



Inspection générale  
des affaires sociales

# Appui au dispositif visant à mettre un terme aux "départs forcés" de personnes handicapées en Belgique

## RAPPORT

Établi par

Christian DUBOSQ

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

- Décembre 2016 -

2015-173R



## SYNTHESE

- [1] L'Inspection générale des affaires sociales a été saisie le 3 décembre 2015 par le directeur de cabinet de la Ministre en charge des affaires sociales pour assurer le suivi et l'évaluation au fil du temps de la mise en œuvre du dispositif visant à mettre un terme aux « départs non souhaités » de personnes handicapées en Belgique, et plus précisément en Wallonie. L'instruction du 22 janvier 2016 définit les modalités de ce plan qui bénéficie d'une enveloppe de « crédits d'amorçage » de 15M€. Il s'inscrit dans le contexte des évolutions en cours des politiques du handicap, et particulièrement de celle d'**« une réponse accompagnée pour tous »**.
- [2] La mission a rendu compte auprès des responsables concernés, en particulier la Secrétaire d'Etat en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, du déploiement de ce plan, des principaux sujets qu'il soulevait et fait des suggestions pour en faciliter son suivi et son efficacité, en 2016 et les années suivantes.
- [3] **Selon le calendrier donné à la mission, il est possible de procéder à une évaluation des modalités de la mise en place du plan, d'en tirer des recommandations, mais non d'en évaluer ses résultats.** En effet, la mise en œuvre s'est effectuée surtout depuis septembre de cette année et les remontées d'informations définies sous l'égide de la mission sont en cours.
- [4] **1 – Des constats et des confirmations**
- [5] **1.1 - Les personnes accueillies sont vulnérables, en nombre croissant et originaires pour plus des trois-quarts des Hauts de France et de l'Ile-de-France.**
- [6] Les enfants et adultes accueillis en Belgique sont surtout des personnes vulnérables ou en situation de vulnérabilité : il s'agit de personnes dont les handicaps sont complexes et lourds, avec des retards cognitifs et mentaux significatifs, accompagnés souvent de troubles psychiques et du comportement, et comprenant une proportion conséquente de personnes ayant des troubles envahissants du développement, dont l'autisme. Ces personnes, avant leur départ en Belgique, ont connu des ruptures de parcours, des périodes « sans solution », souvent des passages en établissement psychiatrique.
- [7] Entre fin 2014 et fin 2015, le nombre estimé de personnes venant de France hébergées en Belgique, est passé de **6 300 à 6 836**, soit +536 personnes (+8,5 %). Cette augmentation est très largement liée aux personnes adultes à orientation de type maison d'accueil spécialisé (MAS) (+367).
- [8] Le nombre d'enfants et d'adultes maintenus dans 24 établissements pour enfants a diminué de 1 532 à 1 451 (dont 222 adultes maintenus au titre de l'amendement Creton).
- [9] Pour les 5 385 adultes accueillis dans 178 établissements, 2 784 le sont pour des orientations de type foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'hébergement, dont les financements relèvent des seuls Départements, 938 pour des orientations de type foyer d'accueil médicalisé (FAM) à financements partagés Assurance maladie et Départements, 1 551 de type MAS à financements exclusifs de l'Assurance maladie.
- [10] Dans les établissements pour enfants, on constate une forte concentration géographique venant du département du Nord (50 %) et du Pas de Calais (15 %), des huit départements de l'Ile-de-France pour 20 % et 10 % de la Meurthe-et-Moselle, de la Meuse et de la Moselle, soit 95 % originaires de 13 départements.

- [11] Dans les établissements pour adultes, la concentration géographique est moindre et différente : 41 % proviennent de l'Ile-de-France, 35 % des Hauts de France et 11 % du Grand-Est, soit 87 % du total. Mais certains départements situés en Normandie, PACA et Centre-Val de Loire ont des ressortissants en nombre très significatifs en Belgique. Au total, 89 départements ont des ressortissants adultes en Belgique.
- [12] Tous âges confondus, les personnes accueillies proviennent pour 45,2 % des Hauts de France (dont 27,7 % du seul département du Nord) et 36,6 % de l'Ile-de-France, soit 78,8 % des deux régions.
- [13] **1.2 – L'offre wallonne s'est développée sur des financements de l'Assurance maladie et des Départements.**
- [14] Les augmentations de places d'accueil en Wallonie sont souvent des réponses à des absences de solutions adaptées en proximité en France, mais elles sont aussi des réponses de proximité transfrontalière ou à des choix convenant aux familles.
- [15] La mission insiste sur l'intensité des dynamiques de l'offre wallonne : **2 417 places supplémentaires** ont été autorisées en Wallonie, de **2009 à 2015**, dont 1179 de 2013 à 2015. Elles sont essentiellement occupées par des personnes venant de France, sur des financements de l'Assurance maladie et des Départements.
- [16] Les dépenses de l'Assurance maladie pour le secteur des adultes sont financées sur le septième sous-objectif de l'ONDAM comprenant les dépenses remboursées à l'étranger. Elles augmentent d'une année sur l'autre plus que proportionnellement à l'augmentation des départs, compte tenu de la déformation de la structure des dépenses, entre les orientations de type FAM et MAS : 82,4M€en 2014 et 100,9 en 2015, soit +22,4 %. Pour les enfants, il s'agit d'une enveloppe limitative au sein de l'ONDAM médico-social, de 70M€en 2015.
- [17] Au total, les dépenses de l'assurance maladie, hors celles de remboursement des transports, atteignaient **171M€en 2015 pour 3 750 personnes**, selon les chiffres de l'Assurance maladie dont les méthodes de calcul sont différentes de celles du relevé d'information établi par l'ARS des Hauts de France à partir des informations que lui transmet l'Agence pour une vie de qualité<sup>1</sup> (3 900 personnes).
- [18] La mission confirme que certaines institutions en France ont noué des relations avec des établissements wallons susceptibles d'accueillir des personnes handicapées qu'elles suivent : établissements psychiatriques en recherche de solutions médico-sociales, structures agréées par l'Aide sociale à l'enfance, organismes tutélaires ou établissements médico-sociaux eux-mêmes.
- [19] La mission constate des connaissances insuffisamment étayées sur les modalités de prise en charge développées par les établissements wallons pour les personnes qu'elles accueillent, sur les projets de vie proposés, sur les manières de faire avec des personnes à forts troubles du comportement, sur les organisations et le fonctionnement des établissements, etc...
- [20] **2 – Des politiques de régulation récentes et partielles**
- [21] Les établissements pour les enfants sont conventionnés depuis une vingtaine d'années et ils relèvent d'une enveloppe de financement limitative. Les établissements pour adultes ne sont pas conventionnés pour les financements relevant de l'Assurance maladie qui ne sont pas limitatifs. Les politiques de régulation sont très récentes et elles co-existent avec des politiques relevant de la compétence des Départements.

---

<sup>1</sup> L'Agence pour une vie de qualité (AViQ) est l'agence wallonne qui a succédé au 1<sup>er</sup> janvier 2016 à l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPh) ; elle s'inscrit dans le contexte de la sixième réforme de l'Etat entraînant la « défédéralisation » des politiques en matière de handicap, de santé et d'allocations familiales.

- [22] La première politique est celle que définit **l'accord-cadre franco-wallon** pour les personnes handicapées signé le 31 décembre 2011, entré en application le 31 mars 2014, soit depuis moins de trois ans. Il traite de trois sujets : les statistiques, le conventionnement et les inspections.
- [23] La qualité du relevé d'information statistique s'améliore mais il reste long à établir ; l'ARS des Hauts de France a renégocié toutes les conventions avec les établissements pour enfants, les a mis sous budget global avec un début de convergence tarifaire et a redéfini certains capacitaires ; enfin, les inspections conjointes franco-wallonne se sont bien développées.
- [24] La seconde politique de régulation est celle du **plan ministériel du 22 janvier 2016** qui vise à arrêter les départs « non souhaités », en élaborant des solutions alternatives à des places déjà identifiées en Belgique (cas de « départs attendus ») ou en amont de départs potentiels, ici dénommés « départs possibles ». Les ARS pilotent la mise en œuvre du plan avec les acteurs de chaque département.
- [25] Comme toute nouvelle politique publique, celle-ci n'a pas échappé au temps requis pour la déployer, de sa phase de mise en place, partant du niveau national en passant par les niveaux régionaux et départementaux, jusqu'à sa phase de mise en œuvre effective au bénéfice des personnes handicapées concernées.
- [26] La principale difficulté rencontrée par les ARS et les MDPH a été d'identifier en amont les « départs possibles ». En effet, la recherche de solutions est à la charge des familles, des organismes tutélaires ou de l'Aide sociale à l'enfance par exemple, sans que les MDPH soient bien informées de l'avancement de ces démarches. Les ARS et les MDPH ont donc souvent procédé avec un empirisme et un pragmatisme chronophage pour ces identifications, ainsi que pour l'élaboration de solutions alternatives.
- [27] Quant au nouveau circuit impliquant l'Assurance maladie pour l'identification des « départs attendus », il a été long à se mettre en place. La mission souligne surtout que, dans ce cas, l'élaboration d'une solution alternative intervient très (trop) tardivement.
- [28] Enfin, les Départements sont des acteurs essentiels des financements en Belgique à hauteur de 54,4 % du nombre de places fin 2015. De nombreux Départements ont engagé des politiques de conventionnement, de convergence tarifaire, de contrôle ou d'encadrement de la qualité, de limitation des départs, de recherche de solutions en cas de risque de départ etc... La convergence de la politique nationale et de celles des Départements sous l'égide des ARS est donc possible.
- [29] **3 – Des modalités pour améliorer l'efficacité des politiques engagées.**
- [30] La mission propose 10 recommandations.
- [31] Face à la dynamique antérieure des départs et des accueils, qui s'est poursuivie au premier semestre 2016 (+356 départs d'adultes en chiffre brut) et à la mobilisation générée sur le terrain, la mission recommande de poursuivre, en l'annonçant explicitement, la politique engagée, tout en améliorant son efficacité (Recommandation n°2).
- [32] La mission estime nécessaire en 2017, voire en 2018, de renouveler une mesure budgétaire dédiée à cette politique, en la réservant aux 6 régions les plus concernées par les départs vers la Belgique, après l'analyse des questionnaires de suivi au tout début de l'année (Recommandation n°3, n°6 et n°7).
- [33] La réussite de cette politique publique, dédiée et ciblée régionalement, nécessite qu'elle soit menée avec constance pendant plusieurs années afin de déployer les recommandations du rapport. Elle doit à la fois porter sur la mise en œuvre de solutions adaptées en proximité, dans l'esprit de l'instruction du 22 janvier et de ce que permet l'accord-cadre franco-wallon. Une durée de cinq années paraît bien adaptée. Ensuite, ou progressivement, elle pourra se fondre dans des politiques et des financements plus généraux. A défaut, elle pourrait se diluer sans produire des résultats.

- [34] Les 6 ARS inscriraient cette politique dans leurs projets régionaux de santé, leurs documents de programmation, leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et ceux de certains opérateurs médico-sociaux (Recommandation n°8). Mais, pour bien la piloter, département par département, les ARS doivent disposer des statistiques des départs, des retours et des fins de prise en charge de la part de l'Assurance maladie et connaître les statistiques des Départements (Recommandation n°4).
- [35] Dans les régions les plus concernées, les établissements ayant une activité de santé mentale, les structures agréées par l'Aide sociale à l'enfance, les organismes tutélaires et les établissements médico-sociaux eux-mêmes doivent être particulièrement impliqués, par les ARS et les MDPH, dans la mise en œuvre de la politique (Recommandation n° 5).
- [36] Au niveau national, la mission recommande de tenir une réunion annuelle de la commission mixte paritaire franco-wallonne, sous la présidence des ministres (Recommandation n°9).
- [37] Les réunions annuelles pourraient faire le point sur les deux principales propositions de la mission :
- Engager en 2017, des travaux pour « favoriser l'échange et le transfert de connaissances et de bonnes pratiques », comme l'accord-cadre le prévoit (Recommandation n°1); en effet, les pouvoirs publics doivent comprendre pourquoi et comment les établissements wallons accompagnent des personnes souvent lourdement handicapées, avec des troubles cognitifs et du comportement, avec des troubles envahissants du développement, qui ne le sont souvent pas en proximité de leur domicile.
  - Initier en 2017 une politique de conventionnement avec les établissements pour adultes accueillant des personnes à orientation de type MAS ou FAM (Recommandation n°10).
- [38] Cette mesure, proposée par la mission, a été annoncée par la Secrétaire d'Etat lors de la réunion de la commission mixte, le 16 novembre 2016. Il s'agit d'une évolution importante et d'ampleur. Elle s'inscrit dans la logique de l'accord-cadre qui prévoit le développement du conventionnement avec les établissements wallons.
- [39] Ainsi, en augmentant le nombre d'établissements conventionnés qui passerait de 25 à 158, les autorités françaises conviennent que des accueils en Belgique sont « légitimes » dans des conditions bien définies et en particulier de qualité, « justifiées » au nom d'une vie transfrontalière en particulier, « respectueuses » du libre choix des familles qui le souhaitent, « compatibles » avec la politique engagée d'éviter des départs contraints en proposant des solutions adaptées en proximité.
- [40] Ce sujet doit être porté politiquement et selon une démarche de projet, pilotée par le niveau national, avec un chef de projet. Engager ce travail amènera les pouvoirs publics à définir leurs priorités, leurs attentes en lien avec les ARS, les niveaux et les modalités de financement, et le nombre de places conventionnées ouvrant droit à financement de l'Assurance maladie.
- [41] Ce travail nécessitera aussi des discussions avec les Départements pour les orientations de type FAM qu'ils co-financent.
- [42] En revanche, la mission ne recommande pas de déterminer dès maintenant une enveloppe limitative, comme pour le secteur des établissements pour enfants. En effet, il faudra du temps pour déployer l'extension du champ de la politique conventionnelle et pour bien mesurer les résultats dans la durée de la politique engagée avec l'instruction du 22 janvier 2016.

# Sommaire

|   |           |
|---|-----------|
| SYNTHESE.....   | 3         |
| RAPPORT.....  | 9         |
| <b>1 LES DEPARTS ET L'ACCUEIL DES PERSONNES HANDICAPEES EN BELGIQUE ET LES POLITIQUES SUIVIES .....</b> | <b>9</b>  |
| 1.1 Les départs et l'accueil des personnes handicapées en Belgique.....                                 | 9         |
| 1.1.1 Les caractéristiques des personnes accueillies et de l'offre belge .....                          | 10        |
| 1.1.2 Les données quantitatives.....  | 16        |
| 1.2 L'accord-cadre franco-wallon du 21 décembre 2011 et le plan ministériel du 22 janvier 2016 ....     | 24        |
| 1.2.1 L'accord-cadre franco-wallon .....  | 24        |
| 1.2.2 Le plan ministériel.....  | 26        |
| 1.3 Enseignements tirés des caractéristiques, des données quantitatives et des politiques amorcées..... | 28        |
| <b>2 LE DEPLOIEMENT DU PLAN .....</b>   | <b>30</b> |
| 2.1 Le contexte.....  | 30        |
| 2.2 La mise en place et la mise en œuvre du plan .....  | 31        |
| 2.2.1 La mise en place .....  | 31        |
| 2.2.2 La mise en œuvre .....  | 33        |
| 2.3 Enseignements relatifs au déploiement du plan .....   | 34        |
| <b>3 DES RECOMMANDATIONS POUR LA POURSUITE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE ENGAGEE....</b>                     | <b>38</b> |
| 3.1 Des principes d'action pour l'avenir .....  | 38        |
| 3.2 Des domaines d'amélioration identifiés .....  | 39        |
| 3.3 Des modalités pour renforcer l'efficacité de la politique publique engagée .....                    | 40        |
| RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....  | 47        |
| LETTRE DE MISSION.....  | 49        |
| LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....  | 53        |
| ANNEXE 1 : .....  | 57        |



# RAPPORT

- [43] La Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et la Secrétaire d'Etat en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, ont annoncé fin 2015 la mise en place d'un plan visant à mettre un terme aux « départs forcés » de personnes handicapées vers la Belgique.
- [44] Une instruction du 22 janvier 2016, cosignée du Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, du Directeur général de la cohésion sociale, du Directeur de la sécurité sociale et de la Directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) définit les modalités de ce plan qui bénéficie d'une enveloppe de « crédits d'amorçage » de 15 M€ sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) du secteur médico-social pour 2016.
- [45] Selon cette instruction, en complément des dispositions de l'accord-cadre signé le 22 décembre 2011 entre la France et la Wallonie, approuvé par le Parlement le 13 novembre 2013, « des actions doivent également être menées pour favoriser le développement de réponses adaptées sur le territoire français » « pour prévenir et éviter des départs non souhaités ».
- [46] Cette instruction confirme également la saisine de l'IGAS « pour assurer le suivi quantitatif et qualitatif de la démarche et ce dès son démarrage », demandée par lettre de mission du 3 décembre 2015 signée du Directeur de cabinet de la Ministre en charge des affaires sociales. La mission, confiée à Christian Dubosq, a pour « objet l'évaluation au fil du temps du dispositif et de ses modalités de mise en œuvre opérationnelles sur les territoires », avec des rapports d'étape trimestriels, ainsi qu'une évaluation globale du dispositif à l'automne 2016.
- [47] Le présent rapport traite tout d'abord des départs et de l'accueil des personnes handicapées en Belgique et des politiques suivies (1<sup>ère</sup> partie), ensuite du déploiement du plan ministériel (2<sup>ème</sup> partie) et enfin il formule des recommandations (3<sup>ème</sup> partie).

## 1 LES DEPARTS ET L'ACCUEIL DES PERSONNES HANDICAPEES EN BELGIQUE ET LES POLITIQUES SUIVIES

- [48] La Belgique accueille depuis longtemps des personnes handicapées venant de France, en nombre croissant ces dernières années. L'accélération des départs a suscité des réactions d'associations de parents, d'élus, de Conseils départementaux et la décision du Gouvernement.

### 1.1 Les départs et l'accueil des personnes handicapées en Belgique

- [49] Les premiers placements de personnes handicapées venant de France en Belgique, financés par l'Assurance maladie, datent de 1954 et concernaient des enfants. Depuis, le phénomène a été régulièrement étudié.

[50] La Belgique, et plus particulièrement la Wallonie, terre d'accueil de personnes handicapées françaises, a notamment donné lieu à des rapports de l'IGAS, en 1995 et 2005, à une mission parlementaire en 2009 confiée à Mme Cécile Gallez, ancienne députée du Nord. Des articles de presse ou ouvrages y ont été consacrés. Des travaux récents ont aussi été menés par le CEDIAS-CREAHI<sup>2</sup> Ile-de-France, les Agence régionale de santé (ARS) du Nord Pas de Calais, de Lorraine<sup>3</sup> ou sont en cours, comme une étude monographique par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) des Yvelines.

[51] Les causes avancées de ces départs sont généralement celles d'un manque de places dans les structures françaises, plus spécialement pour les personnes atteintes de troubles de l'autisme, de handicaps rares et plus largement pour les personnes handicapées avec des troubles cognitifs et du comportement.

[52] Si la lettre de mission ne demande pas explicitement qu'une analyse des causes soit menée, tous les acteurs concernés évoquent la nécessité de savoir qui part en Belgique et pourquoi. Et l'un des objectifs de suivi du plan, avec le questionnaire mis en place, est de mieux objectiver les situations des personnes susceptibles de partir.

[53] **Ce travail de recueil des informations par les MDPH et les ARS est en cours, mais il n'est pas encore exploitable.** C'est pourquoi la description des principales caractéristiques des personnes handicapées accueillies en Belgique est faite à partir de travaux préalables à la mission (cf. 1.1.1 La caractéristiques des personnes accueillies et de l'offre belge).

[54] La lettre de mission demande une analyse quantitative des flux vers la Belgique et de leurs coûts. Cette analyse des quelques 7 000 personnes actuellement accueillies en Belgique a pu être menée rétrospectivement et pour les deux premiers trimestres de 2016. Elle est complétée par celles des coûts connus ou estimés (cf. 1.1.2 Les données quantitatives).

[55] La lettre de mission mentionne aussi l'encadrement de l'accueil par l'accord-cadre franco-wallon du 22 décembre 2011, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2014. Les principales caractéristiques en sont rappelées ainsi que celles du plan gouvernemental (cf. 1.2). Des enseignements sont tirés des caractéristiques des personnes hébergées en Belgique, des données quantitatives et des politiques amorcées (cf.1.3).

### 1.1.1 Les caractéristiques des personnes accueillies et de l'offre belge

[56] Il s'agit de savoir quelles sont les personnes handicapées accueillies en Belgique, plus précisément en Wallonie, et pour quelles raisons.

[57] Les éléments de réponse sont à trouver à la fois dans l'analyse des types de handicap des personnes accompagnées et dans celles des établissements belges, et plus largement de la politique médico-sociale menée par les autorités wallonnes. Ce tableau dessine en comparaison certaines caractéristiques de la prise en charge en France des personnes handicapées.

---

<sup>2</sup> CEDIAS : Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociale ; CREAHI : Centre régional pour l'enfance et l'aide inadaptée

<sup>3</sup> « La Belgique, une réponse partielle aux personnes sans solution du Grand Est », Guillaume KUHLER, Délégation territoriale de Meurthe et Moselle, ARS Lorraine, décembre 2015 et « Etude sur la prise en charge des enfants et adultes en situation de handicap lorrains pris en charge dans un établissement en Belgique », Elodie ELIASSE, direction de l'offre de soins et de l'autonomie, Guillaume KUHLER, Délégation territoriale de Meurthe et Moselle, juin 2015.

### 1.1.1.1 Pathologies, parcours de vie et raisons des accueils

- [58] Il n'existe pas de travaux ou de systèmes d'information permettant de bien connaître de manière exhaustive les caractéristiques des personnes hébergées en Wallonie.
- [59] Les données fournies par l'Agence pour une vie de qualité (AViQ)<sup>4</sup> à l'ARS des Hauts de France, au titre de l'accord-cadre franco-wallon, permettent de savoir désormais assez bien où sont prises en charge ces personnes, tant enfants qu'adultes, dans quel type de structure (correspondant à des orientations type Institut médico éducatif (IME), Maison d'accueil spécialisé (MAS), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Foyers occupationnels, d'hébergement, de vie...) et d'où elles viennent. Ces informations concernent les prises en charge financées par l'Assurance maladie, mais aussi par les seuls Départements. Elles seront pour l'essentiel traitées dans l'analyse quantitative (cf. 1.1.2).
- [60] En revanche, la caractérisation des handicaps, des parcours de vie ou les raisons des accueils en Belgique n'a pas donné lieu à des travaux d'ampleur et récents. **La principale étude**, connue de la mission, permettant de caractériser de manière la plus rigoureuse et pertinente possible les personnes handicapées accueillies en Belgique **est celle du CEDIAS-CREAHI Ile-de-France**, commanditée par l'ARS, dont la synthèse régionale est parue en juillet 2012.
- [61] Il y est largement fait référence dans la présente partie du rapport parce que **les données mises en avant corroborent les informations recueillies auprès des acteurs rencontrés** et les premières remontées venant des ARS et des MDPH au titre du suivi du plan.
- [62] Il ne convient cependant pas d'en inférer des valeurs statistiques précises, en particulier en raison de son champ qui concerne **les seules personnes accueillies sur financement de la sécurité sociale (donc tous les enfants et pour les adultes, financement exclusif pour les MAS et partagé avec les Départements pour les FAM)**, et non celles sur financement exclusif des Départements au titre de l'aide sociale aux personnes handicapées, c'est-à-dire **les foyers occupationnels, d'hébergement ou de vie**. Il se peut aussi que certaines caractéristiques relevées pour les 8 départements de l'Ile-de-France diffèrent de celles des départements limitrophes de la Wallonie.
- [63] L'étude a porté sur les Franciliens accueillis dans un établissement belge au 31 décembre 2010. Les listes fournies par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) comptaient au total 506 personnes handicapées et 353 questionnaires ont été renseignés par les MDPH : 139 jeunes de moins de 20 ans et 214 personnes de plus de 20 ans.
- [64] Tous âges confondus, les principales caractéristiques sont les suivantes :
- les trois-quarts sont de genre masculin,
  - un tiers est âgé de 12 à 20 ans, et environ un sur dix a 45 ans et plus,
  - 39 % ont un autisme ou autres troubles envahissants du développement, 18 % une psychose et 6 % un syndrome de Down (trisomie 21), soit près des deux-tiers, et les autres ont des pathologies très spécifiques, souvent rares, mais représentant un nombre restreint de cas à chaque fois,
  - 27 % ont une épilepsie,
  - pour 77 %, un retard mental est explicitement signalé et quatre sur dix ont retard mental profond,
  - une déficience motrice est signalée dans 17 % des situations.

---

<sup>4</sup> L'AViQ a succédé au 1<sup>er</sup> janvier 2016 à l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPh) ; elle s'inscrit dans le contexte de la sixième réforme de l'Etat entraînant la « défédéralisation » des politiques en matière de handicap, de santé et d'allocations familiales.

[65] **Les moins de 20 ans** représentent au moment de l'enquête 39 % des dossiers (139/353) : 80 % de garçons ; aux trois-quarts, ces enfants avaient au moins 15 ans ; 40 % d'entre eux avait une famille monoparentale ; 70 % rentraient au moins une fois un week-end sur trois (10 % jamais).

[66] Parmi ces jeunes, 83 % avaient un retard mental (dont 35 % profond), 90 % au moins deux déficiences, 47 % étaient atteints d'un autisme ou autres troubles envahissant du développement, 45 % avaient des troubles psychiques en rapport avec des troubles psychiatriques graves.

[67] **L'étude présente l'intérêt de comparer la répartition des enfants franciliens handicapés placés dans un établissement belge à celle des établissements médico-sociaux franciliens par combinaison de déficiences :**

- une déficience intellectuelle et une déficience du psychisme : 63 % des placements belges, 17 % dans les établissements franciliens,
- part des personnes atteintes d'autisme ou autres troubles envahissants du développement : 47 % des placements en Belgique, 8 % dans les établissements franciliens.

[68] **L'étude éclaire les parcours de ces jeunes** : juste avant leur orientation en Belgique, près de 60 % étaient accueillis dans un établissement médico éducatif pour enfants et un quart vivait à domicile sans solution. La rupture du parcours scolaire s'est essentiellement faite au moment du passage entre la maternelle et l'école élémentaire et 60 % des enfants ont vu leur prise en charge dans un établissement français arrêtée entre 14 et 16 ans.

[69] L'analyse des **raisons de ces ruptures** est intéressante : le respect des limites d'âge des personnes accueillies, telles qu'elles sont prévues dans les agréments donnés aux structures, dans 36 % des cas, des besoins d'accompagnement que les établissements estiment trop lourds ou des comportements qu'ils se déclarent incapables de gérer dans 13 % des cas et un besoin d'internat dans 24 % des cas.

[70] Plus d'un jeune sur deux a connu une prise en charge psychiatrique, plus du quart relevait de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), un tiers a connu une période à domicile sans solution, majoritairement pour une durée de 2 à 4 ans (soit vers 6-7 ans, soit vers 13-14 ans).

[71] Selon l'enquête, l'orientation en Belgique est principalement motivée par un manque de places adaptées dans les établissements médico-sociaux franciliens, avec notamment une demande d'internat en urgence pour préserver des familles.

[72] Le tableau pour **les personnes handicapées de plus de 20 ans** est assez proche de celui décrit pour les moins de 20 ans, avec des différences liées à l'âge.

[73] Sur les 214 adultes de l'étude, la moitié ont moins de 30 ans et 33 % entre 30 et 44 ans, 70 % sont des hommes et la fréquence de leur retour à domicile diminue avec l'âge (1/3 ne rentre jamais).

[74] Plus des trois quarts ont un retard mental (dont 44 % un retard mental profond et 26 % un retard mental moyen), 36 % des troubles du psychisme en rapport avec des troubles psychiatriques graves, 30 % ont une épilepsie, 91 % ont au moins deux déficiences.

[75] Comme pour les moins de 20 ans, l'**analyse comparée des placements en Belgique avec ceux dans les établissements franciliens met en évidence une surreprésentation pour les placements en Belgique :**

- d'une combinaison de déficience intellectuelle et psychique (37 % pour 15 %),
- de personnes atteintes d'autisme ou autres troubles envahissants du développement (34 % pour 4 %),
- de personnes souffrant d'épilepsie (27 % pour 4 %),
- des autres combinaisons de déficiences (42 % pour 35 %) avec vraisemblablement, selon les auteurs de l'étude, pour l'essentiel la présence d'un polyhandicap ou d'un plurihandicap<sup>5</sup>.

[76] L'étude relève que les **établissements belges « accueillent des profils de handicap particulièrement lourds ».**

[77] Elle relève également la **continuité des placements en Belgique entre la période dite « enfant » et celle dite « adulte »** : 50 % de l'ensemble des plus de 20 ans accueillis au moment de l'enquête avaient entre 13 et 22 ans pour leur premier placement dans ce pays.

[78] Pour plus du quart des plus de 20 ans, le placement en Belgique fait suite à une prise en charge psychiatrique (le plus souvent une hospitalisation à temps complet). Et, pour 17 % de ces personnes, l'accueil en Belgique est la seule réponse trouvée par les familles après une période de vie à domicile sans solution.

[79] Leur parcours intègre, pour plus des 2/3, au moins une prise en charge dans un établissement médico-social (parmi ces personnes, près de la moitié sont passées par plusieurs établissements).

[80] Les raisons de fin de prise en charge médico-sociale dans le dernier établissement français fréquenté relèvent à 47 % de la limite d'agrément d'âge, à 20 % de besoins d'accompagnement jugés trop lourds, à 8 % d'un besoin d'internat et à 6 % d'une exclusion suite aux comportements de la personne.

[81] **La moitié des adultes ont connu une prise en charge psychiatrique**, essentiellement à temps complet. Et plus de 40 % ont connu au moins une période sans solution à domicile. Ces périodes dites « à domicile sans solution » sont plus fréquentes entre d'une part, 7 ans et 15 ans et d'autre part de 21 à 25 ans (passage entre le dispositif médico-social pour enfants et celui en faveur des adultes handicapés).

[82] L'étude aborde, comme pour les enfants, les facteurs explicatifs de l'orientation vers une structure belge, mais les informations collectées dans le dossier MDPH, sont nettement moins précises. L'étude relève donc prudemment : « D'une façon générale, l'équipement francilien semble faire défaut, en particulier pour répondre à des situations de handicap aux déficiences particulièrement sévères et/ou à des profils spécifiques (autisme). ».

[83] Elle souligne que des hopitaux psychiatriques peuvent avoir instauré des relations directes avec des établissements médico-sociaux belges. Enfin, la recherche d'une autre structure d'accueil en proximité du domicile ou en Wallonie est plus fréquente que pour les enfants et les adolescents. C'est notamment le cas des personnes maintenues dans un établissement wallon pour enfants au titre de l'amendement Creton<sup>6</sup>, depuis 8 ans en moyenne, se retrouvant de nouveau confrontées à un manque de place, tant en Belgique qu'en Ile-de-France.

---

<sup>5</sup> Polyhandicap : handicap grave à expressions multiples, avec association d'un handicap mental sévère et d'une déficience motrice liés à une même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations ; Plurihandicap : association d'atteintes motrices et/ou sensorielles de même degré, ce qui ne permet pas de déceler l'une plutôt que l'autre en déficience principale.

<sup>6</sup> Disposition législative, datant de 1989 (art. L24264 du code de l'action sociale et de la famille), permettant à des enfants devenus adultes de rester dans leur structure d'accueil pour enfants, dans l'attente notamment d'une place dans un établissement pour adultes.

[84] La prudence des analyses de l'étude du CEDIAS-CREAHI sur ces points illustre que les informations disponibles en France pour les enfants partis vers les établissements belges sont, à tous les niveaux, de meilleure qualité, plus rapidement disponibles et plus exhaustives que celles pour les adultes.

[85] Il est certain que l'antériorité du système de conventionnement avec désormais 25 établissements (une convention supplémentaire a été agréée en 2016) depuis le milieu des années 90 y contribue. Par ailleurs, les évolutions des pathologies liées à l'âge des enfants amènent à modifier plus fréquemment leurs orientations et donc à actualiser les informations détenues par les MDPH

[86] Ce travail du CEDIAS-CREAHI dresse un **tableau général des personnes accueillies** :

- des personnes ayant toutes des problèmes cognitifs, cumulant généralement plusieurs déficiences, et notamment un retard mental, le plus souvent profond, des troubles du psychisme et une épilepsie. Déficiences motrices, sensorielles et viscérales complètent le tableau clinique de nombreuses situations. **Ce tableau témoigne de situations complexes et lourdes de grande dépendance dans la majorité des cas.**
- le placement en Belgique intervient **souvent en bout de chaîne d'un parcours marqué par des ruptures et des périodes dites « à domicile sans solution » à un moment de leur parcours de vie.**
- **les troubles envahissants du développement, dont l'autisme, correspondent au diagnostic le plus fréquent** et des prises en charge psychiatriques ont souvent précédé un départ vers la Belgique.

[87] **Ce travail souligne également l'importance de certaines situations ou périodes qui peuvent, plus que d'autres, amener à chercher ou maintenir une solution en Belgique** : lors du passage de la catégorie « enfant » à celle « adulte » compte tenu des agréments donnés aux établissements, des jeunes handicapés relevant de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), des demandes d'internat en urgence pour préserver la famille.

[88] En revanche, il faut souligner que **cette étude**, en ne concernant que les prises en charge sur financement de l'assurance maladie et non celles en foyer d'hébergement, foyer occupationnel et foyer de vie **accentue probablement la gravité des situations accueillies en Belgique**. Cela corrobore d'ailleurs un travail épidémiologique en cours à la MDPH des Yvelines qui recense des départs de personnes handicapées moins complexes, mais qui partent fautes de réponses dans le département.

[89] **La Wallonie offre des solutions qui peuvent être de proximité ou éloignées, voire très éloignées. Ces solutions bénéficient à des personnes qui ne trouvent pas, en France, de solutions adaptées à leur handicap souvent grave, cumulant plusieurs pathologies et troubles psychiques voire physiques, après des ruptures de parcours.**

### 1.1.1.2 Les caractéristiques de l'offre belge

[90] Le développement de l'offre ces dernières années a été important et rapide : **entre 2009 et 2015, l'Agence wallonne a autorisé 2 417 places supplémentaires, dont 1179 de 2013 à 2015. Dans la même période le nombre d'établissements autorisés est passé de 66 à 138.** Même si ces places ne sont pas créées pour les seules personnes handicapées venant de France, elles sont essentiellement occupées par elles.

[91] Ces créations sont le fait des acteurs traditionnels du secteur, à savoir des associations sans but lucratif, mais aussi de sociétés privées. **Elles le sont sous le régime dit des services « autorisés à prendre en charge » (APC)**, et non des services agréés et subventionnés par l'AViQ. **Ces services tirent leurs ressources pour l'essentiel des financements de l'Assurance maladie française et des Conseils départementaux. On en compte en 2016,143, pour 11 en 1997.** Leur localisation géographique figure en annexe 1.

[92] Selon l'analyse faite par Mr Jean-Christophe CANLER<sup>7</sup>, responsable de la cellule affaires internationales de l'ARS Nord Pas de Calais, dans son mémoire cité en note de bas de page, « Il est très facile de créer un service APC :

- les exigences en terme de normes sont très faibles (délivrance d'une attestation de sécurité incendie, respect des règles en matière de personnels et de superficie de locaux),
- la Wallonie ne supporte aucun coût,
- les délais d'instruction par l'AWIPh sont assez rapides,
- aucun schéma de planification à respecter, ni de moratoire sur l'ouverture de nouvelles places (comme pour les nouveaux services agréés et subventionnés).

[93] En quelques années, le nombre de services APC a cru très rapidement (127 en 2014 contre 66 en 2009) (...) sachant qu'une partie de ces services choisissent de se spécialiser dans l'accueil des personnes les plus lourdement handicapées. »

[94] **Ces augmentations de places créées apportent manifestement des réponses à des demandes insatisfaites en France, en nombre de places, mais aussi en types de places et de mode fonctionnement des établissements :**

- la Belgique offre des places d'internat ouvert 365 jours par an, contrairement très souvent en France où des internats sont fermés pendant les week-ends et les vacances,
- les établissements sont moins segmentés selon l'âge, les différentes catégories de handicap et de statut. Un même établissement peut regrouper des personnes relevant d'orientation MAS, FAM et foyer de vie, ce qui peut permettre un accueil plus stable et plus rassurant, en cas de changement d'orientation,
- les établissements belges, qualifiés d'ailleurs de « services », et leurs personnels, pratiquent, selon les propos recueillis, un accompagnement très pragmatique, au cas par cas, plus éducatif que médical, privilégiant fortement le projet et la manière de vivre de chacun,
- et le choix fait, d'accueillir des personnes polyhandicapées en grande dépendance et les personnes autistes, comble un manque de places en France, particulièrement dans certaines régions plutôt proches,...mais il révèle aussi « l'incapacité » ou « l'impossibilité » mises en avant par des établissements français d'accueillir certaines personnes handicapées, ainsi que l'existence de situations à domicile sans solution. Les motifs peuvent être variés : les disponibilités en places qu'il s'agisse d'établissements ou de services, les limites d'âge, les qualifications précises des agréments, le capacitaire, les projets d'établissements et leurs spécificités, les « files d'attente », le besoin d'internat, les besoins d'accompagnement estimés trop lourds, la qualification des personnels, les risques encourus pour les résidents et les personnels, les budgets attribués, etc.... .

[95] Il est également manifeste que la vie transfrontalière courante, au sein d'un espace francophone, contribue à la recherche de réponses en Wallonie toute proche, qui en offre.

---

<sup>7</sup> Mémoire de Master en gestion publique-2014- ENA-Université Paris Dauphine : « La prise en charge des personnes handicapées françaises en Belgique : quelle organisation pour quelle régulation ? »

[96] La mission n'avait pas à approfondir les caractéristiques de l'offre belge et les constats rapportés ne valent pas appréciation des qualités des accompagnements pratiqués. Mais les échanges avec les acteurs rencontrés attestent de **l'intérêt de mener des travaux** à ces sujets.

[97] **Ils porteraient particulièrement** sur les modalités de prise en charge des publics accueillis en Belgique, notamment les personnes lourdement handicapées, celles avec des troubles du comportement, sur les avantages de disposer au sein d'une même structure de plusieurs catégories de statut d'établissement, sur les ressources humaines (ratios de personnels, profils professionnels, formations, manières de travailler, organisation et répartition des tâches), sur les critères de qualité de vie des résidents et de leur développement personnel. Les relations respectives avec le secteur éducatif, avec les établissements de santé mentale, le secteur de la protection de l'enfance pourraient aussi être étudiées.

[98] Plus généralement, le manque d'informations fiables sur ces sujets ne permet pas de porter des appréciations éclairées sur les qualités respectives des prises en charge en France et en Belgique.

[99] La mission estime que ces domaines pourraient faire l'objet d'une ou de plusieurs études, pilotées par la CNSA avec l'appui de l'AViQ, mais aussi de travaux entre les professionnels au titre des relations franco-wallonnes sous la forme, par exemple, de « rencontres franco-wallonnes sur les modes d'accompagnement des personnes handicapées ». L'accord cadre franco-wallon prévoit d'ailleurs de « favoriser l'échange et le transfert de connaissances et de bonnes pratiques ».

**Recommandation n°1 : Engager rapidement des travaux, sous l'égide des autorités ministérielles françaises et wallonnes, sur les modalités respectives d'accompagnement.**

### 1.1.2 Les données quantitatives

[100] La connaissance du nombre d'enfants et d'adultes hébergés en Belgique, de leurs flux, mais aussi de leur provenance par type d'hébergement, et des dépenses engendrées a récemment bien progressé. Mais des approximations demeurent et, selon la source pour une même catégorie, le nombre de personnes peut différer.

[101] Les sources sont celles d'une part de l'Assurance maladie : le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) pour les adultes à orientations de type FAM et MAS, la CPAM Roubaix-Tourcoing pour les enfants et jusqu'à présent la Direction régionale du service médical (DRSM) Nord Picardie pour les flux en cours d'année ; et, d'autre part, du relevé d'information tenu par l'ARS des Hauts de France à partir des données que recueille l'AViQ auprès des établissements. Ce relevé est prévu par l'accord-cadre franco-wallon du 22 décembre 2011, entré en vigueur en début 2014. Les données 2014 et 2015 sont disponibles.

[102] Longtemps, la Wallonie a accueilli des personnes handicapées venant des départements proches de la frontière, et surtout des enfants. A partir du milieu des années 90, les départs se sont développés, surtout pour les adultes, et généralisés territorialement, tout en conservant des très grandes différences d'ampleur entre les départements.

[103] Selon les chiffres du relevé d'information, les **5 385 adultes hébergés proviennent fin 2015 de 89 départements et les 1 451 enfants et adultes bénéficiant de l'amendement Creton de 40 départements, soit un total de 6 836**.

[104] On peut mentionner deux chiffres qui n'entrent pas dans le champ du présent rapport : **190 enfants sans handicap et relevant de l'ASE** sont néanmoins placés dans des établissements médico-sociaux wallons ; **et 2 811 jeunes français scolarisés en 2013-2014 dans l'enseignement spécialisé francophone** (98 enfants en niveau maternel spécialisé, 943 en primaire spécialisé et 1 770 en secondaire spécialisé), transportés avec le plus souvent une prise en charge financière de l'Assurance maladie estimée à 5M€ Ce chiffre de 2 811 jeunes handicapés scolarisés comprend à la fois ceux hébergés dans un établissement médico-social wallon et ceux qui, résidant à leur domicile en France, suivent leur scolarité en Belgique.

[105] Les données chiffrées sont présentées en premier lieu toutes catégories d'âge confondues, puis pour celle des enfants et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton dans des établissements pour enfants, et enfin pour les autres adultes.

#### 1.1.2.1 Les données chiffrées, tous âges confondus

[106] Ces données peuvent être présentées en nombre de personnes (**A**) et selon leur provenance (**B**).

[107] **A - Le chiffre de 6 836 personnes handicapées hébergées fin 2015** donne une bonne image de la réalité, mais il ne correspond pas à un dénombrement établi à partir d'un seul fichier consolidé et de sources strictement identiques.

[108] Il résulte, pour les **5 385 adultes** d'un travail d'enquête piloté par l'AViQ, consolidé par l'ARS des Hauts de France, auprès de 178 structures juridiques, pouvant porter plusieurs services au sens de la législation wallonne ; et pour les **1 451 enfants et adultes maintenus**, les données sont directement collectées par l'ARS des Hauts de France et la CPAM de Roubaix-Tourcoing auprès des 24 établissements conventionnés en 2015 (sachant qu'il y a également 30 enfants qui sont dans des établissements non conventionnés).

[109] Concernant les adultes orientés en MAS et FAM, on constate une différence entre les chiffres obtenus auprès de l'AViQ et ceux du Centre national de soins à l'étranger (CNSE). Elle s'explique en particulier par deux manières différentes de compter : le nombre de personnes présentes au 31/12/2015 pour la première, le nombre de personnes pour lesquelles un ou des remboursements ont été effectués en 2015 pour le second. Par ailleurs, il s'agit d'une enquête d'une part, d'une liste de paiements effectués d'autre part.

[110] Il peut par exemple se trouver que des personnes placées en fin d'année dans un établissement belge donnent lieu à des remboursements sur l'exercice suivant. En l'occurrence, le CNSE a financé la prise en charge de 2 314 personnes, alors que les établissements wallons dénombrent héberger fin 2015, 2 449 personnes. Les différences sont plus notables pour les orientations FAM que pour les orientations MAS.

[111] Enfin, si l'on dispose désormais de chiffres consolidés nationalement et fiables par la CNAMTS, via le CNSE, pour les dépenses et nombre de bénéficiaires correspondant aux orientations données par les MDPH en MAS ou FAM, il n'existe pas de consolidation nationale comparable des données des **70 départements dont 2 874 adultes avec des orientations en foyers de vie, d'hébergement ou occupationnels** sont accueillis en Belgique. Seul le travail de recueil de données par l'AViQ permet d'estimer les nombres de personnes, mais pas les montants de dépenses financées par les Départements.

[112] En revanche, la mission a constaté que chaque Département a une très bonne connaissance du nombre et des financements accordés pour ses ressortissants hébergés en Belgique.

[113] Les chiffres disponibles permettent de dresser un tableau fiable de la situation et des évolutions constatées : l'augmentation du nombre de personnes handicapées venant de France hébergées en Belgique est très importante depuis au moins une dizaine d'années, tant pour les personnes relevant de financements de l'Assurance maladie que pour celles des aides sociales départementales. Cette augmentation provient des seuls adultes, et récemment surtout de ceux avec une orientation de type FAM ou MAS.

[114] En effet, la mission IGAS de 2005 relevait que 1 619 personnes étaient hébergées dans des services pour enfants. Ils étaient 1 451 fin 2015, soit un nombre assez comparable. Le nombre d'adultes, lui, était alors estimé à 1 867, pour 5 385 fin 2015, soit presque trois fois plus ; les enfants et adultes maintenus au titre de l'amendement Creton représentent désormais 21,2 % du total contre 46,4 % alors, et les adultes eux passent de 53,6 % à 78,8 %. Même si l'exhaustivité des données a progressé, les tendances sont nettes.

[115] Au total, le nombre estimé de personnes handicapées hébergées en Belgique est donc passé de près de 3 500 à un peu moins de 7 000 (6836) entre les chiffres du rapport IGAS de 2005 et fin 2015, selon les données du relevé d'information.

[116] Entre 2014 et 2015, le nombre estimé de personnes hébergées en Belgique est passé d'environ 6 300 à 6 836, soit + 536 personnes (+8,5 %), et cette augmentation est pour l'essentiel liée aux personnes adultes à orientation MAS (+367) et FAM (+103) et autres foyers (+106). Cette progression serait moindre en tenant compte des modalités de calcul du CNSE pour les orientations de type MAS ou FAM.

[117] B - En restant sur les données du relevé d'information, dont il faut rappeler qu'elles seules permettent d'approcher le nombre de personnes avec orientation en foyer de vie, foyer occupationnel ou d'hébergement ( 2 874 au total fin 2015, pour 2 768 fin 2014), il est intéressant de savoir d'où viennent ces personnes.

[118] Provenance des régions françaises des personnes handicapées hébergées en Belgique au 31/12/2015, source Relevé d'information

| En %                      | Etablissements pour enfants | Etablissements pour adultes | Total |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>Ile-de-France</b>      | 20,1                        | 41,0                        | 36,6  |
| <b>Nord Pas de Calais</b> | 64,4                        | 25,0                        | 33,3  |
| <b>Picardie</b>           | 3,2                         | 10,0                        | 8,6   |
| <b>Champagne Ardennes</b> | 0,5                         | 6,8                         | 5,5   |
| <b>Lorraine</b>           | 10,0                        | 4,2                         | 5,4   |
| <b>Total</b>              | 98,2                        | 87,0                        | 89,4  |

[119] Les effectifs les plus nombreux proviennent d'Ile-de-France et de l'ex région Nord Pas de Calais, soit près de 70 %. Mais les proportions sont très différentes selon la catégorie d'établissement :

- près des deux-tiers (64,4 %) des personnes hébergées dans les établissements pour enfants proviennent du Nord Pas de Calais, et pour près de la moitié (49,3 %) du département du Nord, pour 20,1 % d'Ile-de-France,
- plus de quatre personnes sur dix (41,0 %) dans les établissements pour adultes viennent d'Ile-de-France pour 25,0 % du Nord Pas de Calais.

[120] Dans les établissements pour enfants, la quasi-totalité des enfants et des adultes maintenus vient des départements du Nord et du Pas de Calais, de ceux de l'Ile-de-France et des régions Lorraine (sauf les Vosges) et Picardie.

- [121] On peut émettre l'hypothèse d'un cumul de deux raisons explicatives : la proximité géographique et un manque de solutions adaptées en proximité.
- [122] Dans les **établissements pour adultes**, le phénomène est un peu plus large géographiquement, mais il reste **concentré à 87 % dans cinq régions : Ile-de-France, Nord Pas de Calais, Picardie, Champagne Ardennes et Lorraine**. De manière significative, sont également concernées les régions PACA (147 personnes), Centre-Val de Loire (139) et Haute-Normandie (124).
- [123] Si la proximité reste un facteur explicatif pour certains départements des régions concernées, il ne peut pas l'être pour d'autres départements situés en PACA ou dans le Centre-Val de Loire. Le manque de solutions (places en établissements ou services) adaptées en proximité demeure un facteur explicatif. Mais il convient aussi de le lier à des politiques de Conseils départementaux, pouvant renvoyer tout autant à un manque de solutions adaptées localement, et à des liens établis entre des établissements psychiatriques et des établissements wallons médico-sociaux.
- [124] En examinant les données de placements correspondant à des orientations de type « **foyers** », **financés par les seuls Départements**, on observe une géographie comparable. **76 % des personnes accueillies à ce titre en Belgique sont originaires de dix départements** : Nord (599), Oise (236), Aisne (135), Seine St Denis (246), Val d'Oise (202), Essonne (163), Paris (150), Yvelines (125), Hauts de Seine (131), Ardennes (193), soit 2 180.

#### 1.1.2.2 Les données chiffrées des établissements pour enfants

- [125] Les données relatives aux établissements pour enfants, comme cela a déjà été signalé, sont fiables et bien suivies par l'ARS des Hauts de France et la CPAM de Roubaix-Tourcoing, comme caisse pivot.
- [126] Au-delà de la provenance géographique des résidents présentée précédemment, les évolutions en nombre, la décomposition par catégorie d'âge, d'orientation et les enjeux financiers peuvent être analysés.
- [127] **A - Le nombre** d'enfants et d'adultes maintenus au titre de l'amendement Creton dans ces établissements varie peu d'une année sur l'autre, mais une tendance à la diminution semble se dessiner, liée à celle des adultes maintenus.

|                                   | <b>Fin 2013</b> | <b>Fin 2014</b> | <b>Fin 2015</b> |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>Nombre d'enfants</b>           | 1 255           | 1 293           | 1 229           |
| <b>Nombre d'adultes maintenus</b> | 358             | 239             | 222             |
| <b>Total</b>                      | 1 613           | 1 532           | 1 451           |

- [128] Il sera intéressant de disposer des chiffres de 2016 pour savoir si cette tendance sur les personnes maintenues se confirme.
- [129] Le nombre d'admissions annuelles représente de 10 à 17 % des personnes accueillies.
- [130] Pour une présentation exhaustive du nombre d'enfants, il faut signaler que 30 d'entre eux sont encore hébergés dans des établissements non conventionnés, mais ce chiffre diminue régulièrement car il n'y a plus de nouvelles admissions financées dans ces établissements.
- [131] **B - La décomposition par âge** est cohérente globalement avec l'étude du CEDIAS-CREAHI d'Ile-de-France présentées auparavant.
- [132] Il faut tout d'abord distinguer, au sein des **1 451 personnes hébergées au 31 décembre dernier** dans les 24 établissements conventionnés, les **1 229 personnes de moins de 20 ans** et les **222 de plus de 20 ans** maintenues dans un établissement pour enfants au titre de l'amendement Creton.

[133] Parmi les 1 229, la très grande majorité a entre 13 et 19 ans : 938, soit **76,3 % des « enfants »** qui sont **de fait des « adolescents »**. Les 291 autres, sont des enfants entre 7 et 12 ans pour l'essentiel (284).

[134] Parmi les 222 personnes maintenues, 122 le sont dans le prolongement immédiat de leur adolescence, comme jeunes adultes entre 20 et 25 ans. Les 100 autres adultes ont plus de 25 ans.

[135] **Il y a donc une forte présence d'adolescents et de jeunes adultes, compris entre 13 et 25 ans, dans les 24 établissements wallons conventionnés : 1 060 sur 1 451, soit près de trois sur quatre (73 %).**

[136] **C - La répartition** entre les catégories de type de prise en charge est la suivante :

| IME | ITEP | ESAT | ESAT+FH | FAM | MAS | Autre |
|-----|------|------|---------|-----|-----|-------|
| 798 | 309  | 26   | 32      | 28  | 124 | 134   |

[137] Les personnes relevant d'orientations de type Etablissement et service d'aide pour le travail (ESAT), ESAT +Foyer d'hébergement (FH), FAM et MAS correspondent aux 222 adultes maintenus au titre de l'amendement Creton (en prenant en compte 12 personnes comptabilisées dans la catégorie « Autre »).

[138] L'importance relative de la catégorie « Autre », avec un peu moins de 10 %, interroge.

[139] **D - Les enjeux financiers** se résument ainsi :

- une enveloppe identifiée au sein de l'ONDAM médico-social de **71,4M€ en 2016**, 70M en 2015 et 65M en 2010, gérée depuis une vingtaine d'années avec un dispositif conventionnel de 24 établissements (désormais 25 depuis 2016), initialement par la CRAM Nord-Picardie et depuis l'accord-cadre par l'ARS Nord Pas de Calais, maintenant des Hauts de France ;
- une enveloppe intégralement dépensée ;
- cette enveloppe est limitative ; régulièrement dépassée, elle a été calée en 2015 sur la réalité des dépenses d'environ 70M€ des années antérieures ; elle a bénéficié en 2016 du taux d'actualisation de l'ONDAM médico-social ;
- tous les établissements conventionnés sont désormais financés par dotation globale, et non plus au prix de journée, avec la mise en place progressive d'une convergence tarifaire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 ;
- le **coût moyen à la place** est estimé à environ **48 600€**

#### 1.1.2.3 Les données chiffrées des établissements pour adultes

[140] Comme pour le secteur des établissements pour enfants, les évolutions récentes du nombre de personnes hébergées, leur décomposition par sexe et âge, leur répartition entre les types de prise en charge et les enjeux financiers sont analysés. Les différences majeures dans le pilotage et la gestion de ces deux secteurs le sont aussi.

[141] Les analyses sont fondées, selon les sujets, sur les données fournies par le relevé d'information ou sur celles de l'Assurance maladie.

[142] **A - Le nombre** des personnes adultes hébergées augmente régulièrement et fortement.

[143] Mais, comme cela a déjà été mentionné, il n'existe pas de séries statistiques nationales fiables couvrant l'intégralité des personnes accueillies.

[144] Pour approcher ces chiffres de manière assez comparable, seul le relevé d'information que tient l'ARS des Hauts de France à partir des données collectées par l'AViQ, le permet depuis peu, c'est-à-dire 2014. Ce relevé donne une « photographie » au 31 décembre de l'année.

[145] Sur la base de ce relevé, l'évolution est à la **forte hausse des flux de départs des personnes à orientation MAS et FAM (+470) et à une hausse moindre de ceux des personnes à orientation type « foyers » (+106)**.

|   | Au 31 décembre 2014 | Au 31 décembre 2015 | En %   |
|---|---------------------|---------------------|--------|
| <b>MAS et FAM</b>                                     | 1 979               | 2 449               | + 23,7 |
| <b>Foyers de vie, occupationnels et d'hébergement</b> | 2 768               | 2 874               | +3,8   |
| <b>Total</b>  | 4 747               | 5 323               | + 12,1 |

*Source : Relevé d'information*

[146] Pour obtenir le total des adultes hébergés au 31 décembre 2014 et au 31 décembre 2015, il faut en ajouter 17 une année et 57 l'autre année, relevant d'une orientation type en ESAT avec foyer d'hébergement, et respectivement 4 et 5 dont l'orientation n'est pas connue.

[147] **Au total le nombre de personnes adultes accueillies en Belgique est donc passé de 4 768 à 5 385, soit +617 (+12,9 %), dont 2 874 pour des orientations de type foyers de vie, occupationnels et d'hébergement, 1 551 pour des orientations de type MAS et 938 de type FAM.**

[148] Pour sa part, le **CNSE**<sup>8</sup> comptabilise le nombre de personnes correspondant à des orientations en MAS ou FAM dont il a pris en charge des factures une année donnée. Il est donc logique que ses chiffres diffèrent de ceux du relevé d'information.

[149] Ainsi le nombre d'adultes à orientation MAS ou FAM accueillis en Belgique, dans un nombre croissant d'établissements non conventionnés (68 en 2012, 124 en 2016), est passé de 1080 en 2012, à 2 299 en 2015, soit + 1 219 personnes (+128,0 % en quatre ans), selon les chiffres fournis par la CNAMTS.

[150] A ces chiffres, on pourrait ajouter les adultes maintenus dans des établissements pour enfants au titre de l'amendement Creton avec des orientations de type MAS (124) ou FAM (28), soit 152 adultes à la fin 2015.

|             | Nombre d'assurés en FAM | Nombre d'assurés en MAS | Total |
|-------------|-------------------------|-------------------------|-------|
| <b>2012</b> | 510                     | 570                     | 1 080 |
| <b>2013</b> | 613                     | 839                     | 1 452 |
| <b>2014</b> | 709                     | 1 172                   | 1 881 |
| <b>2015</b> | 814                     | 1 485                   | 2 299 |

*Source : CNSE*

---

<sup>8</sup> La Belgique concentre la quasi-totalité des assurés accueillis à l'étranger dans des établissements pour personnes handicapées (2 en Espagne et 9 en Suisse en 2015).

[151] **B – Les adultes avec des orientations de type MAS ou FAM sont pour les deux-tiers des hommes.** Leur âge moyen est 41 ans. Un quart des personnes placées ont moins de 30 ans (environ 600 personnes) et deux-tiers entre 30 et 59 ans (environ 1 550 personnes).

| <b>Moins de 30 ans</b> | <b>30 à 44 ans</b> | <b>45 à 59 ans</b> | <b>60 ans et plus</b> |
|------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|
| 26 %                   | 29 %               | 38 %               | 7 %                   |

[152] **C – La répartition** entre orientation FAM ou MAS a sensiblement évolué entre 2012 et 2015 : la part des premières a diminué de 47 % à 35,4 % et celle des secondes a augmenté de 53 % à 64,6 %, selon les chiffres du CNSE.

[153] Selon les chiffres du relevé d'information, la part des résidents avec une orientation de type « foyers » représentent 53 % et celle de type FAM-MAS, 47 % du total des résidents dans les établissements pour adultes.

[154] **D – La répartition des dépenses** pour l'Assurance maladie est différente. En effet le forfait journalier de soins remboursé est de 73,6€ pour une place de type orientation FAM et le forfait pour une place de type orientation MAS est 185,25€. **Les 100,9M€ remboursés en 2015 concernent à 78,1 % des placements à orientation MAS, pour une proportion moindre du nombre de résidents (64,5 %).**

[155] **Les très fortes augmentations des départs ces dernières années entraînent celles des dépenses de remboursements** de l'Assurance maladie qui passent donc de 31,1M€ en 2012 à 100,9M€ en 2015, soit +69,8M€(+244 %), **liées aussi à la progression du nombre de personnes à orientation MAS (+160,5 %) supérieure à celles à orientation FAM (+59,6 %).** Cette progression peut être comparée à celle du secteur « enfants » dont l'enveloppe est passée de 65M€ en 2010 à 71,4M€ en 2016 (+9,8 %).

[156] Les évolutions sont très importantes et très différenciées : les remboursements liés aux orientations FAM font plus que doubler, passant de 8,5M€ à 20,0M€ en quatre années alors que ceux liés aux orientations MAS sont multipliés par 3,6, passant de 22M€ à 78,8M€. La part des remboursements pour les orientations FAM diminue de 27,3 % à 19,8 % et celle pour les orientations MAS augmente de 70,7 % à 78,1 % (environ 2 % sont imputables à d'autres remboursements, en IME).

[157] **Ces très fortes augmentations des nombres d'assurés hébergés et des remboursements afférents posent deux questions :**

- **les chiffres du CNSE étaient-ils exhaustifs en 2012 et 2013 ?** Il est possible et probable que tous les remboursements n'étaient pas encore centralisés à son niveau, gonflant ainsi la progression ici présentée. Mais cela ne remet pas en cause la tendance constatée d'une très forte augmentation.
- **la déformation de la structure des remboursements entre orientation type FAM, dont la part hébergement est à la charge des Départements, et type MAS, intégralement à la charge de l'Assurance maladie, interroge.** S'agit-il d'un effet du tarif soins incitant à obtenir des orientations en MAS ? S'agit-il d'un manque croissant de places en MAS en France ? S'agit-il d'un effet des contraintes financières des Départements les incitants à obtenir des orientations en MAS, ou à proposer des tarifs hébergements de moins en moins incitatifs, ou à diminuer leur nombre de places conventionnés en FAM ? S'agit-il d'un effet des demandes d'établissements wallons de n'avoir qu'un seul interlocuteur financier avec l'Assurance maladie ? Ces hypothèses, ou d'autres, ne sont pas exclusives les unes des autres.

[158] Le montant des dépenses remboursées par l'Assurance maladie peut-être estimé à **24 600€ par place pour les orientations de type FAM et 53 100€ de type MAS.**

[159] E – Le pilotage et la gestion du secteur « établissements pour adultes » sont radicalement différents de ceux du secteur « établissements pour enfants » :

- les remboursements sont acquis dans le secteur des établissements pour adultes, dès lors que l'autorisation en ait donnée, selon les procédures en vigueur, au titre des dépenses de soins à l'étranger inscrites au septième sous-objectif de l'ONDAM « Autres prises en charge » qui n'est pas limitatif, et non de l'ONDAM médico-social qui lui, l'est ;
- désormais on dénombre, selon le relevé d'information, 138 établissements APC dont les financements proviennent pour l'essentiel des remboursements de l'Assurance maladie française ou de l'aide sociale pour les personnes handicapées des Départements, sans convention (à l'exception de simples conventions financières avec l'Assurance maladie et de celles passées avec les Conseils départementaux, sous forme collective pour un nombre de places données, ou individuelle à la place) ;
- des contrôles conjoints ARS-AViQ sur la qualité des établissements et une caisse centralisant maintenant les paiements en cas de tiers-payant, le CNSE, situé à Vannes (en l'absence d'accord de tiers-payant, c'est la caisse d'affiliation qui rembourse, après accord du CNSE), mais pas de pilotage et de gestion du secteur « adultes » sous forme de dialogues de gestion annuels avec l'ARS des Hauts de France, comme pour le secteur « enfants » ;
- le nombre de départs et les montants de remboursements sont en très forte progression pour les établissements accueillant des adultes, à l'inverse de ceux, contenus désormais, dans les établissements pour enfants.

[160] Cependant malgré leurs différences, les secteurs « enfants » et « adultes » s'inscrivent tous les deux dans l'accord cadre franco-wallon du 21 décembre 2011 et l'instruction ministérielle du 22 janvier 2016 (cf. 1.2 ci-dessous).

#### 1.1.2.4 Les enjeux financiers globaux

[161] Les dépenses que l'Assurance maladie consacre aux personnes accueillies dans un établissement belge se sont élevées en 2015 à 70M€ pour les enfants et 100,9M€ pour les adultes, soit un total de **170,9M€ pour 3 900 personnes**. Ces dépenses couvrent les dépenses d'hébergement, mais pas celles de remboursements de transports, estimées à 5M€

[162] Pour les orientations de type foyers de vie, occupationnels et d'hébergement, financées par les Départements, il n'y a aucune information consolidée. Pour les orientations des enfants et pour les adultes à orientations de type MAS et FAM, des éléments de comparaisons sont calculables à partir des ressources des dépenses prises en charge dans les établissements wallons et dans des établissements en France.

[163] Les estimations dont dispose la mission venant de la CNSA ou que la mission peut calculer à partir des données de l'Assurance maladie, sont les suivantes :

- le coût moyen en France d'une place en IME est d'environ 38 100€ avec une large fourchette selon les régions (entre 33 000 et 52 250€) ; une place dans un établissement belge correspondant à une orientation de type IME ou ITEP par exemple est estimée à 48 600€ soit +27,5 % en Belgique,
- le coût moyen de la prise en charge dans un FAM en France serait de 39 000€ pour la part soins à la charge de l'Assurance maladie (avec des extrêmes compris entre 25 000 et 73 000€ selon les régions), à comparer à 24 600€ pour des orientations de type FAM en Belgique, soit -37 %,
- pour les MAS, le coût moyen serait en France de 76 200€ (avec des écarts allant de 66 700 à 91 200€), pour 53 100€ en Belgique s'agissant d'orientations de type MAS, soit -30,3 %.

[164] **Les coûts pour l'Assurance maladie française seraient donc en moyenne plus élevés pour les enfants accueillis en Belgique, mais moins pour les adultes dont les orientations sont de type FAM et MAS.**

[165] Un calcul simple amène à estimer que la prise en charge des enfants dans les établissements belges aurait entraîné en 2015 une dépense supplémentaire pour l'Assurance maladie de 15,2M€ par rapport à des établissements situés en France ; à l'inverse, ce sont des économies qui auraient été réalisées pour les établissements accueillant des adultes en Belgique, à hauteur de 11,7M€ pour des orientations de type FAM et de 34,3M€ pour des orientations de type MAS, soit 46M€. Au total, au titre de l'hébergement d'enfants et d'adultes venant de France dans des établissements belges, ce sont 30,8M€ qui auraient été économisés pour l'Assurance maladie française.

[166] D'autres manières de calculer sont possibles : elles peuvent confirmer globalement ces montants ou les modifier très sensiblement.

[167] Sur la base des forfaits à la place retenus pour répartir les moyens du plan autisme (IME = 40 000€ FAM = 30 000€ MAS = 80 000€), les économies qu'entraînent les accueils en Belgique augmentent encore un peu pour atteindre 31,9M€

[168] En revanche, sur la base des forfaits retenus pour répartir les autorisations d'engagement visant à développer l'offre médico-sociale (IME = 36 000€ FAM = 30 000€ MAS = 70 000€), la balance se rééquilibre très sensiblement pour revenir à 11,3M€ d'économies.

[169] Indépendamment des effets des bases de calcul utilisées pour ces comparaisons, la mission insiste sur les limites de ces chiffrages qui ne permettent pas d'en inférer des enseignements sur les qualités comparées des prises en charge assurées, tant en France qu'en Belgique. Et ces calculs concernent des dépenses pour l'Assurance maladie, sans prendre en compte les ressources que la localisation des emplois en France générerait.

[170] Aucune comparaison n'est possible aujourd'hui sur les coûts des prises en charge que finance l'Assurance maladie. La mission souligne l'intérêt qu'auraient de telles comparaisons de coûts, mais aussi les difficultés pour les établir de manière satisfaisante et explicative. Elles renvoient à des analyses comparées en termes de comptabilité analytique, de composition des dépenses imputées, de coûts des facteurs, et aussi à une analyse qualitative sur les modes de prise en charge.

## 1.2 L'accord-cadre franco-wallon du 21 décembre 2011 et le plan ministériel du 22 janvier 2016

### 1.2.1 L'accord-cadre franco-wallon

[171] Cet accord-cadre signé le 21 décembre 2011 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la Région wallonne du Royaume de Belgique porte sur l'accueil des personnes handicapées. Entré effectivement en application le 1<sup>er</sup> mars 2014, il a été complété par un arrangement administratif, du 21 décembre 2011 également, qui en définit les modalités d'application. Le suivi de l'accord-cadre est assuré par une commission mixte franco-wallonne qui s'est réunie au moment de sa signature et le 16 novembre 2016. La France a mis en place pour sa part, un comité national de suivi comprenant en particulier des représentants d'associations et des Départements. Il a ainsi été réuni préalablement à la seconde réunion de la commission mixte, le 4 novembre 2016.

[172] Cet accord est une réponse aux préoccupations des associations, des médias, des élus et aux recommandations du rapport de Mme Gallez, députée du Nord, face à l'ampleur des départs de personnes handicapées vers la Belgique.

- [173] Il a pour objet de « renforcer la coopération médico-sociale (...) dans la perspective :
- d'assurer un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes handicapées,
  - de garantir une continuité de cet accompagnement et de cette prise en charge,
  - d'optimiser les réponses aux besoins médico-sociaux en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels,
  - de favoriser l'échange et le transfert de connaissances et de bonnes pratiques. »
- [174] Ce document traite **trois grands domaines** :
- **la quantification** du nombre de personnes prises en charge avec un « relevé d'informations », désignant l'ARS Nord Pas de Calais comme organisme chargé de centraliser les données transmises par les autorités wallonnes ;
  - **les relations conventionnelles** avec les établissements d'accueil, entre l'ARS Nord Pas de Calais et les Conseils départementaux. Il s'agit là d'officialiser des relations existantes et de rendre possible leur développement ;
  - **le contrôle des établissements** d'accueil « afin d'assurer un accompagnement efficace et une prise en charge de qualité », avec des inspections communes. Le champ de ces contrôles est précisé.
- [175] Une convention du 3 novembre 2014 organise la mise en œuvre de ces inspections communes et le circuit de gestion des réclamations, plaintes, doléances et signalements. L'AWIPH, devenue l'AViQ, et l'ARS Nord Pas de Calais, devenue des Hauts de France les pilotent. Deux conventions de collaboration ont aussi été signées avec les ARS Ile-de-France et Grand-Est. Un guide méthodologique encadrant les modalités de collaboration et d'interventions conjointes des agents français et belges a été élaboré. Chaque année un programme d'inspections est décidé.
- [176] Lors de la réunion de la commission mixte franc-wallonne le 16 novembre 2016, un bilan a été dressé : 10 inspections communes ont été réalisées en 2015 auprès d'établissement accueillant 887 personnes et 10 devraient l'être en 2016. L'objectif est de porter ce nombre à 15 en 2017.
- [177] En marge de ces inspections conjointes, l'ARS des Hauts de France et l'AViQ ont renforcé leur collaboration en cas de signalements. En 2015, 15 dossiers de plaintes ont été instruits et 12 à la date du 31 octobre 2016.
- [178] **La principale avancée de cet accord porte sur l'organisation d'inspections communes et la gestion des plaintes.** Outre les mesures que les opérateurs doivent prendre en réponse aux demandes et observations faites dans les rapports, certaines situations ont amené l'ARS des Hauts de France à proposer la suspension des orientations vers 8 établissements, dont une a été levée depuis. L'ARS des Hauts de France informe de ses propositions la CNSA, qui les relaie auprès des MDPH, ainsi que l'Assurance maladie qui les diffuse dans son réseau.
- [179] Pour sa part, l'AViQ évalue chaque établissement localisé sur son territoire tous les 3 ans au minimum, indépendamment de son régime juridique. A ce titre, 85 structures APC ont été visitées en 2015, 76 à la date du 31 octobre 2016. Les rapports d'audits sont accessibles via la plate-forme web de l'AViQ et ils sont consultés : 6 888 pages vues en 2014, 5 495 en 2015, 4 612 au 8 novembre 2016.

[180] Enfin, une **politique d'élévation des exigences de qualité attendue de la part des établissements est en préparation**, dont les caractéristiques ont été présentées par le Ministre wallon lors de la réunion de la commission mixte du 16 novembre dernier. Les nouvelles normes seront proches de celles des établissements wallons agréés et les établissements « dont le financement et la décision de placement sont assurés par une autorité étrangère » deviennent également agréés, et non plus autorisés à la prise en charge. Ces caractéristiques portent sur des normes architecturales (répartition et insertion territoriale, chambres individuelles, taille des établissements et des unités...), des outils pour garantir la qualité des prises en charge et des normes de personnels (ratio d'encadrement, qualifications, pluridisciplinarité...). Le texte d'application fait l'objet de discussions avec les opérateurs wallons et le Ministre en souhaite la publication au premier semestre 2017.

[181] Cet accord cadre n'évoque pas du tout le sujet des autorisations de créations de places supplémentaires en Wallonie dans les établissements « autorisés à prendre en charge », places dont les financements sont assurés par l'Assurance maladie française et/ou l'Aide sociale des Départements. En revanche, il rend possible « le développement de conventions ».

[182] Actuellement, l'action sur l'offre wallonne du secteur « adultes » se fait donc par le biais des « contrôles qualité », de la politique conventionnelle des Départements et désormais, de la régulation des départs possibles par l'instruction ministérielle du 22 janvier dernier.

### 1.2.2 Le plan ministériel

[183] L'instruction aux Directeurs généraux d'ARS organise « la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique », décidé par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et la Secrétaire d'Etat en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Elle est cosignée du Secrétaire général pour les ministères sociaux, du Directeur général de la cohésion sociale, du Directeur de la sécurité sociale et de la Directrice générale de la CNSA.

[184] Ce plan est un **dispositif de régulation des nouveaux départs non souhaités possibles**. Il ne vise pas à empêcher tout nouveau départ, mais à **proposer des solutions alternatives en proximité** pour les familles ne souhaitant pas un tel départ. Il ne concerne pas des éventuels retours, sans évidemment s'y opposer.

[185] La solution alternative doit être acceptée par la famille, le représentant de la personne handicapée ou la personne elle-même. Le **libre choix** des personnes prévu à l'article L241-6 du code de l'action sociale et des familles **est rappelé**.

[186] De fait, dans l'instruction, le libre choix prime sur la possibilité pour l'Assurance maladie de refuser, sous certaines conditions, l'autorisation préalable de remboursement si une solution adaptée est disponible sur le territoire national conformément aux dispositions de l'article 20 du règlement communautaire (CE 883/2004).

[187] Pour faciliter la définition de solutions alternatives, des **crédits dits « d'amorçage »** ont été réservés sur l'ONDAM 2016, à hauteur de **15M€ répartis en deux fois auprès des ARS** : **10M€** notifiés officiellement dans la circulaire de campagne budgétaire du 9 mai 2016 au bénéfice de toutes les régions, et **5M€** en fin septembre.

[188] La **première tranche** de crédits a été répartie par la CNSA à partir de **trois critères** :

- le nombre d'enfants et d'adultes, originaires de la région et présents dans les établissements wallons, pour 50 %,
- le nombre de personnes handicapées maintenues au titre de l'amendement Creton dans la région, pour 10 %,

- le taux d'équipement de la région en établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées, pour 40 %.

[189] La **seconde tranche** a été concentrée, comme la mission IGAS l'avait recommandé dès le printemps, sur les cinq principales régions les plus concernées par les départs en Belgique (Ile-de-France, Hauts de France, Grand Est, Normandie et PACA), plus une (Auvergne Rhône Alpes), en prenant aussi en compte leurs projets de réponses alternatives.

[190] Ces réponses peuvent être des créations de places adaptées en proximité, des renforts de personnels ou en création de « pôles de compétences et de prestations externalisées » (PCPE), selon les modalités précisées dans la circulaire du 12 avril 2016.

[191] Pour élaborer ces réponses à des situations individuelles identifiées comme des départs possibles vers la Belgique, l'instruction prévoit la mobilisation des commissions départementales des situations critiques ou, dans les « départements pionniers » pour le projet « une réponse accompagnée pour tous », l'élaboration d'un « plan d'accompagnement global ».

[192] **Ce dispositif organise aussi un circuit spécifique des nouvelles demandes de remboursement** des assurés partant ou susceptibles de partir en Belgique. L'Assurance maladie doit désormais s'assurer que :

- les acteurs locaux ont bien cherché à élaborer une solution alternative, dès lors qu'une décision d'une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ne cite pas explicitement une orientation précise en Belgique,
- la famille, malgré l'existence d'une solution alternative, maintient son choix d'un établissement précis en Belgique,
- faute de solutions alternatives adaptées et de qualité, la solution d'un départ est motivée.

[193] **Quatre caractéristiques** du dispositif doivent être soulignées :

- il s'agit de **crédits « assurance maladie »** qui ne peuvent donc pas bénéficier à des solutions de type foyers relevant de l'aide sociale des Départements ;
- **ces crédits peuvent aussi financer des Pôles de compétences et de prestations externalisées**, dispositifs innovants, dont la mise en œuvre en cours dans certaines régions avec des appels à candidature, ne peut pas avoir des effets directs pour éviter, dès 2016, des départs en Belgique ;
- le nouveau circuit prévu par la lettre réseau de la CNAMTS du 7 juin dernier en application de l'instruction du 22 janvier, concerne les demandes de remboursement pour des personnes qui disposent déjà de fait d'un accord, explicite ou implicite, d'un établissement belge, obtenu en général après un long parcours de recherches infructueuses d'une solution de proximité en France. **L'intervention de l'Assurance maladie et des acteurs locaux (MDPH, ARS, Département, opérateurs)**, rappelée ci-dessus, se fait donc sur ces cas en fin de processus, juste avant un départ attendu, ce qui peut en limiter les effets ;
- **la prévention de départs possibles plus en amont, repose sur l'identification de situations individuelles « à risque de départ ».** Le rapport reviendra sur ce sujet de l'identification qui a été une des difficultés rencontrées par les acteurs locaux.

### 1.3 Enseignements tirés des caractéristiques, des données quantitatives et des politiques amorcées

[194] L'analyse des départs et de l'accueil des personnes handicapées en Belgique permet de tirer certains enseignements, qui seront complétés par ceux à tirer de la mise en œuvre du plan ministériel (cf. 2 ci-après).

- Les départs et l'accueil sont quantitativement bien cernés en tendance, tant pour les enfants que pour les adultes : un quart des personnes hébergées le sont dans des établissements pour enfants, trois-quarts dans des établissements pour adultes ; le nombre relevant de la catégorie « enfants » et les remboursements afférents sont globalement stables alors que celui de la catégorie « adultes » et des remboursements de leurs dépenses par l'Assurance maladie sont en très forte augmentation, en particulier pour les orientations de type MAS.
- L'Assurance maladie, avec le CNSE ou la CPAM Roubaix-Tourcoing, décompte bien le nombre d'assurés remboursés annuellement (depuis récemment, pour le secteur « adultes » avec la centralisation effectuée par le CNSE) ; la qualité des informations recueillies par l'AViQ auprès des établissements afin d'établir le relevé d'information annuel progresse, selon l'ARS des Hauts de France, tout en restant trop long à établir et nécessitant encore trop de contrôles de cohérence.
- Le nombre de personnes relevant seulement d'une prise en charge par l'Aide sociale départementale a peu augmenté d'une année sur l'autre ; il est connu par le relevé d'information collecté de manière déclarative auprès des établissements belges. Mais ce décompte ne fait pas l'objet d'une consolidation en France auprès des Départements, alors que chacun connaît très bien ses propres chiffres.
- Les **origines départementales et régionales des résidents sont bien établies avec des spécificités marquées et différentes entre les enfants et les adultes** : pour les enfants, la proximité géographique avec l'offre en Belgique est déterminante alors qu'elle l'est moins pour les adultes, et les personnes handicapées accueillies en Belgique viennent à plus des trois-quarts de l'Ile-de-France et des Hauts de France. Les effets de la proximité géographique et des liaisons routières (l'autoroute A1 par exemple, mais cela ne vaut pas pour tous les départements), des insuffisances de places et des pratiques des acteurs locaux se combinent souvent. Le Grand Est est bien concerné aussi avec environ 10 % des personnes hébergées en Belgique, et pour des chiffres significatifs en valeur absolue (Normandie, PACA et Centre-Val de Loire).
- En croisant les analyses existantes sur les personnes donnant lieu à un financement de l'Assurance maladie et les dires recueillis au cours de la mission, **six catégories, non exclusives les unes des autres**, permettent de bien caractériser les personnes accueillies en Belgique :
  - des personnes en situation complexe, cumulant des problèmes cognitifs, psychiques, de comportement,
  - des personnes avec des troubles envahissant du développement, dont l'autisme,
  - des personnes handicapées relevant de l'ASE, ou ayant relevé de l'ASE,
  - des personnes handicapées psychiques venant des établissements de santé mentale,
  - des personnes adultes venant d'un établissement médico-social pour enfants en France (régime de l'amendement Creton),
  - des personnes handicapées subissant un événement dans leur entourage, un manque de solution durable, l'exécution d'une décision de justice qui imposent qu'une solution soit trouvée rapidement.

Il s'agit donc de **personnes vulnérables ou en situation de vulnérabilité**.

- En revanche, il n'est pas possible d'en inférer une typologie équivalente ou différente, pour les personnes relevant exclusivement de l'aide sociale des Départements. Néanmoins les échanges avec les services des Conseils départementaux et les MDPH amènent à penser que des caractéristiques sont communes : des personnes ayant rencontré des ruptures de parcours, ayant des difficultés spécifiques motivant un refus d'accueil en proximité, des troubles du comportement ou cognitifs plus avérés, le manque de places ou d'autres réponses proches de leur lieu de vie. Ce point mériterait d'être approfondi.
- **Les modalités de la régulation du secteur « enfants » et du secteur « adultes » sont à l'opposé les unes des autres :**
  - ✓ « enfants » : une compétence exclusive de l'Etat via l'ARS des Hauts de France, une caisse pivot de l'Assurance maladie, un nombre de places et d'établissements conventionnés, une enveloppe financière limitative et dédiée de l'ONDAM médico-social, des dotations globales par établissement, une régulation engagée depuis une vingtaine d'années par des conventions,
  - ✓ « adultes » : une compétence exclusive pour le financement de l'Assurance maladie, pour les orientations de type MAS et des Départements, pour les foyers, partagée entre eux pour les orientations de type FAM, aucun rôle dévolu aux ARS jusqu'à l'instruction du 22 janvier, un financement non limitatif inclus dans le septième objectif de l'ONDAM, des prix de journée et pas de conventionnement global avec chaque établissement.
- **Les places supplémentaires créées en nombre important en Wallonie ne donne pas lieu à régulation quantitative** ; leur viabilité économique est liée à l'accueil de personnes françaises, dont les dépenses sont prises en charge par l'Assurance maladie ou l'aide sociale des Départements.
- Les départs en Belgique illustrent la réalité d'une **vie transfrontalière francophone** avec une capacité des opérateurs wallons à offrir des solutions.
- Ces places en Belgique constituent aussi, pour d'autres territoires en France, une souplesse à laquelle les MDPH, les Départements, les opérateurs et les familles recourent faute de trouver des solutions adaptées en proximité. Mais il s'agit alors de départs plus subis que choisis, révélateurs de la situation et du fonctionnement de la prise en charge du handicap dans ces territoires.
- **L'accord cadre franco-wallon est d'application très récente** ; en instaurant un **contrôle partagé de la qualité** des établissements, il amorce une forme supplémentaire de régulation, après celle du conventionnement des établissements pour enfants.
- **Le plan ministériel initié en 2016 affiche une volonté d'arrêter les départs « non souhaités »** de personnes handicapées vers la Belgique. Il identifie des crédits pour y parvenir afin d'« amorcer» des solutions adaptées en proximité. Il demande aux ARS de piloter la mise en œuvre de cette volonté avec les acteurs concernés dans les départements. Ces solutions peuvent intervenir soit en amont d'un départ potentiel en Belgique, soit en alternative à une place déjà identifiée.
- **Hors le secteur des établissements pour les enfants, les politiques de régulation que mène l'Etat, avec l'accord-cadre et la politique engagée en 2016, sont donc très récentes.**

## 2 LE DEPLOIEMENT DU PLAN

[195] L'instruction du 22 janvier 2016 définit les caractéristiques d'un plan qui est une réponse à un sujet récurrent. Mais il s'inscrit dans un contexte particulier (cf. 2.1). Dans le déploiement de ce plan, il faut distinguer la période de sa mise en place de celle sa mise en œuvre (cf. 2.2). Si les résultats n'en sont pas évaluables actuellement, en revanche des premiers enseignements peuvent en être tirés (cf. 2.3).

### 2.1 Le contexte

[196] Un certain nombre de faits, au-delà de la forte augmentation des départs vers la Belgique présentée en première partie, permettent d'illustrer l'actualité pour les pouvoirs publics du sujet.

[197] C'est par exemple la publication d'un ouvrage « Les exilés mentaux, un scandale français » de Jeanne Auber en 2014 ; et c'est surtout la campagne de l'UNAPEI autour du Livre Noir du handicap dénonçant à la fois l'absence d'accompagnement des certaines personnes handicapées en France (France, terre d'exclusion) et « l'exil » de certaines vers la « Belgique, terre d'exil », le tout réuni sous le vocable « les bannis de la République ».

[198] Le Gouvernement est aussi interpellé lors de questions orales ou écrites.

[199] Dans le journal Libération du 29 avril 2014, la Secrétaire d'Etat en charge des personnes handicapées déplore le développement du secteur privé lucratif en Wallonie et souligne que des inspections peuvent dorénavant être menées pour s'assurer de la qualité des prestations fournies. Elle met en avant que « depuis cinq ans, nous ouvrons 4 000 nouvelles places chaque année en France...Malgré cela, les listes d'attente sont toujours interminables dans certains départements.[...] il y a un autre souci : beaucoup de personnes vont en Belgique car elles ont été refusées par les établissements français qui considèrent le handicap trop lourd ».

[200] Enfin, la décision du Conseil d'Etat concernant la situation de Mme Amélie Loquet indique qu'il incombe à l'Etat de trouver une solution de prise en charge, dès lors qu'aucune n'est offerte par des établissements ou des services. L'instruction du 22 novembre 2013 organise un processus de prise en charge de situations individuelles critiques, allant du niveau départemental au niveau national par subsidiarités successives.

[201] Il s'en suit, à la demande des Ministres, le rapport de Mr Denis Piveteau « Zéro sans solution » remis en 2014, la préparation de la traduction législative de certaines de ses recommandations aboutissant en particulier à l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé introduit par voie d'amendement gouvernemental. L'animation de la préparation du dispositif « une réponse accompagnée pour tous » est confiée à Mme Marie-Sophie Desaulle, tandis que 24 départements deviennent des « départements pionniers » pour la mise en œuvre de l'article 89, sans attendre la date du 31 décembre 2017 prévue par la loi.

[202] Enfin, plusieurs projets vont modifier l'environnement du « secteur des personnes handicapées », comme par exemple celui de la mission SERAPHIN qui lie « analyse des besoins » et « prestations en réponse », la préparation de la réforme du droit des autorisations, le développement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), la réforme du budget des établissements avec le passage à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), les axes de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNSA 2016-2019 etc...

[203] Un certain nombre de sujets de ce contexte dans sont ici rappelés parce que les ressorts des départs vers la Belgique sont à la fois complexes et illustratifs :

- d'une nécessité, plus ou moins contrainte, selon les situations individuelles,
- un révélateur des intérêts à agir contradictoires des acteurs,

- une solution pour remédier à des contraintes du système en France.

[204] C'est pourquoi, au-delà du plan dont la mise en place et la mise en œuvre vont être maintenant présentées de manière synthétique, les problèmes que révèlent ces départs et les solutions qu'ils nécessitent, dépassent le simple déploiement du plan.

## 2.2 La mise en place et la mise en œuvre du plan

### 2.2.1 La mise en place

[205] La mise en place du plan en 2016 a été précédée par des **travaux en 2015** d'un groupe technique national réunissant la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction de la sécurité sociale (DSS), la CNSA, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMETS), l'ARS Nord Pas de Calais et consultant notamment l'Association des directeurs de MDPH.

[206] Des propositions ont été faites à la Ministre chargé des affaires sociales et à la Secrétaire d'Etat en charge du Handicap qui ont annoncé le 8 octobre 2015 le principe d'un plan et ses principales modalités : éviter les départs non souhaités en finançant des solutions adaptées en proximité, par des crédits inscrits dans l'ONDAM médico-social pour 15M€( ces crédits pouvant aussi être mobilisés pour initier, au bénéfice des personnes handicapées susceptibles ou non de partir en Belgique, des « pôles de compétences et de prestations externalisées »). Les principes de ce plan ont été présentés aux Directeurs généraux d'ARS en novembre et au réseau des MDPH ensuite par la CNSA.

[207] Sur la période où un appui et un suivi du déploiement du plan ont été demandés et assurés par l'IGAS, c'est-à-dire l'année 2016, on peut distinguer **deux périodes : celle de la mise en place du plan au niveau national, régional et départemental pendant les huit premiers mois de 2016 puis celle en cours de la mise en œuvre régionale et départementale sur les quatre derniers.**

[208] Cette séparation en deux temps distincts est un peu schématique ; en réalité, il y a eu des chevauchements entre les deux. Cependant, elle permet de souligner le temps requis pour installer un plan qui ne se « glisse » pas dans les procédures habituelles, mais qui, au contraire, tend à devoir anticiper des modalités de travail à venir avec la recherche d' « une réponse accompagnée pour tous ».

[209] Le travail d'élaboration et d'arbitrage sur le projet d'**instruction ministérielle** s'est achevé avec sa signature, **le 22 janvier** ; celui sur **la lettre réseau de l'Assurance maladie** nécessaire pour mettre en œuvre certains processus importants de l'instruction du 22 janvier, **le 7 juin**.

[210] Le travail d'élaboration d'un **questionnaire de suivi**, sous l'égide de la mission confiée à l'IGAS, a été engagé dès février, en y associant notamment les représentants du groupe de travail technique mentionnés précédemment, en consultant avant sa diffusion des associations du comité national de suivi de l'accord-cadre franco-wallon. Ce questionnaire, dont la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre ont été assumées par la CNSA, s'inspire de certaines parties des remontées d'informations demandées aux MDPH et ARS au titre de leurs bilans des commissions des situations critiques. Il est joint à la circulaire budgétaire, mais il a été transmis sous la forme d'un menu déroulant en juillet.

[211] Ce questionnaire vise en particulier à identifier les caractéristiques des personnes handicapées pour lesquelles une solution en proximité aura été proposée, les caractéristiques de la solution élaborée (temporaire, durable, à domicile, en établissement qu'ils soient de jour, en internat etc...), les raisons d'une éventuelle absence de solutions ou d'un refus de la solution proposée par la famille, le représentant de la personne handicapée ou la personne elle-même, les financements mobilisés pour mettre en œuvre la solution.

- [212] L'élaboration du questionnaire a aussi été l'occasion pour les différentes parties, en particulier les ARS, les MDPH, l'Assurance maladie et la mission IGAS de mettre l'accent sur un certain nombre de sujets liés au déploiement du plan qui, soit ont pu être réglés rapidement, soit sont restés des difficultés à surmonter pendant sa mise en œuvre.
- [213] La DGCS et la CNSA ont élaboré des critères de répartition (voir précédemment en 1.2.2) de la **première tranche de crédits de 10M€**, dont les ARS ont été informées officieusement en mars, officiellement dans la circulaire budgétaire du 9 mai.
- [214] La **deuxième tranche de 5M€** a été notifiée le 30 septembre, en la concentrant sur les cinq ARS les plus concernées et une autre au titre de ses projets de PCPE.
- [215] Pour sa part, la mission a rencontré des grands opérateurs, des fédérations, des unions (cf la liste jointe des personnes rencontrées) pour présenter le plan, recueillir leurs attentes et qu'ils mobilisent leurs établissements et services en département.
- [216] La mission a également produit des points d'étape mi avril et début juillet auprès des cabinets concernés, rencontré la Secrétaire d'Etat deux fois, échangé à plusieurs reprises avec les cabinets, les responsables de la DGCS, de la CNSA ou de l'Assurance maladie, réuni un comité de pilotage national fin juin et participé à une réunion fin juillet des acteurs régionaux et départementaux à l'initiative du directeur de cabinet de la Secrétaire d'Etat.
- [217] La mission a été auditionnée par une mission sénatoriale en cours sur le sujet et par le rapporteur de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale pour le secteur médico-social du projet de loi de financement de la sécurité sociale. La mission a participé en novembre à la réunion du comité national de suivi de l'accord franco-wallon et à celle de la Commission mixte franco-wallonne. Ces points, ces échanges ou ces réunions ont été l'occasion de rendre compte de la mise en place du plan et de faire des propositions.
- [218] Pour faciliter la mise en place du plan dans les principales régions concernées, la mission, sous l'égide des cinq ARS les plus concernées (Hauts de France, Ile-de-France, Grand Est, Normandie et PACA), a animé des réunions avec quinze départements, en présence à chaque fois des représentants de l'ARS, des services du Département et de la MDPH. Ces réunions se sont tenues entre la fin mars et la fin mai. Elles ont été complétées par quatre séries de réunions téléphoniques avec les cinq ARS, de mars à fin septembre, et des échanges ponctuels.
- [219] Les ARS ont mis en place au printemps leurs modalités de travail internes ainsi qu'avec les MDPH et les services des Conseils départementaux, via les commissions départementales des situations critiques ou d'autres modalités ad-hoc. Elles ont en particulier lancé **l'identification des augmentations de places non importantes** mobilisables et financables soit dès 2016, soit en 2017.
- [220] Les ARS ont prévu d'articuler des solutions existantes ou à développer, comme des équipes mobiles intervenant au domicile, des Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), des hébergements temporaires, en renforçant des établissements pour certaines situations complexes ou de lancer des appels à candidature pour des PCPE. Elles ont posé auprès de certains opérateurs le sujet d'un maintien de l'ouverture de places d'internat le week-end ou pendant les vacances.
- [221] Certaines ARS ont commencé à sensibiliser les établissements psychiatriques sur la nécessité de revoir des habitudes prises de départs de personnes handicapées relevant d'une prise en charge de type MAS ou FAM vers des établissements belges, comme en PACA, Normandie ou Ile-de-France notamment.
- [222] Et les ARS ont commencé de voir avec les MDPH comment identifier des situations susceptibles d'amener, plus que d'autres, à un départ en Belgique. Ce fut la principale difficulté rencontrée par les acteurs régionaux et départementaux en 2016 pour la mise en œuvre du plan.

[223] En effet l'instruction du 22 janvier revient à distinguer **deux cas de figure** :

- les situations de « **départs attendus** », identifiables via les nouveaux circuits mis en place par ladite instruction et la lettre réseau de l'Assurance maladie du 7 juin, c'est-à-dire lorsqu'une place en Belgique est acquise. Comme cela a été indiqué précédemment, l'Assurance maladie doit s'assurer que la décision d'une orientation vers un établissement belge est bien motivée (pas de solution en proximité ou refus de la solution proposée). **Dans ce cas, l'intervention des acteurs locaux pour essayer de « monter » une solution alternative se fait très en aval, alors que le départ est déjà programmé** ;
- les situations de « **départs possibles** », c'est-à-dire celles de personnes susceptibles de partir, faute de solutions adaptées, immédiates ou depuis longtemps, en proximité ; il s'agit alors de prévenir un départ possible, sans critère très précis sur ce qu'est un départ possible. **A l'inverse des situations précédentes, l'intervention des acteurs locaux peut se faire en amont, mais sans savoir si la personne serait effectivement partie en Belgique.**

[224] Ce deuxième cas de figure peut renvoyer par exemple à des situations individuelles connues et traitées comme des situations critiques, au titre de l'instruction du 22 novembre 2013. Mais toutes les situations critiques n'auraient pas donné lieu à des départs vers la Belgique.

[225] Il peut aussi se rapporter à des situations individuelles lourdes connues des MDPH, mais sans solution adaptée. Il peut également se rapporter à des personnes handicapées psychiques suivies par un établissement de santé mentale, à des personnes handicapées relevant de l'Aide sociale à l'enfance. Il peut enfin se rapporter à des situations sur lesquelles les MDPH manquent d'éléments de suivi, les démarches pour trouver une solution après la définition d'une orientation relevant des familles ou des organismes de tutelles.

[226] Pour toutes ces situations, un départ vers la Belgique est d'autant plus susceptible d'intervenir, que ces personnes vivent dans des départements où « une certaine habitude » a été prise, de trouver en Belgique la solution au manque de solutions adaptées, ou au contraire, de considérer que la proximité géographique ne justifie pas de se priver d'une solution en Wallonie. Il s'agit alors de départs possibles, mais pas certains.

## 2.2.2 La mise en œuvre

[227] **Les ARS les plus concernées par des départs en Belgique ont agi avec un pragmatisme et un empirisme très chronophage, en lien avec les MDPH, pour identifier des situations susceptibles de devenir des départs vers la Belgique, mais évidemment sans savoir si un tel départ serait en fin de compte advenu.** Ainsi, des situations connues comme critiques auront été considérées comme des départs possibles. Cela a d'ailleurs été reconnu lors de la seconde notification de crédits qui indique : « Il ne s'agit pas uniquement des personnes ayant explicitement formulé un projet de départ mais également toutes celles en situation critique et pour lesquelles d'autres modalités de résolution n'ont pu être trouvées sur le territoire national. »

[228] **Ce travail fait, pour l'essentiel pendant l'été, les ARS (le siège et les délégations territoriales) et les MDPH, avec l'appui des Départements, ont engagé en septembre le travail de mise en adéquation, des situations individuelles et des solutions possibles.** Il est en cours sur environ 400 situations dans les cinq ARS les plus concernées (ce chiffre est un ordre de grandeur évolutif). Des solutions seront trouvées pour certaines, des départs n'ont déjà pas pu être évités pour d'autres.

[229] **En revanche, les ARS ont eu, jusqu'à présent, encore peu d'occasions d'intervenir sur des situations de « départs attendus », telles que prévues par le processus impliquant l'Assurance maladie.** Il est difficile à ce stade d'en connaître précisément les raisons : motivation suffisante des orientations des CDAPH ? Temps mis pour faire remonter des décisions insuffisamment motivées ? Dialogue entre Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Echelon local du service médical (ELSM), MDPH et si besoin Direction régionale du service médical (DRSM) Nord Picardie permettant de lever les interrogations ? Auto adaptation des décisions des CDAPH pour prévenir d'éventuels rejets des CPAM ? etc...

[230] **Qu'il s'agisse donc de situations de « départs attendus » ou de « départs possibles », la mission n'est pas en mesure au mois de novembre de dresser un bilan des résultats du plan du 22 janvier 2016.**

[231] En revanche, la mission peut illustrer l'intérêt d'un plan sur le sujet. En effet, avant la mise en œuvre effective sur le terrain du plan, le mouvement des départs vers les établissements pour les adultes s'est poursuivi à un rythme élevé **en 2016 : 356 nouveaux départs financés par l'Assurance maladie sur les six premiers mois de l'année, dont 236 en MAS et 120 en FAM.**

[232] Pour situer l'ampleur des enjeux, il est possible de donner quelques ordres de grandeur : au **premier semestre de 2016**, on peut estimer, à partir de coûts moyens, que ces **356 nouveaux départs** (236 en MAS et 120 en FAM), représentent un **coût brut pour l'Assurance maladie de 15,5M€ en année pleine** ; en attendant de connaître le coût moyen en année pleine des solutions qui auront été financées en 2016 avec les crédits d'amorçage, **sur la base d'un coût moyen de 40 000€, ce sont 375 solutions potentielles que 15M€ de crédits en année pleine peuvent financer.**

[233] La mission atteste de la mobilisation croissante des acteurs locaux qui se sont appropriés progressivement un processus innovant et chronophage.

## 2.3 Enseignements relatifs au déploiement du plan

[234] **A -** La nouvelle politique publique visant à mettre un terme aux départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique n'échappe pas au **temps requis pour la déployer** : du niveau national, en passant par les niveaux régionaux et départementaux, jusqu'à la mise en œuvre effective au bénéfice de telle personne. Et ce d'autant plus que cette politique relève, comme beaucoup de processus publics, d'une pluralité d'acteurs à chaque niveau. Mais cette politique est désormais en phase active de mise en œuvre.

[235] **B - Ce plan intervient « en avance de phase » du déploiement d'« une réponse accompagnée pour tous ».** Sa mise en place et sa mise en œuvre sont donc révélatrices à la fois, de difficultés à dépasser, par cette nouvelle politique et des problèmes, que cette nouvelle politique devra surmonter pour être efficace.

[236] Le passage à « une réponse accompagnée pour tous » impliquera des nouvelles méthodes de travail organisées et collaboratives entre les acteurs pour dépasser l'empirisme et le pragmatisme auxquels les mêmes acteurs doivent recourir pour le déploiement du plan Belgique.

[237] A partir de l'exemple des départs vers la Belgique, la mission souligne l'importance du travail en cours dans aujourd'hui vingt-quatre départements dits « pionniers » pour élaborer des méthodes de travail adaptées aux nouvelles orientations des politiques publiques du handicap. Elle souligne l'ampleur de la tâche dans un contexte de réfaction des moyens, les enjeux en conséquence d'organisations méthodiques et de qualification des ressources humaines.

[238] Parmi ces départements, seuls quatre sont concernés de manière significative par des hébergements de leurs ressortissants dans des établissements wallons : le Pas de Calais, l'Aisne, la Seine-Maritime et la Seine et Marne. Le déploiement du plan se sera donc effectué sans que les acteurs locaux disposent des outils qui seront nécessaires au déploiement du projet « une réponse accompagnée pour tous ».

[239] Pour la mise en œuvre de l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé, la mission relève plus particulièrement deux points :

- l'enjeu d'une amélioration du suivi des situations des personnes, après la décision d'une orientation, sous forme d'une gestion en file active afin de pouvoir hiérarchiser les situations et les solutions à mettre en place ;
- les évolutions des pratiques de chaque acteur concerné et de leurs manières de travailler ensemble, en ne négligeant pas les intérêts à agir éventuellement contradictoires entre ces acteurs.

[240] Compte tenu de la date de mise en œuvre des nouvelles dispositions prévues par l'article 89 dans tous les départements dès 2018, la possibilité ouverte à de nouveaux départements de rejoindre prochainement la démarche des « départements pionniers » est opportune.

[241] **C - La mise en œuvre du dispositif du 22 janvier illustre le manque d'habitude de travailler suffisamment ensemble entre, les « ARS-Départements-MDPH » et des organismes adresseurs potentiels de personnes handicapées vers la Belgique :**

- les établissements de santé mentale qui cherchent des solutions dans le secteur médico-social pour des personnes qu'ils suivent,
- les structures d'Aide sociale à l'enfance qui ont des responsabilités vis à vis de personnes handicapées relevant d'elles,
- les associations qui exercent des fonctions de tutelle et des juges qui décident de mesure de placement.

[242] La poursuite d'une politique ciblée sur les personnes handicapées susceptibles de partir en Belgique implique que ces organismes et acteurs soient plus impliqués et concernés par la recherche de solutions adaptées en proximité pour des personnes particulièrement vulnérables relevant d'eux.

[243] **D - Le plan repose sur la recherche de solutions dans deux cas de figure de situation : les « départs attendus » et les « départs possibles ».**

[244] **Pour les premiers, la recherche d'une solution alternative intervient en toute fin de processus, donc très (trop) tardivement. Cette possibilité doit néanmoins être maintenue** pour l'avenir : elle permet de disposer d'un suivi précis des personnes « partantes », de s'assurer que les acteurs locaux concernés sont bien informés, ou pas, de ces situations et qu'aucune alternative n'est possible ; mais il serait illusoire d'en attendre trop d'effets sur les flux de départs.

[245] **Pour les seconds, la recherche d'une solution intervient au contraire en amont d'un éventuel départ vers la Belgique.** Cette recherche devrait à l'avenir se fonder sur un travail organisé avec les organismes et acteurs potentiellement adresseurs pour prévenir ces départs et sur l'identification de situations individuelles qui entraînent souvent un départ en Belgique, comme mentionné précédemment. Ces manières de faire sont à développer dans les régions dont certains départements sont particulièrement concernés par des départs en nombre significatifs : Ile-de-France, Hauts de France, Grand Est, Normandie, PACA et Centre-Val de Loire. Mais, plus largement, la mise en œuvre de l'article 89 doit amener à travailler ainsi dans tous les départements, avec ou sans départs possibles vers la Belgique.

- [246] **E - La politique publique engagée relève d'une décision politique nationale, dont les leviers d'action ne concernent qu'une partie des départs potentiels** : ceux du secteur « enfants » et ceux correspondant à des orientations d'adultes de type MAS, qui représentent actuellement environ 43,3 % des personnes accueillies et 57 % en y ajoutant celles de type FAM. Ses résultats peuvent donc en être limités par les décisions prises dans le Départements qui ont une compétence exclusive pour les adultes avec une orientation de type foyers de vie, occupationnels et d'hébergement.
- [247] **De nombreux Départements ont engagé depuis plusieurs années des actions pour limiter le nombre de départs, soit directement, soit indirectement. Une convergence de la politique nationale déclinée par les ARS et des politiques des Départements est donc possible.**
- [248] La mission a recueilli certains exemples de ces pratiques : une politique volontariste pour arrêter les financements de départ et faciliter les retours de Belgique, en **Pas de Calais** ; une commission Belgique dédiée aux demandes de départ et aux recherches de solutions alternatives, dans **l'Aisne** ; une acceptation possible de départ après trois refus d'établissements médico-sociaux sollicités et une sollicitation de la commission départementale des situations critiques en cas de départ prévu, dans **les Hauts de Seine** ; une limitation à cinq nouveaux départs en 2016, dans **les Yvelines** ; la MDPH du **Val d'Oise** peut mobiliser un outil de recensement des bénéficiaires d'orientation en attente signalés « urgents » ; le Département des **Ardennes** donne la priorité à des implantations de structures belges sur son territoire avec la volonté de ramener de l'activité économique ; **la Marne** a une politique active de conventionnement avec des obligations, comme par exemple de venir rencontrer la famille et la personne afin de s'assurer que le projet correspond bien à la prise en charge proposée, etc...
- [249] De nombreux Départements mènent une politique de conventionnement, soit collectif avec un nombre de places, soit individuel à la place, permettant une régulation quantitative et tarifaire. Des politiques de convergence tarifaire sont aussi entreprises. Les Départements de l'Ile-de-France se concertent pour examiner les conventions passées avec les établissements wallons et leurs conditions tarifaires au sein d'un même établissement. Enfin des MDPH, des services de Départements peuvent se déplacer dans ces établissements pour s'assurer du respect des conditions de la convention et de la qualité des prestations fournies.
- [250] Lors de ses déplacements, la mission a constaté la présence systématique des services des Départements invités par les ARS, en plus de celle des MDPH. Elle a incité les acteurs locaux à travailler ensemble sur ce sujet des départs vers la Belgique, en commençant par l'échange d'informations sur les nombres de départs financés et surtout la recherche de solutions, y compris en facilitant la recherche de dérogations dans l'esprit de l'article 89.
- [251] Mais, à ce stade, la mission ne dispose pas d'éléments d'appréciation pour savoir si le plan ministériel, avec ses crédits de l'Assurance maladie, produit un « effet levier » auprès des Départements. En revanche, il conforte le travail collaboratif entre « ARS-Départements-MDPH-opérateurs », mené jusqu'à présent sur les situations critiques, en l'élargissant aux éventuels départs vers la Belgique.
- [252] **F - Les crédits d'amorçage ont une double destination** : le financement de solutions, durables ou temporaires, évitant des départs en Belgique et celui de pôles de compétences et de prestations externalisés (PCPE).
- [253] En 2016, la quasi-totalité des crédits devrait avoir été utilisée au titre du plan Belgique, compte tenu du temps nécessaire pour les appels à candidatures à des PCPE. Il faudra cependant attendre le bilan de l'utilisation de ces crédits 2016 pour distinguer l'usage fait par les ARS de ces crédits, soit en **crédits non reconductibles** pouvant redevenir disponibles en 2017, soit en **crédits reconductibles** pour par exemple financer des extensions de places dès cette année. Par ailleurs, certaines ARS auront complété ces crédits par des crédits de leur dotation régionale limitative utilisés en non reconductible.

[254] Le bilan permettra de savoir combien, au bénéfice de qui, comment les crédits d'amorçage ont été affectés et les engagements pris par les opérateurs. Il sera également important de connaître la part de ces 15 millions 2016 que les ARS seront susceptibles de remobiliser en 2017 au bénéfice du plan.

[255] Par ailleurs, les financements des PCPE retenus fin 2016 ne seront plus disponibles en crédits non reconductibles en 2017 pour des soutiens ponctuels ou des renforcements de personnels au bénéfice direct de personnes susceptibles de partir en Belgique, sauf en cas d'intervention d'un PCPE dans l'attente d'un accompagnement par un service ou un établissement médico-social pour éviter un départ possible.

[256] Il y a donc **un sujet : celui de l'ampleur des marges de manœuvre dont les ARS disposeront pour poursuivre la recherche de solutions adaptées en proximité comme alternative à un départ en Belgique, à la fois en crédits non reconductibles et en crédits reconductibles.**

[257] **Ce sujet renvoie d'ailleurs à un sujet plus large**, celui du développement d'une logique de parcours personnalisé et inclusif et celui d' « une réponse accompagnée pour tous », même si cette réponse n'est pas optimale et si elle est temporaire, comme le souligne le rapport de Mr Denis Piveteau.

[258] **Le développement de ces approches nécessitera que les ARS disposent aussi de crédits non reconductibles** qui sont plus faciles à affecter d'une situation à une autre, d'un opérateur à un autre que des crédits reconductibles. Or la politique en cours est de réduire les montants de crédits médico-sociaux que les ARS gèrent en non reconductibles. Il y aura là des choix à faire.

[259] **G – Des politiques publiques qui modifient les métiers et les qualifications des agents des ARS, le fonctionnement interne et le positionnement externe des Agences.** Sur le champ du handicap, concomitamment et en cohérence avec les évolutions en cours sur d'autres champs de compétence des ARS, des changements sont à l'œuvre, notamment autour de trois mots clés associés : individualisation, désinstitutionnalisation et parcours.

[260] En restant sur les sujets liés au présent rapport, trois exemples illustratifs : l'instruction du 22 novembre 2013 confie aux ARS une responsabilité pour trouver, avec d'autres acteurs, des solutions au bénéfice de personnes handicapées en situation critique ; avec l'instruction du 22 janvier 2016, les ARS sont en pilotage d'un plan visant à trouver et à proposer des solutions adaptées au cas par cas ; les ARS devront s'assurer du déploiement opérationnel d' « une réponse accompagnée pour tous » et contribuer à l'élaboration collaborative de ces réponses individuelles.

[261] Un double mouvement est engagé pour les ARS : elles doivent contribuer à l'élaboration de solutions individualisées pour des situations individuelles, le tout dans une logique de parcours territorialisés ; et elles doivent piloter le déploiement et le suivi de politiques publiques collaboratives.

[262] En l'état, ces tâches sont chronophages et elles viennent compléter, en s'ajoutant, celles qui demeurent : organisation, recomposition et programmation de l'offre, financements, contrôles.... .

[263] Les enjeux sont importants pour les ARS en termes de quantité de travail à effectuer, de profils et de qualification des agents, de réorganisation des manières de travailler, de répartition des tâches entre les sièges et les délégations territoriale. Ils le sont aussi pour leur propre positionnement d' « agences de régulation ».

[264] Le sujet du présent rapport, pour ce qui le concerne, est de formuler certaines recommandations à partir des enseignements tirés dans les deux premières parties.

### 3 DES RECOMMANDATIONS POUR LA POURSUITE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE ENGAGEE

[265] L'évaluation globale du plan ne peut qu'être incomplète, compte tenu du calendrier prévu par la lettre de mission : les remontées des questionnaires individualisés sont encore peu nombreuses et souvent partielles, les engagements de crédits sont en cours et les acteurs locaux sont mobilisés avant tout, en cet automne 2016, sur la mise en œuvre effective des solutions individualisées.

[266] C'est donc une **évaluation des moyens mis en place pour la mise en œuvre du plan** qu'il est possible de faire, **et non de ses résultats**.

[267] Cette évaluation est fondée sur les principaux enseignements tirés précédemment, à partir desquels des principes d'action peuvent être dégagés (3.1), des domaines d'amélioration identifiés (3.2), avant de proposer des modalités visant à renforcer l'efficacité d'une politique publique engagée très récemment, avec l'accord-cadre franco-wallon entré en vigueur en 2014 et le plan ministériel en 2016 (3.3).

#### 3.1 Des principes d'action pour l'avenir

[268] A – La vie transfrontalière est une réalité ; **des personnes handicapées peuvent être accueillies en Belgique depuis longtemps, bien et en proximité par rapport à leur lieu de vie.**

[269] Cette réalité est une des principales raisons qui justifient de **conserver la possibilité, pour les familles qui le souhaitent, d'opter pour un établissement wallon** plutôt que pour un établissement dans leur département. Le maintien de cette possibilité relève aussi du pragmatisme face aux personnes dites « sans solution » et aux insuffisances connues des capacités de prise en charge dans tel ou tel département, pour tel ou tel type de pathologie, par tel type d'établissement ou de service.

[270] Mais la particulière vulnérabilité des personnes handicapées accueillies en Belgique souligne, a contrario, les insuffisances du système français à leur égard. Il ne s'agit pas uniquement d'un manque de places en établissement. Le présent rapport renvoie au diagnostic bien posé par celui de Mr Denis Piveteau et aux suites qui lui sont données.

[271] B – **La politique engagée vis-à-vis des départs vers la Belgique peut et doit s'inscrire dans les modalités permettant d'apporter une réponse adaptée et évolutive à chaque personne handicapée.**

[272] Les départs vers la Belgique surviennent après des ruptures de parcours et en l'absence de solutions adaptées en proximité. L'instruction du 22 janvier inscrit explicitement certaines modalités de sa mise en œuvre en préfiguration du déploiement de l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

[273] Les difficultés rencontrées pour le déploiement du plan Belgique illustrent certaines qui sont et qui seront rencontrées pour celui de l'article 89. Les travaux menés dans les départements pionniers visent à élaborer des méthodes de travail, des outils, des règles du jeu et des bonnes pratiques collaboratives afin de dépasser l'empirisme qui prévaut aujourd'hui pour :

- l'identification des cas possibles de départs vers la Belgique
- et le montage de solutions.

[274] C – **La poursuite d'une politique publique nationale sur ce sujet des départs et des accueils de personnes handicapées vers la Belgique est souhaitable, s'agissant de personnes particulièrement vulnérables et elle est nécessaire pour produire des résultats.**

[275] A la fin de l'année 2016, le nombre de personnes accueillies dépassera les 7 000 et les flux de départs se seront poursuivis. Des contrôles supplémentaires sur la qualité des prestations fournies auront eu lieu, avec des effets bénéfiques, pour les résidents, mais indirectement aussi sur l'attractivité des établissements wallons.

[276] Dans le même temps, des départs auront bien été évités en 2016 avec la mobilisation des acteurs et des financements que le plan du 22 janvier entraîne dans les régions et les départements. Mais les contraintes du système français, des tendances en cours, comme l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées et des diagnostics plus précoce, et les « habitudes prises » de trouver en Belgique des solutions ne se sont pas évanouies.

[277] Enfin, cette politique nationale étant très récente, son efficacité ne pourra être appréciée que si elle est menée dans la durée et déclinée dans les régions les plus concernées. Par ailleurs, la mise en œuvre des recommandations de ce rapport, et particulièrement le déploiement de celles prévues dans l'accord-cadre franc-wallon, nécessite du temps. Une période de cinq années paraît adaptée. Ensuite, ou progressivement, elle s'intégrera logiquement dans la politique générale d'« une réponse accompagnée pour tous ».

**Recommandation n°2 : Poursuivre, et l'annoncer, une politique publique explicite pour éviter les départs non souhaités de personnes handicapées particulièrement vulnérables, en en améliorant l'efficacité.**

### 3.2 Des domaines d'amélioration identifiés

[278] **A - La circulation des informations est insuffisante entre les acteurs :**

- il y a des insuffisances qui ne sont pas spécifiques au suivi des personnes handicapées vers et en Belgique, et qui renvoient particulièrement aux travaux que pilote la CNSA sur les systèmes d'information du secteur du handicap ; elles ne seront pas traitées ici, tout en soulignant leur importance,
- et il y a celles qui concernent le sujet du présent rapport ; pour éviter des redites, ces insuffisances sont abordées dans le point 3.3.

[279] **B - Les acteurs locaux travaillent ensemble quand cela est requis et nécessaire, chacun dans son domaine de compétence, et souvent correctement.**

[280] Mais les enjeux, et donc les manières de faire, ont déjà commencé de changer autour des personnes dont la situation est complexe ou critique, avec l'élaboration collaborative de solutions personnalisées, temporaires, partielles ou durables. Les modalités du plan Belgique augmentent le nombre de personnes pour lesquelles ce type de travail doit être mené, en chargeant les ARS de le piloter.

[281] Selon des propos de responsables, au sein des ARS, ayant travaillé précédemment en Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, ces nouvelles manières de faire ramènent, pour une part, à une période où les services de l'Etat intervenaient sur des situations individuelles.

[282] Maintenant, c'est toute l'orientation générale de la politique du handicap qui va vers la personnalisation des solutions et l'obligation, pour les acteurs du secteur, de construire territorialement et en termes de parcours, ces solutions : ARS, Départements, MDPH, opérateurs du médico-social, du sanitaire et du social, mais aussi du logement, de l'éducation, des services judiciaires, etc...

[283] Le rapport ne développe pas les conséquences de cette nouvelle orientation pour l'organisation et le fonctionnement du travail collaboratif territorial. Il souligne cependant l'ampleur des changements que l'individualisation des solutions, le mouvement des désinstitutionnalisation qui l'accompagne et la logique de parcours qu'elle implique, amènent à déployer.

[284] **C – Les établissements wallons accueillent des personnes handicapées atteintes de troubles lourds qui ne trouvent pas de solutions en France.**

[285] Cela peut renvoyer à plusieurs raisons tant en Wallonie qu'en France : le projet des établissements autour du projet de vie des personnes accueillies, leur taille, la formation des agents, les pédagogies développées, etc...

[286] L'accord franco-wallon prévoit que des échanges de pratiques soient instaurés. Il y a là des initiatives officielles nationales à prendre (cf. recommandation n°1).

### 3.3 Des modalités pour renforcer l'efficacité de la politique publique engagée

[287] Le choix de poursuivre la politique engagée appartient aux pouvoirs publics. Pour en améliorer l'efficacité, la mission préconise tout d'abord que :

- le bilan de la première année du plan soit tiré dès que possible début 2017, comme l'article 90 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 le demande,
- la circulation des informations soit améliorée entre les différents acteurs afin de faciliter le pilotage de cette politique,
- cette politique trouve des relais auprès d'organismes qui adressent habituellement des personnes handicapées vers la Belgique.

[288] **A - Le bilan** pourra être établi à partir de l'exploitation des questionnaires personnalisés que les MDPH et les ARS doivent renseigner.

#### Recommandation n°3 : Procéder dès le début de 2017 à une analyse des réponses au questionnaire de suivi du plan.

[289] La mission attire l'attention sur la nécessité pour la CNSA, avec l'appui du ministère des affaires sociales, d'organiser l'effectivité et l'exhaustivité des retours d'information dès le début de 2017, car ils nécessiteront certainement des relances, des allers et retours pour s'assurer de la cohérence des informations fournies, avant de pouvoir en tirer des enseignements significatifs.

[290] La mission recommande que cette analyse soit menée afin de mieux comprendre, en particulier, les raisons des départs, la nature des réponses apportées et leurs portées (solutions temporaires, durables, de quels types etc...), la dynamique territoriale engagée et l'adéquation entre les moyens mobilisés pour éviter des départs et les départs qui se seront produits. L'interprétation de ce dernier aspect devra être réalisée plus en dynamique qu'en statique, compte tenu de la tendance forte à l'œuvre ces dernières années, y compris au premier semestre 2016.

[291] **B - La circulation des informations doit être améliorée.** En effet les ARS, qui doivent piloter la mise en œuvre du plan, ne connaissent ni le nombre de départs, ni le nombre des personnes accueillies.

#### Recommandation n°4 : Fournir aux ARS, et par leur entremise aux MDPH, aux Départements et aux opérateurs les statistiques départementales des départs, des retours et des fins de prise en charge en Belgique.

[292] **L'Assurance maladie dispose de ces informations** pour les enfants, les adultes maintenus au titre de l'amendement Creton, les adultes avec une orientation de type MAS ou FAM. Il est recommandé qu'elle organise désormais une **diffusion de ces informations, trimestriellement et annuellement**, vers les ARS, avec copie à la DGCS et la CNSA. Pour les enfants, la caisse pivot de Roubaix-Tourcoing est en mesure de le faire, car elle le fait déjà auprès de l'ARS des Hauts de France. Pour les adultes, cela reste à organiser en déterminant auprès de qui les informations réparties dans les CPAM doivent être centralisées afin d'être ensuite diffusées. La DRSM du Nord Picardie, qui connaît bien ces sujets et qui centralisait jusqu'à présent les informations, pourrait en être chargée.

[293] Il serait souhaitable que ces informations soient diffusées 30 jours après l'échéance de chaque trimestre. Elles pourraient inclure les informations, dont dispose l'Assurance maladie, sur les renouvellements ou les modifications d'orientation dans le même ou un autre établissement belge (par exemple en cas de passage d'une orientation « foyers » en une orientation de type FAM, d'une orientation de type FAM en orientation de type MAS).

[294] Il est proposé que sous l'égide de la DGCS ou de la CNSA, un groupe de travail, comprenant les représentants de l'Assurance maladie, des ARS, dont celle des Hauts de France, et des MDPH conviennent, au premier trimestre 2017, des informations utiles et des circuits de diffusion.

[295] **Mais ces informations, provenant de l'Assurance maladie, ne diront rien des orientations de type foyers, relevant exclusivement des décisions des Départements. Deux solutions sont possibles :**

- la CNSA demande aux Départements qu'ils lui fournissent leurs chiffres, à titre d'information, et ensuite les diffuse auprès des ARS,
- chaque ARS, et particulièrement celles les plus concernées par des départs vers la Belgique, conviennent avec les Départements de leur région d'un échange d'information régulier.

**Quant au relevé d'information, il est un outil de connaissance indispensable sur les personnes accueillies.** En revanche son élaboration est longue (9 mois en 2016 pour l'année 2015), sa qualité encore perfectible et elle exige un travail important de la part de l'ARS des Hauts de France.

[296] C'est pourquoi la mission est favorable à deux initiatives évoquées lors de la réunion de la commission mixte du 16 novembre :

- la diffusion d'un **courrier conjoint AViQ et ARS des Hauts de France auprès des établissements wallons**, dès le mois de janvier de chaque année, demandant les informations requises avant le 31 mars pour établir le relevé d'information ; ce courrier rappellera qu'il s'agit d'une disposition obligatoire, prévue dans l'autorisation donnée, et susceptible d'entraîner des sanctions en cas de non fourniture dans les délais,
- la **création et l'alimentation d'un espace collaboratif par l'ARS des Hauts de France**, avec accès aux autres ARS, aux Départements, aux MDPH, aux administrations centrales, à la CNSA et à l'Assurance maladie notamment, **afin d'améliorer le partage et la diffusion des connaissances relatives à la déclinaison de l'accord-cadre, dont celles que fournit le relevé d'information.**

[297] C - La mission confirme que **des liens se sont établis entre des organismes français, en recherche de places, et des établissements wallons. Il s'agit de certains établissements de santé mentale ou ayant une activité de santé mentale, de structures agréées par l'Aide sociale à l'enfance, d'organismes tutélaires ou parfois d'établissements médico-sociaux eux-mêmes.**

**Recommandation n°5 : Impliquer les établissements ayant une activité de santé mentale, les structures agréées par l'ASE, les organismes tutélaires et les établissements médico-sociaux eux-mêmes dans la mise en œuvre de la politique nationale.**

[298] Ce travail spécifique doit être mené en particulier dans les régions et départements les plus concernés par les départs en Belgique. Il a été engagé par certaines ARS dès cette année, en PACA, en Normandie et commence en Ile-de-France, vis-à-vis des établissements de santé mentale, spécialisés ou non. Il est à systématiser, afin que chaque départ possible soit porté à la connaissance de la MDPH.

[299] Ce même travail est à organiser avec les opérateurs gestionnaires de personnes handicapées relevant de l'ASE et de mesures de tutelle. Pour éviter des départs possibles, les ARS doivent obtenir l'appui des services des Départements en charge du handicap, mais aussi de ceux dont dépendent l'ASE et le suivi des tutelles.

[300] Enfin, les établissements médico-sociaux qui rechercheraient des solutions en Belgique pour des personnes qu'ils ne pourraient plus garder, ou qui inciteraient des familles en ce sens, devraient également le faire savoir à leur MDPH, lorsqu'ils ne le font pas déjà.

[301] On peut penser en particulier aux personnes maintenues dans des établissements médico-sociaux pour enfants, au titre de l'amendement Creton, dans les départements qui ont déjà de nombreux ressortissants hébergés en Belgique. Les MDPH connaissent les personnes maintenues, mais elles ne connaissent pas bien l'avancement des démarches entreprises pour leur obtenir une nouvelle solution.

[302] Au regard des difficultés rencontrées par les MDPH et les ARS pour identifier les « départs possibles » en Belgique, **ce travail de liaison avec des organismes adresseurs est une voie essentielle pour l'efficacité, et donc la réussite de la politique suivie**, et plus largement demain de la recherche d'une réponse accompagnée pour tous. Il s'agit pour les ARS, les MDPH et les Départements de modifier les intérêts à agir de ces organismes, en travaillant avec eux la construction de solutions alternatives en proximité.

[303] Ces recommandations étant énoncées, **le sujet de la poursuite d'un plan avec des crédits dédiés doit être posé**.

[304] **D** – Il est acquis que les 15M€ de 2016 seront consolidés dans les bases des dotations régionales limitatives pour 2017. Les ARS vont donc pouvoir en disposer pour financer :

- en crédits reconductibles, des pôles de compétences et de prestations externalisées, dont les effets sur les départs possibles en Belgique sont incertains,
- en crédits reconductibles, des augmentations de places permettant d'éviter des départs possibles,
- en crédits non reconductibles, des solutions plus ou moins temporaires en proximité.

[305] Afin que ces financements puissent répondre à leurs finalités en 2016, et ensuite en 2017, **il faut que les ARS contractualisent avec les opérateurs bénéficiaires** l'usage de ces financements pour éviter des départs, **et en assurent un suivi**.

[306] **La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ne prévoit pas de mesure budgétaire nouvelle spécifique pour le plan Belgique.** La création de solutions alternatives à des départs en Belgique pourra relever des moyens supplémentaires de 180M€en cinq ans, que l'Etat a décidé de consacrer à la transformation de l'offre au titre de la « réponse accompagnée pour tous ».

[307] Les contraintes de l'ONDAM médico-social peuvent expliquer ce choix. Il est vrai aussi que la recherche de solutions adaptées pour une personne handicapée pouvant partir en Belgique s'assimile à la recherche d'une réponse accompagnée, comme pour toutes les autres.

[308] Cependant, la force d'attraction des établissements belges n'a pas de raison de diminuer, car ils offrent des solutions, financées par l'Assurance maladie française, pour certaines catégories de personnes handicapées qui n'en trouvent pas en proximité ou qui ne le souhaitent pas. La dynamique des départs a continué d'être forte au premier semestre 2016.

[309] Pour contrebalancer cette force, les ARS doivent pouvoir limiter les intérêts à agir en faveur des départs vers la Belgique en mobilisant, pour des montants suffisamment significatifs, des crédits à cet effet (...y compris pour réduire l'intérêt à agir que représente le dépassement des dotations régionales limitatives par le biais du septième sous-objectif de l'ONDAM non limitatif). Il est plus facile de créer un vrai effet levier à partir de crédits dédiés que de crédits devant financer plusieurs actions prioritaires.

**Recommandation n°6 : Renouveler en 2017, voire également en 2018, une mesure nouvelle dédiée à la politique publique engagée en 2016.**

[310] Que des crédits dédiés supplémentaires ou non soient dégagés pour 2017, la mission recommande les dispositions complémentaires suivantes :

**Recommandation n°7 : Mobiliser en priorité des crédits pour cette politique dans les régions les plus concernées, c'est-à-dire l'Ile-de-France, les Hauts de France, le Grand Est, et pour des montants moindres PACA, la Normandie et le Centre-Val de Loire.**

**Recommandation n°8 : Incrire la priorité du déploiement de cette politique publique nationale dans les projets régionaux de santé de ces régions, dans leurs programmes départementaux de création de places, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ARS concernées et/ou les lettres d'objectifs de leurs directeurs généraux, mais aussi dans des CPOM conclus avec certains opérateurs médico-sociaux.**

**Recommandation n°9 : Tenir une réunion annuelle de la commission mixte franco-wallonne sous la présidence des ministres, précédée par celle du comité national de suivi de l'accord-cadre afin d'informer les représentants des associations de personnes handicapées et les Départements.**

**Recommandation n°10 : Mettre en œuvre une politique de conventionnement avec les établissements pour adultes, comme il en existe une depuis longtemps avec les établissements pour enfants.**

[311] Cette dernière proposition a été formulée par la mission avant la réunion du 16 novembre de la commission mixte franco-wallonne, et retenue par les pouvoirs publics. Des premiers échanges techniques ont eu lieu à cette occasion. Il s'agit d'engager progressivement un **travail de grande ampleur** dont il conviendra préalablement de définir les principes et les objectifs, le champ, les modalités et d'en évaluer les conséquences.

[312] **Le calendrier offre une opportunité** avec la révision en cours par les autorités wallonnes d'un arrêté sur l'encadrement de la qualité des établissements, visant notamment à supprimer la catégorie des établissements « autorisés à prendre en charge » en les intégrant dans celle des établissements « agréés », comme le sont les établissements aujourd'hui conventionnés pour l'accueil des enfants. Par ailleurs, les autorités wallonnes ont fait part de leur souci, partagé avec les opérateurs, d'avoir une bonne visibilité de la politique des autorités françaises sur les départs et l'accueil des personnes handicapées en Belgique.

[313] **Les principes et les objectifs pourraient être les suivants :**

- en augmentant le nombre d'établissements conventionnés, les autorités françaises conviennent que des prises en charge de personnes handicapées françaises en Belgique sont « légitimes » dans des conditions bien définies et en particulier de qualité, « justifiées » au nom d'une vie transfrontalière, « respectueuses » du libre choix des familles qui le souhaitent, « compatibles » avec la politique publique engagée d'éviter les départs contraints par des offres de solutions adaptées en proximité,
- au regard des critères d'encadrement redéfinis par les autorités wallonnes, lier le conventionnement à une bonne adéquation entre les besoins des personnes accueillies

et les prises en charge assurées, en allant au-delà si nécessaire de certains critères minimaux du futur arrêté,

- s'inspirer des conventions existantes pour les établissements hébergeant des enfants, et celles passées par des Départements, capitaliser les acquis du travail conjoint franc-wallon sur la qualité au titre de l'accord-cadre,
- fiabiliser le recueil des informations et rendre contraignante leur transmission avant le 31 mars de chaque année pour établir le relevé d'information au 31/12 de l'année précédente, dès le deuxième trimestre de l'année en cours,
- définir les modalités et les niveaux de financement pour les établissements en fonction des caractéristiques des personnes accueillies, de leur nombre et du contenu des dépenses prises en charge.

[314] Ce dernier point sera le plus sensible et ses conditions de mise en œuvre les plus complexes, tant il s'inscrit actuellement dans un contexte d'augmentation de l'offre wallonne en réponse aussi à une demande française, le tout entraînant une forte augmentation des dépenses de l'Assurance maladie.

[315] **La régulation par le nombre de places, les types de prise en charge, les dépenses et les tarifs** que le développement du conventionnement instaurera nécessite un travail préalable national partant de l'existant, en s'appuyant sur la connaissance que les autorités wallonnes ont de leurs établissements.

[316] Ce travail impliquera particulièrement la DGCS, la DSS, la CNSA, la CNAMTS, l'ARS des Hauts de France et une seconde si possible, un ou des représentants des Départements. L'Association des Départements de France devra être informée.

[317] Au regard de l'ampleur de la tâche, la mission recommande qu'un chef de file et un chef de projet soient désignés, sur la base d'une lettre de mission ministérielle.

[318] Afin de s'inscrire dans la dynamique du plan ministériel, de la réunion de la commission mixte de l'accord-cadre du 16 novembre et de l'élaboration de nouvelles normes pour des établissements wallons, la mission recommande que les grandes lignes de ce projet soient établies au premier trimestre 2017, après des échanges techniques avec les services de l'AViQ. Ensuite, ces propositions seront soumises en France à l'arbitrage des cabinets et des ministres, avant de donner lieu à des discussions avec les autorités politiques wallonnes, puis à une officialisation en commission mixte de l'accord-cadre.

[319] Il convient aussi de **définir le champ des établissements à conventionner**. En effet, selon les chiffres fournis par l'ARS des Hauts de France, parmi les 178 structures accueillant des personnes handicapées françaises, 133 accueillent des personnes avec des financements de l'Assurance maladie : 41 correspondant à des orientations de type MAS, 34 de type FAM et 58 des deux types, dont certaines d'entre elles accueillent aussi des personnes à orientation type foyers, pour lesquelles des conventions avec un ou plusieurs Départements peuvent exister.

[320] Il sera réaliste de commencer le travail sur les structures hébergeant spécifiquement des personnes à orientation type MAS, avec comme seul interlocuteur financier l'Assurance maladie. Un calendrier de la montée en charge du conventionnement sera établi en fonction des ressources humaines qui pourront être mobilisées, très probablement en renforçant l'équipe de l'ARS des Hauts de France à cet effet. Un dialogue devra être établi avec les ARS principalement concernées quant aux nombres et aux types de places à conventionner. Les modalités de discussion des projets de convention et ensuite de leur suivi devront être définies.

[321] Cette régulation renvoie aussi à l'option possible de réintégrer ces dépenses dans l'ONDAM médico-social, c'est-à-dire au sein d'une enveloppe fermée. La mission estime que cette option serait à terme une conséquence logique à la fois du conventionnement généralisé et de la réussite de la politique de solutions alternatives en proximité. En revanche, elle ne recommande pas qu'elle en soit un préalable, compte tenu notamment d'une montée en charge, qui ne pourra être que progressive, du nombre d'établissements conventionnés et de l'absence de recul sur l'impact de la politique publique engagée en 2016.

Signataire du rapport

Christian DUBOSQ



## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

| N° | Recommandation  | Autorité responsable   | Echéance                                 |
|----|---|--|--|
| 1  | Engager rapidement des travaux, sous l'égide des autorités ministérielles françaises et wallonnes, sur les modalités respectives d'accompagnement.  | DGCS, CNSA et AViQ   | 2017 et travaux pluriannuels             |
| 2  | Poursuivre, et l'annoncer, une politique publique explicite pour éviter les départs non souhaités de personnes handicapées particulièrement vulnérables, en améliorant l'efficacité.  | Ministres  | 2017                                     |
| 3  | Procéder dès le début de 2017 à une analyse des réponses au questionnaire de suivi du plan.   | CNSA   | 1 <sup>er</sup> trimestre 2017           |
| 4  | Fournir aux ARS, et par leur entremise aux MDPH, aux Départements et aux opérateurs, les statistiques départementales des départs, des retours et des fins de prise en charge en Belgique.  | Assurance maladie (CNAMTS)   | 1 <sup>er</sup> trimestre 2017           |
| 5  | Impliquer les établissements ayant une activité de santé mentale, les structures agréées par l'ASE, les organismes tutélaires et les établissements médico-sociaux eux-mêmes dans la mise en œuvre de la politique nationale.   | ARS et MDPH  | 2017 et années suivantes                 |
| 6  | Renouveler en 2017, voire également en 2018, une mesure nouvelle dédiée à la politique publique engagée en 2016.  | Décision : Ministres<br>Proposition et mise en œuvre : DGCS, CNSA, DSS   | Préparation campagne budgétaire 2017     |
| 7  | Mobiliser en priorité des crédits pour cette politique dans les régions les plus concernées, c'est-à-dire l'Ile-de-France, les Hauts de France, le Grand Est, et pour des montants moindres PACA, la Normandie et le Centre Val de Loire.   | Décision : Ministres<br>Proposition et mise en œuvre : DGCS, CNSA, DSS   | Mise en œuvre campagne budgétaire 2017   |
| 8  | Inscrire la priorité du déploiement de cette politique publique nationale dans les projets régionaux de santé de ces régions, dans leurs programmes départementaux de création de places, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ARS concernées et/ou les lettres d'objectifs de leurs directeurs généraux, mais aussi dans des CPOM conclus avec certains opérateurs médico-sociaux. | ARS, Secrétariat général des ministères sociaux  | 2017 et années suivantes                 |
| 9  | Tenir une réunion annuelle de la commission mixte franco-wallonne sous la présidence des ministres, précédée par celle du comité national de suivi de l'accord-cadre afin d'informer les représentants des associations de personnes handicapées et les Départements.   | Ministres des deux gouvernements, DGCS, Délégation aux affaires européennes et internationales, ARS des Hauts de France, AViQ  | 2017 et années suivantes                 |
| 10 | Mettre en œuvre une politique de conventionnement avec les établissements pour adultes, comme il en existe une depuis longtemps avec les établissements pour enfants.   | Décision : Ministres<br>Déploiement : DGCS, DSS, CNSA, Assurance maladie, ARS, Départements, MDPH<br>Lettre de mission des Ministres avec désignation d'un chef de file et de projet | 2017 et calendrier déploiement à définir |



## LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Le Directeur de cabinet*

Cab.SN/LL/ZB - D 15-026775

|  |
|--|
| Inspection Générale<br>Des Affaires Sociales |
| 07 DEC. 2015                                 |
| N°   |

Paris, le 03 DEC. 2015

Note  
à l'attention de  
**Monsieur Pierre BOISSIER,**  
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

**Objet :** Demande de mise en place d'une mission d'appui au dispositif visant à mettre un terme aux « départs forcés » de personnes handicapées vers la Belgique.

La situation particulière et historique d'accueil de personnes handicapées en Belgique a conduit à la signature d'un accord-cadre, le 22 décembre 2011, entre la France et la Wallonie. Il est entré en vigueur le 1er mars 2014.

Cet accord cadre a pour objectifs de disposer d'éléments de recensement des publics français, de leurs établissements d'hébergement et d'améliorer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées françaises accueillies en Belgique, en renforçant les possibilités de contrôle et en prévoyant une convention type permettant de définir les conditions d'accueil et les critères relatifs à la qualité de l'accompagnement.

Des inspections sont conjointement menées par l'ARS Nord-Pas de Calais et l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Les conventions existantes pour l'accueil d'enfants ont été renégociées avec les 25 établissements concernés. Ce dispositif est financé par l'objectif global des dépenses (OGD) géré par la CNSA (pour un montant de 70M€ en 2015), l'ARS Nord Pas de Calais et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Roubaix assurant un rôle pivot. De même, selon la logique de l'accord franco-wallon, des départements ont mis en place une stratégie de conventionnement avec certains établissements pour l'accueil d'adultes handicapés.

Néanmoins, il apparaît que le nombre de personnes handicapées françaises accueillies dans des établissements non conventionnés augmente fortement, ainsi que les dépenses d'assurance maladie liées aux prises en charge correspondantes par le centre national des soins à l'étranger (CNSE) ; ces personnes relèveraient dans une proportion de l'ordre de 65 à 70 % d'une orientation vers un établissement entrant dans le champ de compétence des départements. Ainsi, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMETS) indique que :

- En janvier 2013, 1205 dossiers avaient été traités par le CNSE dans 89 établissements étrangers contre 1908 dossiers en décembre 2014 (dont 1898 en Belgique) dans 108 établissements étrangers, soit une progression globale de 28% du nombre d'assurés et de 29,3% pour les seuls placements en Belgique ;

- En 2013, 59M€ ont été remboursés globalement par le CNSE contre 82,2M€ en 2014, représentant une augmentation de 39% des dépenses, liée principalement aux orientations vers la Belgique. A ces dépenses, s'ajoutent celles liées aux facturations de soins médicaux, paramédicaux, médicaments, transports et LPP détectées à l'occasion de contrôles réalisés par le CNSE.

Pour mettre un terme à ces départs forcés lorsqu'ils ne relèvent pas explicitement du libre choix des personnes, source de douleur et d'éloignement pour les familles, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, ainsi que Ségolène Neuville, secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion ont donc décidé de développer significativement, en relation avec les ARS concernées, les solutions à proximité de leur domicile. Trois solutions sont privilégiées :

- des interventions directes de professionnels spécialisés au domicile ;
- des renforts de personnels dans les établissements médico-sociaux de proximité ;
- des créations de place sur mesure dans établissements et services médico-sociaux.

Pour se faire, un fonds d'amorçage d'un montant de 15 millions d'euros est engagé dès 2016. Une procédure de mise en œuvre de la mesure et de l'utilisation de cette enveloppe de crédits a été élaborée conjointement par la DGCS, la DSS, la CNSA, la CNAMTS et de l'ARS Nord-Pas-de-Calais. . Cette procédure s'appuie prioritairement sur le dispositif permanent d'orientation prévu par l'article 21 bis du projet de loi de modernisation de notre système de santé qui sera mis en œuvre par les MDPH, et dans l'attente du déploiement de ce type de dispositif, sur les commissions « situations critiques » instaurées par la circulaire n° DGCS/SD3B/ CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013.

Je souhaite donc que l'IGAS puisse apporter un appui au suivi du dispositif dès son démarrage. Cet appui aura en particulier pour objet l'évaluation au fil du temps du dispositif et de ses modalités de mise en œuvre opérationnelle dans les territoires, de son financement, notamment quant à l'utilisation par les ARS des crédits spécifiques qui leur auront été affectés au bénéfice de la création des réponses de proximité permises par le fonds d'amorçage.

Il me semble en effet particulièrement important d'objectiver les éléments suivants :

- le suivi des motivations des refus des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) d'accueillir une personne handicapée sur le territoire national ;
- le nombre et la typologie de la situation des personnes handicapées pour lesquelles un départ vers la Belgique aura été évité ;
- le suivi des solutions élaborées pour permettre un accueil et un accompagnement de proximité (description de la solution, modalités d'élaboration des réponses et de la décision, coût de la solution) ;
- la pérennité des solutions mises en œuvre (suivi de la durée de mise en œuvre des solutions élaborées) ;
- les effets induits (ou à anticiper) par ce dispositif sur la mise en œuvre de l'accord-cadre.

3

Outre que ce suivi permettra de vérifier la bonne mise en œuvre du processus, il offrira l'opportunité de mieux calibrer dans la durée les besoins de financement permettant d'élaborer des réponses de proximité alternatives au départ en Belgique et souhaitées par les personnes et les familles.. Il donnera également l'occasion de vérifier la dynamique des dépenses constatées sur le CNSE et de disposer d'une vision globale des flux vers la Belgique et de leur coût.

Dans ce contexte, il serait souhaitable que cette mission d'appui puisse démarrer dès décembre 2015 afin de construire le cadre méthodologique du suivi de cette mesure.

Vous pourrez vous appuyer sur la DGCS, et me remettrez des rapports d'étapes trimestriels, ainsi qu'une évaluation globale du dispositif à l'automne 2016.



Etienne CHAMPION



## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

- Madame Sérgolène NEUVILLE, Secrétaire d'Etat en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion
- Cabinets ministériels :
  - Madame Laurence LEFEVRE, directrice de cabinet de Mme Neuville
  - Monsieur Olivier VEBER, directeur de cabinet de Mme Neuville
  - Monsieur Saïd ACEF, conseiller au cabinet de Mme Neuville pour le handicap
  - Madame Marina DROBI, conseillère au cabinet de Mme Neuville pour le handicap
  - Madame Delphine LE MOLGAT, cabinet de Mme Neuville
  - Madame Isabelle BILGER, conseillère au cabinet de Mme Marisol TOURAIN, Ministre des affaires sociales et des droits des femmes, pour le handicap
- Députés et sénateurs :
  - Monsieur Philip CORDERY, député, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017
  - Madame Claire-Lise CAMPION et Monsieur Philippe MOUILLER, rapporteurs pour la commission des affaires sociales de la mission sénatoriale sur la prise en charge des personnes handicapées dans des établissements situés en dehors du territoire français et Monsieur Philippe VATRIN, sénateur
- Chef de projet et responsable interministériel :
  - Madame Marie-Sophie DESSAULE, chef du projet « Une réponse accompagnée pour tous »
  - Monsieur Etienne PETITMANGIN, secrétaire général du comité interministériel du handicap
- Administration de la santé et des affaires sociales :
  - Monsieur Pierre RICORDEAU, secrétaire général des ministères en charge des affaires sociales
  - Madame Virginie HOAREAU, chargé de mission au secrétariat général pour le handicap
  - Monsieur Jean-Philippe VINQUANT, directeur général de la cohésion sociale (DGCS)
  - Madame Cécile TAGLIANA, chef de service à la DGCS
  - Madame Nathalie CUVILLIER, sous-directrice de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
  - Madame Delphine CHAUMEL, adjointe auprès de Mme CUVILLIER, en charge du secteur des personnes handicapées
  - Monsieur Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, bureau citoyenneté, droits et parcours de vie des personnes handicapées
  - Docteur Annick DEVEAU, directrice du projet SERAFIN-PH à la DGCS

- Monsieur Thomas FATOME, directeur, Madame Séverine SALGADO, chef de la division des affaires communautaires et internationales, Madame Julie POGHEON, Monsieur Damien VERGE et Monsieur Arthur STRIL à la direction de la sécurité sociale
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :
  - Madame Geneviève GUEYDAN, directrice générale, Monsieur Stéphane CORBIN, Monsieur Xavier DUPONT, Madame Roselyne MASSON, Madame Myriam MESBAH, Madame Emilie DUCHANGE et Madame Daphnée BOREL
- Assurance maladie :
  - Madame Annie FOUARD, responsable du département hospitalisation, Madame Fanny RICHARD, responsable du département réglementation, Madame Garmenick LEBLANC, Madame NEFATI et Madame Dominique BOULE de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
  - Madame Andrée SZMETANA de la Caisse primaire d'assurance maladie de Roubaix Tourcoing
  - Docteur BURLOT, directeur, Docteur Maryse HERBECQ et Madame Delphine MOURAT de la direction régionale du service médicale Nord Picardie
  - Madame Frédérique BOISTARD, directrice et Dr Anne LOEZ du Centre national des soins à l'étranger
- Départements et Maisons départementales des personnes handicapées :
  - Monsieur Jean-Michel RAPINAT, directeur délégué, politiques sociales à l'Association des départements de France
  - Monsieur Igor DUPIN (MDPH Ardennes), Président, Monsieur Benjamin Voisin (MDPH Paris) et Monsieur Didier Malnoury (MDPH Aube) de l'Association des directeurs de maison départementale des personnes handicapées
  - Monsieur Roland GIRAUD, Président de l'Association nationale des directeurs de l'action sociale
- Unions, fédérations, groupements, associations, opérateurs :
  - Madame Christel PRADO, Présidente et Monsieur Thierry NOUVEL, directeur général, de l'UNAPEI
  - Madame Danièle LANGLOYS, Présidente d'Autisme France
  - Madame Muriel VIDALENC, directrice générale et Madame Marie ABOUSSA de la FEGAPEI
  - Monsieur Yves-Jean DUPUIS, directeur général et Madame Adeline LEBERCHE de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
  - Madame Annie LELIEVRE et Hélène de BALBINE de la Fédération hospitalière de France
  - Monsieur Prosper TEBOUL, directeur général et Madame Aude BOURDEN de l'Association des paralysés de France
  - Madame Céline POULET, déléguée nationale filière personnes en situation de handicap, Monsieur Nicolas TOUZEAU, Madame Delphine LE MOLGAT et Monsieur Alberto SERRANO de la Croix-Rouge
  - Monsieur Jean-Louis GARCIA, Président et Monsieur Jean-Louis LEDUC, directeur général adjoint de la Fédération des APAJH
  - Monsieur Jean-Jacques OLIVIN, Président du GRATH

- Monsieur Pascal MARIOTTI, Président de l'Association des directeurs d'établissements de santé mentale
- Monsieur Eric BLANCHET, directeur général de LADAPT
- Monsieur Michel CARON, Président, Madame Chantal de Singly, membre du conseil d'administration, Monsieur Olivier BARON, directeur général, Monsieur Vincent ROUTIER et Madame Alexandra DAL GEBBO de l'Association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie
- Monsieur Christian BERTHUY, directeur général, Monsieur Philippe MORTEL et Madame Géraldine MASSONNAT de la Fondation OVE
- Monsieur Emmanuel DEVREESE, directeur général de l'ADAPEI de Gironde
- Monsieur Philippe VELUT, directeur général du cabinet Des idées plus des hommes
- Acteurs des réunions et échanges en régions :
- Hauts-de-France :
  - Docteur Jean-Yves GRALL, directeur général, Madame Françoise Van Rechem, Madame Véronique YVONNEAU, Madame Monique WASSELIN, Monsieur Jean-Christophe CANLER du siège de l'ARS Les Hauts de France ; Madame Martine LAUBERT de la délégation territoriale départementale (DTD) de l'Oise, Monsieur David COQUEREL de la DTD de la Somme, Madame Laure BARREYAT de la DTD de l'Aisne, Monsieur Sébastien NGUYEN de la DTD du Pas de Calais
  - Monsieur Eric BELLAMY et Madame Stellina LISMONDE des services du conseil départemental (CD) de l'Oise, Monsieur Luc LAMBERT des services du CD de la Somme, Madame Béatrice TENEUR des services du CD de l'Aisne, Madame Nathalie PONTASSE des services du CD du Pas de Calais, Madame Geneviève MANNARINO, Vice Présidente chargée de l'autonomie, Madame Evelyne SYLVAIN et Dr Laurence LECOMpte du CD du Nord
  - Madame Nathalie ROLLAND de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de l'Oise, Madame Brigitte GODART, directrice de la MDPH de la Somme, Madame Patricia GENARD, directrice de la MDPH de l'Aisne, Monsieur Luc GINDREY, directeur de la MDPH du Pas de calais et Monsieur LOMBORDO, directeur de la MDPH du Nord
  - Monsieur Richard CZAJKOWSKI, délégué régional FEGAPEI Nord Pas de Calais et directeur général de l'APEI du Groupement Arras Montreuil, Madame Françoise HANNON, Présidente et Madame Brigitte DORE, directrice générale de l'UDAPEI 62, Monsieur Jean-Paul JOLY, directeur du foyer de vie « Le bord des eaux », Madame Peggy ROBERT et Madame Alexandra MAILLY de l'association « La vie active » et Monsieur Benjamin OPPERT de la FEGAPEI
- Ile-de-France :
  - Monsieur Jean-Christophe DEVYS, directeur général, Monsieur Marc BOURQUIN, Madame Anne GARREC et Monsieur Didier MARTY du siège de l'ARS Ile de France ; Madame Laure LE COAT, Madame Hannifa MECHEHAR et Monsieur Jérémie DROUET de la DT de Paris, Docteur Patricia LORTIC, Madame Estelle DOHET, Madame Inès VANSTEENE et Madame Leila BENZINA-HASSANI de la DTD de Seine et Marne, Madame Myriam BURDIN, Madame Christine VUILLAUME et Madame Karine GOSNET de la DTD des Yvelines, Mme Christine de CONINCK de la DTD de Seine Saint Denis
  - Madame Ghislaine GROSSET de la Ville de Paris, Madame Céline GIORDANO et Madame Myriam LANCA des services du CD de Seine et Marne,

Madame Marine HARIVEL de la MDPH de Seine et Marne, Madame Sylvie LAFLUTE des services du CD des Yvelines, Services du CD de Seine Saint Denis

- Monsieur Benjamin VOISIN, directeur, Docteur Alain-Pierre PEYRAUD et Monsieur Thomas JEANNET de la MDPH de Paris, Docteur Anne MARSAULT et Madame Dominique RIVAL de la MDPH des Yvelines, la MDPH de Seine Saint Denis
- Grand Est :
  - Monsieur Claude D'HARCOURT, directeur général, Madame Edith CHRISTOPHE, Madame Karine VIENNESSE, Docteur Nelly DEQUIDT, Madame Valérie PAJAK, Madame Chantal KIRSCH et Madame Jeanne CHATRY-GISQUET du siège de l'ARS Grand Est ; Madame Marie-Annick GAGNERON, Madame Mélanie SAPONE et Monsieur Laurent GUYOT de la DTD des Ardennes, Monsieur Thierry ALIBERT et Monsieur Eric CLOZET de la DTD de la Marne,
  - Monsieur Paul GEOFFROY des services du CD des Ardennes, Madame Isabelle DEBAILLEUL et Monsieur Damien COLLARD des services du CD de la Marne
  - Monsieur Igor DUPIN, directeur et Monsieur Claudy WARIN de la MDPH des Ardennes, Monsieur Hervé SCHMITT, directeur de la MDPH de la Marne
- Normandie :
  - Madame Monique RICOMES, directrice générale, Monsieur Vincent KAUFMAN, Madame Christine LE FRECHE, Madame Laurence LOCCA, Madame Catherine DENEUVE et Madame Sandra LEFEVRE du siège de l'ARS Normandie ; Docteur Jean-Louis GRENIER, Madame Marie-Hélène FIGUEIREDO de la DTD de la Seine-Maritime et Madame Anne DELHAYE de la DTD de l'Eure
  - Madame Anne GIREAU et Madame Caroline DAROIS des services du CD de Seine Maritime, Madame Amélie LEFEBVRE des services du CD de l'Eure
  - Madame Fabienne OUTTIER, directrice de la MDPH de Seine Maritime et Madame Anne VANDENBULCHE, directrice de la MDPH de l'Eure
- Provence-Alpes-Côte d'Azur :
  - Monsieur Paul CASTEL, directeur général, Madame Dominique GAUTHIER, Madame Lydie RENARD et Madame Sophie RIOS du siège de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur ; Monsieur Yvan DENION et Madame Floriane VALLEE de la DTD des Alpes-Maritimes, Madame Isabelle WAWRZYNOWSKI de la DTD des Bouches du Rhône, Docteur Béatrice PASQUET de la DTD du Var
  - Monsieur Yves BEVILQUA des services du CD des Alpes-Maritimes, Docteur Nathalie MONTANER et Monsieur Frédéric GASTOU des services du CD du Var
  - Madame Michèle FROMENT, directrice de la MDPH des Alpes-Maritimes, Madame Thi NGUYEN, directrice et Madame Marie MUZZARELLI de la MDPH des Bouches du Rhône, Monsieur Jean-Paul FAURE, directeur de la MDPH du Var
  - Madame Martine BENOIT-RIGEOT de l'Assistance Publique des Hopitaux de Marseille, Monsieur Gilles MOULLEC, directeur du centre hospitalier Edouard Toulouse, Monsieur Robert BRENGUIER, directeur et Monsieur Gérard de LEPOMME du centre hospitalier Valvert ; Docteur Claire ROMETTI et Madame Ariane VENDETTI du CHU de Nice

## ANNEXE 1 :

### — Le volet « relevé d'informations » (13)



#### — L'évolution de l'offre en APC : la localisation des structures



