif de maintien au titre de l'amendement Creton (Cf. tableau ci-dessus). C'est le cas, fin décembre 2004, de 370 ressortissants de l'assurance maladie et de 137 ressortissants de l'aide sociale départementale.

Graphique n°1 :



1333 - Une prépondérance de jeunes originaires de la région Nord – Pas-de-Calais

Plus des deux tiers (68%) des jeunes handicapés français présents dans les établissements belges conventionnés en fin 2004 sont originaires de la région Nord – Pas-de-Calais : plus de la moitié vient du département du Nord (51%) et 17% du Pas de Calais (Cf. tableau ci-dessous).

La part des départements éloignés de la Belgique⁹⁴, n'est cependant pas négligeable : près de 24% des jeunes handicapés en sont originaires et, pour une large part, ils viennent de la région Île de France (16%).

Au total, 42 départements français (soit près de la moitié d'entre eux) et 17 régions sont concernés par les placements de jeunes handicapés en Belgique, en fin 2004 (Cf. tableaux ci-dessous).

⁹⁴ Sont considérés comme départements proches et dans l'ordre décroissant du nombre de des placements en fin 2004 : outre les départements du Nord et du Pas-de-Calais, ceux de la Meuse, de la Meurthe-et-Moselle, de l'Aisne et des Ardennes.

Tableau n°13 : JEUNES HANDICAPES FRANÇAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES EN FIN 2004
PAR DEPARTEMENT D'ORIGINE ()**
(selon les données assurance maladie)

Départements	Nombre au 31/12/2004	%	Rang en fin 2004
59 – Nord	816	51%	1
62 – Pas-de-Calais	273	17%	2
55 – Meuse	58	4%	3
77 – Seine et Marne	51	3%	4
93 – Seine-Saint-Denis	43	3%	5
60 – Oise	42	3%	6
54 – Meurthe-et-Moselle	42	3%	7
75 – Paris	40	2%	8
95 – Val d'Oise	37	2%	9
94 – Val de Marne	28	2%	10
57 – Moselle	23	1%	11
80 – Somme	20	1%	12
78 – Yvelines	20	1%	13
92 – Haut-de-Seine	20	1%	14
02 – Aisne	17	1%	15
08 – Ardennes	17	1%	16
91 – Essonne	13	1%	17
37 – Indre et Loire	12	1%	18
24 autres départements ont moins de 10 placements chacun	36	2%	
Ensemble (*)	1 608	100%	

Source IGAS : à partir des données de la CRAM Nord-Picardie - statistiques annuelles CRAM

(*) Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton

(**) Sur 42 départements ayant un enfant ou un adulte maintenus au titre de l'amendement Creton placés en Belgique

Tableau n° 14 : JEUNES HANDICAPES FRANÇAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES EN FIN 2004
PAR REGION D'ORIGINE
(selon les données assurance maladie)

Région	Nombre au 31/12/2004	%	Rang en fin 2004
NORD-PAS DE CALAIS	1089	68%	1
ILE-DE-FRANCE	252	16%	2
LORRAINE	124	8%	3
PICARDIE	79	5%	4
CHAMPAGNE-ARDENNES	21	1%	5
CENTRE	17	1%	6
HAUTE NORMANDIE	6	0%	7
RHONE-ALPES	4	0%	8
DOM	3	0%	9
BOURGOGNE	2	0%	10
FRANCHE COMTE	2	0%	11
MIDI-PYRENEES	2	0%	12
LANGUEDOC-ROUS.	2	0%	13
PROVENCE-ALP.-C.A.	2	0%	14
BASSE NORMANDIE	1	0%	15
PAYS DE LA LOIRE	1	0%	16
BRETAGNE	1	0%	17
Total	1 608	100%	

Source IGAS : à partir des données de la CRAM Nord-Picardie - statistiques annuelles CRAM
 (*)Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton

Les 290 personnes handicapées prises en charge par l'aide sociale à l'enfance sont originaires de 19 départements : 41% sont originaires du Nord, 33% du Pas-de-Calais (soit une proportion plus de deux fois supérieure à celle des bénéficiaires de l'assurance maladie) 11% de l'Oise, 14 % proviennent des deux départements de la région Picardie et 3% de la région Île-de-France.

1334 - Les caractéristiques des placements des jeunes handicapés

Préalablement au placement en Belgique, les dossiers des jeunes handicapés français font l'objet d'un avis émis par le service médical régional de la CRAM Nord-Picardie. A partir des dossiers médicaux des intéressés, il a été possible de mettre en évidence quelques caractéristiques de ces placements.

➤ La distinction en avis initial et demande de prolongation

Les avis de placement émis par le service médical de la CRAM Nord-Picardie concernent soit des demandes initiales, soit des demandes de prolongation.

Le nombre global de ces avis est en augmentation d'environ 8 % en 2004 par rapport à 2003 (Cf. tableau ci-dessous).

**Tableau n°15 : NOMBRE D'AVIS DE PLACEMENTS
DE HANDICAPES FRANÇAIS DANS UNE STRUCTURE BELGE
prises en charge par le régime général de la sécurité sociale française
SELON LE TYPE D'AVIS EN 2003 ET 2004
(selon les données assurance maladie)**

Type D'avis	Nombre			Répartition en %		
	Initial	Prolonga tion	Ensemble	Initial	Prolonga tion	Ensemble
2003	202	657	859	24%	76%	100%
2004	246	680	926	27%	73%	100%
2004/2003	+21,8%	+3,5%	+7,8%			

Source : IGAS d'après les données de l'échelon régional du service médical (ERSM) de la CRAM Nord-Picardie

Seulement un quart de ces avis concerne un placement initial, soit 246 placements nouveaux pris en charge par le régime général de la sécurité sociale française en 2004. Mais, d'une année sur l'autre, le nombre de placements initiaux progresse plus vite (+22%) que le nombre de prolongations (+3,5%) ce qui tendrait à prouver que le rythme des nouveaux placements s'est accéléré en 2004.

➤ Les caractéristiques des jeunes handicapés français placés, au regard des âges

L'information transmise à la mission concerne 1 686 dossiers de demandes de placements dans des structures belges, en fin 2004, soit un peu plus que le nombre de jeunes handicapés effectivement présents dans les établissements⁹⁵.

L'examen des dossiers, d'une part confirme que plus de la moitié des personnes en cause (55%) sont des adultes et, d'autre part, met en évidence que dans les structures non conventionnées par l'assurance maladie, il n'y a pratiquement que des adultes (94%) (Cf. tableau ci-dessous).

Le médecin conseil constate que même, «*au sein des établissements conventionnés qui se sont engagés à respecter les clauses de l'amendement "Creton", près de 35 % des résidents sont âgés de plus de 20 ans*».

Pour les 11 enfants de moins de 18 ans placés en structures non conventionnées, il précise «*qu'il s'agit de 9 cas d'autisme de type "Kaner" pour lesquels aucune solution n'a pu être proposée dans les établissements conventionnés, dont certains se sont dotés d'unités spécifiques, mais qui ont tous, à ce jour, des listes d'attente pour ce type de pathologie. Les 2 autres enfants ont été orientés vers des structures non conventionnées en raison de la proximité des dites structures avec la résidence des parents qui travaillent sur le territoire belge*».

⁹⁵ Ce chiffre inclut en particulier les sorties en cours d'année 2004.

**Tableau n°16 : DOSSIERS DE PLACEMENTS
DE HANDICAPES FRANÇAIS DANS UNE STRUCTURE BELGE
prises en charge par le régime général de la sécurité sociale française
PAR TYPE DE STRUCTURE ET TRANCHE D'ÂGE
(selon les données assurance maladie)**

Au 31/12/2004 (*)	Nombre			Répartition par âge en %			Répartition par type d'établissement en %		
	Conven- tionné CRAM	Non conven- tionné CRAM (1)	Ensemble	Conven- tionné CRAM	Non conven- tionné CRAM (1)	Ensemble	Conven- tionné CRAM	Non conven- tionné CRAM (1)	Ensemble
Moins de 18 ans	741	11	752	49%	6%	45%	99%	1%	100%
18 et plus	769	165	934	51%	94%	55%	82%	18%	100%
Dont 20 ans et plus	526	154	680	35%	88%	40%	77%	23%	100%
TOTAL	1 510	176	1 686	100%	100%	100%	90%	10%	100%

(*) y compris les sorties en 2004 qui ne sont pas décomptés, faute d'information par la DRSM

(1) Personnes prises en charge individuellement et directement par leur CPAM d'affiliation

Source IGAS d'après les données de l'échelon régional du service médical (ERSM) de la CRAM Nord-Picardie

- Les caractéristiques des jeunes handicapés français au regard des pathologies : 20% relèvent de "l'autisme"

Les statistiques du service médical de la CRAM Nord-Picardie permettent de quantifier l'importance des pathologies dites « lourdes » chez les jeunes handicapés ressortissants du régime général de l'assurance maladie.

La pathologie la plus fréquemment rencontrée est l'autisme (20,3 %), suivie de près par le retard mental (18,7 %) dont la moitié concerne le retard mental profond. En troisième position les troubles du comportement (17,3 %), puis l'infirmité motrice cérébrale (13,4 %) et les psychoses (12,4 %). Ces cinq groupes de pathologies représentent 82% des dossiers (Cf. tableau ci-dessous).

**Tableau n°17 : DOSSIERS DE PLACEMENTS
DE HANDICAPES FRANÇAIS DANS UNE STRUCTURE BELGE
prises en charge par le régime général de la sécurité sociale française
PAR "GROUPE DE PATHOLOGIES" EN FIN 2004
(selon les données assurance maladie)**

Groupe de pathologies	Répartition en %
1 Autisme	20,3%
2 Retard mental	18,7%
2.1 Dont retard mental profond	9,4%
3 Troubles du comportement	17,3%
4 Infirmité motrice cérébrale	13,4%
5 Psychoses	12,4%
Pathologies non connues	17,8%
Ensemble	100,00%

Source : données de l'échelon régional du service médical (ERSM) de la CRAM Nord-Picardie

1335 - L'évolution des placements des jeunes handicapés français

- Une évolution du nombre de placements des jeunes handicapés français en légère progression

L'évolution des placements des jeunes handicapés français sur les six dernières années traduit plutôt une progression. L'augmentation, de l'ordre de 4,4% l'an entre 1998 et 2004, a été plus importante en 2000 (en raison de l'ouverture d'un nouvel établissement recevant 152 jeunes français redevables de l'aide sociale à l'enfance) et en 2003 (Cf. tableau ci-dessous).

**Tableau n°18 : MOUVEMENTS DE JEUNES HANDICAPES FRANCAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES ENTRE 1998 ET 2004
(selon les données assurance maladie)**

Année	Présents au 31/12		Mouvements annuels		Solde
	Nombre	Evolution annuelle en %	Entrées année n	Sorties année n	
1998	1 240				
1999	1 265	2,0%	216	191	25
2000 (**)	1 465	15,8%	462	262	200
2001	1 500	2,4%	296	261	35
2002	1 507	0,5%	212	205	7
2003	1 571	4,2%	293	229	64
2004	1 608	2,4%	260	223	37

Source IGAS : à partir des données de la DRASS Nord-Pas-de-Calais/CRAM Nord-Picardie.

*Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton

(**) Remarque : La variation importante constatée entre 1999 et 2000 rend compte du conventionnement d'un nouvel établissement recevant 152 jeunes de l'Aide Sociale à l'Enfance en 2000. A périmètre constant la progression aurait été de 3,8 % entre 1999 et 2000.

Le fort mouvement annuel d'entrées et de sorties (483 au total en 2004) est en grande partie lié aux prises en charge en semi-internat dans 4 des 23 établissements belges conventionnés. Ainsi, plus de la moitié des sorties de l'année 2004 (52%) et 41% des entrées sont imputables à ces 4 établissements. Toutefois, les motifs de sorties et leur destination ne sont pas recensés par la CRAM Nord-Picardie (Cf. tableau ci-dessous).

**Tableau n°19 : MOUVEMENTS DES JEUNES HANDICAPES FRANCAIS
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES EN 2004
PAR TYPES D'HEBERGEMENTS
(selon les données assurance maladie)**

	Nombre			Répartition en %		
	Internat	Internat et semi-internat	Total	Internat	Internat et semi-internat	Total
Présents en fin 2003	950	621	1571	60%	40%	100%
Entrées 2004	154	106	260	59%	41%	100%
Sorties 2004	107	116	223	48%	52%	100%
Présents en fin 2004	997	611	1608	62%	38%	100%
Nombre d'établissements belges concernés	19	4	23	83%	17%	100%

Source IGAS : à partir des données de la CRAM Nord-Picardie - statistiques annuelles

*Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton.

- Une progression des prises en charges par les régimes d'assurance maladie plus modérée que celle de l'aide sociale à l'enfance

L'augmentation du nombre de prises en charge en fin d'année par les régimes d'assurance maladie est de 4,2% en moyenne annuelle entre 1998 et 2004, avec une stabilisation en 2001 et un ralentissement depuis 2003. (Cf. tableau ci-dessous et graphique 2).

L'augmentation du nombre de jeunes handicapés ressortissant de l'aide sociale à l'enfance est un peu plus importante : + 5,4% en moyenne annuelle sur la même période, mais avec de grandes variations : forte hausse en 2000 (liée à l'ouverture d'un nouvel établissement) hausse moyenne en 2003, ralentissement en 2004, baisse importante en 1999 et 2002.

**Tableau n°20 : JEUNES HANDICAPES FRANÇAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES
ENTRE 1998 ET 2004 PAR TYPE DE PRISE EN CHARGE
(selon les données assurance maladie)**

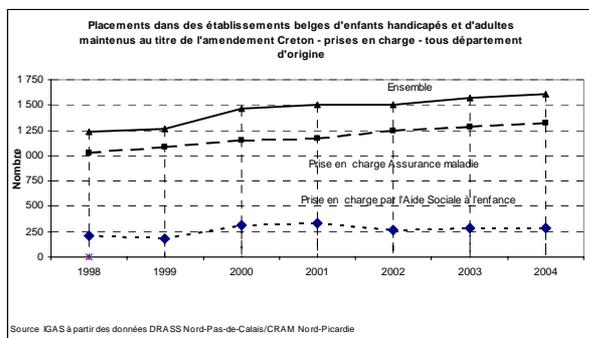
Présents en fin d'année	Prise en charge Assurance maladie (**)		Prise en charge par l'Aide Sociale à l'enfance		Ensemble		Répartition selon la prise en charge %		
	Nombre	Evolution annuelle en %	Nombre	Evolution annuelle en %	Nombre	Evolution annuelle en %	Assurance maladie	Aide Sociale à l'enfance	Ensemble
1998	1 029		211		1 240		83%	17%	100%
1999	1 086	5,5%	179	-15,2%	1 265	2,0%	86%	14%	100%
2000	1 150	5,9%	315	76,0%	1 465	15,8%	78%	22%	100%
2001	1 171	1,8%	329	4,4%	1 500	2,4%	78%	22%	100%
2002	1 243	6,1%	264	-19,8%	1 507	0,5%	82%	18%	100%
2003	1 284	3,3%	287	8,7%	1 571	4,2%	82%	18%	100%
2004	1 318	2,6%	290	1,0%	1 608	2,4%	82%	18%	100%

Source IGAS : à partir des données de la DRASS Nord-Pas-de-Calais/ CRAM Nord-Picardie.

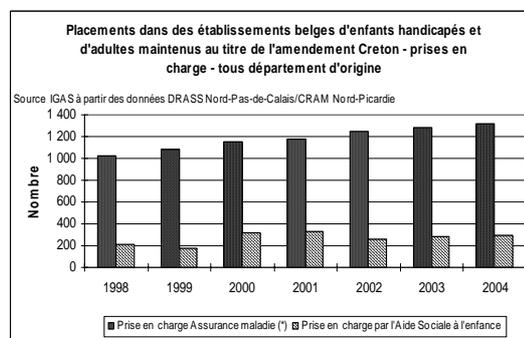
*Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton

(**) Ensemble des régimes sociaux

Graphique 2



Graphique 3



- Une progression des plus âgés pris en charge par les régimes d'assurance maladie et des plus jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance

La pyramide des âges des jeunes handicapés français placés en Belgique reste relativement stable, entre 1999 et 2004, pour les bénéficiaires des régimes d'assurance maladie.

Le nombre des adultes relevant du dispositif Creton constituent toujours un peu plus d'un quart (28%) de ces jeunes. Leur effectif s'accroît, signe d'un certain vieillissement de cette population⁹⁶. Le nombre des adultes qui sont pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, qui avait fortement augmenté entre 2000 et 2002, diminue depuis, mais représente cependant près de la moitié (47%) du total des prises en charges de l'aide sociale à l'enfance en fin 2004.

Pour les moins de 18 ans, les évolutions sont plus fluctuantes : leur nombre passe de 50 en 1999 à 119 en 2004, soit 41% du nombre de ressortissants de l'aide sociale (Cf. tableau par type de prise en charge et par année en annexe).

Tableau n°21 : JEUNES HANDICAPES FRANÇAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES
ENTRE 1999 ET 2004 PAR TRANCHE D'AGE
(selon les données assurance maladie)

Présents en fin d'année	Moins de 18 ans		De 18 à 19 ans		CRETON (20 ans et plus)		Total		Répartition en %			
	Nombre	Evolution annuelle en %	Nombre	Evolution annuelle en %	Nombre	Evolution annuelle En %	Nombre	Evolution annuelle en %	Moins de 18 ans	De 18 à 19 ans	CRETON (20 ans et plus)	TOTAL
1999	662			192	411		1 265		52%	15%	32%	100%
2000	781	18,0%	26,6%	243	441	7,3%	1 465	15,8%	53%	17%	30%	100%
2001	799	2,3%	5,3%	256	445	0,9%	1 500	2,4%	53%	17%	30%	100%
2002	802	0,4%	-17,2%	212	493	10,8%	1 507	0,5%	53%	14%	33%	100%
2003	832	3,7%	7,5%	228	511	3,7%	1 571	4,2%	53%	15%	33%	100%
2004	853	2,5%	8,8%	248	507	-0,8%	1 608	2,4%	53%	15%	32%	100%

Source IGAS : à partir des données de la DRASS Nord-Pas-de-Calais/ CRAM Nord-Picardie.

*Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton

Au total, sur la période 1999 – 2004, près d'un tiers des prises en charge concerne des personnes relevant du dispositif « Creton », tous modes de prises en charge confondus.

Or, d'après les informations transmises à la mission par la direction générale de l'action sociale (DGAS), le nombre global des jeunes adultes bénéficiaires de ce dispositif, en France comme à l'étranger, décroît tous les ans depuis 2002. (Cf. tableau ci-dessous). Pourtant, pour les jeunes placés en Belgique on constate au contraire entre 2002 et 2004 une légère progression (507 contre 497). En fait, on observe qu'il y a eu d'abord un ralentissement de la croissance (+ 10,8% en 2002 et seulement +3,7% en 2003) puis une diminution en 2004 (- 0,8%). Cette récente diminution est imputable aux ressortissants de l'aide sociale à l'enfance, dont le nombre passe de 142 en 2003 à 137 en 2004, retrouvant le niveau de 2001.

Globalement, environ 10% de l'ensemble des bénéficiaires français du dispositif Creton sont placés en Belgique.

⁹⁶ Leur augmentation annuelle moyenne est de 4,8% l'an entre 1999 et 2004, alors que celle des moins de 18 ans est + 3,7% sur la même période.

**Tableau n°22 : JEUNES ADULTES RELEVANT DE L'AMENDEMENT CRETON
(selon les données assurance maladie)**

Présents en fin d'année	Ensemble (1)		Accueillis dans un établissement belge (2)		Proportion en Belgique (*)
	Nombre	Évolution annuelle	Nombre	Évolution annuelle	En % (2)/(1)
2002	5 224		493	10,8%	9%
2003	4 987	-4,5%	511	3,7%	10%
2004	4 876	-2,2%	507	-0,8%	10%

Source (1) : enquête programmation 2001-2004 DGAS

Sources (2) : DRASS Nord-Pas-de-Calais/CRAM Nord-Picardie

(*) Part des maintenus au titre de l'amendement Creton placés dans des établissements belges conventionnés parmi l'ensemble.

- Une progression du nombre de ressortissants originaires du département du Pas-de-Calais, mais une stabilité en valeur relative

En pourcentage, le poids de la région Nord-Pas-de-Calais est resté stable entre 1999 et 2004 par rapport au total des placements de jeunes handicapés en Belgique : 69% en 1999 et 68% en 2004. Pourtant, en valeur absolue, les effectifs s'accroissent de 876 en 1999 à 1 089 en 2004. Il est à noter que les deux départements nordistes évoluent différemment : le Pas-de-Calais progresse (126 placements en 1999 à 273 en 2004) alors que Nord diminue depuis 2002 (Cf. tableau ci-dessous).

La part relative de la région Île-de-France et des autres régions semble stabilisée aux alentours de 31% à 32%, l'accroissement en valeur absolue du nombre de placements est de + 130 (389 placements en fin 1999 et 519 en fin 2004).

**Tableau n°23 : JEUNES HANDICAPES FRANÇAIS*
DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES CONVENTIONNES ENTRE 1999 ET 2004
(selon les données assurance maladie)**

Présents en fin d'année	Nombre						Répartition en %					
	59 - Nord	62 - Pas de Calais	S/total Région Nord-Pas de Calais	Région Île de France	Autres régions	TOTAL	59 - Nord	62 - Pas de Calais	S/total Région Nord-Pas-de-Calais	Région Île de France	Autres régions	TOTAL
31/12/99	750	126	876	190	199	1 265	59%	10%	69%	15%	16%	100%
31/12/00	785	250	1 035	210	220	1 465	54%	17%	71%	14%	15%	100%
31/12/01	802	238	1 040	220	240	1 500	53%	16%	69%	15%	16%	100%
31/12/02	861	185	1 046	225	236	1 507	57%	12%	69%	15%	16%	100%
31/12/03	848	251	1 099	227	245	1 571	54%	16%	70%	14%	16%	100%
31/12/04	816	273	1 089	252	267	1 608	51%	17%	68%	16%	17%	100%
Taux d'accroissement annuel moyen fin 1999- fin 2004	1,7%	16,7%	4,4%	5,8%	6,1%	4,9%						

Source IGAS : à partir des données de la DRASS Nord-Pas-de-Calais/ CRAM Nord-Picardie.

*Jeunes handicapés = enfants, adolescents et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton

Par types de prise en charge, le nombre de ressortissants bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance augmente surtout dans le département du Pas-de-Calais qui représente, avec 77

ressortissants en plus, les deux tiers de l'accroissement (+111 personnes handicapées) entre 1999 et 2004.

L'augmentation de 232 jeunes pris en charge par l'assurance maladie entre 1999 et 2004 provient plutôt des régions autres que le Nord – Pas-de-Calais.

134 - Les placements des adultes handicapés français en Belgique

A l'exception notable des bénéficiaires du dispositif Creton et des prises en charge individuelles pratiquées par les CPAM d'affiliation, les placements des handicapés adultes français placés à l'étranger, sont pris en charge financièrement, en partie, par les conseils généraux. Comme cela a été dit précédemment, il n'existe pas de consolidations statistiques ou de données centralisées les concernant. Les informations disponibles sont nettement moins nombreuses que celles intéressant les jeunes handicapés. La mission a donc sollicité 18 départements, en faisant l'hypothèse que les départements les plus concernés par les placements d'enfants (ou de « Creton ») le sont aussi par les placements des adultes handicapés à l'étranger.

A partir de réponses de 14 d'entre eux, la mission a successivement analysé : les effectifs (§1341) les types de handicaps concernés (§1342) la situation de la région Nord – Pas-de-Calais (§1343) les caractéristiques des établissements belges qui accueillent des adultes handicapés pris en charge par les Conseils généraux (§1344) et le placement des adultes pris en charge individuellement par leur CPAM d'affiliation (§1345)

1341- Le nombre de placements d'adultes français pris en charge par les Conseils généraux en Belgique

Le nombre total de placements d'adultes handicapés français dans les établissements belges bénéficiant d'une prise en charge par les conseils généraux s'élève en 2004 à 1 520 pour ces 14 départements, soit un nombre qui avoisine celui des jeunes handicapés (1 608).

Ce nombre de ressortissants français est en progression notable entre 1999 et 2004 (ou entre 2002 et 2004 selon les réponses) dans tous les départements, sauf celui de la Somme (Cf. tableau ci-dessous).

**Tableau n°24 - ADULTES HANDICAPES FRANÇAIS PLACES DANS UN ÉTABLISSEMENT BELGE
AVEC UNE PRISE EN CHARGE PAR LES CONSEILS GÉNÉRAUX DE 14 DÉPARTEMENTS
ENTRE 1999 ET 2004⁹⁷**

Présents en fin d'année

N° département	Nom du département	Nombre d'adultes présents en fin d'année					
		1999	2000	2001	2002	2003	2004
59	Nord	Nd	nd	nd	488	513	525
93	Seine-Saint-Denis	Nd	122	126	137	155	172
08	Ardennes	129	143	143	147	162	168
02	Aisne	55	58	69	78	100	117
62	Pas de Calais	61	66	69	75	91	106
60	Oise	43	47	55	67	70	92
94	Val de Marne	38	45	54	62	72	77
92	Haut de Seine	31	34	41	55	55	62
95	Val d'Oise	13	20	29	38	49	56
37	Indre et Loire	13	14	16	25	34	43
55	Meuse	25	23	26	26	27	42
80	Somme	Nd	38	35	31	26	27
54	Meurthe et Moselle	15	15	15	23	24	25
57	Moselle	5	6	6	5	6	8
Ensemble des réponses pour 11 départements (1)		428	471	523	601	690	796
Ensemble des réponses pour 14 départements					1 257	1 384	1 520

Source IGAS : Enquête auprès de 18 conseils généraux - placements en établissement en Belgique

nd : non déterminé

(1) Total calculé pour les 11 départements répondant chaque année (hors 59, 80 et 93)

L'augmentation du nombre de placements est de + 13% l'an (+ 368) entre 1999 et 2004 pour 11 départements répondant pour l'ensemble de la période. Elle est de 10% l'an (+ 263) entre 2002 et 2004 pour les 14 départements.

Les éléments fournis concernant les flux annuels d'entrées et de sorties entre 1999 et 2004 sont trop partiels pour permettre une analyse quantitative fine. De même, les motifs de sorties sont rarement connus des conseils généraux. Ainsi, pour dix départements ayant donné une réponse pour l'année 2004, le nombre d'entrées d'adultes handicapés en établissements belges est de 116 pour 24 sorties.

Pour le département des Ardennes, l'augmentation des placements entre 1999 et 2004 dans des établissements belges résulte de 64 entrées et de 12 sorties sur ces cinq années. Les motifs de sorties sont le décès pour 7 personnes, le changement d'établissement pour 4 et l'hospitalisation pour une personne.

Les quelques autres motifs de sorties renseignés sont, outre le décès (2 cas en Moselle et dans les Hauts-de-Seine) le changement d'établissement (5 cas dans la Meuse et les Hauts-de-Seine, dont un placement en externat en France et un placement en Meurthe-et-Moselle) ou le retour en domicile pour 3 personnes en Meurthe-et-Moselle.

⁹⁷ Cf. en annexe le tableau concernant les évolutions en pourcentages.

1342 - Une faible connaissance des types de handicap

Le type de handicap est rarement recensé par les conseils généraux et lorsque le renseignement est fourni, il ne se réfère à aucune classification reconnue. Les réponses concernant sept départements figurent dans le tableau suivant. Un département a interrogé la COTOREP, seule source pour lui de connaissance de la nature du handicap des adultes placés. La commission ne possède des informations que pour 54 personnes sur les 106 concernées par un placement en Belgique. D'une façon générale, le handicap mental semble la déficience principale, mais son degré de sévérité n'est pas toujours explicité.

Tableau n°25 – ADULTES HANDICAPES FRANÇAIS PLACES DANS UN ETABLISSEMENT BELGE AVEC UNE PRISE EN CHARGE PAR LES CONSEILS GENERAUX DE 14 DEPARTEMENTS
Selon le type de handicap

n° département	Nom du département	Type de handicap	Nombre de placements en fin 2004		
55	Meuse	Ensemble Meuse : Handicap mental	42		
37	Indre et Loire	Relevant de maison d'accueil médicalisé (MAS)	3		
		Relevant de foyer d'accueil médicalisé (FAM)	8		
		Relevant de foyer occupationnel (FO) « lourds »	31		
		Ensemble Indre et Loire	42		
54	Meurthe et Moselle	Mental	10		
		Psychiques	12		
		Psychiques et mental	3		
		Inconnu	1		
		Ensemble Meurthe et Moselle	26		
92	Haut de Seine	Autisme	37		
92		Psychiatrie lourde	25		
Ensemble Haut de Seine		62			
59	Nord	Déficience mentale légère ou moyenne	231		
		Handicap mental léger à sévère (trisomique au psychotique lourd)	56		
		Handicap mental lourd (autistes, psychotiques, trisomiques, épileptiques)	85		
		Handicap profond et sévère avec troubles surajoutés	17		
		Handicap mental modéré à sévère voire profond avec troubles surajoutés (tels que psychotique, autistique, épileptique, paralysie cérébrale)	2		
		Adultes déficients de la parole et de l'ouïe avec troubles associés	1		
		Handicap sévère à profond avec troubles autistiques	34		
		Handicap mental léger, modéré ou sévère avec éventuellement des troubles associés (infirmité motrice ou cérébrale, myopathie, neuropathie...)	23		
		Handicap mental avec troubles autistiques, X fragiles, syndrome de Down...	8		
		Polyhandicap lourd	3		
		Personnes profondément handicapées & déficientes mentales	8		
		Handicap mental, modéré, sévère ou profond avec troubles associés (tels qu'épilepsie, troubles moteurs, troubles de la vue)	1		
		Handicap mental léger, modéré à sévère	56		
		Ensemble Nord	525		
		80	Somme	Autisme	5
Epilepsie	2				
Epilepsie, Troubles du comportement	2				
Infirme moteur cérébral	1				
Psychose, Retard mental, Epilepsie	2				
Psychose d'angoisse ; Psychose déficitaire ; Psychose déficitaire grave, Absence de langage	3				
Psychose infantile; Psychose infantile, Epilepsie ; Psychose infantile, Troubles moteurs	3				
Retard mental, Troubles de la personnalité ; Retard mental, Troubles du comportement ; Retard mental grave	4				
Trisomie 21	1				
Troubles psychotiques, Troubles de la personnalité	1				
Dossiers archivés, non retrouvé ou transféré à la COTOREP du Nord	3				
Ensemble Somme	27				
62	Pas de Calais			Léger	23
				Moyen	12
		Lourd	15		
		Autisme	4		
		Non déterminé	52		
		Ensemble Pas de Calais	106		

Source IGAS : Enquête auprès de 18 conseils généraux - placements en établissement en Belgique

1343 - Un poids moindre de la région Nord – Pas-de-Calais que pour le placement des jeunes handicapés en Belgique

En comparaison avec les données de la CRAM Nord-Picardie concernant les jeunes, l'origine géographique des adultes handicapés pris en charge par les conseils généraux en Belgique diffère sensiblement (Cf. tableau ci-dessous).

Tableau n°26 – ADULTES HANDICAPES ET ENFANTS ET ADULTES MAINTENUS AU TITRE DE L'AMENDEMENT CRETON PRESENTS EN FIN 2004 DANS UN ETABLISSEMENT BELGE selon la prise en charge – départements répondants à l'enquête auprès des Conseils généraux Présents en fin 2004

n° département	Nom du département	Adultes pris en charge par les Conseils généraux (1)		Enfants et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton pris en charge par			
				L'Assurance maladie (2)		L'Aide sociale à l'enfance (2)	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
59	Nord	525	35%	696	56%	120	43%
93	Seine-Saint-Denis	172	11%	43	3%	2	1%
08	Ardennes	168	11%	17	1%	7	2%
02	Aisne	117	8%	17	1%	2	1%
62	Pas de Calais	106	7%	178	20%	95	34%
60	Oise	92	6%	11	1%	31	11%
94	Val de Marne	77	5%	28	2%	1	0%
92	Haut de Seine	62	4%	20	1%	0	0%
95	Val d'Oise	56	4%	37	3%	0	0%
37	Indre et Loire	43	3%	12	1%	7	2%
55	Meuse	42	3%	58	4%	5	2%
80	Somme	27	2%	20	1%	7	2%
54	Meurthe et Moselle	25	2%	42	3%	0	0%
57	Moselle	8	1%	23	2%	5	2%
Ensemble des départements répondants		1 520	100%	1 202	100%	282	100%
Ensemble		Nd		1 318		290	
Taux de réponse		Nd		91%		97%	

Sources IGAS :

(1) Données de l'enquête auprès des Conseils généraux

(2) Données de la CRAM Nord Picardie

Nd : non déterminé

Le département du Nord, avec 525 adultes en 2004, représente plus du tiers des placements des adultes handicapés en Belgique et reste, comme pour le placement des jeunes, le principal « pourvoyeur ». Mais pour des départements comme la Seine-Saint-Denis (172 personnes) les Ardennes (168 personnes) et l'Aisne (117 personnes) le nombre d'adultes placés est plus important que celui des jeunes.

1344 - Les établissements belges qui accueillent des adultes handicapés pris en charge par les Conseils généraux

- De nombreux établissements belges accueillent des adultes handicapés pris en charge par les Conseils généraux

Au moins 67 établissements belges⁹⁸ accueillent en 2004 les 1 520 adultes handicapés pris en charge par les 14 conseils généraux ayant répondu à l'enquête.

Tableau n° 27 – ETABLISSEMENTS BELGES D'ACCUEIL EN FIN 2004 DES ADULTES HANDICAPES PRIS EN CHARGE PAR LES CONSEILS GENERAUX

Départements	Etablissements concernés		Placements		Nombre moyen de placements par établissement (2)/(1)
	Nombre	Répartition en %	Nombre	Répartition en %	
	(1)		(2)		
59 – Nord	40	68%	525	35%	13
92 – Haut de Seine	20	34%	62	4%	3
93 – Seine saint Denis	19	32%	172	11%	9
94 – Val de Marne	18	31%	77	5%	4
02 – Aisne	17	29%	117	8%	7
80 – Somme	15	25%	27	2%	2
08 – Ardennes	14	24%	168	11%	12
62 – Pas de Calais	14	24%	106	7%	8
60 – Oise	13	22%	92	6%	7
95 – Val d'Oise	11	19%	56	4%	5
37 – Indre et Loire	10	17%	43	3%	4
54 – Meurthe et Moselle	7	12%	25	2%	4
57 – Moselle	7	12%	8	1%	1
55 – Meuse	5	8%	42	3%	8
Ensemble (*)	59	100%	1 520	100%	26

Source IGAS : Enquête auprès de 18 conseils généraux

(*) Un même établissement reçoit des ressortissants handicapés originaires de différents départements.

La prise en charge est relativement dispersée entre les établissements belges : selon les départements, le nombre d'adultes placés par institution belge varie de 1 en Moselle à 13 dans le Nord (Cf. tableau ci-dessus).

- Une prise en charge en majorité dans des établissements agréés par les autorités belges

La mission a tenté d'harmoniser les informations transmises par les départements et les a croisées avec les annuaires des établissements belges agréés et autorisés de l'AWIPH⁹⁹. Cinq établissements n'ont pas été retrouvés dans ces annuaires.

⁹⁸ Le dénombrement s'appuie sur une harmonisation des réponses des Conseils généraux selon le nom de l'établissement, quelles que soient sa forme d'accueil ou son adresse.

⁹⁹ « Liste des institutions agréées et subsidiées pour l'accueil et l'hébergement des personnes handicapées » AWIPH et « Liste des institutions autorisées à prendre en charge des personnes handicapées sans intervention de l'AWIPH » arrêtées au 17/03/2005

Cette démarche permet d'évaluer à environ 54% la proportion d'établissements cités qui sont agréés par les autorités belges (soit 32 établissements) dont un tiers est également conventionné par l'assurance maladie française. Ces établissements accueillent 57% des adultes handicapés pris en charge par les conseils généraux soit 859 personnes.

Dix de ces établissements figurent cependant à la fois dans les deux rubriques belges : « agréé » et « autorisé de prises en charge » et accueillent une grande partie (611 personnes) des adultes handicapés.

- Mais une part non négligeable des placements se font dans des établissements seulement « autorisés de prise en charge » par les autorités belges

Si l'autorisation de prise de charge s'applique à 3 établissements (5%) ayant une convention avec l'assurance maladie, 24 autres établissements (40%) accueillant 485 adultes handicapés (32%) ne le sont pas. Si l'on considère comme faisant partie de ce groupe les 5 établissements recevant 222 adultes handicapés pour lesquels l'information n'a pu être retrouvée par la mission, c'est un total de 661 adultes (43% du total) qui sont hébergés dans des établissements seulement autorisés.

Tableau n°28 – ADULTES HANDICAPES PLACES DANS UN ETABLISSEMENT BELGES AVEC UNE PRISE EN CHARGE PAR LES CONSEILS GENERAUX
Selon le type d'agrément belge et français

A – Accueil en Belgique	Etablissements d'accueil		Placement	
	Nombre	%	Nombre	%
1- Conventionnés AM et agréé AWIPH	10	17%	272	18%
2 - Non conventionnés AM et agréé AWIPH	22	37%	587	39%
3 – Conventionnés AM et APC AWIPH	3	5%	176	12%
4 - Non conventionnés AM et APC AWIPH	19	32%	263	17%
Non déterminé (1)	5	8%	222	15%
Ensemble accueil en Belgique	59	100%	1 520	100%
B – Accueil en Suisse	1		1	
A+B – Total	60		1 521	

AM : caisse d'assurance maladie française

APC : autorisé de prise en charge

(1) Soit hors annuaire, soit détail des placements par établissement non communiqué (Aisne pour 117 placements)

Tableau n° 29 – ADULTES HANDICAPES PLACES DANS UN ETABLISSEMENT BELGES AVEC UNE PRISE EN CHARGE PAR LES CONSEILS GENERAUX
Selon le type d'agrément belge

Etablissements belges	Etablissements		Placement (1)	
	Nombre	%	Nombre	%
1- seulement agréés AWIPH	22	37%	248	16%
2- à la fois agréés et autorisés de prises en charge AWIPH (*)	10	17%	611	40%
1+2 – S/Total bénéficiant d'un agrément AWIPH	32	54%	859	57%
3- seulement autorisés de prises en charge AWIPH	22	37%	439	29%
Non déterminé (1)	5	8%	222	15%
Ensemble accueil en Belgique	59	100%	1 520	100%

Source IGAS : enquête auprès de 18 départements

(*) Dénombrés avec les établissements agréés dans le tableau ci-dessus.

(1) Soit hors annuaire, soit détail des placements par établissement non communiqué (Aisne pour 117 placements)

- Un mode conventionnement entre les Conseils généraux et les établissements belges plutôt au cas par cas

Pour ce qui concerne les relations entre les conseils généraux et les établissements belges, les réponses semblent indiquer une nette prépondérance de conventions ou d'arrêtés individuels : c'est le cas dans les trois-quarts des établissements (45 sur 59) comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau n°30 – TYPE DE CONVENTIONNEMENT ENTRE LES CONSEILS GENERAUX ET LES ETABLISSEMENTS BELGES

Etablissement concerné par :

(réponses positives)	Nombre d'établissements concernés (*)	Répartition en %
- Une convention individuelle ou un arrêté individuel	44	75%
- Une convention collective entre le département et l'établissement	26	44%
- L'utilisation d'une convention d'un département de la région Nord Pas de Calais	5	8%
Nombre total d'établissements concernés	59	100%

(*) Des réponses différentes possibles pour un même établissement selon les départements.

Source IGAS : enquête auprès de 18 départements

Mais plusieurs cas de figure peuvent se présenter pour un même établissement selon les départements : convention collective de réservation de places, convention individuelle et, plus original, utilisation d'une convention d'un autre conseil général (dans 8% des cas).

- Un accueil en majorité dans des "foyers occupationnels"

Les réponses apportées par les conseils généraux concernant les formes d'accueil, traduisent une grande diversité des types d'établissements, des appellations et des situations. (Cf. tableau ci-dessous).

Tableau n° 31 – FORMES D'ACCUEIL DES ETABLISSEMENTS BELGES - ADULTES HANDICAPES PLACES AVEC UNE PRISE EN CHARGE PAR LES CONSEILS GENERAUX

Formes d'accueil citées	Etablissements		Répartition du nombre de placements en % (1)
	Nombre de réponses	Répartition en %	
Foyer occupationnel	48	81%	52%
Foyer d'accueil médicalisé	16	27%	2%
Foyer d'hébergement	5	8%	15%
Foyer d'accueil médicalisé (FAS)	3	5%	0%
Foyer occupationnel et CAT	3	5%	8%
Institut médico-social psychopédagogique	3	5%	0%
Foyer occupationnel et maison d'accueil médicalisé (MAS)	2	3%	1%
Centre d'aide par le travail (CAT)	1	2%	1%
Foyer d'accueil médicalisé et foyer occupationnel	1	2%	0%
Foyer occupationnel et Autistes	1	2%	0%
IMPRO (Internat)	1	2%	1%
IMPRO (Semi-Internat)	1	2%	0%
Maisons occupationnelles	1	2%	1%
Formes non déterminées (*)	28	47%	19%
Nombre total d'établissements concernés (**)	59	100%	100%

Source IGAS : enquête auprès de 18 départements

(*) Non réponse du département, la forme d'accueil de l'établissement pouvant avoir été citée par un autre département qui y adresse ses ressortissants.

(**) Un même établissement peut avoir plusieurs formes d'accueil.

Sur un total de placements de 1 403 (hors 117 personnes de l'Aisne non réparties par établissement)

Le « foyer occupationnel » est la forme d'accueil la plus souvent citée. Elle concerne plus de la moitié (52%) des 1 403 adultes handicapés pour lesquels cette information est disponible¹⁰⁰. 15% sont dans des « foyers d'hébergement », mais pour 19% des établissements retenus par certains départements la forme d'accueil n'a pas été précisée.

Parmi les 59 établissements accueillant des adultes, 11 hébergent également des jeunes handicapés pris en charge par l'assurance maladie.

Tableau n° 32 - ENFANTS OU ADULTES MAINTENUS AU TITRE DE L'AMENDEMENT CRETON

Etablissements d'accueil en Belgique	Utilisés par CG pour l'accueil des adultes		Non utilisés par CG pour l'accueil des adultes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Conventionnés AM et agréé (*)	9	82%	11	92%	20	87%
Conventionnés AM et APC AWIPH	2	18%	1	8%	3	13%
Ensemble accueil en Belgique	11	100%	12	100%	23	100%

(*) AWIPH, IMANI ou Communauté française

Sources IGAS : Données de la CRAM Nord Picardie et de l'enquête auprès des Conseils généraux

¹⁰⁰ Hors 117 personnes de l'Aisne non réparties par établissement.

135 - Le placement d'adultes pris en charge individuellement par leur CPAM d'affiliation

Les données nationales du service médical de la CRAM Nord-Picardie et une enquête menée par la DRASS Nord-Pas-de-Calais auprès des adultes handicapés de la région permettent d'évaluer le nombre de prises en charge individuelles par les CPAM d'affiliation à 188. Ces personnes sont réparties dans 36 établissements belges.

Tableau 33 - ADULTES pris en charge par leur CPAM D'AFFILIATION
(établissements non conventionnés CRAM Nord-Picardie)

Adultes	Nombre		Répartition en %	
	Etablissements d'accueil	Placement	Etablissements d'accueil	Placement
	(1)	(2)	(1)	(2)
1- Conventionné CRAM et agréé par AWIPH (+IMANI, Communauté française)	0	0	0%	0%
2 - Non conventionné CRAM ou prise en charge individuelle CPAM et agréé par AWIPH	8	21	38%	27%
3 - Conventionné CRAM et APC par AWIPH	0	0	0%	0%
4 - Prise en charge individuelle CPAM et APC par AWIPH	8	49	38%	63%
- Non déterminé (*)	5	8	24%	10%
Ensemble des établissements belges accueillant des adultes handicapés nordistes avec une prise en charge individuelle de leur CPAM d'affiliation	21	78	100%	100%

Source : ERSM - CRAM - enquête DRASS

(*) Non déterminé ou situé en Flandres

136 - Conclusion

Au total, l'accueil de près de 3 500 personnes, correspondant à une estimation de 1619 jeunes et 1 867 adultes handicapés français (1 680 pris en charge par les conseils généraux et 188 pris en charge individuellement par leur CPAM d'affiliation) concerne au moins 89 établissements belges, soit environ 22% des 404 institutions pour handicapés en Wallonie. 67 de ces 89 établissements accueillent des adultes et 32 des enfants et adolescents.

Sur les 15 000 places existant en Wallonie environ 3 500 sont occupées par des ressortissants français jeunes ou adultes, soit 23% de la capacité totale.

14 – Les aspects financiers

Pour cerner les aspects financiers du placement des personnes handicapées en Belgique la mission a distingué : le financement par l'assurance maladie (§141), par les conseils généraux français (§142), les commentaires qui pouvaient être faits à l'égard de ces prix de journées (§143), et s'est intéressée à deux questions plus secondaires quant aux volumes en cause, les prix de journée en CAT (§144) et les frais de transport des enfants scolarisés (§145).

141 – Le financement par l'assurance maladie

La mission s'est attachée à décrire les différentes procédures utilisées par l'assurance maladie (§1411) et à donner quelques exemples chiffrés pour situer les ordres de grandeur (§1412).

1411 – Les procédures

Les dispositions budgétaires et financières qui s'appliquent aux établissements belges sont précisées par l'article 6 de la convention type (Cf. encadré).

➤ Pour les enfants

Pour les enfants handicapés accueillis dans ces structures, il existe un prix de journée particulier établi par la CRAM Nord-Picardie au regard du budget global de chaque établissement. Le prix de journée est le même quelle que soit la nature du handicap.

Cette précision n'est pas inutile, parce qu'un établissement¹⁰¹, demande depuis 3 ans à bénéficier de 2 prix de journée différents, un pour les autistes accueillis, un autre pour les autres handicapés. La CRAM Nord-Picardie refuse puisque le prix de journée est établi sur la base du budget global, lequel comprend les frais afférents au personnel spécialisé embauché pour s'occuper des autistes.

ARTICLE 6 **Dispositions budgétaires et financement**

Fixé par la C.R.A.M. Nord - Picardie, le prix de journée couvre les différentes prestations que requièrent les personnes handicapées dans le cadre de la prise en charge de leurs déficiences et, par conséquent, les prestations de soins et de suivi fournies par les intervenants extérieurs lorsqu'elles sont liées au handicap qui a motivé le placement.

Le prix de journée est dû pour le jour d'entrée. Il ne peut être facturé que pour les jours de présence effective (par jour de présence effective, il convient d'entendre toute journée où l'enfant est présent durant douze heures). Il n'est pas dû pour le jour de sortie définitive de l'établissement quelle que soit l'heure de sortie.

Il comprend notamment :

l'ensemble des frais de pension et de régime (nourriture, boissons, entretien, couchage, chauffage, éclairage, blanchissage du linge de maison et du linge personnel) ; les rémunérations des différentes catégories de personnel chargé des soins et traitements, de l'observation, de la réadaptation et de l'éducation des pensionnaires ; les frais de transport des enfants ou adolescents ressortissants d'un régime d'assurance maladie français ; tous les frais médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques afférents aux soins courants qui correspondent à la destination de la structure.

Sont exclus du prix de journée :

les objets de prothèse interne, l'optique médicale, les prothèses auditives, les appareils et prothèses dentaires, les objets de grand appareillage.

Aucun supplément de quelque nature qu'il soit ne pourra être réclamé à l'assuré en sus du prix de journée. La prise en charge d'une affection intercurrente intervient en sus du prix de journée.

Le prix de journée peut être révisé par voie d'avenant au 1er janvier de chaque année, en fonction de l'évolution constatée en Belgique dans les prix des denrées et services de la pénultième année. La majoration ne devra pas être systématique, mais s'appréciera pour chacun des éléments composant le prix de journée.

Il appartiendra à l'établissement de demander à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Nord-Picardie, la révision de son prix de journée, au plus tard deux mois avant la date prévue pour la mise en vigueur du nouveau tarif (soit donc le 1er novembre) et de lui fournir toutes justifications nécessaires.

Dans l'hypothèse où la demande de révision du prix de journée ne serait pas introduite avant le 1^{er} novembre de l'exercice considéré, la date d'effet du nouveau prix de journée serait effective le premier jour du mois qui suit les deux mois de délai d'instruction du dossier.

Source : convention type de l'assurance maladie

Dans le même « esprit », un autre opérateur¹⁰² a demandé la reconnaissance de quelques places de polyhandicapés, sur le nombre total de places attribuées, dans le but

¹⁰¹ « L'Enfant Jésus » à CINEY.

¹⁰² « Le Saulchoir » à KAIN.

d'obtenir un tarif différencié. S'il a obtenu cette reconnaissance, il n'a pas eu gain de cause pour les prix de journée.

➤ Pour les adultes

Les adultes handicapés, accueillis dans des structures non conventionnées avec l'assurance maladie, peuvent être pris en charge individuellement par l'assurance maladie sur une base forfaitaire, par chaque CPAM d'affiliation. Chaque caisse est fondée à fixer souverainement ce forfait¹⁰³. Cette procédure génère donc un système hétérogène de prise en charge de la population adulte handicapée et des inégalités de traitement des ressortissants français.

Toutefois ce mode de financement n'est pas le plus fréquent, puisque ce sont les conseils généraux qui sont sollicités en règle générale.

S'agissant de la prise en charge financière des adultes maintenus au titre de l'amendement Creton, selon la DRASS Nord – Pas-de-Calais, le transfert des jeunes adultes d'une section "enfants" à une section "adultes" au sein d'un établissement conventionné ne devrait plus les faire considérer comme "maintenus au titre de l'amendement Creton" et donc ne devrait plus les faire prendre en charge par l'assurance maladie. Lorsqu'il est constaté (mais il n'est pas avéré que ce soit systématique) ce transfert entraîne une demande de prise en charge de l'hébergement de ces personnes par le conseil général concerné.

1412 – Quelques exemples chiffrés

La mission a recueilli auprès de la DDASS du Nord, les prix de journée accordés par l'assurance maladie en 2003 et 2004 pour 8 foyers occupationnels et 5 foyers d'hébergement (Cf. tableau ci-dessous).

Bien que ces données ne concernent que quelques établissements belges, elles permettent néanmoins de donner des indications sur le niveau et l'évolution des prix pratiqués.

¹⁰³ En application de l'alinéa 3 de l'article R 332.2 du code de la sécurité sociale.

Tableau n°34 : PRIX DE JOURNEE ACCORDES PAR L'ASSURANCE MALADIE EN FOYERS OCCUPATIONNELS

N° d'établissements	2003			2004		
	Prix de journée unitaire En €	Nombre de personnes accueillies	TOTAL des coûts en €	Prix de journée unitaire En €	Nombre de personnes accueillies	TOTAL des coûts en €
	(1)	(2)	(3)=(1)*(2)	(1)	(2)	(3)=(1)*(2)
1	108,63	25	2 715,75	112,26	25	2 806,50
2	107,40	25	2 685,00	109,87	25	2 746,75
3	110,32	7	772,24	132,97	7	930,79
4	112,52	8	900,16	132,97	7	930,79
5	138,98	12	1 667,76	143,11	12	1 717,32
6	108,52	23	2 495,96	132,97	22	2 925,34
7	121,81	23	2 801,63	127,31	23	2 928,13
8	78,02	2	156,04	132,97	2	265,94
TOTAL		125	14 194,54	TOTAL	123	15 251,56
Coût moyen unitaire			113,55	123,99		
Fourchette			78,02 à 138,98	109,87 à 143,11		

Source : DDASS du Nord

Tableau n°35 : PRIX DE JOURNEE ACCORDES PAR L'ASSURANCE MALADIE EN FOYERS D'HEBERGEMENT

N° d'établissements	2003 »			2004		
	Prix de journée unitaire En €	Nombre de personnes accueillies	TOTAL des coûts en €	Prix de journée unitaire En €	Nombre de personnes accueillies	TOTAL des coûts en €
	(1)	(2)	(3)=(1)*(2)	(1)	(2)	(3)=(1)*(2)
1	78,80	21	1 654,80	82,35	15	1 235,25
2	73,55	38	2 794,90	74,36	38	2 825,68
3	69,49	35	2 432,15	71,23	33	2 350,59
4	77,12	27	2 082,24	79,72	27	2 152,44
5	88,15	121	10 666,15	91,79	118	10 831,22
TOTAL		242	19 630,24	TOTAL	231	19 395,18
Coût moyen unitaire			81,12	83,96		
Fourchette			69,49 à 88,15	71,23 à 91,79		

Source : DDASS du Nord

Pour les foyers occupationnels, la fourchette des prix de journée unitaires a plutôt tendance à se resserrer (le différentiel entre le prix le plus bas et le prix le plus haut est malgré tout de 30% en 2004). La dépense moyenne annuelle par handicapé, engagée par l'assurance maladie, augmente de 7,4% en un an, sous l'effet de la progression relativement importante de certains prix de journée (de l'ordre de 20%).

Pour les foyers d'hébergement, la fourchette des prix de journée unitaires est relativement stable (le différentiel entre les prix les plus bas et les plus hauts oscille toutefois autour de 28%). La dépense moyenne annuelle par handicapé, engagée par l'assurance maladie progresse de seulement 3,5% en un an.

La mission a effectué ci-après (Cf. § 145) des comparaisons avec les prix de journées pratiqués en France.

142 – Le financement par les conseils généraux français

La mission s'est attachée à décrire les principes qui président au financement des établissements belges par les conseils généraux (§1421) et à donner quelques exemples chiffrés pour situer les ordres de grandeur (§1422)

1421 – Les principes

Les conseils généraux français interviennent pour le financement des places de personnes handicapées dans les établissements belges en faisant référence aux textes juridiques qui organisent en France leur participation au financement des établissements de même nature au titre de l'hébergement¹⁰⁴. En effet, ces textes n'interdisent pas aux départements d'intervenir hors du territoire français.

Les conseils généraux français sont libres de fixer le montant de leur participation. Certes, tous les départements stipulent dans les conventions qu'ils signent que les prix seront établis « *en conformité avec la législation* », mais souvent sans plus de précision. Or, on constate que concrètement les situations sont très diverses.

Par exemple, dans le Nord :

- Pour les établissements belges sous convention générale, il est fait application du décret du 22 octobre 2003¹⁰⁵, ce qui confère un mode de calcul identique, mais qui aboutit néanmoins à des prix différenciés selon les établissements. Cette pratique est la même que celle utilisée pour les établissements français. Toutefois, on aurait pu imaginer qu'au lieu de faire du « sur mesure » pour chaque structure, le département calcule un seul prix moyen « d'achat des services » opposable aux opérateurs belges. En effet, la méthode du « sur mesure » suppose que le payeur possède une très bonne connaissance du fonctionnement de l'établissement, pour pouvoir discuter utilement des différents postes budgétaires. Pour les établissements belges ce n'est manifestement pas le cas. D'ailleurs, selon le rapport précité du Conseil général du Nord : « *la pratique des services est d'accepter le prix demandé spontanément par la structure, à condition que celui-ci n'excède pas le prix de journée moyen constaté pour les établissements nordistes offrant une prise en charge équivalente* ».
- Pour les établissements belges qui possèdent deux types de convention, le prix de journée des personnes placées sous convention individuelle est identique à celui défini dans le cadre de la convention générale.

¹⁰⁴ Loi n°83-8 du 7 janvier 1983 modifiée et loi n°83-663 du 22 juillet 1983, relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. Décret n°83-1067 du 8 décembre 1983 fixant au 1^{er} janvier 1984 les transferts de compétences en matière d'action sociale et de santé.

Loi du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'action sociale et de santé.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le décret 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements sociaux et médicaux sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁰⁵ Décret relatif à la gestion budgétaire et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux

- Pour les établissements belges qui possèdent des conventions individuelles avec le département du Nord et une convention générale avec un autre département, le prix retenu est celui fixé par cet autre département.
- Pour les établissements belges signataires uniquement de conventions individuelles, le prix de journée est négocié au cas par cas.

Il convient de noter que plusieurs conseils généraux parmi ceux que la mission a contactés¹⁰⁶, précisent dans les conventions individuelles qu'ils passent avec les établissements belges, que la personne handicapée apporte une « *contribution à ses frais d'hébergement... en fonction de ses ressources, conformément au règlement départemental* » et que cette participation est « *versée trimestriellement à l'établissement qui la reverse au Service de l'Aide sociale aux personnes handicapées du département* ».

Par exemple, dans la Meuse, en application des décrets 77.1547 et 77.1548 du 31 décembre 1977, 19 personnes participent à concurrence de 90% de leurs ressources (sous réserve d'un minimum laissé à leur disposition de 12% du montant de l'allocation adulte handicapé à taux plein) et 7 personnes participent à concurrence de 68% de leur ressources (hébergement en internat à la semaine). Le département de l'Aisne applique la formule suivante : Contribution de la personne = R - [55% AAH + 2/5(R-AAH)] avec R = ressources et AAH = allocation adulte handicapé.

Ces exemples permettent de mettre en évidence ce qui peut constituer un problème, au moins au niveau des principes. En effet, l'allocation adulte handicapé¹⁰⁷ est une prestation versée par l'Etat par l'intermédiaire des caisses d'allocations familiales. On peut donc dire que, indirectement, l'Etat participe au financement des placements des personnes handicapées en Belgique. Plus grave, ou plus problématique, est le fait que l'allocation adulte handicapée est servie sous condition impérative de résidence sur le territoire français. Certes, au moment de l'attribution initiale de l'allocation, on peut supposer que cette condition est remplie par la personne handicapée concernée, mais ce n'est plus le cas ensuite, lorsqu'elle est placée en internat toute l'année en Belgique. Certes, la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) dans sa lettre-circulaire n°2002-073 du 6 mai 2002 considère qu'« *en cas de placement dans un établissement belge, la condition de résidence en France est présumée remplie* », mais la base juridique de cette position est pour le moins incertaine. En effet, le Conseil d'Etat¹⁰⁸ a déjà estimé qu'une précédente circulaire de la CNAF statuant dans des termes similaires pour un cas fort proche¹⁰⁹, « *ajoute une règle non prévue par l'article L.821-1 du CSS et est ainsi entachée d'incompétence* ». Les craintes exprimées à ce propos par les familles concernant l'éventualité de la perte du bénéfice de l'AAH en cas de placement en Belgique (Cf. supra § 1131) ne sont donc pas infondées.

1422 – Quelques exemples chiffrés

N'ayant pas eu en sa possession que des éléments d'information épars concernant les prix de journée accordés par les conseils généraux, la mission a repris les données

¹⁰⁶ Par exemple les Hauts de Seine, la Meuse, la Meurthe-et-Moselle, l'Aisne.

¹⁰⁷ Cf. article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale.

¹⁰⁸ CE 28 avril 1993 : RJS 1993, n°992 cité par le Code de la sécurité sociale, page 661.

¹⁰⁹ Cas d'une personne handicapée résidant hors de France, placée dans un établissement de soins, justifiant d'une résidence antérieure en France et d'un accord de prise en charge délivré par un organisme français de sécurité sociale.

mentionnées par le rapport précité du Conseil général du Nord, qui sont retracés dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°36 : PRIX DE JOURNEE 2003 ACCORDES PAR LE DEPARTEMENT DU NORD (EN €)

	Etablissements belges		Etablissements français (1)
	Convention générale	Convention individuelle	
Foyer occupationnel	110,92 (de 78,02 à 138,98)	134,98 (fourchette non disponible)	114,64
Foyer d'hébergement	77,42 (de 69,49 à 88,15)		86,96
Foyer d'accueil médicalisé		167,78 (fourchette non disponible) (auquel s'ajoute le forfait soin de 60 €environ)	121,50

Sources : Rapport Conseil Général du Nord - Budget primitif du Conseil Général du Nord

(1) : prix moyens.

143 – Commentaires sur les prix de journées

Quel que soit le financeur (assurance maladie ou conseil général), les éléments mentionnés dans les tableaux ci-dessus permettent de constater que:

- Les prix de journée accordés aux établissements belges sont très divers. Par exemple en 2003 :
 - les prix des foyers occupationnels se situent entre 78,02 à 138,98 € (soit un écart maximum de 78% ce qui paraît considérable) avec une moyenne de 110,92 € pour le Conseil général du Nord et de 113,55 € pour l'assurance maladie ;
 - les prix des foyers d'hébergement varient de 69,49 à 88,15 € (soit un écart maximum de 27%) avec une moyenne de 77,42 € pour le Conseil général du Nord et de 81,12 € pour l'assurance maladie.
- Sous convention générale, les prix « moyens » accordés aux établissements belges paraissent inférieurs en 2003 aux prix « moyens » français (cités par le Conseil général du Nord) :
 - foyers occupationnels : 114,64 € en France contre 113,55 € (prix assurance maladie) de 110,92 € (prix conseil général) en Belgique,
 - foyers d'hébergement : 86,96 € en France contre 81,12 € (prix assurance maladie) et 77,42 € (prix conseil général) en Belgique.

Toutefois, l'élément essentiel est de savoir sur quelles bases contractuelles sont calculés ces prix : le tableau ci-dessous compare les cas de figure possibles.

	1^{er} cas	2^{ème} cas
	Le prix de journée moyen français est appliqué systématiquement par les autorités françaises aux établissements belges	Les prix de journée demandés par les établissements belges sont acceptés par les autorités françaises
Les établissements belges	Ils sont, pour la plupart, gagnants, puisque les prix de journée des établissements belges sont, le plus souvent, inférieurs au prix de journée moyen français.	Ils ne sont jamais perdants, puisque les prix qui leurs sont appliqués, correspondent à leurs propres demandes. Ils peuvent même être gagnants s'ils intègrent un « bénéfice » dans leurs prix de journée
Les autorités françaises	Elles ne sont pas perdantes puisque, dans la plupart des cas, elles ne paient pas plus cher que si la personne handicapée était hébergée en France	Elles ne sont pas, dans la plupart des cas, perdantes, puisque les prix de journée des établissements belges sont en général inférieurs aux prix de journée moyens français. Elles devraient souvent payer plus cher si la personne handicapée était hébergée en France

Dans les deux cas le système se révèle dans l'ensemble « gagnant » pour la majorité des acteurs : il n'y a donc aucune raison pour qu'il ne perde pas. Le différentiel au profit des établissements belges est critiquable au demeurant¹¹⁰.

- Sous convention individuelle, si on compare les prix « moyens » belges avec les prix « moyens » français (cités par le Conseil général du Nord) on constate qu'on rémunère plus cher les établissements belges :
 - pour les foyers occupationnels : 114,64 € en France contre de 134,98 € en Belgique, soit +20,34 € (+18%) ;
 - pour les foyers accueil médicalisé : 121,50 € en France contre de 167,78 € en Belgique, soit 46,28 € (+38%)

Dans ce cas aussi, c'est la base de calcul qui est importante. Le tableau ci-dessous reprend les différentes hypothèses envisageables

	1^{er} cas	2^{ème} cas
	Le prix de journée moyen français est appliqué systématiquement par les autorités françaises aux établissements belges	Les prix de journée demandés par les établissements belges sont acceptés par les autorités françaises
Les établissements belges	Ils peuvent être perdants, puisque le prix de journée moyen français est souvent inférieur aux prix de journée demandés par les établissements belges.	Ils ne sont jamais perdants, puisque les prix qui leurs sont appliqués, correspondent à leurs propres demandes. Ils peuvent même être gagnants s'ils intègrent un « bénéfice » dans leurs prix de journée
Les autorités françaises	Dans l'ensemble, elles ne sont pas perdantes puisque, dans la plupart des cas, elles ne paient pas plus cher que si la personne handicapée était hébergée en France.	Elles sont, dans la plupart des cas, perdantes, puisque les prix de journée belges sont en général supérieurs aux prix de journée français. Elles paieraient souvent moins cher si la personne handicapée était hébergée en France

Dans le premier cas le système est, a priori, défavorable aux établissements belges. Il est donc vraisemblable que ceux-ci trouvent des compensations ailleurs ... sauf si leurs prix sont surévalués par rapport à leurs dépenses réelles.

Dans le deuxième cas le système est « ambigu » : s'il perdure c'est parce qu'il existe sans doute d'autres motifs que les raisons économiques pour justifier son maintien (« paix sociale » avec les familles, moyen de suppléer au manque de places en France...).

¹¹⁰ Selon la CRAM Nord-Picardie, les prix de journées belges étaient encore moins élevés auparavant. Depuis 5 ans, une revalorisation de 20% de la grille des salaires a contribué à rehausser ces prix.

144 - Les prix de journée en CAT

C'est l'Etat qui assure le financement des places en CAT belges. La DDASS du Nord a communiqué pour les années 2000 à 2004 les sommes qu'elle avait consacrées à ce financement (Cf. tableau ci-dessous).

Tableau n°37 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES EN CAT EN BELGIQUE ET DE LEUR FINANCEMENT EN €ENTRE 2000 ET 2004 par la DDASS du Nord

CAT en Belgique	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre de Places	Coût place	Nbre de Places	Coût place	Nbre de Places (*)	Coût place	Nbre de places	Coût place	Nbre de Places	Coût place
Ellignies	26	9 554	23	11 016	23	11 016	25	9 745	25	9 998
Bury	38	7 785	36	8 241	36	8 488	36	8 488	36	8 709
Neufvilles	120	14 538	120	14 660	120	14 660	118	14 660	115	11 763
Ophain	1	4 741	1	4 931	1	5 128	1	5 128	1	5 261
Petite Chapelle	33	12 711	33	12 711	33	12 711	25	12 711	15	11 763
Peruwelz	35	9 512	30	11 209	30	11 209	30	11 209	26	11 500
TOTAL	253		243		243		235		218	
MOYENNE		12 039		12 633		12 671		12 503		10 995
Evolution par an du coût moyen de la place				+594,16€ +4,9%		+37€ +0,3%		-168€ -1,3%		-1 508€ -12,1%
MOYENNE CAT français								11 460		11 763

Source : DDASS du Nord

(*) prévisionnel au BP, les autres données étant le réalisé

De façon générale, la DDASS du Nord applique à chaque établissement un « taux d'actualisation » (qui est sensé représenter notamment les hausses salariales, du coût de la vie et des services) qui n'est pas identique pour tous. En agissant sur cette variable, la DDASS du Nord essaie de rapprocher le coût à la place des établissements belges du coût moyen départemental des établissements français. Cette pratique (qui peut être discutée d'un strict point de vue économique) explique la stabilité des budgets alloués à certains établissements belges qui, parce qu'ils ont des prix de journée jugés trop élevés, sont « bloqués » depuis plusieurs années.

De 2000 à 2004, le coût moyen de la place a baissé d'environ 9%, passant de 12 039 € à 10 995 €. La diminution est depuis deux ans d'environ 13% (12 633 € en 2001 contre 10 995 € en 2004) qui compense l'augmentation de près de 5% accordée en 2001 (12 039 € en 2000 contre 12 633 € en 2001).

145 - Montant des transports pour les enfants placés dans les écoles belges en 2004

La CPAM de Tourcoing a communiqué à la mission un état du montant des transports pour les enfants placés dans les écoles belges en 2004. Ce document ne représente qu'une partie des sommes engagées à ce titre puisque, comme cela a été dit précédemment, chaque CPAM peut, sur simple avis médical d'un médecin généraliste, prendre en charge directement ce type de dépenses.

Néanmoins, le document transmis à la mission permet de mettre en évidence que pour 66 enfants fréquentant 17 institutions, essentiellement des établissements qualifiés d'IME et d'IRP (Cf. tableau ci-dessous) le montant global annuel des frais de transport est de 334 420 € soit une moyenne arithmétique de plus de 5 000 € par enfant et par an, ce qui n'est pas

négligeable (54 se déplaçant en taxi, 3 en ambulance, 2 en véhicule sanitaire léger, 7 en voiture particulière).

Tableau n°38 : NOMBRE D'ENFANTS PLACES DANS LES ECOLES BELGES EN 2004 pour lesquels des frais de transport ont été engagés par la CPAM de Tourcoing

ECOLES	TYPE D'ETABLISSEMENT								TOTAL
	IME	IRP	Secteur médico – éducatif	Dyslexie	IMPro	MAS	CMP	Autres	
Aubiens – Comines	1								1
Bengalis	18	5							23
Colibris	2								2
Coquinie	4	1	1	1					7
Ecole des métiers	1								1
Home Delano		1							1
La Goélette	1	1							2
Le Foyer – Roucourt	1								1
Les Aubiers	1								1
Les Trieux	9	2			1				12
MAS – Bondues						1			1
Saint – Henri							1		1
Trèfle	2	2							4
Tremplin	5								5
Centre médico-social Mouscron					1				1
Kain	1	1							2
Institut libre des Métiers								1	1
TOTAL	46	13	1	1	2	1	1	1	66

Source : CPAM de Tourcoing – Année 2004

A titre de comparaison, le montant moyen des remboursements des frais de transport, concernant les jeunes de moins de 20 ans du Nord – Pas-de-Calais, hébergés dans les établissements médico-sociaux belges non conventionnés, s'élève en 2004 à 6 424 €¹¹¹.

¹¹¹ Sources : DRASS Nord – Pas-de-Calais. Pour trois des personnes en cause les montants atteignent respectivement 14 000, 16 000 et 26 000 €

DEUXIEME PARTIE : LES PROPOSITIONS

Les propositions présentées par la mission pour améliorer la situation des personnes handicapées placées en Belgique sont de deux sortes : les unes, à caractère général, qui concernent la majeure partie des placements en Belgique (§21), les autres qui concernent plus particulièrement, en raison de son importance, la prise en charge des personnes autistes (§22).

21-Les propositions à caractère général

En préalable, la mission établit trois constats (§211). Les propositions à caractère général concernent des domaines pour lesquels des résultats tangibles peuvent être atteints rapidement : l'extension du processus de conventionnement aux adultes (§212), la coordination indispensable des départements français (§213), la mise en place de contrôles efficaces (§214), une meilleure régulation de l'offre (§215).

211- Trois constats

Si, premier constat, les règles juridiques, administratives et pédagogiques belges en matière d'accueil des personnes handicapées belges et françaises sont fixées et constituent une donnée intangible et si, deuxième constat, le principe même du placement des personnes handicapées françaises en Belgique est un fait que personne n'envisage sérieusement de remettre en cause, la mission estime en revanche qu'il n'est pas acceptable d'autoriser plus longtemps le placement d'une personne handicapée française dans un établissement belge (quel qu'en soit le financeur) dès lors que ce placement n'est l'objet d'aucun contrôle, audit ou inspection.

Il est en effet difficile d'admettre, que les autorités françaises, qui assurent seules le financement des placements en Belgique, acceptent plus longtemps de le faire sans aucune assurance quant à la qualité des prestations fournies. Il est du devoir de ces autorités de vérifier que les ressortissants français sont convenablement accueillis dans les structures belges, de la même façon qu'il est de leur responsabilité de le vérifier dans les institutions françaises. Est-il admissible que des personnes handicapées soient protégées par un grand nombre de textes en France (annexes 24 et suivantes de la loi de 1975 et loi de 2002) et que, la frontière passée, elles soient placées dans une situation nettement moins protectrice dès, lors qu'elles ne bénéficient pas de l'agrément belge?

En outre, la mission souhaite rappeler ce qui semble bien être une évidence : le retour en France des handicapés placés en Belgique n'est plus un sujet majeur de préoccupation. Le « rapatriement » de ces personnes n'est, en effet, souhaité ni par les familles, ni par les institutions de façon insistante¹¹². Il n'est de surcroît pas souhaitable en raison du traumatisme que le transfert engendrerait.

¹¹² Les associations rencontrées par la mission ont exprimé des avis nuancés à ce sujet.

212 - L'extension du processus de conventionnement aux adultes

Tous les interlocuteurs de la mission ont insisté sur la nécessité d'étendre la procédure conventionnelle aux adultes handicapés, sur le modèle de ce qui existe depuis 1996 pour les enfants et adolescents.

La mission partage ce point de vue, à la fois parce qu'il y a de nombreux placements individuels directs, qui font l'objet d'arrêtés de prise en charge financière, sans aucune garantie sérieuse¹¹³ et parce que le vieillissement des personnes handicapées devient une préoccupation majeure, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années.

L'extension du conventionnement aux adultes serait protecteur, autant pour les intéressés que pour les conseils généraux et l'assurance maladie, car il instituerait des critères de mesure de la qualité de l'accueil et du sérieux de la prise en charge thérapeutique.

L'autre intérêt de ces conventions est de créer un cadre juridique qui permettrait d'endiguer les créations d'établissements, dits "commerciaux". Ces structures sont créées uniquement en réponse aux demandes des familles, pour « exploiter un marché porteur », sans aucune garantie, avec souvent à leur tête des hommes dont le professionnalisme, selon l'AWIPH, n'est pas toujours avéré. Il paraît urgent de faire de ce cadre conventionnel obligatoire un filtre qui fixe des conditions juridiques, administratives et techniques, à tout créateur d'institution.

La mission recommande d'établir une réglementation, identique pour les enfants et pour les adultes, concernant l'obligation du conventionnement, quel que soit le type d'établissement en Belgique.

Mais il faut aller plus loin. Il faut chercher à rapprocher le plus possible, le contenu des conventions des éléments constitutifs des agréments belges, notamment en matière d'investigation, d'inspection et de contrôle.

Parallèlement, il conviendrait de compléter l'article L.821-1 du CSS et ses textes d'application afin que l'attribution de l'AAH aux personnes placées en Belgique ne puisse être contestée.

213 - La coordination indispensable des départements français

L'assurance maladie coordonne efficacement son action sur le placement des enfants handicapés à l'étranger, à partir de la CRAM Nord-Picardie et de la CPAM de Tourcoing. Il y a donc une « unité de commandement » pour l'ensemble du territoire. Le dialogue en est d'autant facilité avec les autorités belges. Ce n'est pas le cas pour les conseils généraux qui agissent en ordre dispersé, sans coordination.

La mission recommande que soit recherchée pour les départements français une organisation similaire à celle de l'assurance maladie, au nom même de l'intérêt des populations placées.

¹¹³ Cette remarque vaut aussi pour les adultes pris en charge individuellement par leur CPAM d'affiliation.

Ce point de vue est partagé pour les responsables de l'AWIPH, qui apprécieraient de n'avoir qu'un seul interlocuteur, au lieu des 50 départements aujourd'hui.

Pour parvenir à cet objectif plusieurs solutions sont envisageables :

- l'inscription dans la loi d'une obligation pour les départements d'informer chaque année l'Etat (DRASS, CNSA ou DGAS) des mouvements de placement de personnes handicapées à l'étranger. L'Etat pourrait ainsi mieux identifier les flux, localiser les lieux d'accueil et, par voie de conséquences, s'assurer plus aisément de la qualité des prestations fournies aux français. Du point de vue de la mission, il s'agit là d'une exigence minimum ;
- l'organisation des départements via, par exemple, l'Association des départements de France (ADF), chargée de centraliser toutes les informations qualitatives et quantitatives et de les porter à la connaissance des pouvoirs publics français et belges. L'AWIPH aurait ainsi un interlocuteur unique, permettant plus aisément de fixer les principes des conventionnements, des évaluations et des contrôles. Du point de vue de la mission, c'est la solution souhaitable ;
- l'organisation, sous l'égide des DRASS des trois régions principalement concernées par les placements en Belgique (Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France, Champagne-Ardenne) d'une concertation avec les représentants des départements en cause, afin de définir des modalités communes de conventionnement, de contrôle et de communication des informations sur les flux. Du point de vue de la mission, c'est une solution opérationnelle qui peut être mise en œuvre dans des délais rapprochés.

214 - La mise en place d'un dispositif de contrôle efficace

Pour mettre en place un dispositif efficace de contrôle des prestations fournies par les établissements belges, la mission suggère une méthode (§2141) une expérimentation (§2142) et, a minima, une amélioration des procédures françaises (§2143).

2141 - Une méthode

La mission suggère que "l'audit et l'inspection", tels qu'ils sont institués par les textes belges pour les établissements agréés dans ce pays, soient, dans la pratique, étendus aux établissements dits « autorisés de prise en charge » qui accueillent les français.

Dans cette hypothèse, et dans le respect de la réglementation belge en vigueur, il conviendrait de réunir les financeurs français (assurance maladie, départements¹¹⁴ et Etat) et les responsables de l'AWIPH, pour étudier dans quelles conditions les contrôles, les audits ou les inspections des établissements "autorisés de prise en charge" pourraient être réalisés. Cette démarche constitue un enjeu qui dépasse le simple cadre technique et opérationnel de cette question : c'est l'occasion d'établir des relations de fond entre les parties prenantes belges et françaises.

¹¹⁴ S'agissant de la représentation des départements français, l'idéal serait que l'ADF soit l'interlocuteur unique (comme cela est souhaité dans la proposition qui précède), mais dans un premier temps on peut envisager que les principaux départements concernés (au moins le Nord et le Pas-de-Calais) soient parties prenantes de la négociation.

Ce rapprochement, la dynamique qui en découlerait en termes de dialogue, de concertation et d'échanges de savoir-faire, aboutirait à l'évidence à mieux connaître et mieux qualifier toute l'offre disponible en Belgique.

D'un point de vue pratique, les contrôles en question pourraient être conduits de plusieurs manières : soit par des équipes constituées des représentants des trois partenaires, soit par l'un des trois partenaires qui agirait par délégations des deux autres, dans le cadre d'un protocole technique clairement défini. Pour les établissements agréés, et c'est tout à fait satisfaisant, ils relèvent de la seule responsabilité des autorités belges, qui garantissent ainsi aux autorités françaises la qualité des prestations servies.

Le nombre d'établissements autorisés de prise en charge, accueillant des ressortissants français, qui nécessiteraient qu'un contrôle soit effectué, est estimé, tant par la mission que par les autorités belges, à environ 40 structures. Les moyens mobilisés actuellement par l'AWIPH pour ses propres contrôles représentent 3 jours/homme pour chaque intervention dans les établissements non médicalisés, auxquels s'ajoutent 3 jours/homme « médecin » pour les inspections dans les établissements médicalisés.

En prenant comme hypothèse « haute », que les 40 établissements en cause sont médicalisés et que tous seront visités tous les ans (alors qu'en réalité la fréquence selon la réglementation belge est d'un contrôle tous les trois ans), la charge de travail serait donc au maximum de 240 jours/hommes, soit budgétairement 1,5 postes équivalents temps plein (sur une base de 200 jours de travail annuels). La mission considère donc qu'il n'existe pas de difficultés financières majeures à la mise en place de cette organisation, surtout si les différentes parties prenantes répartissent entre eux l'effort à fournir.

D'ores et déjà, il convient de noter que le Conseil général des Ardennes et l'AWIPH sont sur le point de conclure une convention de coopération (Cf. annexe) dont les objectifs et les modalités sont en parfaite concordance avec les préconisations de la mission. Le texte de cette convention pourrait éventuellement servir de modèle pour d'autres initiatives similaires.

2142 - Une expérimentation possible

Il existe depuis 2002 un accord de coopération transfrontalier, entre par la France et la Belgique, qui a pour ambition de faciliter la conduite de projets d'intérêt commun, notamment en matière de services publics. En novembre 2004¹¹⁵, le Premier Ministre français a proposé à son homologue belge de « constituer un groupe de travail associant des parlementaires de l'agglomération lilloise¹¹⁶ (et des représentants des entités fédérales et fédérées belges), afin d'identifier les évolutions législatives et réglementaires qu'il paraît utile d'envisager et de suggérer les expérimentations à mener pour une prise en compte pragmatique et renforcée de la réalité transfrontalière ». Parmi les thèmes de « travaux prioritaires » de ce groupe de travail figure « la santé et le domaine médico-social en vue de la création d'un espace sanitaire commun intéressant tout autant les institutions, les praticiens et les patients, tirant le meilleur profit des spécificités de chaque région ».

¹¹⁵ Cf. annexe

¹¹⁶ Les membres français de la commission parlementaire transfrontalière sont messieurs : Patrick Delmotte (député UMP du Nord) Alain Lamassoure (député européen UMP) Pierre Mauroy (sénateur PS) Bernard Romans (député PS du Nord) Xhian Vanest (député UMP du Nord) Francis Verkaummer (député UDF du Nord).

Afin d'évaluer la pertinence et la faisabilité des contrôles conjoints que propose la mission (Cf. ci-dessus § 2141) il serait possible, dans un premier temps et à titre expérimental, d'utiliser ce cadre juridique. Les parties pourraient aussi conduire des recherches, partager des informations et des expériences.

2143 - Une amélioration des procédures de contrôle françaises

Les procédures de contrôle françaises des établissements belges, lorsqu'elles existent, sont plus axées sur les aspects administratifs et juridiques, ou sur le respect de normes architecturales et de sécurité, que sur des aspects qualitatifs.

Les grilles de contrôle imaginées par l'AWIPH paraissent à la mission, de ce point de vue, plus complètes et surtout plus efficaces que les procédures françaises. La mission préconise donc que les différents acteurs français les adoptent, ou au moins s'en inspirent, pour améliorer leurs propres méthodologies.

215 - Une meilleure régulation de l'offre

Parallèlement à toutes ces actions, des mesures doivent être prises pour améliorer la régulation de l'offre. Pour y contribuer, la mission propose une appréciation nouvelle de la notion de territoire transfrontalier (§2151) et une meilleure circulation de l'information entre les pays (§2152).

2151 – Le territoire transfrontalier

Il faut trouver une issue au problème très « franco-français » de l'offre belge dans sa lecture « territoriale » très réductrice. Il est aujourd'hui parfaitement désuet de continuer à considérer la frontière comme une barrière infranchissable, alors que c'est l'inverse que les professionnels et les familles appellent de leurs vœux. La seule vraie question est celle de la qualification des institutions accueillant des handicapés et non celles de leur proximité relative ou de leur « nationalité ».

Ainsi, "L'Espéranderie", établissement belge conventionné par l'assurance maladie et "autorisé de prise en charge" (APC), qui accueille des cas très lourds, est situé plus près de Valenciennes que Berck (dans le Pas-de-Calais), où est implanté son homologue français.

Dès lors que la question conventionnelle, prévoyant les audits et les contrôles adéquats, garantit la qualité de l'offre, la question « belge » devient, selon la mission, seconde, voire purement anecdotique pour les ressortissants français vivant près de cette frontière. L'offre belge peut, et doit, être considérée comme faisant partie de « l'offre locale » pour les départements frontaliers et être incluse dans les schémas départementaux français de développement pour les personnes handicapées.

2152 – Une meilleure circulation de l'information entre les deux pays

Les autorités wallonnes sont très attentives aux conditions de création de l'offre agréée, mais elles ne peuvent réglementairement exercer la même vigilance pour les

établissements autorisés de prise en charge. Les responsables belges pensent que l'intégration des personnes handicapées sur le territoire wallon doit se faire dans l'écologie naturelle, dans les villages, à petite échelle et non par l'entremise d'établissements de plusieurs centaines de places, implantés dans des espaces résidentiels. Ils privilégient les structures de taille modeste, où les gens vivent avec leur voisinage. Les responsables de l'AWIPH voudraient pouvoir s'opposer aux implantations qui ne respectent pas cette philosophie, mais qui se créent néanmoins aujourd'hui, en interprétant habilement la législation belge et grâce à la manne que représentent les financements français.

Les autorités belges ont saisi l'occasion de la présence de la mission en Belgique pour formuler des souhaits à ce propos:

- elles désirent être mieux informées des placements français réalisés en Belgique pour deux séries de raisons :
 - pour être en capacité de répondre aux questions des autorités françaises et des familles, et mieux préparer les éventuelles investigations liées à la prise en charge, en amont des contrôles,
 - pour avoir une vision actualisée des flux et ainsi pouvoir mieux maîtriser l'organisation de l'offre ;
- elles souhaitent pouvoir communiquer aux responsables français leurs avis sur les établissements belges, en amont des processus de conventionnement. Les financeurs, forts de ces informations, seraient mieux à même de prendre les décisions adéquates et d'éviter les errements constatés aujourd'hui.

La mission recommande la mise en œuvre rapide de ces propositions, car elles permettraient de sortir de « l'à-peu-près » et de mieux garantir la qualité de l'offre.

22 - Les recommandations pour l'autisme

S'agissant du problème de l'autisme, la mission considère qu'il faut sortir des situations ambivalentes, dépasser les discussions théoriques, au demeurant très intéressantes, mais qui débouchent sur plus d'interrogations que de solutions et qui stérilisent l'action¹¹⁷.

C'est l'autiste et sa famille qui doivent être placés au centre du débat.

La mission formule trois recommandations qui tiennent compte de cette hiérarchisation des attentes.

¹¹⁷ Il est à noter toutefois qu'un « Plan Autisme 2005 – 2006 : Nouveau regard, nouvel élan » a été décidé par les pouvoirs publics. Il comporte notamment trois volets :

- l'accueil, le diagnostic et l'orientation (accélérer la mise en place des Centres de ressources autisme, faciliter le recours aux outils médicaux de diagnostic, organiser une campagne de sensibilisation des professionnels de la petite enfance, former les professionnels de santé, instaurer un partenariat avec les futures maisons départementales des personnes handicapées),
- l'accompagnement et la prise en charge des personnes autistes (accélérer la création de places, évaluer la situation des personnes à l'étranger, inventorier et mesurer les pratiques et les méthodes de prise en charge),
- le pilotage de la politique (création d'un comité national de l'autisme et des troubles envahissants du développement assorti d'un groupe de suivi scientifique et d'un groupe technique administratif).

➤ **Première recommandation : il faut qu'un projet de prise en charge des personnes autistes intègre le facteur temps.**

Lorsqu'un enfant a un handicap lourd, il faut, dès le départ, envisager ce qu'il adviendra de lui à deux, cinq, quinze ou soixante dix ans. Or, ce n'est pas le cas aujourd'hui en France. Intégrer le facteur temps, c'est avoir la préoccupation de répondre aux besoins et attentes d'une personne handicapée tout au long de sa vie en ayant le souci d'une approche globale. Le Docteur TITRAN, pédopsychiatre réputé, a depuis longtemps mis en évidence que les besoins des tout petits étaient spécifiques et qu'ils étaient le plus souvent parfaitement satisfaits, mais qu'à partir de 6 ou 7 ans ce n'était plus le cas.

Remédier à cette carence et développer une politique de prise en charge globale des personnes autistes suppose deux changements :

- que les professionnels se donnent les moyens d'identifier les besoins et attentes de l'enfant devenu adulte, ce qui paraît possible s'il existe une volonté ;
- qu'ils améliorent l'articulation entre la prise en charge infanto-juvénile et la prise en charge adulte, ce qui paraît plus aléatoire compte tenu des écoles de pensée actuelles.

➤ **Deuxième recommandation : il faut une politique de soutien des familles.**

Aujourd'hui, les familles d'autistes en France se sentent écartées du processus de prise en charge, ce qui n'est pas étonnant puisque c'est l'aspect médical et « l'individu malade » qui sont privilégiés.

Comme c'est le cas en Belgique, il faut donc encourager une politique d'écoute et de soutien des familles. Pour y parvenir, il n'est pas nécessaire de légiférer ou de produire de la réglementation. Il suffit de s'assurer, comme le font les Belges, (Cf. supra le contenu des grilles de contrôle de l'AWIPH) que dans les structures accueillant des autistes des dispositions ont été prises et des actions sont concrètement menées pour associer étroitement les familles à la vie des établissements.

➤ **Troisième recommandation : créer les conditions pour que les lieux soignants soient aussi des lieux de vie décents.**

Actuellement, en France, le milieu de vie de l'autiste est le service de soins. Il faut pouvoir l'en sortir. Pour y parvenir deux conditions, qui ne sont pas toujours remplies, sont indispensables : il faut des personnes pour l'accompagner dans sa sortie et assurer une forme de continuité et il faut aussi qu'il soit accueilli de l'extérieur.

Globalement, l'enjeu est de mettre en place un cadre qui rende possible la triple option, relative aux conditions de vie et de parcours, à la continuité de la prise en charge dans le temps et à la qualité des soins. Ce cadre permettra d'avancer, au-delà des querelles d'écoles, vers une meilleure qualité de prise en charge des personnes et de fonder une politique de santé. Dès lors, la densité de l'offre et sa localisation dépend étroitement de la volonté des états d'accélérer ou non les processus.

Le pays pourrait alors afficher une véritable politique en faveur de la prise en charge des enfants autistes.

Deux mots suffisent à résumer l'enjeu : soigner et vivre.

Jean-Paul BASTIANELLI

Pierre de SAINTIGNON

Liliane SALZBERG

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 3 : Les structures belges pour handicapés en 2005

Annexe 4 : Tableaux : synthèse des chiffrages

Annexe 5 : Les conventions types de l'assurance maladie

Annexe 6 : Convention passée par le Conseil général des Ardennes

Annexe 7 : Convention passée par le Conseil général de l'Aisne

Annexe 8 : Enquête menée par la mission auprès de 18 conseils généraux : questionnaire et résultats

Annexe 9 : Lettre du Premier Ministre concernant la coopération transfrontalière

Annexe 10 : Données de la CRAM Nord-Picardie

Annexe 11 : Projet de convention de coopération entre le Conseil général des Ardennes et l'AWIPH

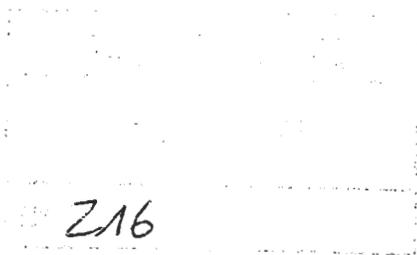
ANNEXE N°1
Lettre de mission



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

95

*Secrétariat d'Etat aux Personnes handicapées
Auprès du Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille*



Paris, le

La Secrétaire d'Etat aux Personnes handicapées

A

Madame la Chef de service de l'Inspection
générale des affaires sociales

Objet : Demande de mission sur la prise en charge des personnes handicapées françaises dans les établissements situés en Belgique et en Suisse

A la suite des propositions émises dans le rapport d'enquête de 1995 de l'IGAS portant sur le placement d'enfants handicapés français dans des établissements belges, il a été mis en place, à compter du 1^{er} janvier 1998, un nouveau dispositif de conventionnement avec ces établissements, afin de résoudre les problèmes de prise en charge que rencontraient les familles.

Or le vieillissement de la population déjà accueillie en Belgique, ainsi que la poursuite des orientations des jeunes adultes français vers ce même pays, tendent à soulever des difficultés analogues, les établissements belges n'étant pas soumis vis à vis de ces populations au dispositif conventionnel mis en place en 1998.

Par ailleurs le maintien des jeunes adultes dans les établissements belges conventionnés a fini par créer un engorgement de ces structures dédiées à l'accueil des enfants. Enfin, une partie de ces personnes accueillies en Belgique est atteinte d'autisme et nécessite une prise en charge spécifique.

En outre, l'administration ne dispose pas d'une information d'ensemble suffisante sur la situation de la prise en charge des enfants et adultes handicapés français en Belgique et sur les établissements concernés.

Il m'apparaît donc nécessaire, dans le prolongement des travaux conduits en 1995, de vous confier une nouvelle mission pour enrichir la connaissance de cette problématique en Belgique. Vous étendrez le champ de vos investigations à la Suisse afin de vérifier l'éventuelle existence d'une situation similaire. Vous vous attacherez, dans l'un et l'autre cas, à formuler des propositions susceptibles d'améliorer les situations rencontrées.

Il importe, en premier lieu, d'établir un bilan précis, quantitatif et qualitatif, de l'accueil des français dans les structures locales :

- recensement des populations concernées (notamment analyse des durées de séjour), en portant une attention particulière à la question de l'autisme
- identification du régime juridique et financier de l'accueil (agrément, convention...)
- examen de la structure (qualité de la prise en charge) et des coûts de l'accueil dans ces structures

En second lieu, sur la base de cet état des lieux, il convient de :

- croiser les données relatives à l'origine géographique des personnes et à leurs modalités d'orientation avec les objectifs des plans pluriannuels de création de places afin d'analyser l'impact de ces programmes sur les placements à l'étranger
- étudier le dynamisme de l'offre belge ou suisse en direction des français à partir de l'analyse comparée des coûts, des modalités et de la qualité d'accueil (en particulier hôpitaux de jour) et des régimes juridiques,
- proposer les adaptations du cadre français propres à limiter le recours aux structures étrangères spécifiquement dédiées
- indiquer les axes d'une concertation avec les autorités wallonnes sur les différents modes d'accueil des personnes handicapées françaises
- examiner les modalités de l'éventuelle extension du conventionnement

En troisième lieu la mission pourrait analyser les attentes des familles en matière de retour en France des personnes handicapées accueillies à l'étranger.

Dans le cadre de cette mission vous pourrez vous attacher le concours des DRASS et des DDASS les plus concernées par les placements en Belgique et en Suisse, ainsi que celui des caisses régionales d'assurance maladie intéressées, et notamment des médecins conseils des caisses régionales frontalières. En outre vous disposerez de la collaboration des directions d'administration centrale concernées (DGAS, DGS, DSS, DHOS).

Vous prendrez par ailleurs l'attache des financeurs autres que l'assurance maladie et l'Etat, notamment les conseils généraux concernés et les autorités ministérielles belges (agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées).

Le rapport de mission devra m'être remis pour fin mai 2005.



Marie-Anne MONTCHAMP

ANNEXE N°2
Liste des personnes rencontrées
ou contactées

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU CONTACTEES

CABINET DU MINISTRE

Serge MILANO – Conseiller technique

MINISTERE

DHOS

Emilie HEYRAUD

DGS

Catherine DARTIGUENAVE

DGAS

Fabienne HIEGEL – Bureau de l'enfance handicapée
Pierrette TISSERAND

DSS

Valérie MARTY
Arnaud ABEL

SUISSE

OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES - Affaires internationales

Xavier ROSSMANITH

BELGIQUE

AMBASSADE DE France (BRUXELLES)

Patrick FERS - Deuxième conseiller

AWIPH - Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées - (CHARLEROI)

Georges ROVILLARD - Administrateur général

André GUBBELS - Inspecteur général, responsable de la Division programmation, évaluation et inspections prospective

Eric MANNEBACK - Inspecteur général, responsable de la Division accueil, hébergement et accompagnement

Jean RIGUELLE - direction Coordination

Philippe DELWASSE - service Inspection et Audit

Simon BAUDE - service Inspection et Audit

Isabelle DUVEILLIE - service Inspection et Audit

CENTRE DE L'ESPERANDERIE (BONSECOURS)

Louis-Philippe BOURDON - Administrateur Directeur

Sophie MOURIN- Administrateur Directeur

Etienne DUPRET- Directeur pédagogique

Jean-Marie QUETU- Administrateur

Fernand PELS - Directeur Financier

L'ALBATROS (PETITE CHAPELLE)

Jean-Paul DUMONT- Directeur général

Président de la Ligue nationale pour personnes handicapées et services spécialisés (LNH)

Alain DAMBROISE - Sous directeur

DRASS du NORD – PAS-DE-CALAIS

Josiane BOULANGER – Service Planification et Action médico-sociale
Marianne PIKUS – Service Protection sociale
Madame LOSFELD - Service Protection sociale
Martine THELLIER - Service protection sociale, Missions transversales

DDASS du NORD

Sylvie CARDINAL – Directrice par intérim
Docteur Delphine SEGOND – Service des Politiques de santé
Eric POLLET – IPASS
François POUSSET – IASS
Aline QUEVERUE - IASS
Chantal COURDAIN - Responsable du Pôle Santé Social

INSPECTION ACADEMIQUE du NORD

Michel SOUSSAN – Inspecteur d’Académie
Eric GUILLEZ – Inspecteur de l’Education nationale

DDTEFP du NORD

Sylvie MAQUIGHEM – Inspecteur du travail – COTOREP
Catherine THIRIEZ
Patrick MARQEY

CRAM NORD – PICARDIE

Jacques DARCY – Directeur adjoint
Docteur Sylvie DEROIDE - ERSM
Monique WASSELZN – Département de l’offre de soins
Dr DUEZ, Service médical régional
Myriam BERROYEZ, Responsable de la cellule médico-sociale, Département de l’Offre de soins
Alain MASSON, cellule médico-sociale

CPAM Tourcoing

Monsieur BALLAND, Directeur

PERSONNALITES QUALIFIEES

Mme le docteur LENFANT – Pédopsychiatre – CHRU de Lille
M. le professeur PARQUET - Pédopsychiatre

ASSOCIATIONS ET ETABLISSEMENTS

Marcel HERAULT – Président SESAM AUTISME
Janine VIDAL - SALLET – Directrice Centre de Vie SESAME AUTISME

Evelyne FRIEDEL – Présidente AUTISME FRANCE
Gilles POURBAIX – Président AUTISME NORD
Laurent PETIT – Directeur d'établissement AUTISME - FRANCE

Laurent COCQUEBERT - UNAPEI
Vincent VERBECK – Directeur général – UDAPEI (Nord)
Patrick GEUNS – Chargé de mission – UDAPEI (Nord)

Charles GHESQUIERE – Président APIM-HF

Francis COLAS – ADNSEA – Directeur ITEP d'Armentières

M. LECLERCQ – IRP de CROIX

DEPARTEMENTS CONTACTES

CONSEIL GENERAL DE L' AISNE

Denis HARLÉ - Directeur Général des Services
Alain HILD - Directeur de la Solidarité

CONSEIL GENERAL DES ARDENNES

Alain GUILLAUMIN - Directeur Général des Services
Didier HAMEL - Directeur Général Adjoint

CONSEIL GENERAL INDRE-ET-LOIRE

André BARBE - Directeur Général des Services
Marianne MOUNIER - Chef du Service Contrôle Tarification DVSS

CONSEIL GENERAL DE LA MEURTHE-ET-MOSELLE

M. VALLANCE - Directeur Général des Services

CONSEIL GENERAL DE LA MEUSE

M. VANON - Directeur Général des Services
Sandrine SIDOLI - Chef du Service Dépendance-Handicap-Santé

CONSEIL GENERAL DE LA MOSELLE

Lionel FOURNY - Directeur Général des Services
Mme BOUR - DGA Solidarité
Christiane COCHET-VERY - Chef du service Direction de la Politique de l'Autonomie

CONSEIL GENERAL DE L'OISE

Philippe YVIN - Directeur Général des Services

CONSEIL GENERAL DU NORD

Luc MARTIN - Directeur Général des Services
Mme ROBART - DGA Solidarité
Florence MAGNE - Responsable du pôle établissements et services

CONSEIL GENERAL DU PAS-DE-CALAIS

Eric DELZANT - Directeur Général des Services
Jean-François VITOUX – Directeur de l'Aide sociale et des Equipements Médico-sociaux

CONSEIL GENERAL DE PARIS

Pierre GUINOT – DELERY, Directeur Général des Services

CONSEIL GENERAL DE LA SEINE-ET-MARNE

Michel BILLECOQC - Directeur Général des Services

M. DUBOUETIEZ - DGA Solidarité

CONSEIL GENERAL DES YVELINES

Jean – Michel MALERBA - Directeur Général des Services

CONSEIL GENERAL DE LA SOMME

Pierre ORY- Directeur Général des Services

Gabriel DAUBE - DGA Solidarité

Dr Nadine BARD-BALAGUIER - médecin responsable des actions de santé, Pôle autonomie et santé

CONSEIL GENERAL DE L'ESSONNE

Gilles du CHAFFAUT - Directeur Général des Services

Christine REMONDOT, DGA-VIE.SOC IALE

CONSEIL GENERAL HAUT-DE-SEINE

M. MIRMAND - Directeur Général des Services

Mme Catherine HESSE-GERMAIN- DGA Solidarité

CONSEIL GENERAL DE LA SEINE-SAINT-DENIS

Gildas BARRUOL -Directeur Général des Services

M. JACQUIER - DGA Solidarité

Céline PREVOST- Directrice adjointe Population Agée et Personnes Handicapées

CONSEIL GENERAL DU VAL-DE-MARNE

Jacques MARSAUD - Directeur Général des Services

Mme HENGESSE - Chef de service Comptabilité Aide Sociale

CONSEIL GENERAL DU VAL-D'OISE

Jean-Bernard BALCON - Directeur Général des Services

M. AUBERT - DGA Solidarité

Mme MORGAN - département PH

ANNEXE N°3

**LES STRUCTURES BELGES
POUR HANDICAPES EN 2005**

LES STRUCTURES BELGES POUR HANDICAPES EN 2005
D'après deux séries de documents AWIPH remis à la mission

CATEGORIES CONCERNEES	STRUCTURES	SIGLE	NOMBRE D'ETABLISSEMENTS			
			Document n°1	Document n°2		
				Agréés et subventionnés	APC	Total
Services (1) pour les jeunes	Service d'aide précoce	SAP	18			0
	Service d'aide à l'intégration	SAI	28	28		28
	Service d'accueil de jour pour jeunes	SAJJ	16	16		16
	Service d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés	SAJJns	15	15		15
	Service résidentiel pour jeunes	SRJ	53	53		53
	<i>Sous-total</i>		130			102
Services pour adultes	Service d'accompagnement	SAC	37			0
	Service d'aide aux activités de la vie journalière	AVJ	8			0
	Service d'accueil de jour pour adultes	SAJA	77	77		77
	Service résidentiel de nuit pour adultes	SRNA	31	31	3	34
	Service résidentiel pour adultes	SRA	96	96	2	98
	<i>Sous-total</i>		249			
Services pour jeunes et adultes	Service résidentiel de transition	SRT	20	20	11	31
	Service de placement familial	SPF	5	5	1	6
	<i>Sous-total</i>		25			
Non précisé						
	Accueil et hébergement				1	1
	Service d'accueil de jour				8	8
	Service résidentiel				48	48
						57
TOTAL			404	341	74	415

Sources : AWIPH

Document n°1 :

AWIPH : Programme Accueil – Hébergement – Accompagnement (Rencontre AWIPH-IGAS 10 mai 2005)

Documents n°2 :

- Liste des institutions agréées et subsidiées pour l'accueil et l'hébergement des personnes handicapées (arrêtée au 17/3/2005)
- Liste des institutions autorisées à prendre en charge des personnes handicapées sans intervention de l'AWIPH (arrêtée au 17/3/2005)

ANNEXE N°4

Tableaux : synthèse des chiffrages

SYNTHESE DES CHIFFRAGES

LEXIQUE

APC : établissement autorisé de prise en charge (pas de contrôle de l'activité)

Agréé : établissement avec contrôles de l'activité

Jeunes : enfants + adolescents + adultes bénéficiant de l'amendement Creton

Adultes : adultes, non compris ceux bénéficiant de l'amendement Creton

Nordistes : ressortissants des départements du Nord et du Pas-de-Calais

AM : assurance maladie

AWIPH : agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées

1- Evaluation de l'ampleur de l'accueil de personnes handicapées françaises en Belgique (estimations) : environ 5 000 personnes

dont

1-En établissements médico-sociaux belges en fin 2004 :

	Nombre	%
- « Jeunes » :	1 619	46 %
- « Adultes » :	1 867	54%
- Ensemble :	<u>3 486</u>	100%

2 – Estimation enfants nordistes scolarisés dans une école spécialisée belge en 2000 :

1 376

Enfants nordiste handicapés scolarisés en Belgique en 2000 :

- Ensemble	:	2 336
- dont connus de la CDES et financement AM	:	-960
- Ensemble (hors connus de CDES)	:	1 376

Sources :

1 - Sources IGAS à partir des données en fin 2004 :

. concernant les « Jeunes » :

- de la CRAM Nord Picardie - statistiques annuelles CRAM;
- de l'échelon régional du service médical (ERSM) de la CRAM Nord-Picardie

. concernant les « Adultes » :

- de l'enquête de la DRASS Nord-Pas-de-Calais auprès des CPAM de la région
- de l'enquête IGAS auprès de 18 départements.

concernant la classification des établissements :

- « Liste des institutions agréées et subsidiées pour l'accueil et l'hébergement des personnes handicapées »
AWIPH
- « Liste des institutions autorisées à prendre en charge des personnes handicapées sans intervention de l'AWIPH »
arrêtées au 17/03/2005

2 - Rapport de l'Inspection général des services du Conseil Général du Nord IGS 28 décembre 2004.

2- Evaluation de l'accueil de personnes handicapées françaises en institutions médico-sociales belges selon le type d'accueil (estimations)

Tableau 1 - Placements en institutions belges en fin 2004 selon le type d'accueil
quel que soit le département d'origine sauf pour les adultes nordistes pris en charge par leur caisse d'affiliation pour lesquels le chiffrage ne portent que sur la région Nord Pas de Calais- (enquête DRASS)

Placements en institutions :	Nombre			Répartition en %		
	Jeunes	Adultes	Ensemble	Jeunes	Adultes	Ensemble
	(1)	(2)	(1) + (2)	(1)	(2)	(1) + (2)
1- Conventionné CRAM et agréé par AWIPH	1 119	301	1 420	69%	16%	41%
2 – Non conventionné CRAM, ou prise en charge individuelle CPAM, et agréé par AWIPH	3	704	707	0%	38%	20%
3 – Conventionné CRAM et APC par AWIPH	489	194	683	30%	10%	20%
4 – Non conventionné CRAM, ou prise en charge individuelle CPAM, et APC par AWIPH	4	395	399	0%	21%	11%
5 – Non déterminé (*)	4	274	278	0%	15%	8%
- Ensemble des établissements belges	1 619	1 867	3 486	100%	100%	100%

(*) Non déterminé ou situé en Flandres

Sources IGAS à partir des données :

. concernant les « Jeunes » :

- de la CRAM Nord Picardie - statistiques annuelles CRAM;
- de l'échelon régional du service médical (ERSM) de la CRAM Nord-Picardie

. concernant les « Adultes » :

- de l'enquête de la DRASS Nord-Pas-de-Calais auprès des CPAM de la région
- de l'enquête IGAS auprès de 18 départements.

Au total :

- Pour 69% des jeunes (1 122) et 54% des adultes (1 005), c'est à dire **pour 61%** des personnes hébergées en Belgique, on peut considérer qu'elles sont placées dans des institutions pour lesquelles **un contrôle de l'activité est effectué**, au moins par les autorités belges au titre de l'agrément.
- Pour 30% des jeunes (489) et 10% des adultes (194), c'est à dire **pour 20%** des personnes hébergées en Belgique on peut considérer qu'elles sont placées dans des institutions pour lesquelles **le contrôle de l'activité n'est pas suffisant**, car uniquement, et éventuellement, réalisé par la CRAM Nord-Picardie, dans le cadre du conventionnement.
- Pour moins de 1% des jeunes (8) et 36% des adultes (677), c'est à dire **pour 19%** des personnes hébergées en Belgique, on peut considérer qu'elles sont placées dans des institutions pour lesquelles **aucun contrôle sérieux de l'activité n'est effectué**, ni par les belges, ni par les français.

Tableau 2 - Institutions belges en fin 2004 selon le type d'accueil

quel que soit le département d'origine sauf pour les adultes nordistes pris en charge par leur caisse d'affiliation
(chiffrage uniquement pour la région Nord Pas de Calais- enquête DRASS)

	Nombre d'institutions			Répartition en %		
	Jeunes (1)	Adultes (2)	Ensemble (3)	Jeunes (1)	Adultes (2)	Ensemble (3)
1- Conventiionné CRAM et agréé par AWIPH (+IMANI, Communauté française)	20	10	21	63%	15%	24%
2 – Non conventionné CRAM, ou prise en charge individuelle CPAM, et agréé par AWIPH	3	25	27	9%	37%	30%
3 – Conventiionné CRAM et APC par AWIPH	3	3	4	9%	4%	4%
4 – Prise en charge individuelle CPAM et APC par AWIPH	3	19	19	9%	28%	21%
5 – Non déterminé (*)	3	10	18	9%	15%	20%
- Ensemble des établissements belges accueillant des français handicapés	32	67	89	100%	100%	100%

(3) Total différent dans la mesure où un même établissement peut accueillir des personnes handicapés prises en charge par les différents financeurs ou à la fois des enfants et des adultes.

(*) Non déterminé ou situé en Flandres

Au total, ce sont **au moins 89 établissements belges** qui sont concernés par l'accueil de personnes handicapés françaises **soit 22%** des 404 institutions belges recensées.

3 - Tableaux détaillés

Tableau 3 - Jeunes en institutions belges conventionnés CRAM
en fin 2004 selon le type d'accueil -France entière

Assurance maladie (tous régimes)	Nombre		Répartition en %	
	Etablissements d'accueil	Placement	Etablissements d'accueil	Placement
	(1)	(2)	(1)	(2)
1- Conventionné CRAM et agréé par AWIPH (+IMANI, Communauté française)	20	1 119	87%	70%
2 – Non conventionné CRAM ou avec prise en charge individuelle CPAM et agréé par AWIPH	0	0	0%	0%
3 – Conventionné CRAM et APC par AWIPH	3	489	13%	30%
4 – Prise en charge individuelle CPAM et APC par AWIPH	0	0	0%	0%
5 – Non déterminé *	0	0	0%	0%
- Ensemble des établissements belges conventionnés CRAM ou avec prise en charge individuelle CPAM, accueillant des jeunes français handicapés	23	1 608	100%	100%

Source : CRAM

Tableau 4 –Jeunes en institutions belges non conventionnées CRAM
en fin 2004 selon le type d'accueil - Estimation France entière

Estimation à partir des données du régime général uniquement (Nombre		Répartition en %	
	Etablissements d'accueil	Placement	Etablissements d'accueil	Placement
	(1)	(2)	(1)	(2)
1- Conventionné CRAM et agréé par AWIPH (+IMANI, Communauté française)	0	0	0%	0%
2 – Non conventionné CRAM ou prise en charge individuelle CPAM et agréé par AWIPH	3	3	33%	27%
3 - Conventionné CRAM et APC par AWIPH	0	0	0%	0%
4 - Prise en charge individuelle CPAM et APC par AWIPH	3	4	33%	36%
- Non déterminé (*)	3	4	33%	36%
- Ensemble des établissements belges non conventionné CRAM ou avec prise en charge individuelle CPAM accueillant des jeunes français handicapés	9	11	100%	100%

(*) Non déterminé ou situé en Flandres

Source : CRAM- SMR- données brutes

Tableau 5 - Adultes en institutions belges pris en charge par les conseils généraux
en fin 2004 selon le type d'accueil

- Estimation à partir des réponses de 14 CG	Nombre		Répartition en %	
	Etablissements d'accueil	Placement	Etablissements d'accueil	Placement
	(1)	(2)	(1)	(2)
1- Conventiionné CRAM et agréé par AWIPH (+IMANI, Communauté française)	10	301	17%	18%
2 - Non conventionné CRAM ou prise en charge individuelle CPAM et agréé par AWIPH	22	649	37%	39%
3 – Conventiionné CRAM et APC par AWIPH	3	194	5%	12%
4 - Prise en charge individuelle CPAM et APC par AWIPH	19	291	32%	17%
- Non déterminé (*)	5	245	8%	15%
Ensemble des établissements belges accueillant des adultes handicapés français pris en charge par les conseils généraux	59	1 680	100%	100%

(1) Estimation du total de 1 680 en supposant une répartition des placements par département identique à celle des placements de jeunes (ces 14 départements regroupent 90% des placements de « jeunes » en fin 2004)

Estimation des nombres par type de conventionnements sur la structure des 1520 placements en données brutes.

Source : enquête auprès de 18 CG- données brutes 1 520 placements estimés à 90% des placements France entière.

Tableau 6 - Adultes pris en charge par leur CPAM d'affiliation

Adultes	Nombre		Répartition en %	
	Etablissements d'accueil	Placement	Etablissements d'accueil	Placement
	(1)	(2)	(1)	(2)
1- Conventiionné CRAM et agréé par AWIPH (+IMANI, Communauté française)	0	0	0%	0%
2 - Non conventionné CRAM ou prise en charge individuelle CPAM et agréé par AWIPH	15	55	42%	29%
3 – Conventiionné CRAM et APC par AWIPH	0	0	0%	0%
4 - Prise en charge individuelle CPAM et APC par AWIPH	11	104	31%	55%
- Non déterminé (*)	10	29	28%	15%
Ensemble des établissements belges accueillant des adultes handicapés nordistes avec une prise en charge individuelle de leur CPAM d'affiliation	36	188	100%	100%

Source : CRAM-SMR données nationales du régime général et enquête DRASS en région Nord-Pas-de-Calais (hors éventuel double compte)
Données brutes SMR : 165 adultes. Données brutes DRASS : 78 personnes nordistes handicapées dont 23 hors double compte éventuel.

(*) Non déterminé ou situé en Flandres

ANNEXE N°5

**Les conventions types
de l'assurance maladie**

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
28/11/96

Origine :
DGR
ENSM

MMES et MM les Directeurs

des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins Conseils Chefs des Echelons Locaux

Réf. :

DGR n° 102/96 - ENSM n° 43/96

Plan de classement :

2440

Objet :

PLACEMENT DES ENFANTS HANDICAPES FRANCAIS DANS LES ETABLISSEMENTS BELGES.

Pièces jointes : convention

0 | 1

Liens :

Com.circ DGR 2599/91 ENSM 1409/91

Date d'effet :

1er janvier 1997

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DESMES :M ROUGET - ENSM : MME le Dr PRESTAT

Téléphone :

42.79.32.97 - 42.79.31.48

@

**Direction de la Gestion du Risque
Echelon National du Service Médical**

28/11/96

Origine :
DGR
ENSM

MMES et MM les Directeurs

des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins Conseils Chefs des Echelons
Locaux

N/Réf. : DGR - N° 102/96 - ENSM - N° 43/96

Objet : Placement des enfants handicapés français dans des établissements belges.

A la demande du Ministre d'Etat, Ministre des Affaires Sociales et de la Ville, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a effectué une mission en 1994 sur le placement d'enfants handicapés Français dans les établissements belges.

A l'issue de cette mission l'IGAS préconisait :

- 1) de rendre aux CDES la plénitude de leurs attributions en appliquant pour ce type de placement les mêmes règles que celles applicables sur le territoire national,
- 2) de redéfinir les rôles respectifs de la DRASS du Nord-Pas-de-Calais et de la CRAM Nord-Picardie.

de la Caisse Régionale
d'Assurance Maladie
"NORD - PICARDIE",

de l'établissement belge

Jean-Paul PAULETTE

ANNEXE A LA CONVENTION

DISPOSITIONS TECHNIQUES CONVENTIONNELLES

Dans les établissements mixtes, les enfants de chaque sexe auront des chambres différentes à partir de l'âge de six ans.

Les enfants pourront être logés :
en chambre individuelle d'une surface minimale d'au moins 9 mètres carrés.

en chambre collective comprenant au maximum quatre lits et une surface minimale de 5 mètres carrés par lit.

La disposition des chambres doit préserver une intimité suffisante pour les enfants ou adolescents. A cet effet, ils disposent d'aménagements usuels existant dans un environnement familial (armoire, placard, porte-serviettes, armoire de toilette, etc...).

Les toilettes, en nombre suffisant, doivent être réparties à proximité des chambres, des salles à manger et des lieux de réunion. Elles sont pourvues de portes susceptibles d'être ouvertes de l'extérieur en cas de nécessité.

Des lavabos à eau courante individuels sont installés à proximité des chambres et des salles à manger.

L'établissement devra être équipé de salles de bains avec baignoire et disposer d'un poste de douche au minimum pour 6 lits.

L' établissement devra comporter des locaux en nombre suffisant et de dimensions appropriées pour assurer l'ensemble des activités médico pédagogiques et notamment :

un cabinet médical, précédé d'une salle d'attente, doté de tous les instruments nécessaires.

une salle de soins distincte du cabinet médical si celui-ci est utilisé toute la journée.

une réserve de pharmacie fermant à clé.

une infirmerie avec deux ou trois chambres individuelles.

Des locaux réservés au personnel, y compris des toilettes séparées.

ARTICLE 1er**Objet**

La présente convention a pour objet de définir les conditions de prise en charge et de remboursement des frais qui incombent à l'Assurance Maladie ainsi que les obligations respectives des parties.

ARTICLE 2**Modalités d'accueil****A) ETABLISSEMENTS AGREES PAR LES AUTORITES BELGES**

L'établissement dispose d'une capacité agréée par l'agence WALLONNE pour l'intégration des personnes handicapées de places, réparties comme suit :

-

-

Il s'engage à respecter ces capacités d'accueil maximales fixées par l'arrêté exécutif du / / de dont la validité expire le / / .

Sous réserve de l'évolution de la réglementation WALLONNE, il s'engage par ailleurs à accueillir au maximum enfants bénéficiaires d'un régime Français d'Assurance Maladie dans les meilleures conditions, notamment celles prévues par l'annexe relative aux dispositions techniques conventionnelles, à leur assurer les soins que réclame leur état, ainsi qu'une éducation spécialisée sous contrôle médical, et le cas échéant une formation professionnelle adaptée à leur niveau.

Tout dépassement de cette dernière capacité entraînera une dénonciation de la convention dans les conditions prévues à l'article 12.

L'établissement s'engage, à partir de la date d'effet de la présente convention, à accueillir des enfants handicapés, ressortissant d'un régime d'assurance maladie français, originaires des départements du Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Oise, Ardennes, Meuse, Meurthe-et-Moselle et Moselle. L'accueil d'enfants ressortissants d'autres départements français ne pourra être effectif qu'après accord de l'organisme d'affiliation.

B) ETABLISSEMENTS NON AGREES PAR LES AUTORITES BELGES.

L'établissement dispose d'une capacité autorisée par l'agence wallonne de places réparties comme suit :

-
-

Tout dépassement de cette dernière capacité entrainera une dénonciation de la convention dans les conditions prévues à l'article 12.

Dans le strict respect des dispositions de l'annexe fixant les normes techniques conventionnelles, l'établissement s'engage à accueillir au maximumenfants bénéficiaires d'un régime Français d'assurance maladie dans les meilleures conditions de confort, à leur assurer les soins que réclame leur état, ainsi qu'une éducation spécialisée sous contrôle médical, et le cas échéant une formation professionnelle adaptée à leur niveau.

L'établissement s'engage, à partir de la date d'effet de la présente convention à n'accueillir que des enfants handicapés, ressortissants d'un régime d'assurance maladie Français, originaires des départements du Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Oise, Ardennes, Meuse, Meurthe et Moselle et Moselle. L'accueil d'enfants ressortissants d'autres départements Français ne pourra être effectif qu'après accord de l'organisme d'affiliation.

ARTICLE 3

Clientèle accueillie

L'admission des enfants ou adolescents consécutive à la décision d'orientation de la commission d'éducation spéciale, est prononcée par le Directeur de *l'établissement*.

Dans le cas où cette admission ne peut être prononcée, et après avis de l'équipe médico-éducative, le Directeur est tenu d'en informer immédiatement la commission d'éducation spéciale en vue de rechercher avec elle une prise en charge mieux adaptée au cas de l'enfant ou adolescent.

Sur proposition de l'équipe médico-éducative, le Directeur saisit la commission d'éducation spéciale du cas des enfants pour lesquels une autre orientation paraît justifiée.

La sortie des enfants ou adolescents est prononcée par le Directeur après intervention de la décision de la commission d'éducation spéciale.

L'établissement tend à favoriser l'épanouissement et la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, éducatives et corporelles, ainsi que l'autonomie maximale quotidienne sociale et professionnelle des personnes accueillies.

Il tend à assurer l'intégration dans les différents domaines de la vie, la formation générale et professionnelle.

La prise en charge peut concerner les enfants ou adolescents, selon leur niveau d'acquisitions aux stades de l'éducation précoce, de la formation préélémentaire, élémentaire, secondaire et technique.

Elle comporte :

l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent,

les soins et les rééducations,

la surveillance médicale régulière, générale, ainsi que de la déficience et des situations de handicap,

l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et l'accès à un niveau culturel optimum,

des actions tendant à développer la personnalité, la communication et la socialisation.

La famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en oeuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.

L'équipe médico-psycho-éducative de *l'établissement* fait parvenir à la famille, au moins tous les six mois, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent.

Chaque année les parents sont destinataires d'un bilan pluridisciplinaire complet de la situation de l'enfant ou de l'adolescent.

Les parents sont saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.

ARTICLE 4

Projet d'établissement et équipe pluridisciplinaire

La prise en charge des enfants, adolescents, ou adultes placés au sein de *l'établissement* est globale.

L'ensemble des personnels attachés à la structure y participe dans le cadre d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé dans le plus strict respect des dispositions du dernier programme d'établissement.

Le Directeur de l'établissement, dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels, en assure la cohérence et la responsabilité d'ensemble, ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs.

ARTICLE 5

Prise en charge et prolongation

La décision de placement de l'enfant ou de l'adulte dans *l'établissement* ou sa prolongation est prise par la C.D.E.S. ou conjointement par la C.D.E.S. et la C.O.T.O.R.E.P. Elle est notifiée à la famille, à l'établissement et à l'organisme qui gère les droits administratifs de l'assuré (Caisse d'affiliation).

L'organisme d'affiliation établit la prise en charge administrative des frais de séjour (référence 212 b) et l'adresse à *l'établissement* (4 volets).

Les volets n° 1 et 4 sont conservés par l'établissement de séjour.

Les volets n° 2 et 3 sont adressés par *l'établissement* à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Tourcoing, organisme pivot qui règle les frais de séjour (Caisse de subsistance), accompagnée d'une copie de la décision de la C.D.E.S. et éventuellement de la C.O.T.O.R.E.P. dès l'entrée de la personne placée.

Le volet n° 3 est transmis par la caisse de subsistance à la caisse d'affiliation de l'assuré.

La sortie de la personne prise en charge est signalée par l'établissement qui adresse le volet n°4 à la caisse de subsistance. Cette dernière communique cette information à la caisse gestionnaire (caisse d'affiliation).

ARTICLE 6

Dispositions budgétaires et financement

Dans l'hypothèse où la demande de révision du prix de journée ne serait pas introduite avant le 1er novembre de l'exercice considéré, la date d'effet du nouveau prix de journée serait effective le premier jour du mois qui suit les deux mois de délai d'instruction du dossier.

ARTICLE 7

Obligations de l'établissement

L'établissement s'engage à transmettre aux caisses signataires :

a) POUR LES ETABLISSEMENTS AGREES PAR LES AUTORITES BELGES :

son agrément reçu de l'autorité belge compétente accompagné de l'attestation d'agrément des services de sécurité incendie

b) POUR LES ETABLISSEMENTS NON AGREES PAR LES AUTORITES BELGES :

L'établissement s'engage à respecter les dispositions de l'annexe technique conventionnelle, il s'engage par ailleurs à fournir une attestation d'agrément des services de sécurité incendie précisant la capacité maximum d'accueil de la structure.

c) ET DANS LES DEUX CAS :

le nom et la qualification du Directeur,

la liste du personnel médical, paramédical, éducatif et administratif avec l'indication de sa qualification,

son règlement intérieur mentionnant la durée de fonctionnement annuel et le rythme de fonctionnement,

son programme d'établissement.

Toute modification portant sur ces éléments doit être obligatoirement signalée dans un délai d'un mois aux organismes signataires de la présente convention.

L'établissement s'engage par ailleurs à transmettre à la Caisse régionale d'assurance maladie Nord/Pas-de-Calais/Picardie ainsi qu'aux caisses signataires de la convention et chaque année pour le 1er février :

un tableau récapitulatif faisant apparaître au premier janvier de l'exercice en cours, le nom, la date de naissance, le régime d'appartenance ainsi que la provenance géographique des enfants accueillis au titre de la présente convention,

Fixé par la C.R.A.M. Nord - Picardie, le prix de journée couvre les différentes prestations que requièrent les personnes handicapées dans le cadre de la prise en charge de leurs déficiences et, par conséquent, les prestations de soins et de suivi fournies par les intervenants extérieurs lorsqu'elles sont liées au handicap qui a motivé le placement.

Le prix de journée est dû pour le jour d'entrée. Il ne peut être facturé que pour les jours de présence effective (par jour de présence effective, il convient d'entendre toute journée où l'enfant est présent durant douze heures). Il n'est pas dû pour le jour de sortie définitive de *l'établissement* quelle que soit l'heure de sortie.

Il comprend notamment :

l'ensemble des frais de pension et de régime (nourriture, boissons, entretien, couchage, chauffage, éclairage, blanchissage du linge de maison et du linge personnel),

les rémunérations des différentes catégories de personnel chargé des soins et traitements, de l'observation, de la réadaptation et de l'éducation des pensionnaires,

les frais de transport des enfants ou adolescents ressortissants d'un régime d'assurance maladie français,

tous les frais médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques afférents aux soins courants qui correspondent à la destination de la structure.

Sont exclus du prix de journée :

les objets de prothèse interne, l'optique médicale, les prothèses auditives, les appareils et prothèses dentaires, les objets de grand appareillage.

Aucun supplément de quelque nature qu'il soit ne pourra être réclamé à l'assuré en sus du prix de journée.

La prise en charge d'une affection intercurrente intervient en sus du prix de journée.

Le prix de journée peut être révisé par voie d'avenant au 1er janvier de chaque année, en fonction de l'évolution constatée en Belgique dans les prix des denrées et services de la pénultième année.

La majoration ne devra pas être systématique, mais s'appréciera pour chacun des éléments composant le prix de journée.

Il appartiendra à *l'établissement* de demander à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie "Nord-Picardie, la révision de son prix de journée, au plus tard deux mois avant la date prévue pour la mise en vigueur du nouveau tarif (soit donc le 1er novembre) et de lui fournir toutes justifications nécessaires.

la population totale de la structure (nombre d'enfants belges et d'enfants ressortissant d'un régime d'assurance maladie français hébergés).

ARTICLE 8

Modalités de remboursement

Le règlement des frais de séjour sera effectué par la caisse de subsistance à *l'établissement* dans les limites signalées par l'attestation de prise en charge.

Le décompte des frais de séjour sera établi en Francs français.

A) S'agissant des ressortissants du régime général,

Le remboursement de la participation à la charge de la Caisse de subsistance, sera effectué par celle-ci sur un compte ouvert dans un établissement financier en France sur production d'états de frais individuels établis par l'établissement et adressés à la C.P.A.M. de Tourcoing.

Ces états de frais seront envoyés mensuellement à la C.P.A.M. de Tourcoing et comporteront les indications suivantes :

nom et prénoms de l'assuré et numéro matricule,

nom et prénoms du bénéficiaire, date de naissance,

dates afférentes à la période faisant l'objet du règlement ou, éventuellement, celle d'entrée ou de sortie s'il s'agit d'un enfant, soit admis ou parti durant la période considérée, soit ayant bénéficié d'une sortie temporaire,

nombre de journées à régler,

montant total des frais de séjour à régler.

Le règlement des frais de séjour pourra s'effectuer par échange de données informatiques après signature d'un protocole entre l'établissement et la C.P.A.M de Tourcoing.

Le règlement des frais de séjour concernant les jeunes adultes (dès leur vingtième anniversaire) maintenus dans la structure sur décision de la C.D.E.S. et/ou de la C.O.T.O.R.E.P. à défaut de places disponibles dans des établissements situés en France et susceptibles de les accueillir en fonction de leur handicap, sera assuré par la caisse de subsistance déduction faite de la participation financière aux frais d'hébergement des Conseils Généraux lorsque l'orientation concerne un foyer. Cette déduction s'opère lors du calcul du prix de journée par la CRAM Nord Picardie.

Au prix de journée fixé par la C.R.A.M. Nord - Picardie s'ajoute, le cas échéant, le forfait journalier.

B) S'agissant des autres régimes de l'assurance maladie,

Les états de frais individuels comportant les indications prévues au paragraphe A) ci dessus, sont adressés à l'organisme ayant délivré la prise en charge.

C) Dispositions communes à tous les régimes ,

Les demandes de remboursement présentées plus de deux ans après la fin du séjour ne pourront donner lieu à remboursement.

ARTICLE 9

Organisation des contrôles et de l'évaluation de l'activité de l'établissement

L'établissement donne toutes les facilités nécessaires à l'exercice des contrôles médicaux ou administratifs prévus par les dispositions de la présente convention.

Le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et le Médecin-Conseil Régional de la Région Nord - Picardie ou leurs représentants assurent les contrôles visés ci-dessus et informent de la date de leur passage, la direction de *l'établissement*.

Néanmoins, pour ce qui concerne le Médecin-Conseil Régional de la Région Nord - Picardie ou ses représentants, ces visites peuvent avoir lieu, le cas échéant, inopinément, sous réserve qu'ils fassent connaître leurs interventions dès leur arrivée dans l'établissement.

Leurs visites et leurs opérations de contrôle sont accomplies en présence de la direction de l'établissement ou d'un représentant désigné par celle-ci ainsi que du médecin de *l'établissement*. Ils sont tenus d'en faire connaître le motif et l'objet à la direction de *l'établissement*.

Ils présentent toutes observations utiles à la direction et/ou aux médecins de *l'établissement* notamment lorsqu'ils relèvent sur place des anomalies graves de fonctionnement.

Tous renseignements et tous documents administratifs d'ordre individuel ou général utiles à la mission du Praticien Conseil doivent être tenus à leur disposition par le Directeur de *l'établissement*.

Tous renseignements et tous documents d'ordre médical, individuel ou général, sont tenus à la disposition des Praticiens Conseil par les praticiens de *l'établissement* dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale.

Aucune observation ne doit être faite à la direction de *l'établissement* ou à son représentant, en présence des enfants ou adolescents ou de sa famille, ou en présence d'un tiers, membre du personnel ou non.

L'établissement s'engage à mettre en place, en collaboration avec la CRAM et le service médical régional, une méthode d'évaluation de son fonctionnement médical et médico éducatif, et à adresser les résultats en fin d'année au Directeur de la CRAM et au Médecin Conseil régional du régime général de l'Assurance Maladie.

Ce dispositif d'évaluation viendra compléter les observations recueillies au cours de visites effectuées conjointement dans l'établissement par des représentants du Directeur de la CRAM et du Médecin Conseil régional.

ARTICLE 10

Dossier individuel

L'établissement s'engage à constituer et conserver pour chaque enfant ou adolescent, dans le respect des règles de droit régissant le secret professionnel et la conservation des documents, un dossier comportant, outre les informations d'état civil :

les résultats des examens et enquêtes qui ont motivé la décision d'orientation prononcée par la commission d'éducation spéciale,

une autorisation écrite des parents ou tuteurs permettant la mise en oeuvre de traitements urgents qui peuvent être reconnus nécessaires par les médecins de l'établissement,

le projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé défini par l'établissement pour l'enfant ou l'adolescent pris en charge,

le compte-rendu des réunions de synthèse consacrées à l'enfant ou adolescent,

le compte rendu régulier des acquisitions scolaires et de la formation professionnelle,

les résultats des examens pratiqués en cours d'année par les médecins de l'établissement, ainsi que de la surveillance régulière du développement psychologique, cognitif et corporel de l'enfant ou adolescent,

la décision et les motifs de la sortie établis par la commission d'éducation spéciale, ainsi que l'orientation donnée aux enfants ou adolescents,

les informations dont dispose l'établissement sur le devenir du jeune pendant un délai de trois ans après la sortie définitive,

le suivi des interventions réalisées par des praticiens libéraux extérieurs à l'établissement.

ARTICLE 11.**CLAUSE ATTRIBUTIVE DE COMPETENCE.**

Toute difficulté d'interprétation ou d'exécution de la présente convention qui ne pourrait être résolue à l'amiable entre les parties sera soumise au tribunal du lieu où l'obligation a été ou doit être exécutée, conformément à la convention de Bruxelles du 27 septembre 1968.

ARTICLE 12

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans à compter de la date de son homologation par la D.R.A.S.S. Nord Pas-de-Calais.

Trois mois avant l'expiration de cette période, l'établissement pourra éventuellement solliciter son renouvellement pour une nouvelle durée égale à cinq années et ainsi de suite.

Les organismes d'Assurance Maladie se réservent le droit de mettre fin à la présente convention pour le cas où *l'établissement* viendrait à manquer à ses engagements.

Cette décision serait alors notifiée à *l'établissement* par lettre recommandée avec accusé de réception. L'annulation de l'accord deviendrait effectif à l'issue d'un délai de 3 mois suivant la date de réception de la lettre recommandée.

La présente convention deviendrait également caduque en cas de retrait de l'agrément de *l'établissement*.

**FAIT A VILLENEUVE D'ASCQ, le
EN SEPT EXEMPLAIRES**

Le Représentant
des Caisses de Mutualité
Sociale Agricole,

Le Représentant
des Caisses d'Assurance Maladie
des Professions Indépendantes,

Le Directeur

Le Représentant

Le rapport conclut au recours inéluctable des placements d'enfants Français en Belgique compte tenu du manque de places dans les structures adaptées en France.

La CNAMTS suivant les recommandations émises par l'IGAS a, en collaboration avec la CRAM Nord-Picardie et l'ERSM Nord-Picardie, ainsi qu'avec la CPAM de Tourcoing et en tenant compte des observations des autres régimes, redéfini le rôle des partenaires et élaboré une nouvelle convention inter-régimes, dont vous trouverez la copie ci-jointe. Ce document a reçu l'approbation des services ministériels (Direction de la Sécurité Sociale et Direction de l'Action Sociale) et le Conseil d'Administration de la CNAMTS a donné son accord au dispositif le 24 septembre 1996.

Cette convention place la CRAM Nord-Picardie au centre du dispositif des placements d'enfants handicapés ressortissants Français en Belgique.

1. LE NOUVEAU DISPOSITIF CONVENTIONNEL

Cette nouvelle convention met l'accent notamment sur :

- le respect de la capacité d'accueil de la structure en précisant que tout dépassement de cette capacité entraînerait une dénonciation de la convention,
- la qualité de l'accueil avec des normes conventionnelles qui répondent aux normes françaises telles que définies par les annexes 24,
- une clarification de la prise en charge dans le cadre du prix de journée,
- l'intégration des frais de transport dans le cadre du prix de journée servi à l'établissement,
- la CPAM de Tourcoing devient Caisse de subsistance pour les ressortissants du Régime Général.

La tarification se fera en Francs Français.

2.LES CIRCUITS ADMINISTRATIFS

La *circulaire CNAMTS DGR N° 2599/91 - ENSM N°1409/91 du 12 février 1991* est modifiée et complétée par la présente circulaire laquelle ne vise que les placements d'enfants handicapés et ne modifie pas la base de la prise en charge tarifaire.

Sur délégation du Conseil d'Administration de la CNAMTS et par décision du 24 septembre 1996, la CRAM Nord-Picardie a désormais mandat afin de passer convention avec les structures implantées en Belgique.

2.1 ROLE DE LA CRAM NORD-PICARDIE

Après décision de la DRASS de Lille qui doit décider au cas par cas du conventionnement de ces structures au nom et pour le compte du Ministre chargé des Affaires Sociales et de la Santé en France, le conventionnement sera passé entre la CRAM Nord-Picardie et les établissements ayant reçu de l'agence Wallonne, soit un agrément qui vaut financement, soit une autorisation qui, si elle ne vaut pas financement, garantit le respect minimum des normes.

Si un établissement déjà conventionné ne remplissait pas les conditions d'autorisation, il serait mis en demeure, sous délai, de se conformer aux normes de l'agrément prévues par l'Administration belge.

La CRAM Nord-Picardie a désormais autorité pour signer les conventions et leurs avenants et réalisera chaque année un rapport médico-administratif faisant un bilan de ses relations avec les structures belges.

Lors de la signature de la nouvelle convention par l'établissement belge, il appartient à la CRAM de rédiger un avenant tarifaire intégrant les frais de transport dans le calcul du prix de journée qui sera versé à la structure.

Dans le même temps la CRAM invitera l'établissement belge à adresser, pour chacun de ses pensionnaires enfants Français ressortissants du Régime Général, un imprimé référencé 212, à la Caisse d'affiliation correspondant à l'assuré concerné.

2.2 ROLE DE LA CDES (Commission Départementale de l'Education Spéciale)

Le placement dans les structures d'accueil d'enfants handicapés relevant de la compétence des CDES, des instructions ministérielles à destination de cette commission seront données par la Direction de l'Action Sociale du Ministère du Travail et des Affaires Sociales (DAS) afin que soit vérifié avant tout placement en Belgique, qu'il n'existe pas une possibilité d'accueil dans une structure d'accueil en France.

Dr A.ROUSSEAU

J.P.PHELIPPEAU

CONVENTION**version septembre 1996**

Entre :

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie "Nord - Picardie"
dont le siège est à VILLENEUVE D'ASCQ (59661) - 11, Allée Vauban
représentée par son Directeur, dûment mandaté,

Les Caisses de Mutualité Sociale Agricole
représentées par Monsieur le Directeur de la C.M.S.A. du Nord, dûment mandaté

Les Caisses d'Assurance Maladie des Professions indépendantes,
représentées par Monsieur le Directeur de la C.A.M.P.I. du Nord, dûment mandaté

d'une part,

Et l'établissement
situé à :
représenté par
FINESS N° :

d'autre part,

IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIIT :

2.3 ROLE DE L'ERSM NORD-PICARDIE

L'Echelon Régional du Service Médical de Lille examine les demandes de placement en Belgique. Dans le cadre conventionnel il est prévu un dispositif d'entrée et de sortie de la clientèle ainsi qu'une procédure de contrôle et d'évaluation de l'activité de l'établissement.

2.4 ROLE DE LA CPAM DE TOURCOING

Il est important de noter que la CPAM de Tourcoing est désignée comme Caisse de subsistance pour les ressortissants du régime général accueillis dans les établissements d'éducation spéciale implantés en Belgique.

2.5 A L'ATTENTION DES CAISSES

Compte tenu de la mise en place de la Caisse de subsistance, les Caisses du Régime Général n'auront plus à payer les factures relatives à des séjours dans des établissements belges pour toutes les journées de présence à compter du 1er janvier 1997. Il en est de même pour ce qui concerne les frais de transport.

Afin de permettre l'instauration du nouveau dispositif, à réception de l'imprimé de prise en charge référencé 212 qui sera envoyé par les établissements belges, il appartient aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie et aux Caisses Générales de Sécurité Sociale d'adresser à la CPAM de Tourcoing les volets de l'imprimé de prise en charge référence 212 B (circuit prévu par la circulaire CNAMTS N° 163/78 du 22 septembre 1978) portant obligatoirement la mention de la date d'effet du Régime.

L'ensemble de ces dispositions prend effet au 1er janvier 1997.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés rencontrées dans l'application de cette nouvelle procédure.

Le Médecin Conseil National Le Directeur de la Gestion
du
Risque

ANNEXE N°6

**Convention passée par le
Conseil général des Ardennes**

CONSEIL GENERAL DES ARDENNES
DIRECTION GENERALE
DES SERVICES DEPARTEMENTAUX

REPUBLIQUE FRANCAISE

DIRECTION DES INTERVENTIONS
SOCIALES ARDENNAISES

SERVICE TARIFICATION,
CONTROLE ET PLANIFICATION

ARRETE N°2003-99

FIXANT LE PRIX DE JOURNEE 2003
DU FOYER BELGE DE L'INSTITUT L'ALBATROS

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DES ARDENNES

Vu la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux Institutions Sociales et Médico-Sociales, modifiée par la Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978,

Vu la Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des Communes, des Départements et des Régions,

Vu la Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 et celle du 22 Juillet 1983 la complétant relatives à la répartition des compétences entre les Communes, les Départements, les Régions et l'Etat,

Vu la Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'Aide Sociale et de Santé,

Vu la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,

Vu le Décret n° 61-9 du 3 janvier 1961 relatif à la comptabilité, au budget et au prix de journée de certains établissements publics ou privés,

Vu la délibération du Conseil Général du 24 septembre 2002 fixant le taux directeur d'évolution des charges,

Vu le dossier présenté par l'Association Sans But Lucratif "Institut l'ALBATROS" de PETITE CHAPELLE (Belgique) pour son foyer sis sur le territoire belge, reçu le 8 février 2003 par Monsieur le Président du Conseil Général,

Vu les contre-propositions de Monsieur le Président du Conseil Général en date du 18 mars 2003 et reçues le 21 mars 2003 par Monsieur le Président de l'Association sans but lucratif "Institut l'ALBATROS" de PETITE CHAPELLE, .../...

Vu le courrier de Monsieur le Président de l'Association sans but lucratif "Institut l'ALBATROS" en date du 28 mars 2003, reçu par Monsieur le Président du Conseil Général le 29 mars 2003,

Sur proposition du Directeur Général des Services Départementaux,

ARRETE

Article 1er : Le prix de journée du foyer belge de l'Institut "L'Albatros" est fixé à **132,30 Euros**.

Article 2 : Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (DRASS LORRAINE - Immeuble "Les Thiers", 4, Rue Piroux - 54036 NANCY CEDEX), dans le délai franc d'UN MOIS à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

Article 3 : Le Directeur Général des Services Départementaux, le Président de l'Association Sans But Lucratif "Institut l'ALBATROS" de PETITE CHAPELLE (Belgique) et le Directeur de l'institut, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à CHARLEVILLE MEZIERES, le 25 avril 2003

Signé : Roger AUBRY

Le Président du Conseil Général
certifie que le présent acte a été
transmis au représentant de l'Etat
le 28 avril 2003
reçu à la Préfecture le 29 avril 2003
affiché ou notifié le 30 avril 2003
et est exécutoire le 30 avril 2003

Pour ampliation,


Le Directeur Adjoint
des Interventions Sociales Ardenaises

Igor DUPIN

ANNEXE N°7

**Convention passée par
le Conseil général de l'Aisne**

Le coût des appareils d'optique, orthopédiques ou prothèses destinés au pensionnaire ainsi que les frais d'hospitalisations accidentelles ne sont pas compris dans le prix de journée.

Dans ces conditions, aucun supplément de quelque nature qu'il soit ne pourra être réclamé en sus du prix de journée sauf justification détaillée et écrite.

Article 5 : Le Département de l'Aisne réglera la partie des frais de séjour de M _____ dépassant le montant de sa participation, fixée par le Conseil Général, et qui sera versée directement par l'intéressé à l'établissement.

Le Règlement sera opéré sur la production d'états mensuels adressés au service aux Personnes Handicapées de la Direction des Affaires Sociales et Educatives faisant apparaître le nombre de jours de présence, le montant des frais de séjour, celui de la contribution versée par M _____ et le solde dû au titre de l'Aide Sociale.

Au plus tard le 1^{er} février de chaque année, un rapport général concernant l'intéressée et son évolution devra être adressé au service cité ci-dessus.

Article 6 : L'établissement communiquera à la Direction de la Solidarité son règlement intérieur ainsi que les noms des praticiens attachés à l'établissement et celui de son Directeur.

La Direction de la Solidarité sera informée de toutes modifications concernant le fonctionnement de l'établissement dans le délai d'un mois.

Article 7 : L'établissement donnera à la Direction de la Solidarité toute facilité nécessaire pour l'exercice des contrôles prévus par le Code de l'Action Sociale et des Familles.

Article 8 : La présente convention, qui prendra effet à compter de la date d'arrivée de M _____, au foyer occupationnel pour adultes handicapés mentaux L' _____ à _____, est établie pour une période d'un an et sera reconduite par accord tacite, sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception par la partie désirant y mettre fin, au plus tard 3 mois avant la date d'expiration de la période de validité.

Le Président de l'Association
L'

Le Président du Conseil Général,

ANNEXE N°8

**Enquête menée par la mission auprès
de 18 conseils généraux :
Méthode et grille de questionnement**

Méthode

L'information sur le placement à l'étranger d'adultes handicapés n'est actuellement pas collectée. Principal financeur de ces prises en charge, les Conseils généraux ne produisent pas de statistiques sur ces placements d'adultes handicapés en Belgique.

Seules existent des données nationales de l'Assurance maladie sur la prise en charge en Belgique d'enfants ou d'adultes maintenus au titre de l'amendement Creton.

Afin de disposer de ce type d'information pour les adultes, la mission a conduit une enquête auprès des directeurs généraux des services des conseils généraux de 18 départements.

Ces départements ont été choisis sur la base de la répartition géographique des données de l'Assurance maladie de placements en Belgique en fin 2004. Les départements retenus sont ceux ayant au moins dix des ces enfants handicapés ou adultes maintenus au titre de l'amendement Creton placés en Belgique dans ce cadre. Les 18 départements regroupaient 98% de ces placements en fin 2004.

Après une enquête préalable auprès du conseil général du Nord, l'investigation a été administrée par voie télématique les 22 et 23 juin 2005 auprès de 17 autres départements selon le même formulaire figurant à la fin de cette annexe.

La mission a recueilli fin juillet 2005 des données concernant 14 départements qui regroupent 90% des placements de ces « Jeunes » handicapés (voir tableau suivant).

Tableau 1 - Réponses des départements en termes de placements en fin 2004 pris en charge par eux – résultats bruts

index	Départements	Placements des conseils généraux		Référence : placements de l'assurance maladie et de l'ASE	
		Nombre	%	Nombre	%
1	59 - Nord	525	35%	816	51%
2	93 - Seine saint Denis	172	11%	43	3%
3	08 - Ardennes	168	11%	17	1%
4	02 - Aisne	117	8%	17	1%
5	62 - Pas de Calais	106	7%	273	17%
6	60 - Oise	92	6%	42	3%
7	94 - Val de Marne	77	5%	28	2%
8	92 - Haut de Seine	62	4%	20	1%
9	95 - Val d'Oise	56	4%	37	2%
10	55 - Meuse	42	3%	58	4%
11	37 - Indre et Loire	36	2%	12	1%
12	80 - Somme	27	2%	20	1%
13	54 - Meurthe et Moselle	25	2%	42	3%
14	57 - Moselle	8	1%	23	1%
15	77 - Seine et Marne	nd	nd	51	3%
16	75 - Paris	nd	nd	40	2%
17	78 - Yvelines	nd	nd	20	1%
18	91 - Essonne	nd	nd	13	1%
	Autres départements < 10/ dépt (*)	nd	nd	36	2%
	Ensemble (**)	1 513	100%	1 608	100%

Source IGAS : enquête auprès de 18 départements et donnés CRAM Nord Picardie

La grille de questionnement

DENOMINATION DU DEPARTEMENT

Enfants et adultes français handicapés pris en charge par le département dans les établissements médico-sociaux belges :

Année	Nombre total De placements (Présents au 31/12 année n)	Dont adultes		Dont enfants	
		dans établissements conventionnés par le CG	avec conventions individuelles	dans établissements conventionnés par le CG	avec conventions individuelles
1999					
2000					
2001					
2002					
2003					
2004					

	Type de handicap	Nombre de placements
Présents au 31/12/2004		

Année n	Enfants handicapés Aide Sociale à l'Enfance			Adultes handicapés		
	Présents au 31/12 année n	Sorties Année n	Entrées Année n	Présents au 31/12 année n	Sorties Année n	Entrées Année n
1999						
2000						
2001						
2002						
2003						
2004						

Précisez les destinations des sorties

Liste des établissements médico-sociaux belges accueillant des enfants handicapés français pris en charge par le département au 31 décembre 2004

Nom et adresse de l'établissement	Forme d'accueil (IMSP, résidence de jour pour jeunes...)	Nombre de personnes handicapées prises en charge	Existence ou non d'une convention département/établissement

Liste des établissements médico-sociaux belges accueillant des adultes handicapés français pris en charge par le département au 31 décembre 2004

Nom et adresse de l'établissement	Forme d'accueil (foyer occupationnel, foyer de vie...)	Nombre de personnes handicapées prises en charge	Existence ou non d'une convention département/établissement

Commentaires éventuels :

1 Merci de bien vouloir joindre un exemplaire de convention collective et individuelle du conseil général

Personne à contacter éventuellement

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Mel :

Questionnaire à faire parvenir à l'IGAS, de préférence par mel à

ANNEXE N°9

**Lettre du Premier Ministre concernant
la coopération transfrontalière**

Le Premier Ministre

Paris, le 18 novembre 2004

N° 5746

Monsieur le Ministre-Président,

Entre la Belgique et la France, les échanges sont fréquents, denses et amicaux. Ils sont le fruit de la population de nos régions frontalières, mais aussi le fruit du travail des acteurs socio-économiques et de nos institutions respectives.

Ces relations sont tout naturellement appelées à s'intensifier encore, participant ainsi à l'intégration harmonieuse et équilibrée de l'Union européenne. Nos territoires et nos collectivités, par leur position stratégique, par leur capacité à innover, peuvent apporter une contribution significative à cet objectif majeur de la politique de cohésion.

Les outils existants ne permettent cependant pas d'assurer un développement suffisant de la coopération transfrontalière, ce que l'ensemble des acteurs locaux, et plus particulièrement les élus, déplorent depuis longtemps. L'accord signé à Bruxelles le 16 septembre 2002 sur la coopération transfrontalière est en cours de ratification par le Parlement français. Il facilitera la conduite de projets d'intérêt commun, notamment en matière de services publics.

De nombreux freins juridiques persistent cependant qui ne permettent pas aux relations franco-belges d'exprimer tout leur potentiel. Nos législations et réglementations nationales, voire régionales ou communautaires pour ce qui vous concerne, ne convergent pas toujours et constituent même parfois autant d'obstacles à la mise en oeuvre d'actions communes sur nos territoires.

Monsieur Yves LETERME
Ministre-Président du Gouvernement flamand
Martelaarsplein, 19
B-1000 BRUXELLES

+ in lettre
Comm. F.
gub W
gub Fed.

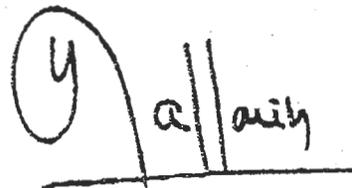
Le Gouvernement français souhaite contribuer à la recherche et à l'expérimentation de solutions innovantes permettant de dépasser ces difficultés en s'appuyant notamment sur les expériences menées dans la région Nord-Pas-de-Calais autour de la métropole lilloise.

J'ai donc demandé au préfet de la région Nord-Pas-de-Calais de constituer un groupe de travail associant des parlementaires de l'agglomération lilloise, afin d'identifier les évolutions législatives et réglementaires qu'il paraît utile d'envisager et de suggérer les expérimentations à mener pour une prise en compte pragmatique et renforcée de la réalité transfrontalière. Cette réflexion me semblerait plus fructueuse si des parlementaires représentant les entités fédérale et fédérées belges acceptaient de se joindre à ce groupe de travail afin de construire des propositions convergentes dans nos droits respectifs. Elle pourrait aboutir dans un délai de douze mois. Je saisis donc parallèlement les autorités fédérale d'une part, régionale et communautaire wallonnes d'autre part, de cette proposition.

Si cette proposition vous agréee, je vous saurais gré de bien vouloir désigner deux représentants à ce groupe de travail. J'ai chargé le Préfet de la région Nord - Pas-de-Calais d'établir le programme de travail de ce groupe, avec les correspondants que vous voudrez bien lui désigner et sur la base de la proposition que vous voudrez bien trouver ci-jointe.

L'Ambassadeur de France en Belgique et le Préfet de la Région Nord - Pas-de-Calais sont à votre disposition pour vous apporter toute information sur cette démarche, à laquelle le Gouvernement français attache le plus grand prix.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Ministre-Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Jean-Pierre RAFFARIN

ANNEXE

Les thèmes d'investigation

En s'appuyant sur les travaux conduits entre les partenaires régionaux du Nord - Pas-de-Calais, les travaux de la mission porteront de façon prioritaire sur :

- la planification et l'urbanisme, pour assurer notamment la prise en compte de la continuité territoriale, et renforcer la coordination des politiques d'aménagement avec par exemple la mise en place de commissions bipartites sur les usages de l'espace ;
- les transports et les déplacements, en recherchant une meilleure coordination des autorités chargées de leur organisation et en s'attachant à une amélioration des conditions de transport transfrontalier (articulation des réseaux, tarification, cadencement, autorité compétente) ;
- l'emploi, en vue de construire un marché unique du travail en assurant par une approche inter-institutionnelle l'identification des obstacles et la définition de solutions innovantes, et en recherchant une utilisation et une valorisation des dispositifs de formation ;
- l'eau et l'environnement, qui constituent des ressources partagées et soumises à des pressions fortes, et appellent tout à la fois une gestion coordonnée et une sécurisation des ressources ;
- la santé et le domaine médico-social, en vue de la création d'un espace sanitaire commun intéressant tout autant les institutions, les praticiens et les patients, tirant le meilleur profit des spécificités de chaque région ;
- la conduite de projets d'équipements publics emblématiques tels que la réalisation d'un lycée bi-national, s'inscrivant dans l'espace européen de la coopération transfrontalière, ou la reconversion des anciens postes frontière.

Une attention particulière sera portée à la définition de propositions ayant des effets concrets rapides pour marquer la progression de la prise en charge de ces diverses problématiques.

ANNEXE N°10
Données de la CRAM
Nord Picardie

Population handicapée hébergée dans des structures belges conventionnées (enfants et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton)

Nombre enfants	31/12/1999				31/12/2000				31/12/2001				31/12/2002				31/12/2003				31/12/2004			
	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRE TON (20 ans et +)	TOTA L	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRET ON (20 ans et +)	TOTA L	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRET ON (20 ans et +)	TOTA L	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRET ON (20 ans et +)	TOTA L	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRET ON (20 ans et +)	TOTA L	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRET ON (20 ans et +)	TOTA L
1- ressortissants de l'assurance maladie (régimes RG, non salariés, agricole)																								
59 Nord	363	101	187	651	356	106	184	646	377	109	185	671	398	98	212	708	397	101	226	724	389	116	191	696
62 Pas de Calais	75	16	17	108	99	22	23	144	72	21	25	118	101	24	19	144	110	24	27	161	128	20	30	178
02 Aisne	7		2	9	7	1	1	9	11	1	1	13	10	2	2	14	10	2	1	13	12	2	1	15
60 Oise	3	2	2	7	3	3	21	27	3	3	2	8	2	3	4	9	4	3	4	11	4	1	6	11
80 Somme	4	4	3	11	4		8	12	4	1	1	6	4		2	6	4	2	2	8	6	1	6	13
Autres départements	160	58	82	300	173	52	87	312	188	73	94	355	207	53	102	362	194	64	109	367	195	74	136	405
France entière	612	181	293	1 086	642	184	324	1 150	655	208	308	1 171	722	180	341	1 243	719	196	369	1 284	734	214	370	1 318
2 - ressortissants de l'aide sociale à l'enfance																								
59 Nord	36	7	56	99	56	16	67	139	54	16	61	131	41	23	89	153	43	14	67	124	40	13	67	120
62 Pas de Calais	11	1	6	18	65	29	12	106	78	23	19	120	34	4	3	41	63	14	13	90	68	18	9	95
02 Aisne	1		1	2	4	1	1	6	2	3	1	6		1	1	2	1		1	2	1		1	2
60 Oise			27	27			10	10			29	29		1	30	31			34	34			31	31
80 Somme			7	7	1	1	2	4	2		7	9	1	1	7	9	1	1	7	9			7	7
Autres départements	2	3	21	26	13	12	25	50	8	6	20	34	4	2	22	28	5	3	20	28	10	3	22	35
France entière	50	11	118	179	139	59	117	315	144	48	137	329	80	32	152	264	113	32	142	287	119	34	137	290
1 + 2 Total enfants handicapés et maintenus au titre de l'amendement Creton placés dans des établissements belges conventionnés																								
59 Nord	399	108	243	750	412	122	251	785	431	125	246	802	439	121	301	861	440	115	293	848	429	129	258	816
62 Pas de Calais	86	17	23	126	164	51	35	250	150	44	44	238	135	28	22	185	173	38	40	251	196	38	39	273
02 Aisne	8	0	3	11	11	2	2	15	13	4	2	19	10	3	3	16	11	2	2	15	13	2	2	17
60 Oise	3	2	29	34	3	3	31	37	3	3	31	37	2	4	34	40	4	3	38	45	4	1	37	42
80 Somme	4	4	10	18	5	1	10	16	6	1	8	15	5	1	9	15	5	3	9	17	6	1	13	20
Autres départements	162	61	103	326	186	64	112	362	196	79	114	389	211	55	124	390	199	67	129	395	205	77	158	440
France entière	662	192	411	1 265	781	243	441	1 465	799	256	445	1 500	802	212	493	1 507	832	228	511	1 571	853	248	507	1 608

Source : données de la DRASS Nord-Pas-de-Calais/CRAM Nord-Picardie.

Répartition par département en %

en %	31/12/1999				31/12/2000				31/12/2001				31/12/2002				31/12/2003				31/12/2004			
	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRET ON (20 ans et +)	TOTAL	- de 18 ans	de 18 à 19 ans	de 18 à moins de 20 ans	TOTAL	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRET ON (20 ans et +)	TOTAL	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRET ON (20 ans et +)	TOTAL	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRET ON (20 ans et +)	TOTAL	- de 18 ans	de 18 à moins de 20 ans	CRET ON (20 ans et +)	TOTAL
1- ressortissants de l'assurance maladie (régimes RG, non salariés, agricole)																								
59 Nord	59,3%	55,8%	63,8%	59,9%	55,5%	57,6%	56,8%	56,2%	57,6%	52,4%	60,1%	57,3%	55,1%	54,4%	62,2%	57,0%	55,2%	51,5%	61,2%	56,4%	53,0%	54,2%	51,6%	52,8%
62 Pas de Calais	12,3%	8,8%	5,8%	9,9%	15,4%	12,0%	7,1%	12,5%	11,0%	10,1%	8,1%	10,1%	14,0%	13,3%	5,6%	11,6%	15,3%	12,2%	7,3%	12,5%	17,4%	9,3%	8,1%	13,5%
02 Aisne	1,1%	0,0%	0,7%	0,8%	1,1%	0,5%	0,3%	0,8%	1,7%	0,5%	0,3%	1,1%	1,4%	1,1%	0,6%	1,1%	1,4%	1,0%	0,3%	1,0%	1,6%	0,9%	0,3%	1,1%
60 Oise	0,5%	1,1%	0,7%	0,6%	0,5%	1,6%	6,5%	2,3%	0,5%	1,4%	0,6%	0,7%	0,3%	1,7%	1,2%	0,7%	0,6%	1,5%	1,1%	0,9%	0,5%	0,5%	1,6%	0,8%
80 Somme	0,7%	2,2%	1,0%	1,0%	0,6%	0,0%	2,5%	1,0%	0,6%	0,5%	0,3%	0,5%	0,6%	0,0%	0,6%	0,5%	0,6%	1,0%	0,5%	0,6%	0,8%	0,5%	1,6%	1,0%
Autres départements	26,1%	32,0%	28,0%	27,6%	26,9%	28,3%	26,9%	27,1%	28,7%	35,1%	30,5%	30,3%	28,7%	29,4%	29,9%	29,1%	27,0%	32,7%	29,5%	28,6%	26,6%	34,6%	36,8%	30,7%
France entière	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2 - ressortissants de l'aide sociale à l'enfance																								
59 Nord	72,0%	63,6%	47,5%	55,3%	40,3%	27,1%	57,3%	44,1%	37,5%	33,3%	44,5%	39,8%	51,3%	71,9%	58,6%	58,0%	38,1%	43,8%	47,2%	43,2%	33,6%	38,2%	48,9%	41,4%
62 Pas de Calais	22,0%	9,1%	5,1%	10,1%	46,8%	49,2%	10,3%	33,7%	54,2%	47,9%	13,9%	36,5%	42,5%	12,5%	2,0%	15,5%	55,8%	43,8%	9,2%	31,4%	57,1%	52,9%	6,6%	32,8%
02 Aisne	2,0%	0,0%	0,8%	1,1%	2,9%	1,7%	0,9%	1,9%	1,4%	6,3%	0,7%	1,8%	0,0%	3,1%	0,7%	0,8%	0,9%	0,0%	0,7%	0,7%	0,8%	0,0%	0,7%	0,7%
60 Oise	0,0%	0,0%	22,9%	15,1%	0,0%	0,0%	8,5%	3,2%	0,0%	0,0%	21,2%	8,8%	0,0%	3,1%	19,7%	11,7%	0,0%	0,0%	23,9%	11,8%	0,0%	0,0%	22,6%	10,7%
80 Somme	0,0%	0,0%	5,9%	3,9%	0,7%	1,7%	1,3%	1,3%	1,4%	0,0%	5,1%	2,7%	1,3%	3,1%	4,6%	3,4%	0,9%	3,1%	4,9%	3,1%	0,0%	0,0%	5,1%	2,4%
Autres départements	4,0%	27,3%	17,8%	14,5%	9,4%	20,3%	21,4%	15,9%	5,6%	12,5%	14,6%	10,3%	5,0%	6,3%	14,5%	10,6%	4,4%	9,4%	14,1%	9,8%	8,4%	8,8%	16,1%	12,1%
France entière	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
1 + 2 Total enfants handicapés et maintenus au titre de l'amendement Creton placés dans des établissements belges conventionnés																								
59 Nord	60,3%	56,3%	59,1%	59,3%	52,8%	50,2%	56,9%	53,6%	53,9%	48,8%	55,3%	53,5%	54,7%	57,1%	61,1%	57,1%	52,9%	50,4%	57,3%	54,0%	50,3%	52,0%	50,9%	50,7%
62 Pas de Calais	13,0%	8,9%	5,6%	10,0%	21,0%	21,0%	7,9%	17,1%	18,8%	17,2%	9,9%	15,9%	16,8%	13,2%	4,5%	12,3%	20,8%	16,7%	7,8%	16,0%	23,0%	15,3%	7,7%	17,0%
02 Aisne	1,2%	0,0%	0,7%	0,9%	1,4%	0,8%	0,5%	1,0%	1,6%	1,6%	0,4%	1,3%	1,2%	1,4%	0,6%	1,1%	1,3%	0,9%	0,4%	1,0%	1,5%	0,8%	0,4%	1,1%
60 Oise	0,5%	1,0%	7,1%	2,7%	0,4%	1,2%	7,0%	2,5%	0,4%	1,2%	7,0%	2,5%	0,2%	1,9%	6,9%	2,7%	0,5%	1,3%	7,4%	2,9%	0,5%	0,4%	7,3%	2,6%
80 Somme	0,6%	2,1%	2,4%	1,4%	0,6%	0,4%	2,3%	1,1%	0,8%	0,4%	1,8%	1,0%	0,6%	0,5%	1,8%	1,0%	0,6%	1,3%	1,8%	1,1%	0,7%	0,4%	2,6%	1,2%
Autres départements	24,5%	31,8%	25,1%	25,8%	23,8%	26,3%	25,4%	24,7%	24,5%	30,9%	25,6%	25,9%	26,3%	25,9%	25,2%	25,9%	23,9%	29,4%	25,2%	25,1%	24,0%	31,0%	31,2%	27,4%
France entière	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source IGAS : à partir des données de la DRASS Nord-Pas-de-Calais/CRAM Nord-Picardie.

Bilan de l'activité de la DRSM de la Région Nord/Pas-de-Calais - Picardie Placements en établissements médico-sociaux belges

L'année 2004 a vu se mettre en place une amélioration de la saisie informatique des données avec l'intégration du Code CIM des affections (autorisation CNIL obtenue pour cette base de données).

I) Etude des avis donnés au cours de l'année 2004 :

1) A propos du nombre d'avis émis : (annexe 1)

Celui-ci est en augmentation d'environ 8 % par rapport à 2003.
926 avis en 2004 pour 859 en 2003.

2) En ce qui concerne les origines géographiques (annexe 4) :

Les départements en "progression" :

- Nord : +5,25 % (+24)
- Pas-de-Calais : + 7,25 % (+8)
- Aisne : + 71 % (+5)
- Oise : +55 % (+5)
- Essonne : + 71 % (+5)
- Seine-St-Denis : + 31 % (+5)
- Val d'Oise : + 45 % (+5)

3) Etude des "groupes de pathologies" (annexe 5)

Vient en tête le retard mental (19,11 %)
ensuite, les troubles du comportement (18,03 %)
puis l'autisme (17,71 %), les psychoses (13,39 %)
et l'infirmité motrice cérébrale (12,63 %)

4) L'étude de l'annexe 6 met en évidence la "dispersion" importante du "retard mental" et de l'autisme et une moindre importance pour l'infirmité motrice cérébrale.

II) Etude sur la totalité des présents au 31.12.2004 :

Sur 1686 présents, on note un peu plus de 10 % des placements en structures non conventionnées (annexe 7).

1) Origines géographiques : (annexe 8)

- la région Nord/Pas-de-Calais représente à elle seule 67,91 % des placements.
- en ce qui concerne la région Ile de France (Paris et les départements limitrophes), le chiffre atteint 15,90 %

2) Etude des "groupes de pathologies" (annexe 9)

Le plus fréquemment rencontré est "l'autisme" (20,27 %), suivi de près par le "retard mental" (18,71 %) dont la moitié est représentée par le retard mental profond.

En troisième position "les troubles du comportement" (17,34 %), puis l'infirmité motrice cérébrale (13,42 %) et les psychoses (12,44 %).

3) Etude des tranches d'âge (annexe 10)

On remarque à nouveau comme depuis plusieurs années que plus de 55 % des résidents sont âgés de plus de 18 ans.

En particulier au sein des établissements conventionnés qui se sont engagés à respecter les clauses de l'amendement "Creton", près de 35 % des résidents sont âgés de plus de 20 ans.

Enfin, en ce qui concerne les 11 enfants de moins de 18 ans placés en structures non conventionnées, on note : 9 cas d'autisme de type "Kaner" pour lesquels aucune solution n'a pu être proposée dans les établissements conventionnés, dont certains se sont dotés d'unités spécifiques, mais qui ont tous, à ce jour, des listes d'attente pour ce type de pathologie.

Les 2 autres enfants ont été orientés vers des structures non conventionnées en raison de la proximité desdites structures avec la résidence des parents qui travaillent sur le territoire belge.

Docteur Jean-Marie DUEZ
Médecin conseil - DRSM Nord/Picardie

ANNEXE N°11
Projet de convention de coopération
entre le Conseil général des Ardennes
et l'AWIPH

**CONVENTION DE COOPÉRATION
ENTRE
LE CONSEIL GENERAL DES ARDENNES
ET
L'AGENCE WALLONNE POUR L'INTEGRATION DES PERSONNES HANDICAPEES (AWIPH)°**

ci-après désignés "les Parties",

SOUCIEUX de veiller à la qualité de l'accueil des personnes handicapées bénéficiaires de l'aide sociale départementale placés dans des établissements situés en Région Wallonne;

DESIREUX d'assurer la complémentarité des politiques menées par les deux Parties en faveur des personnes handicapées et notamment en direction des établissements et services qui les assistent;

RESOLUS de promouvoir et de développer la coopération mutuelle dans le domaine de l'intégration sociale des personnes handicapées;

SONT CONVENUS de ce qui suit :

But

Cette convention a pour but d'établir un cadre de travail général à l'aide duquel les Parties pourront initier et mettre en œuvre une coopération bilatérale dans le domaine de l'accueil et de l'hébergement des personnes handicapées.

Objectif

Elle a pour objectif d'établir entre les deux Parties des relations de travail structurées, coordonnées, propices au partage de l'information, de l'expérience et des connaissances au bénéfice de la qualité des interventions octroyées aux personnes handicapées.

La coopération portera principalement sur les domaines suivants :

2.1 La coordination des interventions

En qualité d'autorité compétente en matière d'aide sociale aux adultes handicapés, le Conseil Général des Ardennes mettra en œuvre des mécanismes d'information, de consultation et de concertation appropriés avec l'AWIPH à l'égard des placements de résidents ardennais et des interventions financières octroyées à des établissements et institutions situés sur le territoire de la Région wallonne.

De même, l'AWIPH, en tant qu'autorité en charge de l'autorisation, de l'agrément et du contrôle des structures qui prennent en charge des personnes handicapées sur le territoire de la Région wallonne, mettra à disposition du Conseil Général des Ardennes, sur demande de celui-ci, tout élément d'information lui permettant de s'assurer du bien fondé des interventions envisagées à l'égard des établissements et institutions situés sur le territoire de la Région wallonne.

Les investigations .

A la requête du Conseil général des Ardennes , les services d'inspection de l'Agence pourront procéder à des enquêtes spécifiques concernant les conditions d'accueil de ressortissants ardennais dans des établissements agréés ou disposant d'une autorisation de prise en charge délivrée par l'AWIPH. Sans préjudice des dispositions du Chapitre VIII du Décret wallon du 6 avril 1995 relatif à l'intégration sociale des personnes handicapées, les services compétents du Conseil général des Ardennes pourront, le cas échéant, être étroitement associés à ces investigations.

2.2 L'échange de bonnes pratiques

Dans les limites circonscrites par leurs cadres législatif et réglementaire respectifs, les représentants du Conseil Général des Ardennes et de l'AWIPH pourront se réunir et réfléchir sur les thématiques ayant trait à l'intégration sociale des personnes handicapées, sur l'harmonisation de leurs pratiques et préparer tous types d'actions communes dans ce cadre d'intervention.

2.3 Modalités de mise en œuvre

La coopération sera mise en œuvre, en fonction des moyens des Parties respectives, en développant des activités telles les suivantes :

- Mise en place d'un processus permanent d'échange de documents et de renseignements pertinents par voie électronique entre services intéressés,
- Rencontres et réunions bilatérales périodiques,
- Soutien à l'établissement de groupes de travail et de réseaux thématiques spécialisés,
- Autres activités de coopération que les Parties jugeront utiles et réalisables.

2.4 Suivi de la mise en œuvre de la convention

Les Parties ont l'intention d'organiser des discussions bilatérales entre hauts représentants au moins une fois par an. Les deux Parties désigneront chacune un coordonnateur chargé de veiller à la mise en œuvre efficace de la convention. Les coordonnateurs, qui constitueront à cet effet un "secrétariat virtuel" par voie électronique, élaboreront une programmation des activités et proposeront les activités supplémentaires à entreprendre conjointement.

2.5 Financement

Sauf décisions contraires prises d'un commun accord par les Parties, chaque Partie engage, sur chacun des axes de la convention, ses moyens propres dans la mise en œuvre du convention en cohérence avec sa programmation budgétaire.

2.6 Durée

Cette convention de coopération prendra effet dès sa signature et pourra être modifiée par écrit avec le consentement mutuel des Parties.

ÉTABLI en double exemplaire à

Pour l'AWIPH

Pour le Conseil Général des
Ardennes,