



Analyse du rapport CNH du GT4 « Prévention des départs non souhaités en Belgique »

Isabelle Resplendino

afresheb1@proximus.be

afresheb.wixsite.com/afresheb

Tél. : +32 65 78 31 01

Rue de Tournai, 361

B-7973 Stambruges



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
Consulter le rapport :	3
Pourquoi cette analyse ?	3
Méthodologie :	3
Méthodologie (suite) :	3
EN GENERAL	4
LES ENFANTS	7
LES ADULTES	10
2 hypothèses	18
Extraits de l'annexe : projet de convention-type	22
CONCLUSION	26

INTRODUCTION

Consulter le rapport :

Le rapport du groupe de travail n°4 de la conférence nationale du handicap « prévention des départs non souhaités en Belgique » [est disponible ici](#).

Pourquoi cette analyse ?

Il est nécessaire d'expliquer les conséquences possibles sur le terrain que pourront entraîner les dispositions prévues dans le rapport, autant pour les personnes concernées, que pour leurs familles, les professionnels, les associations, les différents organismes.

Méthodologie :

Pour que le lecteur gagne du temps, nous avons classé les rubriques en 3 grands axes :

- *Pour la population concernée en général,*
- *Pour les enfants,*
- *Pour les adultes*

Méthodologie (suite) :

Nous avons pris des extraits du rapport (captures en noir) qui nous semblaient être des points particuliers d'attention ; en-dessous de chaque extrait ou groupe d'extraits nous avons ajouté un commentaire explicatif en mauve.

Isabelle Resplendino

Présidente

07/10/2019

EN GENERAL

Le rapport IGAS établi par Christian Dubosq en décembre 2016 a permis d'identifier les causes avancées des départs vers la Belgique comme étant généralement liées au manque de places dans les structures françaises, plus spécialement pour les personnes atteintes de troubles de l'autisme, de handicap rare et plus largement pour les personnes handicapées avec des troubles cognitifs et du comportement. Il souligne que la Wallonie offre des réponses qui peuvent être de proximité ou

éloignées, «pour 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 ».

La 1^{ère} partie nous indique que les causes des départs en Belgique sont le manque de places en France, mais ensuite le rapport précise que c'est aussi le **manque de places adaptées** qui est en cause. C'est une nuance importante.

- L'enjeu de l'offre quantitative en places d'hébergement.

Il convient tout d'abord de rappeler que l'offre belge constitue une réponse de proximité pour les départements frontaliers et qu'elle correspond alors à un libre choix des familles.

En dehors de cette situation frontalière spécifique, c'est toujours avant tout faute de place dans des structures adaptées qu'un accueil en Belgique est envisagé. Les différents participants des trois régions Hauts-de-France, Grand-Est et Ile-de-France soulignent en particulier l'insuffisance de places MAS/FAM pour les personnes avec handicap psychique ou autisme ainsi qu'un manque de réponses en internat tant pour les enfants que pour les adultes.

Le sous-équipement de l'offre semble surtout marqué en région Ile-de-France, notamment sur le champ des adultes avec des établissements qui enregistrent des listes d'attentes importantes. A titre d'illustration, la MDPH de Seine-Saint-Denis indique qu'elle prononce trois fois plus d'orientations que de places disponibles dans le département, elle décompte environ 400 enfants et 1 000 adultes sans solution. La lenteur du rythme d'installation des places liées aux difficultés rencontrées au niveau du foncier est citée comme un frein spécifique dans cette région.

C'est exact ; le souci est que le libre choix des familles n'est pas respecté, malgré ce qu'affirme plusieurs fois le rapport. En effet, nous avons suivi des familles qui n'avaient rien, ou très peu, ou inadapté (1 h de scolarisation par jour non adaptée, ½ h de SESSAD par semaine non adapté, hôpital psychiatrique pour enfant ou adulte autiste, place dans le sud-ouest pour un enfant francilien - IME fermant le week-end...) et qui se voient refuser l'orientation voulue en Belgique ; c'est même devenu quasiment systématique depuis 2019.

Cette notion de sous-équipement est accentuée par le vieillissement des personnes handicapées accueillies dans les structures françaises, qui entraîne une moindre rotation dans les structures adultes et donc un manque de places.

- La Belgique comme solution... à l'échec des solutions françaises

Il est également constaté qu'une majorité des départs en Belgique est liée au refus de prise en charge par les professionnels en France ou à des échecs successifs : refus des cas très lourds, problématique des personnes avec des troubles du comportement importants. Se pose donc la question de l'évolution des pratiques d'admission, de l'adaptation des structures et de la formation des professionnels en France.

C'est bien que le rapport le reconnaisse : enfants comme adultes, la France se débarrasse de ses « cas les plus lourds » en Belgique.

- Une recherche de solutions en Belgique en réponse à l'épuisement des aidants

Est également citée comme cause de recherche d'une solution en Belgique la question de l'épuisement des aidants. Les solutions alternatives à l'institutionnalisation, comme par exemple l'accompagnement par un PCPE (pôle de compétence et de prestations externalisées) à domicile, mises en place dans le cadre d'un plan d'accompagnement global (PAG), supposent la poursuite de la mobilisation des aidants au quotidien. Mais l'épuisement des aidants fait que ces solutions ne tiennent pas toujours dans la durée, et la recherche d'une réponse institutionnelle devient alors nécessaire.

Nous confirmons : les familles qui s'adressent à l'AFrESHEB ASBL ont tout essayé en France, et sont au bout du bout : la solution belge est pour elles le dernier espoir, non pas qu'il n'y ait pas de solution en France, mais celles-ci répondent bien moins aux besoins rencontrés : pas d'enseignement spécialisé dépendant du ministère de l'éducation en France, et souvent internement psychiatrique pour des personnes en situation de handicap autistes et/ou avec troubles du comportement. Les PCPE sont, d'après les témoignages de professionnels et de parents, une solution provisoire pour ces cas compliqués : au bout de 6 mois de prise en charge, les PCPE orientent... vers la Belgique ! C'est en quelque sorte reculer pour mieux sauter.

- L'attractivité de certains établissements wallons

Au-delà de l'insuffisance de réponses adaptées en France, les établissements wallons, en particulier les établissements dits « historiques », présentent un certain nombre de qualités qui peuvent conduire les familles à faire ce choix. En premier lieu, l'accompagnement qu'ils proposent est jugé meilleur par un certain nombre de familles, car il privilégie l'aspect éducatif sur l'aspect sanitaire, avec un investissement important sur la relation, sur les activités et sur l'adaptation à la personne en travaillant sur ses capacités, sans l'enfermer dans ses déficits. Une meilleure formation des professionnels et une plus grande tolérance des structures face aux problématiques lourdes de certains patients sont également mises en avant.

La Belgique constitue majoritairement une solution de dernier recours faute d'avoir pu trouver une solution adaptée sur le lieu de vie de la personne handicapée, les départs non souhaités en Belgique étant essentiellement liés à l'absence de places en institution ou à l'absence de réponses adaptées en France.

Exact. Qu'attend donc la France pour rattraper son retard en la matière ? Ce n'est pas avec le bricolage institutionnalisé que sont la RAPT et son PAG, la mainmise de la psychiatrie et surtout de la psychanalyse sur le soin, la préséance du médico-social sur l'éducation nationale, qu'elle va pouvoir le faire. Tant qu'elle ne refondera pas entièrement son système, rien ne changera vraiment.

LES ENFANTS

Les enfants sont pris en charge dans le cadre d'une enveloppe fermée de l'objectif de dépenses géré par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA (72.8 M€ en 2018), au bénéfice d'un dispositif conventionnel limité à 25 établissements, représentant quelque 1500 places.

Le rapport traite sur ce point des enfants hébergés dans les établissements conventionnés seulement.

318 jeunes, principalement originaires des Hauts-de-France (268 jeunes dont 220 du Nord) et d'Ile-de-France (36) font l'objet d'un suivi de la part de l'ASE. A noter que certains établissements conventionnés accueillent des jeunes placés au titre de l'ASE qui ne sont pas comptabilisés au titre de la convention car ils ne disposent pas d'orientations MDPH. A contrario, il a été indiqué lors de la réunion régionale Grand-Est que des jeunes sont toujours placés au titre de l'ASE dans des établissements wallons non conventionnés alors qu'ils disposent d'une orientation MDPH postérieure à leur admission. Cette situation n'a pas été relayée dans les autres régions.

En effet, les enfants placés par l'ASE peuvent aussi bien se retrouver dans des établissements conventionnés que dans l'enseignement et les internats scolaires publics, souvent spécialisés car aptes à traiter les troubles du comportement. Là aussi, il s'agit d'une carence de la France, carence qui ne se limite pas au handicap... Evidemment, les décisions de placement viennent de l'ASE, et en ce cas, les parents n'ont pas leur mot à dire. Ainsi, des familles ne savent même pas où est leur enfant.

2.4 Données qualitatives secteur enfant

- Scolarisation

Sur le champ enfant, une enquête est menée annuellement concernant la scolarisation des enfants accueillis dans les établissements wallons conventionnés. En effet, les jeunes accueillis en établissement conventionné et en âge d'être scolarisés fréquentent les établissements d'enseignement spécialisé wallons.

Cette enquête précise le type d'enseignement spécialisé dont bénéficient ces jeunes. Chaque type comporte l'enseignement adapté aux besoins éducatifs généraux et particuliers des élèves relevant

de l'enseignement spécialisé appartenant à un même groupe, besoins qui sont déterminés en fonction du handicap principal commun à ce groupe.

Sur les 1 046 jeunes accueillis dans les établissements wallons conventionnés et qui bénéficient d'un enseignement spécialisé au 31 décembre 2017 :

- 49% reçoivent un enseignement de type 3 (trouble de comportement) ;
- 37% reçoivent un enseignement de type 2 (retard mental modéré à sévère) ;
- 10% reçoivent un enseignement de type 1 (retard mental léger) ;
- 3% reçoivent un enseignement de type 4 (déficience physique) ;
- A la marge : 5 jeunes reçoivent un enseignement de type 8 (troubles d'apprentissage) et un autre reçoit un enseignement type 7 (trouble auditif).

A noter que 24 jeunes bénéficient d'un enseignement ordinaire et que 276 jeunes, en âge d'être scolarisés, ne le sont pas (cela représente 21% de non-scolarisation). Les données au 31 décembre 2017 sont sensiblement comparables aux données au 31 décembre 2016. L'enquête au 31 décembre 2018 est en cours de consolidation.

Si les enfants français se trouvent bien en Wallonie, il est à souligner que l'enseignement dépend de la compétence du gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Nous avons enfin, grâce à ce rapport, le nombre de jeunes Français hébergés dans des établissements conventionnés non scolarisés (les autorités françaises ont toujours prétendu à notre association ne pas avoir les chiffres). Il est cependant à noter que, lors du groupe de travail établissant la convention pour les enfants, nous avons réussi à obtenir une scolarisation sur place pour ces enfants, généralement porteurs de troubles trop profonds pour pouvoir être scolarisés dans l'enseignement spécialisé belge.

Depuis 2016, dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », la mise en œuvre par les MDPH du nouveau dispositif d'orientation des personnes handicapées prévu par l'article 89 de la loi de modernisation du système de santé permet d'organiser la recherche et la mobilisation de solutions de proximité adaptées et de proposer à la personne un plan d'accompagnement global. A défaut, le dispositif permet d'objectiver l'absence de solution de prise en charge adéquate de proximité disponible sur le territoire national et de faire de l'orientation en établissement médico-social belge une exception. En effet, l'accord de prise en charge par l'Assurance maladie dans un établissement belge non conventionné est désormais conditionné à une décision d'orientation motivée de la CDAPH précisant qu'aucune réponse de proximité en France n'a pu être trouvée et que la personne handicapée a souhaité maintenir son choix d'une orientation en Belgique.

Ce que le rapport désigne par « établissement non conventionné », ce sont, pour la plupart, les écoles spécialisées et les internats scolaires spécialisés publics. Il stipule bien que l'orientation MDPH peut être par défaut dans ces établissements, contrairement à ce que nous a affirmé la MDPH de Meurthe-et-Moselle dans un cas que nous défendions, malgré les autres orientations par défaut que nous avons pour d'autres familles.

Un autre aspect dans le choix de départ en Belgique est constitué par l'offre d'enseignement spécialisé pour les enfants qui attire certains parents français. Il s'agit d'établissements scolaires qui accueillent des enfants en situation de handicap et qui dépendent du ministère belge en charge de l'Education. Les enfants français qui fréquentent ces établissements ne sont pas comptabilisés dans les données citées au chapitre 2 car ils sont hébergés soit en internat scolaire soit en famille et non pas en établissement médico-social. Il s'agit essentiellement d'un phénomène transfrontalier qui d'après l'Association pour les Français en situation de handicap en Belgique (AFrESHEB) concernerait environ 1 300 enfants

Etant donné le nombre d'élèves français en enseignement spécialisé belge, auquel nous avons retranché les 1500 enfants hébergés, nous devons enlever de ce retranchement les 276 enfants non scolarisés, ce qui nous donne 1576 enfants, dont entre 900 et 1000 transfrontaliers, le reste étant hébergé dans les internats scolaires publics non conventionnés (un seul l'est, l'internat de St-Mard). Il est à noter que le rapport se base sur des chiffres de 2017, alors que pour l'année scolaire 2018-2019, les élèves français dans l'enseignement spécialisé étaient passés de 2680 à 2824, soit 144 élèves de plus.

LES ADULTES

- Des liens directs existants entre les opérateurs français et belges

La filière psychiatrique est citée, dans les trois régions rencontrées, comme un pourvoyeur important des placements en Belgique. L'objectif poursuivi en France est de limiter le séjour au long cours en établissements psychiatriques de personnes handicapées psychiques ; or, faute de réponses disponibles et adaptées en France, il est constaté que certains établissements psychiatriques ont pris l'habitude de nouer des collaborations directes avec des établissements belges. Ce sujet n'a pu être approfondi dans le calendrier contraint de ce groupe de travail, mais divers représentants (MDPH, UNAFAM) suggèrent que des enquêtes soient conduites afin de mieux appréhender la problématique et d'identifier les besoins.

C'est exact, sauf qu'il ne s'agit pas que des personnes atteintes de maladie mentale, mais aussi des personnes présentant des troubles du comportement. Des hôpitaux psychiatriques se rendent compte que la place d'une personne en situation de handicap n'est pas en psychiatrie, et, faute de places adaptées aux TC dans le médico-social trouvent une solution dans les établissements belges. En ce qui concerne le double diagnostic (handicap mental ou autisme + maladie mentale), il est inconnu en France, tandis qu'en Belgique, il existe des recommandations, des formations, et des unités qui évitent ainsi l'hospitalisation pour cette population. Ironie de l'histoire, c'est un Français qui est à l'origine de tout cela, Claude Meyer. Il a poursuivi sa carrière en Belgique pour y scolariser son fils autiste dans de bonnes conditions. Le diagnostic de ce dernier ayant évolué vers le double diagnostic, M. Meyer a agi pour que le double diagnostic soit traité en Belgique.

<http://www.doublediagnostic.be/>

La visite d'un des établissements qu'il a contribué à créer à Iltre a d'ailleurs été au programme lors du déplacement du couple présidentiel en novembre 2018 (plus précisément, de Mme Macron et de Sa Majesté la Reine). M. Meyer avait l'espoir que l'on puisse se pencher sur ce problème en France.

Si la possibilité de conventionner les établissements wallons qui accueillent des adultes n'a pas été mise en œuvre par l'Etat français alors que l'accord-cadre franco-wallon du 21 décembre 2011 le prévoyait, les Conseils départementaux ont engagé des politiques de conventionnement en proposant des conventions collectives ou individuelles. Ainsi, citons l'exemple du département du Nord qui a établi depuis 2017 un partenariat avec 10 structures wallonnes sous forme d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. Les départements s'appuient sur ces conventions pour s'assurer de la qualité de la prise en charge mais aussi limiter les départs.

Nous apprécions de le voir écrit noir sur blanc sur un rapport officiel. M. Canler nous avait soutenu oralement qu'aucun établissement belge n'était repris dans le CPOM, alors que nous disposions des preuves à ce sujet. Malheureusement, si le rapport met en exergue la

qualité, dans les faits, ce sont les établissements les plus grands, les plus anciens qui ont été repris dans le CPOM, les structures avec un grand nombre de personnes pouvant se permettre de pratiquer des tarifs plus attractifs en se « rabattant » sur le nombre, au détriment bien sûr de la qualité...

- La régulation quantitative

Un conventionnement - tel qu'il a été réalisé sur le secteur enfant - permettrait une réelle maîtrise des flux du secteur adulte notamment des personnes avec orientation MAS ou FAM, qui ne cessent de croître. La difficulté rencontrée sur le secteur adulte est liée à la coexistence de plusieurs financeurs en fonction du type d'orientation prononcé par la MDPH. La démarche de conventionnement, pour être efficace, doit donc associer l'Assurance maladie et les départements qui, fin 2017, financent 48% des personnes accueillies en Wallonie (orientations FV) et en cofinancent 19% (orientations FAM), sachant qu'un même établissement wallon accueille bien souvent des français originaires de différents départements. Fin 2017, sur les 156 établissements wallons qui accueillait des personnes orientées en FV et/ou en FAM, en moyenne les personnes accueillies étaient originaires de sept départements différents, impliquant sept Conseils départementaux financeurs. Si 87 de ces établissements comptent au maximum 5 départements d'origine de leurs résidents, un établissement wallon à lui seul accueille des personnes originaires de 32 départements différents.

- La régulation qualitative

Le conventionnement des établissements accueillant des adultes permettrait également une régulation qualitative. La prise en charge offerte n'est pas d'égale qualité entre établissements. L'aspect lucratif peut motiver la création d'un établissement sans que les gestionnaires aient, au départ, des compétences dans le secteur médico-social et plus particulièrement dans l'accompagnement des personnes handicapées, dont on sait par ailleurs qu'elles ont pour beaucoup des besoins spécifiques n'ayant pu être satisfaits en France. Or les suites données aux audits-conjoints menés avec l'AViQ depuis fin 2014 témoignent des dysfonctionnements rencontrés dans certains établissements, puisqu'il a été proposé à l'Assurance maladie de suspendre les nouvelles orientations vers cinq d'entre eux, proposition toujours en cours. Huit établissements avaient précédemment fait l'objet d'une telle mesure, qui a été levée depuis. Le conventionnement permet donc de poser un cadre identique à l'ensemble des établissements, d'effectuer un meilleur suivi de ceux-ci par une meilleure connaissance de leurs fonctionnements et de consolider la relation avec eux.

- L'efficacité tarifaire

Dans le cadre de la présente mission, plusieurs avantages à une démarche commune Assurance maladie-Conseils départementaux ont été identifiés notamment la mutualisation du travail (mutualisation des visites et du travail de tarification), la sécurisation par convention (pour s'assurer de la qualité de la prise en charge) et l'harmonisation des tarifs entre Conseils départementaux. Sur ce dernier point, des écarts non négligeables ont été relevés à l'occasion de l'enquête auprès des Conseils départementaux qui a été menée dans le cadre des travaux de ce groupe. A ce jour, chaque Conseil départemental négocie un tarif avec l'établissement wallon et il peut ainsi y avoir jusqu'à plus

de 50% d'écart entre deux tarifs fixés par des Conseils départementaux dans un même établissement wallon, alors même que l'orientation MDPH et la prise en charge des personnes sont identiques. Les écarts constatés sont probablement liés à la capacité de négociation dont disposent les Conseils départementaux en fonction du volume de places conventionnées. Lors des réunions des groupes de travail, les Conseils départementaux ont rapidement identifié leur intérêt à harmoniser les tarifs pratiqués.

Il est donc proposé que l'ARS Hauts-de-France, sur la base des éléments recueillis auprès des Conseils départementaux, diffuse via la plateforme collaborative transfrontalière - à laquelle ont accès les Conseils départementaux et MDPH - la liste des tarifs les plus bas négociés par les Conseils départementaux avec les établissements wallons.

Le système serait facilitateur pour les établissements wallons eux-mêmes qui actuellement doivent facturer les journées de présence de leurs résidents auprès du CNSE pour ceux orientés en MAS et FAM et auprès de chaque Conseil départemental d'origine des personnes orientées FAM et FV. Si l'ensemble des Conseils départementaux s'associe à la démarche, à terme les établissements wallons n'auront plus qu'un interlocuteur unique pour la tarification et la facturation : l'ARS Hauts-de-France. Il reviendra à cette ARS et à la caisse pivot désignée par l'Assurance maladie d'assurer le suivi des journées de présence des personnes accueillies en établissement wallon et d'adresser aux départements la facturation du nombre de journées correspondantes. Pour ce faire, le projet de convention prévoit la mise en place d'un suivi par tableau trimestriel, à l'image de celui existant sur le secteur enfant.

Les Conseils départementaux se sont, dans l'ensemble, montrés assez favorables à la mise en place d'une politique de conventionnement commune avec l'Etat mais ont émis un certain nombre de réserves quant au calendrier et aux modalités de la régulation quantitative des places qui seront évoquées au paragraphe 4.5 ci-après.

Si ce passage commence très bien (nous ne pouvons que nous réjouir d'un lissage des conventions, qui réduirait les inégalités), par la suite nous ne pouvons que nous inquiéter : il s'agit bien d'un lissage des tarifs vers le bas. On ne peut pas parler donc de qualité, au contraire : elle ne peut que baisser. On comprend aussi les réserves des CD quant au calendrier.

La question des transports pour les éventuels retours en famille (lors de certains weekends ou lors de vacances) a été débattue afin de déterminer si le prix de journée versé à l'établissement doit couvrir ces frais de transport. Aujourd'hui les pratiques ne sont pas harmonisées entre les établissements wallons. A ce stade, le modèle de convention-type s'appuie sur le fonctionnement existant en France (prise en charge des transports par les établissements médico-sociaux qui accueillent des enfants mais pas par les établissements pour adultes). Etant donné la distance entre le lieu de résidence familiale et les établissements wallons, se pose la question d'inclure les frais liés aux transports établissement-domicile dans la dotation des établissements wallons accueillant des adultes. Lors de la réunion du groupe de travail régional Ile-de-France, le Conseil départemental de Seine et Marne a indiqué que les conventions signées avec les établissements wallons prévoient l'organisation d'au moins un retour par mois financé par l'établissement (un établissement finance le retour jusqu'au domicile, les autres jusqu'à la frontière).

Il faudra que les associations nationales invitées, si elles le sont (mais qui ne maîtrisent pas du tout le sujet, mis à part quelques exceptions - ce qui est logique, il faut presque vivre sur place pour connaître le système belge) devront être très attentives au problème du transport dans les négociations.

Le projet de convention prévoit également des critères liés à la qualité de la prise en charge (démarches d'évaluation, outils loi 2002-2...). A ce titre, il est proposé d'ajouter en annexe n°2 des mesures dites « d'humanisation de l'habitat » issues de l'arrêté du gouvernement wallon du 31 mai 2018. Ces normes sont applicables aux établissements créés après l'entrée en vigueur de l'arrêté donc après le 3 août 2018 mais ne sont pas rétroactives. En les annexant à la convention, il est proposé de les rendre opposables aux établissements wallons conventionnés quelle que soit leur date de création. Si un établissement wallon ne répond pas à ces normes au moment de la signature de la convention, un échéancier de mise à niveau sera annexé à celle-ci.

Ces normes visent clairement la qualité de la prise en charge en fixant des capacités maximales d'accueil par site (40 personnes si le site est composé d'un seul bâtiment, 80 personnes si le site se compose de plusieurs bâtiments avec un maximum de 20 personnes par bâtiment), par unité de vie (10 personnes) et en précisant que l'accueil de résidents majeurs et mineurs s'effectue dans des sites, des bâtiments ou des parties de bâtiments, physiquement scindés et clairement identifiés.

Nous ne pouvons que nous réjouir qu'un échéancier soit fixé par la France pour que les anciens établissements se mettent aux nouvelles normes wallonnes. Cependant, nous nous interrogeons : en tirant les tarifs vers le bas, cela ne sera pas possible. Est-ce que le financeur français compte calculer le prix de journée à la hausse pour y intégrer les travaux ?

Un modèle de convention-type ARS-Conseil départemental devra être travaillé avec des représentants des Conseils départementaux en 2020 pour une mise en œuvre avec les Conseils départementaux volontaires dès 2021.

Il faudra que l'on invite aussi à son élaboration les associations, ce dont nous doutons fort : elles n'ont été invitées qu'à une seule réunion, toutes les autres se déroulant entre diverses administrations et autres organismes, mais sans les représentants des personnes concernées...

La Cellule Affaires Internationales compte 1.8 équivalents temps plein travaillés (une responsable cadre A+ qui émarge à 0.8ETP et une gestionnaire territoriale cadre B à 1ETP), ce qui est insuffisant pour assumer la charge de travail conséquente liée au conventionnement du secteur adulte (200

établissements et plus de 6000 places à conventionner, ce qui représente huit fois plus d'établissements que le secteur enfant). En outre, à la différence du secteur enfant qui relève uniquement de la compétence de l'Etat, des liens étroits seront nécessaires avec les conseils départementaux qui accepteront de s'engager dans un conventionnement commun.

Trois équivalents temps-plein supplémentaires semblent au minimum nécessaires pour assurer la montée en charge du conventionnement puis la tarification des établissements nouvellement conventionnés. Ces personnes devront avoir un profil d'inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, cela permettant, en parallèle du conventionnement, d'augmenter le nombre d'audits-conjoints réalisés par an. Depuis 2017 l'objectif annuel est d'une vingtaine d'audits-conjoints, il pourrait ainsi être porté à vingt-cinq voire trente en fonction du renfort de personnel.

20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

En effet. Mais là comme ailleurs, on économise en faisant l'impasse sur ce qui est plus que nécessaire. Espérons que ce rapport soit suivi d'effet sur ce point. Il n'y a que les bénévoles pour travailler sans compter leurs heures...

5- Alternatives mobilisables en France

5-1. L'impératif de la transformation de l'offre

Comme précisé au chapitre 3, les départs non souhaités en Belgique sont essentiellement liés à l'absence de places en institution ou à l'absence de réponses adaptées en France.

Les alternatives qui pourront être proposées résulteront essentiellement de la politique de transformation de l'offre que les ARS et les Conseils départementaux doivent conduire en lien étroit. Compte tenu des orientations politiques en faveur de l'inclusion et des contraintes financières, cette transformation s'opèrera essentiellement par le redéploiement de l'offre institutionnelle actuelle au profit de réponses inclusives et modulables, prenant en compte la logique de parcours ainsi que l'évolution des besoins et des attentes des personnes handicapées. L'admission en établissement aura ainsi vocation à être limitée aux cas les plus complexes.

De plus, l'accompagnement en formation permettant l'adaptation des pratiques est un levier important à mobiliser dans cette évolution. Compte-tenu des profils des personnes actuellement orientées par défaut en Belgique, les solutions nouvelles à construire demanderont en effet davantage de qualifications, davantage de formation des professionnels et nécessiteront souvent d'envisager la création de petites unités spécialisées dans l'accompagnement des situations très complexes.

En effet...

Dans ce cadre, la poursuite du développement des PCPE (pôles de compétence et de prestations externalisées), qui permettent d'éviter des ruptures de parcours, est considérée comme un axe important à privilégier, en visant une logique de couverture territoriale. L'évaluation des PCPE qui vient d'être réalisée en région Grand-Est a pu montrer la pertinence de ce dispositif, au travers notamment de la grande diversité des prestations proposées au plus proche des besoins des usagers et de leur lieu d'habitation. Cette évaluation a également permis de mesurer la satisfaction importante des familles, des usagers et des partenaires.

Nous restons dubitatifs. Combien de professionnels et de parents nous ont confiés qu'au bout de 6 mois, les PCPE jetaient l'éponge et orientaient vers la Belgique ? Le bricolage, c'est peut-être suffisant pour des cas légers et simples, mais pas pour la population qu'on envoie en Belgique.

Le développement des prises en charge partagées sur le territoire pour les cas les plus lourds est également un axe à renforcer. A ce titre, la facilitation des doubles orientations devra être encouragée. De plus, le lien avec le champ sanitaire, en particulier avec la psychiatrie, devra être davantage travaillé et le déploiement des équipes mobiles poursuivi.

Voilà le mal français : la psychiatrie (essentiellement d'orientation psychanalytique en France), le sanitaire. Quid de l'éducation ? Est-ce qu'on considère qu'un adulte n'apprend rien ? La problématique française relève aussi grandement des mentalités.

Enfin, le développement de nouvelles solutions d'habitat inclusif, qui offre la possibilité aux personnes majeures reconnues en situation de handicap par la CDAPH, de vivre en autonomie conformément à leur souhait, tout en bénéficiant, selon leurs besoins, de services d'aide à la personne et/ou d'aide à domicile, doit être accéléré. Ces réponses bénéficieront certainement assez peu aux personnes actuellement orientées vers la Belgique dont les prises en charges sont plutôt institutionnelles, mais elles éviteront d'orienter en MAS et en FAM des personnes pouvant bénéficier de solutions inclusives. La loi relative à l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (Elan) votée fin 2018 va permettre de soutenir le développement de ces nouvelles formes d'habitats dits inclusifs, grâce à la création d'un forfait pour le financement du projet de vie sociale et collective dont la mise en place est prévue à compter du second semestre 2019.

Les rédacteurs du rapport se montrent là conscients de la problématique liée à la population française en Belgique. Ils devraient recommander de prendre le problème à bras-le-corps dès la petite enfance pour éviter les sur-handicaps, notamment en ce qui concerne l'autisme. Cela éviterait de futurs placements en Belgique. Résoudre définitivement la question de l'exode en Belgique est en vérité un travail à long terme.

- Un renforcement de la formation des professionnels nécessaire :

L'axe 4 de RAPT a fixé comme objectif d'améliorer et de renforcer les compétences de l'ensemble des professionnels intervenant dans l'accompagnement des situations complexes dans la perspective d'une culture partagée, pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle. La déclinaison opérationnelle de cet objectif doit être poursuivie et elle doit être notamment axée sur le renforcement de la formation des professionnels des ESMS à la prise en charge des troubles sévères du comportement.

Par ailleurs, le développement de nouvelles réponses inclusives va demander de renforcer la formation au handicap des professionnels du domicile (SAAD, SSIAD), qui seront davantage sollicités pour étayer des situations de maintien à domicile ou de logement accompagné.

- Une évolution des pratiques des ESMS à poursuivre :

Les participants au groupe de travail ont pointé la nécessité pour les ESMS de continuer à faire évoluer leurs pratiques (pratiques professionnelles et pratiques d'admission) et à s'adapter à l'évolution des profils des personnes accompagnées.

D'autre part, il est également nécessaire que les acteurs départementaux (MDPH, ARS, CD, ESMS) définissent conjointement des critères de priorisation des admissions qui devraient être intégrés dans l'outil de suivi des orientations afin de mieux prendre en compte les situations les plus lourdes et les plus complexes.

- Une levée de certains freins :

D'une façon générale, les membres du groupe de travail expriment le souhait que davantage de souplesse soit apportée aux processus réglementaires. Il est par exemple suggéré que les personnes handicapées puissent rester dans un même établissement même lorsque leurs besoins évoluent, à l'instar de ce qui se pratique en Belgique. Ces démarches permettant de lever les contraintes réglementaires pourraient faire l'objet d'expérimentations.

Il convient de souligner que la réforme engagée par le décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées met en œuvre une démarche de simplification et d'assouplissement du régime d'autorisation, dans une logique de fonctionnement en dispositif et pour une meilleure adéquation des réponses apportées aux besoins des personnes. Ce texte n'a pas d'effet rétroactif sur les autorisations en cours et il semble que les acteurs institutionnels ne se soient pas suffisamment emparés des possibilités qu'il offre.

CQFD.

En Seine-et-Marne, la priorité est donnée aux retours de Belgique lors de la création de nouvelles places de FAM ou MAS (avec priorisation des demandes dans le cadre d'une commission spécifique MDPH/CD/ARS). L'ARS Hauts-de-France a également fléchi les places créées dans le cadre du plan de prévention des départs pour la Belgique, de façon prioritaire pour les personnes souhaitant bénéficier d'un retour en France. Ces bonnes pratiques mériteraient d'être généralisées.

Une expérimentation est également en cours depuis septembre 2018 dans le département de Meurthe-et-Moselle afin de favoriser un retour en France de personnes accueillies en Belgique. Ce projet, qui répond à une proposition d'action de deux gestionnaires importants de ce département, a fait l'objet le 17 septembre 2018 d'une validation de la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées,

Sophie Cluzel, pour l'entrée en expérimentation. L'objectif est de construire des réponses de proximité en France, si possible en droit commun, qui s'ajoutent à l'offre actuelle, l'enjeu étant de réussir pour cela à mobiliser les moyens actuellement dévolus au financement par l'Etat et le Conseil départemental de l'accueil en Belgique. Le principe retenu est que les financements mobilisés sont réputés être attachés à la personne.

C'est bien... mais il faudrait déjà éviter les nouveaux départs !!!!

La Belgique constitue majoritairement une solution de dernier recours faute d'avoir pu trouver une solution adaptée sur le lieu de vie de la personne handicapée, les départs non souhaités en Belgique étant essentiellement liés à l'absence de places en institution ou à l'absence de réponses adaptées en France.

A l'appui de la démarche de conventionnement du secteur adulte, une politique active de développement de solutions alternatives en proximité doit être poursuivie, en particulier dans les trois régions les plus concernées par les départs en Belgique. Les réponses qui pourront être proposées résulteront essentiellement du redéploiement de l'offre institutionnelle actuelle au profit de réponses inclusives et modulables cependant les nouveaux flux vers la Belgique concernant essentiellement des orientations en MAS et FAM pour des situations complexes, il est considéré que le développement de nouvelles réponses inclusives ne suffira pas et qu'un renforcement de l'offre institutionnelle est nécessaire. En outre, de premières initiatives émergent visant à faciliter le retour en France des personnes qui le souhaitent, ces initiatives devront être évaluées et encouragées. Dans ce cadre, la politique de conventionnement du secteur adulte sera un outil utile qui permettra de faciliter les circuits financiers au service d'une offre nouvelle en proximité.

Ça va mieux en le lisant.

2 hypothèses

4.5 – Périmètre et hypothèses

La proposition initiale des pilotes, calquée sur le dispositif mis en place sur le secteur enfant, a été la suivante : fixer un capacitaire « plafond » wallon au 30 juin 2019, c'est-à-dire figer un nombre d'établissements et de places en Wallonie vers lesquels des français peuvent être orientés et ne plus accorder le financement d'orientation en dehors de ces places - donc vers de nouveaux établissements ou extensions créées après le 30 juin 2019.

Les participants aux groupes de travail dans les trois principales régions d'origine des personnes accueillies en Wallonie, ainsi que les représentants des usagers, ont unanimement fait part de leurs fortes inquiétudes quant à cette proposition. Le manque de réponses sur le territoire national est jugé incompatible avec une régulation stricte des flux vers la Belgique dès 2019. La dynamique de prévention des départs est à l'œuvre mais l'arrêt d'un capacitaire priverait les territoires d'une « solution par défaut ».

Dans ce contexte, les deux hypothèses ci-après sont émises.

4.5.1 Hypothèse 1

Il a été décidé de proposer une démarche progressive :

- Tous les établissements qui accueillent des français au 31 décembre 2019 se verront proposer une convention d'ici fin 2022 (date repoussée à fin 2019 afin de prendre en compte toutes les nouvelles orientations de l'année 2019).
- Dans l'année du conventionnement, le financement des orientations relevant de l'Assurance maladie (MAS et forfait soins des FAM) passera d'un tarif journalier versé par le CNSE à une dotation globale de financement versée par douzième. La tarification sera assurée par l'ARS Hauts-de-France et le versement par la caisse pivot désignée par l'Assurance maladie.
- Les Conseils départementaux pourront s'associer à la démarche sur la base du volontariat et d'une convention signée avec l'ARS Hauts-de-France. L'article 63 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 offre par ailleurs la possibilité, de déléguer la compétence de tarification d'un dispositif cofinancé à un co-tarificateur. Cet article pourra donc s'appliquer pour les orientations de type FAM. La délégation de la compétence pour déterminer le tarif des orientations FV n'a pas de base légale mais pourrait se calquer sur les dispositions de l'article 63.

Les établissements créés après le 31 décembre 2019 pourront accueillir des français dont la prise en charge financière sera assurée par le CNSE ou les Conseils départementaux. Il a été envisagé de limiter la possibilité d'orienter vers la Wallonie à certaines régions mais cela risquerait d'entraîner une rupture d'égalité entre les personnes handicapées en fonction de leur région d'origine.

4.6.1 Hypothèse 1

- Phase 1 en 2020 : conventionnement de **58 établissements** qui accueillent au moins 50% de personnes avec une orientation MAS et au moins 6 personnes avec ce type d'orientation.

Cette première phase ne porterait que sur les orientations MAS et FAM (partie forfait soins), afin de laisser aux assemblées départementales le temps de se positionner pour un conventionnement conjoint en 2021.

- Phase 2 en 2021 : conventionnement des établissements qui accueillent des personnes avec orientation MAS sans répondre aux critères de la phase 1 (donc soit moins de 50% de personnes avec cette orientation soit moins de 6 personnes accueillies avec cette orientation). Cela représente **55 établissements**.
- Phase 3 en 2022 : conventionnement des **77 établissements** wallons qui accueillent uniquement des personnes avec orientation FV et FAM (+ESAT à la marge).

Ces trois phases se basent sur les chiffres au 31 décembre 2017, il faudra donc actualiser ces hypothèses notamment par l'ajout des établissements créés entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2019.

- Phase 4 en 2023 : conventionnement des établissements wallons créés entre le 31 décembre 2019 et le 31 décembre 2022.

Les établissements wallons créés à partir de 2023 ne se verront pas proposer de convention donc ne pourront pas bénéficier de la prise en charge financière de leurs résidents par l'Assurance maladie. L'enveloppe dédiée aux établissements wallons qui accueillent des adultes sera fermée, elle financera un nombre d'établissements et de places fixe.

4.5.2 Hypothèse 2

De récents articles parus dans la presse belge indiquent que les établissements wallons qui accueillent des français représentent environ 5000 emplois. Il est donc tout à fait dommageable que la France tarde autant à développer des réponses adaptées en France et se prive de ce volume d'emplois « non délocalisables ». Aussi, la proposition précédente de continuer à laisser de nouvelles places se créer en Belgique pendant les 3 ans de la montée en charge du conventionnement des établissements adultes ne semble pas la solution la plus appropriée.

L'hypothèse 2 reprend les principes de l'hypothèse 1 mais il est proposé de transférer dans l'ONDAM les crédits correspondant aux places occupées au 31 décembre 2019 majorés de l'évolution prévisible des flux. En conséquence, les nouvelles orientations en Belgique vers des places de MAS ou de FAM seraient bloquées dès le 1^{er} janvier 2020.

Ce transfert dans l'ONDAM permettrait ainsi de doter les ARS concernées de moyens nouveaux suffisants dès 2020 (calculés au prorata du nombre d'adultes supplémentaires qui partent en Belgique) afin de renforcer l'offre sur le territoire (même si se pose la question du délai nécessaire aux installations).

4.6.2 Hypothèse 2

Les trois premières phases de l'hypothèse 1 restent identiques, la phase 4 n'est plus nécessaire puisque le nombre d'établissements et de places sera celui constaté au 31 décembre 2019.

Quelle que soit l'hypothèse, la mise en œuvre du transfert lié à la première phase de la montée en charge suppose une inscription de cette opération dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020.

Ces propositions devront faire l'objet d'un arbitrage ministériel, puis d'échanges avec les autorités wallonnes avant d'être présentées et entérinées en commission mixte, organe chargé du suivi de l'application de l'accord-cadre. L'Assemblée des Départements de France devra être informée des décisions prises.

Dans le cas où l'hypothèse 1 serait retenue, une poursuite sur 2 ou 3 ans de l'accompagnement financier tel que prévu par le plan de prévention des départs vers la Belgique paraît nécessaire avant l'instauration d'une régulation quantitative de l'offre adulte en Belgique. Pour mémoire, le montant 2019 au titre des situations critiques/plan prévention Belgique est de 15 millions d'euros avec la répartition suivante dans les trois régions les plus concernées - Ile-de France : 3.5 M€, Hauts-de-France : 3.6 M€, Grand-Est : 1.5 M€.

Le choix de l'hypothèse 2 se traduirait par une majoration pérenne des crédits mobilisables au titre du plan de prévention des départs vers la Belgique d'environ 20 millions d'euros par an pendant trois ans, répartis au prorata des flux constatés entre les différentes régions soit, comme précisé au paragraphe 4.5.2, les montants suivants pour les trois régions les plus concernées dès 2020 : Ile-de France : 11 millions d'euros, Hauts-de-France : 5 millions d'euros, Grand-Est : 3 millions d'euros.

L'hypothèse 2 est un peu plus coûteuse mais présente l'avantage de s'opérer par redéploiement de moyens au sein de l'ONDAM. La régulation des flux vers la Wallonie (plus d'orientation MAS/FAM dès 2020) permet la création de solutions de proximité par redistribution des moyens qui, en l'absence de mise en œuvre de cette régulation, auraient été alloués aux prises en charge en Wallonie.

Il convient de noter que l'encadrement de l'évolution des budgets des Conseils départementaux peut être un frein important au développement de nouvelles réponses, en particulier dans les départements où l'offre actuelle est très insuffisante.

La mise en œuvre d'une politique commune Etat/Conseils départementaux de conventionnement du secteur adulte est indispensable pour instaurer une régulation des établissements wallons accueillant des français tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Compte-tenu des fortes inquiétudes émises par les représentants des Conseils départementaux, des MDPH et des usagers sur l'arrêt de nouvelles orientations en Belgique dès 2019 qui priverait les territoires de « solutions par défaut », il est proposé une montée en charge du conventionnement sur 3 à 4 ans en faisant deux hypothèses :

Hypothèse 1 : laisser la possibilité pendant cette période de continuer à financer des prises en charge dans les nouveaux établissements belges qui se créeront

Hypothèse 2 : bloquer dès 2020 le capacitaire belge à la situation constatée au 31 décembre 2019, transférer dans l'ONDAM les crédits permettant de financer ces places ainsi que leur évolution prévisionnelle sur trois ans et donner ainsi aux ARS concernées les crédits permettant de renforcer l'offre sur leur territoire.

L'hypothèse 1 est impossible à réaliser, vu le manque de solutions en France. La 2 ne laisse qu'un délai très court pour rattraper des décennies de retard... Il faudrait revoir toutes les formations des personnels, sortir de l'emprise psychiatrique et psychanalytique, de la vision médicale du handicap, apprendre à prévenir et à gérer les troubles du comportement par les approches scientifiquement validées... On se heurte là à la mentalité française et il faudra un peu plus que quelques années avant de la changer. En attendant, mis à part quelques exceptions, les structures rejettent toujours ces personnes. Les cas complexes ne peuvent se contenter d'une inclusion au rabais, de bricolage, d'une attente de « l'émergence du désir »...

Extraits de l'annexe : projet de convention-type

Article 4 : Conditions d'admission et de prise en charge financière des bénéficiaires

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

Mai 2019

Page 37

La décision d'orientation de l'adulte ou son placement est prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). La décision doit être motivée. La décision doit ainsi spécifier si l'orientation vers un établissement wallon conventionné est effectuée :

- En l'absence de solution alternative adaptée en France, dans un délai acceptable ;
- Par choix de l'usager, malgré une solution alternative proposée en France ;
- Car l'établissement wallon constitue une solution de proximité ;

Soit :

- En raison du caractère d'urgence, l'absence de prise en charge adaptée entraînant :
 - un risque de mise en danger de la personne ou de son entourage,
 - un risque de rupture de parcours.

Elle est notifiée à la personne handicapée ou son représentant légal qui suivant l'orientation indiquée a le libre choix de l'établissement.

L'admission des adultes, consécutive à la décision d'orientation de la CDAPH, est prononcée par le Directeur de l'établissement qui en informe immédiatement la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) concernée. Dans le cas où cette admission ne peut être prononcée, et après avis de l'équipe médico-éducative, le Directeur est de même tenu d'en informer immédiatement la MDPH en vue de rechercher avec elle une prise en charge mieux adaptée au cas de l'adulte.

Nous sommes étonnés de lire que les personnes auront le choix, nous pourrions nous réjouir mais nous émettons des réserves prudentes. Actuellement, le choix de la personne ou/et de sa famille n'est pas du tout pris en compte en cas de solution alternative même inadaptée, même très partielle, même beaucoup plus éloignée, voire parfois sans solution du tout en France, ni même en cas de grand danger. L'activité la plus prégnante de l'AFrESHEB est d'aider des familles dans ces complications, et souvent par procédé de

recours, voire au tribunal. Avec ces nouvelles conventions, est-il possible qu'enfin ces situations dramatiques ne soient plus la règle ?

L'équipe médicale, paramédicale et psychologique comprend :

- Un psychiatre ;
- Un médecin généraliste ;
- Un psychologue clinicien.

Revoilà la psychiatrie. La convention commence par les MAS, mais elle bifurque ensuite sur les FAM et les foyers de vie, nous supposons toutefois que le psychiatre est pour les MAS. Importer en Belgique les mauvaises pratiques françaises ne semble pas être une bonne idée.

En ce qui concerne les soins et le transport, à lire attentivement :

Ne peuvent être pris en compte pour la fixation du prix de journée globalisé :

1° Les frais d'inhumation des personnes accueillies dans l'établissement ou le service ;

2° Les frais médicaux, notamment dentaires, les frais paramédicaux, les frais pharmaceutiques et les frais de laboratoire, autres que ceux afférents aux soins qui correspondent aux missions de l'établissement ou du service ;

3° Le coût des soins dispensés par les établissements de santé autres que ceux autorisés à dispenser des soins de longue durée (ex : hospitalisation complète ou ambulatoire) ;

4° Le coût des dispositifs médicaux spécifiquement adaptés à l'usage personnel exclusif de la personne handicapée ;

5° Les dépenses afférentes aux équipements individuels qui compensent les incapacités motrices et sensorielles (ex : prothèses internes, optique médicale, appareils électroniques correcteurs de surdité, prothèses oculaires et faciales, podo-orthèses...), lorsqu'ils sont également utilisés au domicile de la personne accueillie ou qu'ils ne correspondent pas aux missions de l'établissement ou du service ;

6° Le coût des examens qui nécessitent le recours à un équipement matériel lourd ;

Il faut noter que :

- les frais de transport Domicile famille - Entrée / Sortie de la structure médico-sociale ou pour permission au cours du séjour, ne sont pas remboursables par l'Assurance Maladie française.

- L'Assurance Maladie française est fondée à récupérer, auprès de l'établissement, les sommes indûment mises à sa charge au titre de prestations comprises dans le prix de journée (consultations médicales, soins infirmiers, pharmacie, nutriments...).

Les soins complémentaires

Les soins complémentaires issus de maladies intercurrentes, délivrés à titre individuel par un médecin, un auxiliaire médical, un centre de santé, un établissement de santé ou un autre établissement ou service médico-social, sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire dans les conditions de droit commun, en sus du tarif versé à l'établissement ou au service :

1° Soit lorsque leur objet ne correspond pas aux missions de l'établissement ou du service ;

2° Soit, par dérogation aux dispositions énoncées ci-dessus, lorsque, bien que ressortissant aux missions de l'établissement ou du service, ces soins ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'établissement ou le service de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière. Dans ce cas, ces soins doivent faire l'objet d'une prescription par un médecin attaché à l'établissement ou au service.

Lorsque ces soins complémentaires sont liés au handicap ayant motivé l'admission dans l'établissement ou le service, leur remboursement est subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical français de la caisse d'affiliation de l'assuré.

Les préconisations de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, lorsqu'elles existent, sont jointes à la demande d'entente préalable.

Modalités de prise en charge des soins hospitaliers en sus (soins inopinés ou programmés dans un autre Etat)

Les soins programmés dans un autre établissement de soins sont pris en charge conformément aux dispositions des règlements européens de coordination 883/2004 et 987/2009, ces soins lorsqu'ils sont envisagés sur le territoire belge, ou dans une autre Etat membre de l'union européenne, de l'EEE ou en Suisse, doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable (document portable S2) auprès du Service médical de la caisse d'affiliation de l'assuré par le médecin de l'établissement et pour le compte de l'assuré.

Ce document permet de bénéficier de la prise en charge des soins conformément à la réglementation et à la tarification du pays où les soins ont été dispensés dans les mêmes conditions que celles prévues pour les assurés du régime local.

En cas d'hospitalisation urgente ou pour des soins immédiatement nécessaires dans un autre établissement de soins, sur le territoire belge ou un autre Etat membre de l'Union européenne, de l'EEE ou en Suisse, le patient doit présenter une Carte Européenne d'Assurance Maladie CEAM ou un certificat provisoire de remplacement. L'établissement

accueillant la personne handicapée doit s'assurer que le patient est en possession d'une CEAM et à défaut, il doit en faire la demande auprès de la caisse d'affiliation de l'assuré.

La CEAM permet de bénéficier de la prise en charge des soins conformément à la réglementation et à la tarification du pays où les soins ont été dispensés dans les mêmes conditions que celles prévues pour les assurés du régime local.

Lorsque l'assuré a fait l'avance des frais de soins, ils peuvent faire l'objet d'un remboursement par la CPAM d'affiliation sur la base des tarifs du pays des soins ou sur accord de l'intéressé, sur la base du tarif français.

Voici enfin qui résoudrait un épineux problème pour les soins non dévolus aux établissements, dont la prise en charge financière est souvent refusée par les CPAM sous divers prétextes. Et l'utilisation de la CEAM est souvent refusée aussi, car faite pour les courts séjours (déplacement pour le travail, vacances), ce qui ne correspond pas à la situation des résidents français en Belgique. Il faudra donc veiller à ce que les CPAM respectent cette convention.

CONCLUSION

Ce rapport apporte des éléments montrant une bonne connaissance de la situation. Il propose des pistes dont certaines sont vraiment attendues, mais d'autres qui posent question et inquiètent.

Nous rappellerons que le choix de la personne et/ou de sa famille doit toujours être respecté, en accord avec l'article 18 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées :

Droit de circuler librement et nationalité

Les États Parties reconnaissent aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, le droit de circuler librement, le droit de choisir librement leur résidence et le droit à une nationalité, et ils veillent notamment à ce que les personnes handicapées :

- Aient le droit d'acquérir une nationalité et de changer de nationalité et ne soient pas privées de leur nationalité arbitrairement ou en raison de leur handicap ;*
- Ne soient pas privées, en raison de leur handicap, de la capacité d'obtenir, de posséder et d'utiliser des titres attestant leur nationalité ou autres titres d'identité ou d'avoir recours aux procédures pertinentes, telles que les procédures d'immigration, qui peuvent être nécessaires pour faciliter l'exercice du droit de circuler librement ;*
- Aient le droit de quitter n'importe quel pays, y compris le leur ;*
- Ne soient pas privées, arbitrairement ou en raison de leur handicap, du droit d'entrer dans leur propre pays.*

À ce propos, le rapport n'aborde pas la problématique des papiers d'identité des personnes, qui est souvent un casse-tête administratif et logistique. (Difficultés pour déplacer des personnes, parfois jusque dans leur commune d'origine, impossibilité pour certaines de se plier aux exigences pour les photographies, etc.). Une simplification pour ces démarches serait bienvenue.

Le rapport prend en compte la problématique des majeurs protégés dans le rapport même et avec une annexe de convention spécialement dédiée.