

**L'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES
ET HANDICAPEES EN BELGIQUE**

**Rapport présenté par Cécile GALLEZ
Député du Nord
Maire de Saint-Saulve**

Février 2009

Sommaire

Introduction.....	4
Première partie	
Les personnes âgées de nationalité française hébergées en Belgique.....	6
A) Le nombre de personne âgées françaises hébergées en Belgique.....	7
B) Le niveau de dépendance des personnes âgées françaises hébergées en Belgique.....	11
C) Les structures belges.....	13
D) Les motivations des personnes âgées pour rejoindre des établissements d'hébergement belges.....	16
a) La proximité géographique de la Belgique.....	16
b) Le manque de places dans les structures d'hébergement françaises.....	17
c) La qualité de l'accueil en Belgique.....	18
d) Le coût d'hébergement en Belgique.....	27
Synthèse des préconisations.....	34
Deuxième partie	
Les personnes handicapées françaises en Belgique.....	36
<u>Le constat</u>	
Pourquoi la Belgique?	37
Les structures belges.....	38
Le conventionnement.....	43
<u>Difficultés et propositions</u>	
Le recensement des personnes concernées.....	45
A) L'enfant ou l'adolescent jusqu'à 20 ans.....	45
B) Dispositif Creton.....	46

C) Adultes handicapés.....	46
Le manque de places.....	51
Le délai en France pour ouvrir un établissement, les coûts et les normes.....	56
L'extrême complexité de la répartition de la prise en charge des personnes handicapées.....	57
Les « dysfonctionnements » Assurance maladie-Conseil Général.....	57
Le contrôle des établissements belges.....	58
Le statut des personnes protégées en Belgique.....	64
L'autisme.....	69
La collaboration franco-belge.....	76
Synthèse des préconisations.....	79
Conclusion.....	82
Remerciements.....	85
Annexes.....	87

Introduction

Lors de l'ouverture de la conférence nationale sur le handicap qui s'est tenue à Paris, le 10 juin dernier, le Président de la République, Nicolas Sarkozy, en annonçant la création de nouvelles places pour les personnes handicapées, a insisté sur le fait que: « *des familles françaises sont obligées d'aller en Belgique pour placer leur enfant* ». Le Président de la République a clairement affirmé ses intentions de solutionner cette situation inacceptable.

De toute évidence, cette constatation ne concerne pas la qualité et les conditions d'hébergement des ressortissants français en Belgique mais dénonce le problème récurrent en France du manque de structures adaptées pour certaines pathologies du handicap ainsi que pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

C'est dans ce contexte que le Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Xavier Bertrand et la Secrétaire d'Etat à la Solidarité, Valérie Letard, m'ont confié une mission d'étude pour comprendre les raisons de cet exode frontalier.

Face à ce constat, la construction du rapport s'est concentrée autour d'une démarche d'analyse et de compréhension de ce phénomène.

De toute évidence, le problème étant ancien mais toujours criant d'actualité, il ne s'agit pas de se contenter de souligner à nouveau au travers de cette mission les faits explicités précédemment et maintes fois exposés à plusieurs reprises dans de nombreux et excellents rapports, mais de tenter d'apporter par cette étude de terrain des précisions sur le sujet, de dégager des pistes de réflexion et de présenter des propositions concrètes auxquelles le ministère pourra se référer afin de lui permettre de définir la politique d'action qu'il jugera la mieux adaptée aux circonstances.

Les propositions contenues dans ce rapport s'inscrivent dans une volonté profonde de

contribuer efficacement à faire évoluer une situation qui touche tant à l'humain qu'aux domaines économique et politique. Dans le contexte de crise et de restriction budgétaires que nous connaissons actuellement, nos concitoyens les plus fragiles doivent rester dans les priorités des gouvernants, mais nous gardons à l'esprit qu'il serait peu crédible d'envisager cette priorité sous l'angle maintes fois abordé d'une seule rallonge budgétaire.

La prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées revêtant chacune une particularité spécifique, notre rapport se divisera en deux parties distinctes et se concentrera principalement sur l'étude approfondie de l'hébergement des personnes âgées et handicapées de nationalité française en Wallonie. De par la proximité territoriale de cette Région avec la frontière nord de la France, ce choix s'est imposé de manière naturelle et immédiate comme une priorité dans la recherche de nos sources, informés par les autorités belges que les ressortissants français hébergés en Flandre étaient peu nombreux, la barrière linguistique et l'éloignement géographique de la région y contribuant largement.

Première partie

Les personnes âgées de nationalité française hébergées en Belgique

A) Le nombre de personne âgées françaises hébergées en Belgique:

L'Observatoire Franco-Belge de la Santé dans son rapport de 2005 évaluait à **1575 le nombre de personnes âgées françaises** hébergées dans 106 établissements collectifs wallons contre seulement 12 résidents belges hébergés en France.

Selon les organismes et les différentes autorités politiques rencontrés, **ce chiffre remontant à l'année 2005 n'a fait l'objet depuis cette date d'aucune rectification.**

Sous réserve d'une possible évolution, cette estimation doit être considérée d'une manière relative étant donné l'absence d'outil fiable de quantification.

Il est certain que cet exercice de recensement du nombre de personnes âgées résidentes dans des établissements d'hébergement belges demeure assez délicat à établir. La gestion approximative de cette situation défailante est la résultante de la conjonction de plusieurs facteurs. En effet, la candidature d'une même personne sur plusieurs listes d'attente empêche toute utilisation de ces registres d'inscription comme des sources solides de recensement de la population âgée française en établissement d'hébergement belge.

De même, les Caisses Régionales d'Assurance Maladie ne disposent d'aucune compétence dans ce domaine pour faciliter la réalisation de ce décompte. Enfin, **les Conseils généraux qui ne versent pas l'APA aux Français résidant sur le territoire belge**, sont dans l'impossibilité de fournir des chiffres certains dans ce domaine. Sur les 795 000 personnes dépendantes de plus de 60 ans actuellement en France, celles qui seraient hébergées en territoire belge représenteraient **0,2% de cette population.**

Il nous faut donc relativiser l'importance de ce phénomène.

Il n'en demeure pas moins que :

- sur le plan de la responsabilité nationale, c'est le premier devoir d'un pays que de pouvoir héberger ses ressortissants, à fortiori les plus fragiles, et qu'il n'est pas

admissible de les voir partir par **défaut de place** en France,

- sur le plan économique, s'il fallait demain que ces personnes reviennent toutes en France, il faudrait créer de 25 à 30 EHPAD, principalement dans le département du Nord puisque près de 80% d'entre elles en sont originaires (contre environ 7% pour le département du Pas de Calais, 5% pour le département des Ardennes et 8% pour les départements de Meurthe et Moselle, de l'Aisne, de la Somme, de la Meuse, de la Marne ainsi que pour les régions de Paris, des Pays de la Loire et de la Normandie réunies).

Nous n'en serions pas capables.

Par ailleurs, selon les projections de l'INSEE, il faut savoir que l'âge moyen des habitants de la région Nord Pas de Calais va augmenter plus vite que celui des Français. En 2050, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans du Nord Pas de Calais sera multiplié par 2,6 et par 3,8 si l'on considère les personnes âgées de plus de 85 ans.

Cette situation tend à connaître une légère inflexion. Un récent rapport du Conseil économique et social régional du Nord-Pas de Calais faisait état d'une évolution à la baisse du nombre de personnes âgées hébergées en Belgique puisque leur population s'élevait à 1700 résidents pour l'année 2004 soit une baisse de 8% du nombre de demandes par rapport à l'année 2005.

Ce constat a fait l'objet d'une confirmation par deux des établissements belges que nous avons visités en Wallonie. Ces derniers ont reconnu **une légère diminution du nombre de personnes sur leur liste d'attente**. (nous reviendrons sur ce qui nous semble être la cause de ce phénomène)

Actuellement, aucun caractère d'obligation n'est requis pour le recensement des Français s'établissant en Belgique. Cette démarche administrative relève essentiellement d'une initiative personnelle prise par chaque personne de nationalité

française pour s'identifier auprès des registres des Français établis hors de France dès qu'il y a une domiciliation ou une résidence en Belgique. Tant que cette négligence subsistera soit par ignorance des formalités à entreprendre, soit par crainte de mesures fiscales ou sociales moins favorables qu'en France, nous resterons dans le domaine de l'estimation approximative.

Les propositions:

Il est indispensable de mettre au point une méthode rigoureuse de recensement

En premier lieu :

Afin d'assurer une meilleure **protection** et une meilleure **gestion administrative** des ressortissants français en territoire belge,

En second lieu :

Parce que, du nombre et des catégories de personnes concernées dépendra **la politique à suivre et les décisions à prendre pour les autorités françaises.**

Le rapport suggère que:

- chaque directeur d'établissement belge d'hébergement de personnes âgées ait l'obligation, dans le cadre d'un accord franco-belge, d'établir un relevé précis du nom et du niveau de dépendance de la personne âgée accueillie en Belgique.

Ce relevé devra être effectué sur **un registre** spécialement prévu à cet effet et **communiqué** dans un délai fixé **au Bourgmestre** de la commune où se situe l'établissement d'hébergement de la personne âgée.

La commune sera chargée de transmettre les informations recueillies au Consul de France en Belgique ou à toutes autorités diplomatiques compétentes en la matière. Un délai de transmission devra être également établi pour ce transfert.

- soit mis en place un dossier départemental unique de demande d'admission pour une meilleure gestion des listes d'attente en établissement pour personnes âgées dépendantes.

Ce dossier unique sera délivré par les services du Conseil général ou par les CLIC qui auront la fonction de relais départementaux de cette actualisation des places disponibles. L'instauration d'un seul et même document permettra de faciliter les démarches auprès des établissements par les familles souvent désemparées par la situation de leurs parents en perte d'autonomie.

De plus, le Conseil général disposera d'une meilleure lisibilité sur les besoins et pourra ainsi proposer des réponses plus adaptées aux souhaits de la famille en matière d'hébergement, tant sur le plan de la localisation, que des tarifs pratiqués et de la gestion des listes d'attentes. Les personnes âgées bénéficieront ainsi d'une meilleure orientation dans leur département en fonction de leur situation familiale, géographique, financière et de leur niveau de dépendance.

Tous les six mois, les Conseils généraux devront transmettre au Préfet de département, la liste des dossiers qui ont eu satisfaction, accompagnée du nombre de places demeurant vacantes, tous établissements publics et privés confondus.

B) Le niveau de dépendance des personnes âgées françaises hébergées en Belgique:

Sur l'ensemble des personnes âgées françaises hébergées en Belgique, les autorités belges wallonnes ont été dans l'impossibilité de communiquer les pourcentages exacts concernant les différents niveaux de dépendance. Les seules sources de référence officielle dont nous disposons émanent du rapport réalisé en 2005 par l'Observatoire Franco-Belge de la Santé sur la mobilité transfrontalière des personnes âgées.

L'Observatoire nous informe sur la proportion du niveau de dépendance des assurés sociaux français par rapport à la totalité des résidents des structures d'hébergement belges. Il fait apparaître une **proportion plus importante de personnes âgées en forte dépendance en Belgique qu'en France.**

Ceci nous fut confirmé par les différents directeurs d'établissements rencontrés au cours de nos visites, et par les observations que nous avons pu en faire : ces personnes âgées, qui parfois représentent 80% de la population des résidents dans les établissements belges, correspondent à la classe C belge ce qui équivaut aux GIR 1,2 et 3 en territoire français.

Les propositions:

Le rapport propose **la mise en place d'une harmonisation des niveaux de dépendance entre les territoires français et belge.**

En effet, la France et la Belgique utilisant une classification inversée l'une par rapport à l'autre, il nous est apparu que le choix d'un étalonnage de la logique française sur la logique belge, ou l'inverse, s'inscrivait judicieusement dans une démarche de **rationalisation des méthodes de classifications transfrontalières des degrés de dépendance.**

Enfin, le rapport préconise également l'utilisation de **critères communs d'évaluation** par les différents organismes de statistiques afin de faciliter le croisement des données en s'appuyant sur des résultats identiques, ce qui permettrait une approche comparative beaucoup plus proche de la réalité.

C) Les structures belges:

Ce rapport n'a pas l'intention de reprendre tout ce qui a été dit, en particulier dans le rapport de l'OFBS, sur les différentes formes de structures belges et leurs comparaisons avec la France. Rappelons juste qu'elles sont dans l'ensemble plus petites, plus médicalisées, plus encadrées et plus souples, et qu'elles accompagnent davantage qu'en France la personne tout au long de son parcours.

La taille des structures serait plus petite avec une moyenne de 46 lits par établissement contre 60 lits en France ce qui conférerait à la Belgique un caractère d'attractivité plus important en raison de l'aspect **plus convivial et plus chaleureux de son hébergement.**

Or, au cours de notre déplacement dans le cadre de notre mission, les établissements que nous avons pu visiter se rapprochaient plus des 75 lits que des 60 lits comme les études antérieures en font souvent la remarque. Certes, la France dispose sur son territoire de structures d'une importance supérieure, ce qui peut conforter ce cliché, mais il nous est apparu opportun d'en atténuer la portée. S'il est évident qu'une structure d'hébergement à taille réduite est plus accueillante, **il ne nous semble pas envisageable, au plan financier, de prescrire la création d'établissement de capacité inférieure à 60 lits.**

Les propositions:

En revanche nous voudrions insister sur :

- l'exigence d'**une simplification des procédures d'autorisations administratives pour ouvrir ou rénover un établissement.**

Nous avons pu constater lors de nos déplacements, l'existence de beaucoup plus de souplesse en Belgique qu'en France pour ouvrir une structure. Les délais d'autorisation sont de 6 mois alors qu'ils sont de 3 à 7 ans en France. Les normes de sécurité exigées en France sont beaucoup plus contraignantes et s'ajoutent au

délai d'attente de l'accord de construction, ce qui démotive les investisseurs. Une fois la construction terminée, au terme de quelques années de fonctionnement de la structure, l'État exige une nouvelle mise aux normes sous peine de fermeture de l'établissement, ce qui, en outre, peut générer la perte de nombreux emplois pour les communes. De plus, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie subventionne les travaux d'extension mais pas ceux relatifs à la sécurité, ce qui grève fortement les budgets des établissements.

Un exemple de montage financier d'un EHPAD de 56 lits:

Pour un coût total de 4,8 Millions d'euros nécessaires à la construction d'une structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la commune bénéficie d'une subvention du Conseil général qui s'élève à hauteur de 1,4 Millions d'euros auxquels il faut ajouter environ 200 928 € pour le financement du mobilier. L'État participe au coût de la construction par une aide financière de 138 184 €. Même si la commune peut obtenir une petite subvention des caisses de retraites, le reste du financement tel que l'achat du terrain à bâtir demeure à la charge intégrale de la commune qui a souvent recours au prêt ou au mécénat pour faciliter l'implantation de la maison de retraite.

- Afin d'éviter le coût inflationniste actuel de la construction de ces structures qui est souvent difficilement supportable pour les communes ainsi que la construction précipitée et parfois inopportune de certaines structures d'hébergement pour accueillir des personnes âgées dépendantes, le rapport suggère de **recupérer des locaux désaffectés** comme les petits hôpitaux de campagne, les anciens dispensaires ou les bâtiments des casernes militaires dont le Ministère de la Défense envisage de se séparer dans le cadre de la réforme de la carte militaire de notre territoire.

- **L'intensification du développement de l'accueil de jour et des accueils temporaires dans toutes les structures déjà existantes** comme dans certains départements français, dont le Var, où le Conseil général a même décidé de privilégier l'augmentation de l'accueil de jour dans ses établissements plutôt que de créer de nouvelles places.

D) Les motivations des personnes âgées pour rejoindre des établissements d'hébergement belges:

Nos différentes visites de structures d'hébergement nous ont confirmé les éléments, bien connus, permettant d'expliquer le flux migratoire de personnes âgées françaises vers la Belgique:

a) La proximité géographique de la Belgique:

Pour beaucoup de nordistes, la Belgique est une prolongation du territoire français. Franchir la frontière est devenue une habitude courante pour les habitants de ces régions, des liens se sont créés depuis des générations comme en témoignent les fréquentes unions franco-belges.

D'autre part, la distance relativement courte entre l'habitat d'origine en France et le lieu de l'établissement en Belgique n'excède souvent pas 15 à 20 km et permet pour la personne âgée des visites fréquentes de sa famille. Ainsi, 90% des personnes âgées proviennent des régions frontalières. Ce choix peut parfaitement émaner d'une volonté particulière de la personne. Mais en règle générale, ce transfert géographique provient dans la majorité des cas d'**un manque de places en établissement français** suite à une situation d'urgence et c'est précisément en ce point que le problème revêt une attention toute particulière. En effet, l'atténuer au prétexte de la proximité transfrontalière est une chose mais l'accepter pour des personnes âgées provenant d'autres régions françaises est préoccupant. Cela souligne **l'insuffisance des moyens mis en place dans certaines collectivités territoriales pour remédier à cette carence et favoriser les inégalités au niveau national.**

b) **Le manque de places dans les structures d'hébergement françaises:**

Le manque de places dans les structures d'hébergement françaises motive l'expatriation des personnes âgées en Belgique. Il est important de faire un bref rappel sur les créations de lits . **En France**, 530 000 lits ont été créés à ce jour, soit une proportion de **8,4 lits pour une population de 1000 habitants**. **En Wallonie**, le moratoire de 1999 a prévu 47 546 lits pour une population de 3 450 000 habitants, soit un rapport de **13 à 14 lits pour 1000 habitants**. Le département du Nord se situe dans la même proportion que la moyenne de la France, puisqu'avec une population de 2 600 000 habitants il est en mesure de disposer sur l'ensemble de ses structures d'hébergement de 22 168 lits, soit un ratio de 8,3 lits pour 1 000 habitants.

Le décalage dont la France a fait preuve en matière d'accroissement du nombre de lits par rapport à nos voisins Belges s'explique en partie par la méthode de programmation des lits en fonction de l'évolution de la démographie qui n'a pas été identique pour les deux pays. En effet, pour ses prévisions d'ouverture de lits supplémentaires, la Belgique raisonnait en fonction d' un cadre de référence de **100 habitants de 60 ans et plus**, tandis que la France étalonnait ses prévisions d'ouverture de lits en fonction de **100 habitants âgés de 75 ans et plus**.

Il est important de préciser à ce stade que si cette divergence de programmation a été la cause d'un déficit en terme d'hébergement des personnes âgées pour la France par rapport à la Belgique qui servait de modèle de référence, **l'éventuelle transposition de ce système belge de prévision dans notre pays est à écarter**, car ce n'est plus à 60 ans que l'on entre en établissement. Il faut donc **continuer à raisonner sur les personnes âgées de plus de 75 ans, en gardant à l'esprit que leur population va augmenter et que leur niveau de dépendance va s'accroître.**

Concernant la population des personnes âgées de 80 ans et plus leur nombre va croître de 60% en 25 ans, passant de 4,5 millions en 2005 à 7,2 millions en 2030 et en 2040 la France comptera 1,2 millions de personnes âgées dépendantes, soit 43% de plus qu'en 2000. Or, à partir de 80 ans les risques de dépendance augmentent de 30 à

40 %. La solution envisagée se traduit souvent, pour la plupart des cas, par le placement en établissement. **Même si les personnes âgées rentrent plus tardivement en structure d'hébergement et qu'elles y séjournent moins longtemps que par le passé, la moyenne actuelle étant de 2 ans et demie, les places en établissement n'ont augmenté que de 1% par an de 1996 à 2005.**

Ce système s'inscrivait en décalage total par rapport au pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans qui croît de 3% chaque année, soit un retard accumulé de 2% sur la même période. Il faut savoir que si cette proportion perdurait, il faudrait créer 130 000 places d'ici 2010 et 170 000 en 2015 (cf rapport du CESR).

Certes **depuis 2005**, les politiques entreprises pour résoudre cette crise se sont attachées à développer de nouveaux moyens de financement avec la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, la mise en place dans la durée des plans Alzheimer 2004-2007 et 2008-2012 ainsi que le Plan solidarité grand âge 2007-2012 et la politique de maintien en domicile, mais il est à craindre que **ces mesures ne soient pas suffisantes.**

c) La qualité de l'accueil en Belgique :

On entend souvent dire que la qualité du service et de l'encadrement médical par le personnel soignant serait supérieure en Belgique .

1ère constatation : en France le temps de travail hebdomadaire légal est fixé à 35 heures tandis qu'en Belgique il est variable, avec une plus grande souplesse dans les contrats de travail, allant de 35 à 39 heures par semaine.

2ème constatation : la formation et la répartition des tâches du personnel soignant ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre.

Bien que les types d'établissement et de prise en charge ne soient pas totalement

identiques entre nos deux pays, il peut être intéressant l'établir les comparaisons suivantes :

Concernant les Maisons de retraite MR (Belgique) et EHPA (France)

	FRANCE	BELGIQUE*
Administration	0,015	0,015
Soins	0,03	0,15
Hôtellerie	0,13	0,06
Total Agent/lit par fonction	0,18	0,22

* chiffres de l'OFBS.

L'écart entre le ratio français et le ratio belge se situe autour de 0,04 point ce qui place les établissements d'hébergement des personnes âgées de la **Belgique** avec un **léger avantage** en terme de **prise en charge individuelle** du résident par rapport aux établissements de type foyer-logement en France. Notons que **notre pays devance** largement la Belgique **dans le secteur de l'hôtellerie, mais connaît une différence plus marquée au niveau des soins.**

Concernant les MRS (Belgique) et les EHPAD (France)

Le personnel soignant

En Belgique : *Sources 2008 du Ministère de la santé de l'action sociale et de l'égalité des chances wallon*

Nombre de lits	Temps Plein
Pour 30 résidents	<ul style="list-style-type: none"> - 5 TP (ou équivalent temps plein) praticiens de l'art infirmier dont un infirmier(ère) en chef. - 5 TP personnel soignant - 1 TP kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède avec représentation suffisante des deux premières orientations - 1 praticien de l'art infirmier présent 24h/24.

Soit un ratio de 11 TP pour 30 lits, **c'est à dire de 0,36 par lit**

En France :

Pour les établissements hors convention tripartite, le ratio est évidemment très bas: 0,12 en moyenne, mais ces établissements étant désormais très minoritaires (environ 10%) nous retiendrons les établissements avec convention tripartite.

Avec les chiffres qui nous ont été communiqués et ceux que nous avons relevés par nous mêmes au cours de nos visites, nous avons pu établir que le ratio moyen s'élevait **en moyenne à 0,26**, (certains établissements atteignant le ratio belge de 0,36), soit un écart de ratio avec la Belgique de 0,10, ce qui conforterait le sentiment partagé par de nombreux Français, que les structures françaises ne peuvent offrir une qualité de service et de surveillance comparable.

Il nous est cependant difficile d'effectuer une comparaison précise entre les deux pays des effectifs soignants par lit, car pour la Belgique les normes de personnel sont déterminées en fonction du nombre de bénéficiaires classés dans chacune des catégories de dépendance visées à l'article 150 de l'Arrêté Royal en date du 3 juillet 1996 comme le montre le tableau ci-dessous pour les MRS:

Catégories	Définition du personnel (nomenclature belge)
Catégorie de dépendance O	- 0,25 infirmiers
Catégorie de dépendance A	- 1,20 infirmiers - 0,80 membres du personnel soignant
Catégorie de dépendance B	- 2,10 praticiens de l'art infirmier - 4 membres du personnel soignant - 0,35 membres du personnel de réactivation
Catégorie de dépendance C	- 4,10 praticiens de l'art infirmiers - 5,06 membres du personnel soignant - 0,385 membres du personnel de réactivation
Pour les bénéficiaires qui sont classés en raison de leur dépendance psychique dans la catégorie de dépendance C+	- 4,10 praticiens de l'art infirmier - 6,06 membres du personnel soignant - 0,385 membres du personnel de réactivation

(Extrait du rapport du Conseil Economique et Social Régional sur « L'hébergement collectif des personnes âgées françaises de la région Nord – Pas de Calais en zone frontalière belge » de 2005).

Les normes de personnel dans les établissements sont exprimées en équivalent plein-temps par 30 bénéficiaires et classées par ordre croissant de la dépendance la plus faible (O) à la plus forte (C+).

En France, il n'existe pas de tableau de normes de personnel similaire pour les maisons de retraite françaises.

Le décret 2007-547 du 11 avril 2007 précise :

- **les équivalences temps plein** par rapport au nombre de résidents

- **l'obligation d'un médecin coordonnateur** pour tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

En outre, une circulaire de la Caisse d'Allocations Familiales a présenté un cadre de fonctionnement avec une **exigence de qualité** de service vis à vis de la personne âgée.

Le Plan Solidarité Grand Age met l'accent sur un **ratio de dépendance** en fixant un objectif d'encadrement tout confondu de la personne : à savoir 0.65 pour une personne et 1 si l'indice GMP (GIR Moyen Pondéré) est supérieur à 800 (voir la circulaire du 17 octobre 2006 : concernant la réactualisation annuelle du GMP, “ pathossification ” et renouvellement des conventions tripartites).

Pour la France, il n'existe aucune autre réglementation, mais par contre les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales vérifient que le simple **bon sens** soit réel et appliqué dans les structures d'accueil de personnes âgées.

Concernant **l'ensemble** des fonctions: administratives, hôtelières et soignantes des EHPAD, nous avons jugé intéressant de comparer les éléments recueillis lors de nos déplacements. Nous avons constaté que **le total général des personnels se hisse à un même niveau d'égalité voire supérieur à celui des MRS belges.** Ces constatations sont bien évidemment limitées à notre espace géographique d'étude. De **0,6 en moyenne pour les établissements français** à 0,5 pour les belges. (*voir annexes*)

En résumé, nous pouvons dire que les Belges ont pu être considérés comme des précurseurs dans la prise en charge de leurs aînés. En effet, ils ont su adapter et développer une attitude plus individualisée à l'égard de la personne âgée dépendante qui fait généralement l'objet d'un accompagnement et d'un suivi plus personnalisés qu'en France. Le personnel d'encadrement adapte les soins en fonction des pathologies rencontrées, de l'âge et de l'état de la personne. En outre, du fait du glissement des MR en MRS, **une personne âgée qui arrive en Maison de Retraite, reste dans la même structure, même si son état s'aggrave.**

Il est cependant intéressant de souligner que **cet écart entre nos deux pays est en train de se réduire, l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées en établissement faisant l'objet d'une préoccupation constante des pouvoirs publics depuis plusieurs années.**

Aujourd'hui, l'humanisation des hospices s'achève et la transformation des maisons de retraite en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) se poursuit. Certes, il existe encore en France des hospices qui ne sont pas dignes d'accueillir des personnes âgées dépendantes, mais leur nombre tend à décliner de manière conséquente. Leur disparition progressive est en partie la résultante de la démarche qualité induite par la **réforme de la tarification** en 1999 et soutenue par la signature des **conventions tripartites** entre l'établissement, le Conseil général et l'Etat. Les efforts architecturaux accomplis ne peuvent qu'entraîner l'évolution positive de l'image des maisons de retraite qui reste cependant assez mal perçue en France.

En France, le GIR moyen pondéré en EHPAD était de plus de 300 il y a quelques années. Actuellement, il a été fixé à plus de 700. Ainsi, le total de personnel qui est défini en fonction de l'accumulation des GIR, **n'est pas plus faible en France, mais le nombre de soignants est inférieur à la Belgique.**

Par ailleurs, en Belgique, **le personnel d'encadrement des personnes âgées y est**

plus polyvalent et moins sectorisé que dans les établissements d'hébergement en France, les fonctions des aides soignantes, en particulier étant plus étendues.

Propositions

Il nous faut tenter de concilier, pour ces propositions, les deux éléments suivants :

- le manque de personnel soignant en France
- le contexte budgétaire actuel

1ère proposition : Modifier la répartition de la Dotation globale

Actuellement sont pris en charge par la solidarité nationale:

le médecin coordonnateur à 100%

les infirmières à 100%

les aides soignants à 70 %, les 30% restant demeurant à la charge de l'établissement qui les répercute sur le tarif de la dépendance.

Les établissements font par ailleurs appel à des **auxiliaires de vie** qui ne sont pas compris dans la dotation globale et que l'établissement répercute à 30% sur la dépendance et à 70 % sur l'hébergement.

Nous proposons que, sans augmenter le montant de la dotation globale, l'établissement soit libre de répartir, comme il l'entend, son effectif entre aides soignants et auxiliaires de vie.

Pour l'Etat, l'opération est neutre

Pour l'établissement, cela lui permettrait de garder certains auxiliaires de vie qui sont particulièrement compétents mais qui n'arrivant pas à passer le diplôme d'aide soignant, ne peuvent pas rester, faute d'une enveloppe budgétaire suffisante, le diplôme étant une condition obligatoire pour être pris en compte par la dotation.

En outre, il nous paraît normal que cette prise en charge repose sur la solidarité nationale.

2ème proposition : augmentation du quota des personnels soignants

La France se trouve dans un contexte de pénurie de personnels soignants et doit faire appel aux jeunes diplômés chez nos voisins.

Une meilleure dotation en effectif, comme c'est le cas en Belgique, permettrait d'accroître la qualité des soins et la productivité des services.

Aussi remarquables soient-ils, combien de temps ces personnels soignants soumis à la fatigue et au surmenage vont-ils pouvoir continuer à exercer leur métier en maintenant une exigence de soins acceptable ? Les conditions de travail dans certains établissements ne peuvent qu'être à l'origine de maltraitance envers les résidents.

L'existence, en Belgique, de deux niveaux d'études permettant d'accéder à la profession d'infirmière : le graduat et le brevet, permet sans aucun doute un recrutement plus large. Rappelons rapidement ce qu'il en est car ce cursus nous paraît intéressant :

Le graduat est accessible aux étudiants qui ont achevé avec succès leurs études secondaires, c'est à dire qu'ils sont titulaires du diplôme équivalent au baccalauréat français. Le graduat permet de nombreuses spécialisations ainsi que l'accès à la licence en sciences hospitalières et en santé publique. Il s'obtient en trois ans, alliant la théorie et la pratique, et confère au professionnel de cette catégorie le titre d'infirmière graduée.

Le brevet est plus restrictif, il est accessible aux élèves provenant de l'enseignement professionnel supérieur. Il permet principalement l'acquisition de connaissances pratiques, une spécialisation en psychiatrie est également accessible aux infirmières brevetées.

3ème proposition : faciliter la validation des acquis de l'expérience

Pour devenir aide soignant :

En Belgique, le niveau de qualification du personnel aide-soignant n'est pas sanctionné par un diplôme d'État mais par l'obtention d'une attestation de capacité.

Une expérience déjà acquise en établissement ou en milieu hospitalier, un niveau

d'études équivalent (école d'infirmière, étudiant en médecine...), une réorientation professionnelle dans le secteur sanitaire sociale ou éducatif permet d'accéder à la fonction d'aide-soignant. A la seule condition que l'expérience soit reconnue par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAMI), financeur des forfaits soins. Dans ce cas, le candidat reçoit un agrément qui lui permet d'exercer comme aide-soignant dans une maison de repos (MR et MRS).

En France, le diplôme est obligatoire. Il est également accessible, sous conditions règlementaires, aux professionnels expérimentés grâce à la validation des acquis de l'expérience mais dans la pratique, **cette VAE est longue et difficile à obtenir.**

4ème proposition: faciliter l'accès à la formation du personnel soignant

- Il nous semble nécessaire d'envisager une possible réévaluation, au sein des établissements, des budgets de formation et d'en faciliter l'accès.
- Pour le personnel aide-soignant diplômé et expérimenté, élargissement des tâches, et élévation du niveau de responsabilité lui permettant d'aider davantage les infirmières qualifiées, d'autant que celles-ci se sont vues attribuer de nouvelles responsabilités réservées auparavant aux médecins.
- organiser les formations prioritairement selon les besoins de l'établissement identifiés par le médecin coordonnateur et le cadre infirmier,
- intégrer une dimension relative aux **qualités humaines** du personnel d'encadrement et **aux soins palliatifs.**

Mais c'est aussi une véritable **réforme des filières du personnel de santé** qu'il va falloir mener.

En effet il y a une très grande volonté politique d'aide et de soutien à nos personnes âgées.

Il faut bien évidemment s'en réjouir mais nous craignons que cette augmentation des moyens mis en place par nos gouvernants ne se heurte à un très gros problème de recrutement de personnel.

Les 3 niveaux français d'encadrement de soignants : médecins, infirmières et aides soignants sont trop figés.

Nous suggérons pour les **aides-soignants** dont la qualité, en général, est reconnue comme excellente par rapport aux pays voisins :

-d'envisager des passerelles pour, qu'après une formation continue définie, éventuellement des modules à passer, un aide-soignant puisse passer le diplôme d'infirmier,

-d'envisager une filière, type belge, d'aide-soignant-infirmier breveté ou une formation en alternance qualifiée (gérontologie, dépendance lourde,etc)

Nous suggérons enfin de créer de nouvelles filières médico-sociales dès la scolarité professionnelle afin d'élargir le recrutement tant des aides soignants que des auxiliaires de vie.

(Sources: Mémoire de Natascha Léonard : Dépendances des personnes âgées en établissement : deux approches de la solidarité nationale)

Pour clore ce chapitre sur le personnel soignant, nous tenons à dire combien il serait important d'atteindre, dans chaque établissement, le quota de 1 ETP /lit pour les cas lourds (Alzheimer, grande dépendance).

d) Le coût d'hébergement en Belgique:

La Belgique a toujours eu la réputation d'avoir un coût d'hébergement inférieur à celui de la France. En tout état de cause, il est important de préciser que le financement de l'hébergement n'est pas identique entre les deux pays. **Le coût de la prise en charge de la personne âgée en France se décompose en trois volets distincts: l'hébergement proprement dit, la dépendance et les soins.**

En Belgique, le coût de la prise en charge se scinde en deux parties, l'hébergement et les soins. La dépendance étant considérée comme directement liée aux soins, elle est prise en charge par la solidarité nationale au niveau de l'Etat par l'INAMI (l'équivalent de notre sécurité sociale) via le versement de forfaits en fonction du degré de dépendance des personnes âgées. L'hébergement reste à la charge de la personne âgée.

En Belgique:

En moyenne :

- **37 € à 40 €/jour** payés par la personne âgée,
- **26 € à 35 €** payés par l'INAMI pour les résidents Belges et Français. Pour ces derniers, l'INAMI récupère l'intégralité de la somme auprès de la CPAM de Tourcoing qui est la Caisse centralisatrice de tous les Français en Belgique. La personne âgée paie en moyenne entre 1110 € et 1200 € par mois auquel il faut ajouter environ 150 € par mois pour les produits d'incontinence et 103 € par mois pour les médicaments spécifiques à sa pathologie (Parkinson, Alzheimer). Au final, le coût de l'hébergement oscille entre les 1350 € et les 1440 € par mois.

Après trois mois passés en Belgique, la personne âgée française est considérée comme résidant en territoire belge et **doit remplacer sa carte vitale** par un formulaire E 121. Si le séjour est temporaire c'est le formulaire E 112 mais les médicaments sont moins bien remboursés en Belgique qu'en France.

En France:

- **59 €** jour d'hébergement payés par la personne âgée, en moyenne,
- Versement de l'APA en fonction des GIR mais en moyenne **429 €** /mois sont versés à l'établissement,
- Le forfait soins est payé par la Sécurité sociale.

Les Français paient donc, en moyenne, 1770 €/mois desquels ils peuvent déduire l'APL allant de 40 € à 330 €/mois, selon leurs ressources, et bénéficier de l'aide sociale du département en cas de ressources insuffisantes. (*voir annexes*).

Nous constatons que le coût de l'hébergement en Belgique est **légèrement** moins élevé qu'en France et ce, malgré la suppression de l'APA et de l'APL .

Par ailleurs, au niveau de l'Etat français, il est certain qu' une personne âgée hébergée en Belgique lui coûte sensiblement moins cher, puisqu'il n'a pas la dépense de l'investissement de la structure, qu'il ne verse plus l'APA et que la somme que la CPAM de Tourcoing verse forfaitairement à l'INAMI pour tout Français résidant en Belgique est inférieure au montant des coûts réels d'une personne hébergée en maison de retraite surtout si cette dernière est très dépendante. **Le manque à gagner se situe au niveau des emplois correspondants non créés en France.**

Les propositions:

- **Dans un souci de simplification et de solidarité nationale nous préconisons une réforme de la tarification actuelle en trois volets (hébergement, soins et dépendance) par une tarification à deux volets.**

Actuellement, le résident en maison de retraite paie un tarif hébergement fixe réajusté annuellement en fonction du coût de la vie, un forfait soins et un tarif dépendance en fonction du GIR. Le tarif dépendance est payé par l'APA et le forfait soins financé par l'assurance maladie. Le salaire du personnel soignant est réparti proportionnellement entre la dépendance et le forfait soin dans le budget de l'établissement, ce qui est compliqué pour les salaires et représente un frein à la souplesse des établissements.

Nous sommes donc favorables à **la mise en place d'une seule intervention regroupant les soins et la dépendance.** Cette dernière serait modulable en fonction de la pathologie du patient et de son niveau de dépendance.

En revanche, le remboursement des médicaments qui se trouve actuellement dans le forfait soins devrait toujours être effectué par l'Assurance maladie.

Cette réforme de la tarification présenterait **l'avantage de simplifier pour le résident son maintien dans un même établissement jusqu'à la fin de ses jours** et d'éviter le traumatisme d'une réorientation vers une structure plus adaptée à son niveau de dépendance, selon le modèle des MRS belges qui accompagnent la personne tout au long de son parcours.

Nous tenons à insister sur deux évolutions récentes qui peuvent modifier le flux de l'hébergement en Belgique:

*Premièrement, **l'INAMI ne prend plus en compte les Français dépendants dans les calculs de quotas de personnel.** Dès lors, il est clair que les établissements belges vont être incités à refuser les Français très dépendants au bénéfice de ceux qui le sont moins. **Or, nous n'avons pas assez de places pour nos aînés à forte dépendance en France.***

Deuxièmement, la convention franco-belge de 1964 fixe en Belgique l'imposition des pensions des résidents français des maisons de retraite au terme d'un délai de trois mois de résidence sur le territoire belge.

Jusqu'à présent, cette disposition n'était pas véritablement appliquée par les autorités. Mais malgré une lettre en date du 28 juillet 2008 de Monsieur le Ministre belge de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances, Didier Donfut, précisant que: « *concernant l'accueil de résidents français dans les Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et dans les Maisons de repos et de soins (MRS)[...] aucune modification des règles fiscales relatives à cette catégorie de résidents n'est à ce jour envisagée* », il semblerait, d'après les courriers reçus, que **les contrôles du fisc belge se soient récemment intensifiés et que des personnes âgées se soient vues notifier des redressements fiscaux importants sur plusieurs années,** difficilement acquittables par des personnes aux ressources modestes, non imposables en France mais contraintes en raison d'un déficit de places en structure d'hébergement français de se conformer au taux d'imposition belge plus élevé qu'en France.

Le barème d'imposition en France pour 2008:

Tranches de revenus et taux applicables aux revenus 2007 (IR 2008)*	
Jusqu'à 5 687 €	0
De 5 687 € à 11 344 €	5,5 %
De 11 344 € à 25 195 €	14 %
De 25 195 € à 67 546 €	30 %
Plus de 67 546 €	40 %

- Sources: Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique.

Le barème d'imposition en Belgique pour 2008:

Tranche de revenu	Taux d'imposition IPP
de 0,01 EUR à 7.420,00 EUR	25%
de 7.420,00 EUR à 10.570,00 EUR	30%
de 10.570,00 EUR à 17.610,00 EUR	40%
de 17.610,00 EUR à 32.270,00 EUR	45%
à partir de 32.270,00 EUR	50%

- Sources: Ministère fédéral du budget belge .

Pour exemple:

Une personne âgée française qui dispose d'un revenu annuel de 13500 €/an, sera redevable de la somme de 2800 € au fisc belge, alors qu'en France elle ne serait imposable pour le même revenu qu'à hauteur de 14% soit un montant de 1890 €.

Il nous a semblé étonnant qu'au bout de trois mois en établissement en Belgique, la personne âgée française soit considérée comme fiscalement belge, alors que l'article 199 du Code général des impôts français donne la possibilité à toute personne accueillie dans un établissement situé dans tout autre pays membre de la communauté européenne de bénéficier de réduction d'impôt au titre des dépenses liées à la dépendance, cette disposition laissant donc bien entendre, apparemment, que la personne française hébergée resterait fiscalement française.

De fait, est-ce dû à l'augmentation du nombre de structures sur notre territoire, ce

qui serait encourageant pour les différentes politiques engagées depuis de nombreuses années, est-ce dû au problème de la fiscalité belge que nous venons d'évoquer, ou à la réticence des établissements belges d'accueillir des personnes très dépendantes, nos différentes investigations menées en territoire belge ne nous ont pas permis d'expliquer mais de constater ce qui nous a semblé comme étant un **début d'inversement de tendance** concernant les départs en Belgique.

Si tel était le cas la France devrait alors :

1) Augmenter ses structures d'accueil et l'accompagnement à domicile :

Nous avons vu que la création de structures d'accueil est un vrai sujet de réflexion car si les français privilégient le maintien à domicile, il faut garder à l'esprit que la dépendance lourde va beaucoup progresser. Pour éviter les erreurs prévisionnelles, il faut privilégier les solutions de souplesse, (récupérer, par exemple, les locaux des petits hôpitaux qui ferment).

Nous souhaitons **la pérennisation du Plan solidarité grand âge** qui met l'accent sur **le maintien**, le plus longtemps possible, **de nos personnes âgées à domicile** et la **continuation des efforts entrepris au niveau des services à domicile, des aides à l'adaptation de l'habitat et des formations des intervenants**, comme par exemple les aides à domicile ou les auxiliaires de vie qui accompagnent la personne âgée dans les tâches de son quotidien.

2) Mettre en place une véritable coopération gérontologique transfrontalière, engagée le plus rapidement possible, afin que les autorités s'accordent sur des points fondamentaux tels que :

- **Les besoins en infrastructures d'hébergement des personnes âgées nécessaires pour les deux pays, afin qu'il y ait coopération et non pas concurrence.**

- **Une information régulièrement actualisée sur les différentes structures d'accueil mises en place des deux côtés de la frontière.** Des rencontres devront s'organiser régulièrement autour de forums de discussion sur l'évaluation des besoins frontaliers en matière de prise en charge de la dépendance. Elles réuniraient les représentants gouvernementaux, régionaux et des collectivités territoriales de chaque pays, mais également, elles seraient le théâtre d'échanges constructifs entre les directeurs des établissements d'hébergement des personnes âgées et les représentants du monde associatif. Une stratégie de «collaboration transfrontalière réfléchie » devra être encouragée entre les différents établissements frontaliers. Cet **étalonnage encadré par un accord franco-belge** sera la garantie d'une analyse comparative des techniques de gestion, des modes d'organisation des différents établissements afin que chaque pays puisse s'en inspirer et en retirer le meilleur. A terme ces rencontres déboucheront sur un échange commun de bonnes pratiques entre les deux pays, garantissant une gestion adaptée et beaucoup plus efficace de l'hébergement de nos aînés et éviteront certaines dérives commerciales.
- **Une surveillance renforcée par des procédures de contrôles institutionnalisées du fonctionnement des établissements belges** accueillant des personnes âgées françaises. Cette surveillance pourrait s'effectuer par les autorités de tarification (Conseil Général ou DDASS) du département d'origine de la personnes âgées.
- **Une harmonisation de la fiscalité entre les deux pays et du versement des prestations sociales.**

Problème de l'APA:

Lorsque nos concitoyens partent en Belgique, ils cessent de percevoir l'APA.

Si cette mesure se justifiait autrefois pour des raisons de dissuasion ou parce que le coût d'hébergement était bien inférieur en Belgique, nous pensons qu'il faudrait se poser la question du maintien de son versement ou de son rétablissement selon les choix politiques qui seront faits concernant nos personnes âgées.

Synthèse des préconisations:

Deux erreurs à éviter

-contraindre les personnes âgées à partir en Belgique par défaut de places en France.

-avoir une politique de rapatriement systématique en France de la population qui se trouve en Belgique.

Préconisation 1 : Définir au niveau national et bilatéral une méthode rigoureuse de recensement du nombre de personnes âgées dépendantes résidants en Belgique.

Préconisation 2 : Généraliser le dossier départemental unique de demande d'admission pour permettre une gestion efficace des listes d'attente et du nombre de places disponibles.

Préconisation 3 : Harmoniser les méthodes de classification et les degrés de dépendance entre la France et la Belgique.

Préconisation 4 : Simplifier les procédures d'autorisations administratives dans le cadre de l'ouverture ou de la rénovation d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées en France.

Préconisation 5 : Modifier la répartition de la dotation globale des établissements

Préconisation 6 : Substituer la tarification en trois volets par la mise en place d'une tarification à deux volets dont un regrouperait les soins et la dépendance.

Préconisation 7: Assouplir les quotas de recrutement des personnels infirmiers ainsi que la réforme des critères de sélection des personnels d'encadrement des personnes âgées hébergées en maison de retraite.

Préconisation 8 : développer la formation du personnel soignant et créer de nouvelles filières de formations

Préconisation 9: Pérenniser le Plan solidarité grand âge en insistant sur la nécessité de développer les services qui permettent d'assurer le maintien des personnes âgées à domicile, ainsi que l'accueil de jour.

Préconisation 10 : Harmoniser la fiscalité entre la France et la Belgique en permettant aux personnes âgées françaises qui résident en Belgique de conserver leur régime fiscal français.

Préconisation 11 : **Mettre en place une véritable coopération gérontologique transfrontalière et institutionnaliser des rencontres fréquentes entre les ministres français et les ministres belges afin d'évaluer les besoins nécessaires pour la prise en charge de la dépendance des frontaliers.**

Deuxième partie

Les personnes handicapées françaises en Belgique

LE CONSTAT

L'hébergement des personnes handicapées en Belgique a une problématique différente de celui des personnes âgées.

Comme nous le verrons, il y a certes un manque de places en France, mais il y a surtout, chez nos voisins belges, une manière d'appréhender le handicap totalement différente et fort appréciée par beaucoup de familles.

Afin d'éviter de répéter ce qui a été parfaitement décrit et analysé dans le remarquable rapport de l'IGAS de septembre 2005 intitulé « les placements à l'étranger des personnes handicapées françaises » nous avons tenté de mettre en relief ce qui a pu évoluer depuis 2005, parfois appuyer des propositions déjà faites mais non suivies d'effet, et en faire de nouvelles sur certains points.

Pour la cohérence de notre rapport nous serons cependant obligés de faire quelques rappels indispensables.

Pourquoi la Belgique ?

Les motivations sont bien connues :

-Par rapport à la France, nos amis belges ont une antériorité dans la prise en charge de leurs concitoyens les plus fragiles,

-Comme pour les personnes âgées, il y a en Belgique une très ancienne tradition d'accueil des Français et un échange transfrontalier permanent.

-Malgré les efforts actuels de la France, le **manque de places, en particulier pour**

les polyhandicapés et les autistes (comme l'a souligné le rapport Chossy de 2008).

-Une **plus grande souplesse des établissements** : ils ne sont pas segmentés comme en France selon l'âge, les différentes catégories de handicap et de statut. Un même établissement peut regrouper des personnes sous statut MAS, foyer médicalisé, foyer de vie. L'accueil est plus stable et donc plus rassurant,

-Une **très forte implication des familles,**

-Un **accompagnement très pragmatique,** au cas par cas offrant un aspect plus éducatif que médical,

-Un **personnel d'encadrement plus polyvalent.**

Les structures belges

Contrairement aux personnes âgées originaires presque exclusivement des régions proches de la frontière belge, si la majorité des placements de personnes handicapées obéit à une logique transfrontalière (68% de l'ensemble des placements sont originaires du Nord Pas de Calais), il apparaît que près de la moitié des départements français ont recours aux établissements belges, l'Ile de France étant la deuxième région concernée. Ce qui est évidemment source de difficultés pratiques et juridiques.

Ces structures reçoivent tous types de handicaps dont une majorité de troubles du comportement et d'autisme. Cinq établissements sont spécialisés dans la prise en charge de personnes très lourdement handicapées ou présentant des troubles

importants du comportement.

Rappelons rapidement qu'il existe en Région wallonne deux catégories de service accueillant des ressortissants français:

1. **les services agréés et contrôlés** par l'agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées en fonction de critères de gestion de qualité du service et du projet éducatif.

Ils peuvent accueillir des résidents français dans les limites fixées par l'Awiph mais les frais d'hébergement sont supportés par la France,

2. **les services dits « article 29 » ou « sous autorisation de prise en charge »** (environ 75 services disposant d'environ 3500 places), secteur privé sous forme d'association ou de société commerciale, qui ne sont donc ni agréés ni subventionnés et dont la réglementation impose une série de normes minimales : titres et diplômes du directeur, normes d'encadrement (0,25 ETP par personne handicapée contre 0,45 à 0,75 pour les services agréés subventionnés, ceci en fonction des types de handicaps), superficie des locaux, sécurité, hygiène, incendie, etc.

L'agrément et les autorisations sont délivrés par l'Awiph, généralement pour une durée de 3 ans, sur base de la vérification du respect de la réglementation par le service et d'une inspection sur place préalable à l'agrément ou à l'autorisation et à leur renouvellement (*Sources juillet 2008 du Ministre de la santé, de l'action sociale et de l'égalité des chances, du Gouvernement wallon*).

Je ne reviendrai pas sur les différences de classification des établissements, largement reprises dans d'autres rapports, je préciserai juste, qu'en Belgique, la classification s'effectue plus **par le mode de prise en charge** (SAI : service de jour, SRJ : résidentiel, SRNA : accueil de nuit...) et la France davantage par la **qualification des handicaps** (IR : troubles du comportement, FAM : polyhandicapés,

MAS : soins constants.....).

Le Coût de l'hébergement:

Les différences entre les structures françaises et belges rendent extrêmement difficiles les comparaisons exactes de leurs coûts dans la mesure où il n'y a pas d'équivalence exacte entre les établissements, et que les modes de prise en charge financière dépendent des types de structures.

Par ailleurs, l'âge, la lourdeur du handicap, la taille de l'établissement et la politique d'investissement des établissements impactent le prix de journée et expliquent leur grande diversité.

Il nous a paru cependant intéressant de reproduire les données 2007 établies en janvier 2008 par la Direction générale de l'Action Sociale du Nord.

Tarifs Moyens Journaliers en Secteur PH (Nord)

Foyers d'Hébergement	101,49 €
Foyers Logement	55,38 €
Foyers de Vie	133,34 €
Foyers d'Accueil Médicalisé	132,09 €
Accueils de Jour	56,73 €

Tarifs Moyens Journaliers payés à la Belgique

Dans le Nord

Etablissements conventionnés		
PJ Moyen FH	88,12 €	101,49 €

PJ Moyen FO	143,30 €	<i>133,34 €</i>
Etablissements non conventionnés		
PJ Moyen FAM	171,35 €	<i>132,09 €</i>
PJ Moyen FO/FAM	124, 56 €	
PJ Moyen FO	138, 57 €	<i>133,34 €</i>

Lors des visites effectuées pour cette mission dans des établissements belges hébergeant des cas lourds à très lourds, nous avons constaté les mêmes fourchettes de prix allant de 140 € à 180 €/jour. (L'Espéranderie Le Saulchoir, l'Arboretum, l'Albatros).

Si les prix payés par les Belges dans leur pays est moins élevé qu'en France, les prix payés par la France à la Belgique sont, dans l'ensemble, **légèrement plus élevés qu'en France.**

Il faut être très prudent pour estimer le coût réel de l'hébergement de nos concitoyens en Belgique, car il faut en soustraire l'**investissement** de structure correspondant qui n'a pas été fait en France, et y inclure en revanche le manque à gagner des **emplois** de ce secteur (estimé à 2000 par le gouvernement wallon).

Il ne serait sans doute pas inutile, en cette période de **forte restriction budgétaire**, d'envisager une étude approfondie sur les coûts de part et d'autre de la frontière.

Un chiffre du Conseil général du Nord nous a paru intéressant : celui de l'évolution du **tarif de l'accueil de jour** qui a **diminué** de 1,27% entre 2006 et 2007.

Car l'accueil de jour est une demande très forte des familles qui pourra être d'autant plus développé qu'il restera financièrement accessible.

Pour que ses frais de fonctionnement soient moindres il doit être rattaché à une structure importante ou, s'il est spécifique, accueillir un nombre de personnes suffisamment important.

Le personnel d'encadrement:

Les structures, les activités liées aux catégories de personnel, et la durée légale de travail étant différentes entre les deux pays, il est, là aussi, extrêmement difficile de pouvoir établir des comparaisons valables.

Dans les établissements agréés et subventionnés de la région wallonne, le ratio d'encadrement est situé entre 0,45 et 0,75 ETP (équivalent temps plein) modulé en fonction de la gravité du handicap et du pourcentage de présence des bénéficiaires.

Dans les établissements article 29, il n'y a pas de cadastre d'emploi ni de registre des entrées et des sorties, permettant d'établir un ratio du personnel. Le projet d'arrêté du ministère de la santé wallon, sur lequel nous reviendrons plus en détail et qui devrait être adopté très prochainement, devrait remédier à cette situation. Il imposerait un ratio de 0,60 ETP pour des personnes handicapées hébergées en service résidentiel, chiffre qui représente une moyenne des ratios des établissements agréés.

A titre d'illustration, l'IMPro Le Saulchoir situé à Kain, établissement autorisé, qui accueille, en 2007, 205 enfants belges et français exclusivement du Nord, répartis en plusieurs sites, dont plus de la moitié sont en déficience mentale sévère, autisme et polyhandicap confondus, a le personnel suivant :

personnel éducatif : 52,65 ETP

personnel paramédical : 33,23 ETP

soit un ratio de **0,52 ETP**, insuffisant de près de 13 ETP d'après les responsables, du fait de l'augmentation de la sévérité des déficiences mentales auxquelles ils font face.

L'Arboretum, établissement autorisé spécialement conçu pour l'accueil d'adultes autistes lourds : 30 adultes de 20 à 42 ans, tous français, avec 45 ETP dont 25

éducateurs a un ratio de **0,9 à 1,3**, taux idéal pour chaque handicapé lourd.

La Pommeraie, foyer occupationnel et foyer de vie de 180 handicapés, a un ratio de **0,75 TP** (0,5 éducatif, 0,25 services généraux).

Les taux d'encadrement moyens donnés par la DGAS et par l'APEI du Valenciennois (voir annexe) semblent **rejoindre les moyennes belges** en ce qui concerne les FAM et les Foyers de Vie.

Trois remarques:

- les établissements belges que nous avons visités sont ouverts toute l'année, ce qui n'est pas toujours le cas en France,

- la durée légale de travail en Belgique est plus souple qu'en France et peut être de 35, 38 ou 39 heures,

-en France nous avons, dans l'ensemble, plus de personnel administratif et moins d'aides soignants.

En ce qui concerne le recrutement et la formation du personnel soignant les remarques restent les mêmes que pour les personnes âgées : plus de souplesse dans le recrutement et la répartition des tâches du personnel, moins d'importance aux diplômes, **reconnaissance et contrôle des qualités humaines**, validation des acquis de l'expérience.

Le polyhandicap, les handicaps lourds et l'autisme réclamant des compétences très spécialisées, nous reprenons les préconisations de Monsieur Chossy dans son rapport 2008: élever les quotas de professionnels qualifiés et améliorer leur formation.

Le Conventionnement

En ce qui concerne l'Assurance maladie, les CRAM passaient autrefois des conventions **individuelles** au cas par cas avec les établissements belges. Depuis que la CRAM Nord-Picardie s'est vu attribuer en 1996 un statut d'interlocuteur unique pour le placement des enfants handicapés, 19 conventions ont été passées en 1997 puis 6 autres. Elles sont aujourd'hui au nombre de 25 conventions **globales** mettant ainsi fin à la signature de nouvelles conventions individuelles.

Pour le secteur relevant du Conseil général, la règle reste, en général, le conventionnement individuel.

Notons cependant que le **Conseil général du Nord**, par une décision récente du 9 juin 2008 a passé des conventions globales avec 14 établissements en Belgique (545 places) et abrogé, à l'entrée en vigueur de chaque convention, les conventions cadre et individuelles antérieurement adoptées pour les dits établissements. (sauf pour les établissements non éligibles à une convention de ce type où les conventions individuelles perdurent jusqu'au départ de la personne handicapée).

Le conventionnement global permet de mettre fin au problème du jeune qui pouvant avoir une place en Belgique dans le cas d'une prise en charge départementale, voit sa place se perdre à cause du délai pour avoir l'accord du département qui doit vérifier s'il n'existe pas de place correspondante en France.

DIFFICULTES et PROPOSITIONS

Le recensement des personnes concernées

C'est un problème fondamental, à la base de tout choix politique cohérent.

L'IGAS, en 2005, avait relevé le manque de données statistiques fiables et exhaustives sur le nombre de personnes handicapées hébergées en Belgique. Nous désirons **nuancer** cette appréciation :

En effet, rappelons les deux types de prise en charge des handicapés mentaux français accueillis en Belgique : celle de l'assurance-maladie

celle de l'aide sociale départementale

le partage des rôles dépendant de l'âge et de la situation de la personne handicapée:

A) L'enfant ou l'adolescent jusqu'à 20 ans bénéficie :

a) du financement de l'Assurance maladie

la procédure est la suivante:

- 1) Orientation de la MDPH vers un établissement en fonction du handicap du jeune,
- 2) Le médecin conseil régional prend la décision de placement en Belgique,
- 3) La CRAM assure le conventionnement avec l'établissement belge,
- 4) La CPAM fonctionne comme organisme payeur et règle les frais de séjour sur

la base d'un prix de journée.

La prise en charge peut être complétée par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) en cas de difficultés familiales

b) du financement de l'aide sociale

L'ASE prend en charge des enfants présentant des troubles de comportement mais qui n'ont pas besoin d'une assistance médicale spécifique.

B) Dispositif Creton:

Cela concerne les jeunes adultes à partir de 20 ans qui, accueillis dans un établissement d'éducation spécialisée pour enfants, y sont maintenus faute de place disponible dans un établissement pour majeurs.

Ils continuent de dépendre du financeur qui serait compétent s'ils étaient accueillis dans le type de structure médico-sociale vers laquelle ils ont été orientés.

En MAS et en ESAT, c'est l'**Assurance maladie**

En Foyers de Vie (FV) et en Foyers d'Hébergement (FH) ainsi qu'en foyer occupationnel c'est le **Conseil général**.

En FAM ou en service d'accompagnement médicalisé pour adultes handicapés, c'est l'**Assurance maladie** pour le forfait plafond de soins et le **Conseil général** pour les frais d'hébergement.

Dans les foyers d'hébergement et ESAT le financeur n'est pas le même selon que le jeune adulte soit en internat ou en externat.

C) Adultes Handicapés:

La décision d'orientation est prononcée par la Commission des droits et de l'autonomie (CDA) de la MDPH (anciennement Cotorep).

Les frais d'hébergement sont réglés par le **Conseil Général**, au titre de l'aide sociale aux personnes handicapées et les soins médicaux par l'**Assurance maladie**.

Cette prise en charge est certes complexe mais, en ce qui concerne l'Assurance maladie une circulaire CNAMTS du 28 novembre 1996 qui encadre la procédure de placement des enfants handicapés dans les établissements belges a placé la CRAM Nord Picardie **au centre du dispositif des placements d'enfants** français en Belgique (et adultes de l'amendement Creton) en lui accordant pour le conventionnement, le financement et le contrôle des établissements d'accueil un mandat d'interlocuteur unique.

Elle a également établi la CPAM de Tourcoing caisse de paiement unique pour les ressortissants du régime général de tous les départements français.

a) La CRAM Nord Picardie sait donc exactement **le nombre d'enfants placés dans les établissements conventionnés (1804)**.

b) Les placements d'**adultes** handicapés **relevant de l'Assurance maladie** sont soumis à **l'avis du Médecin au Conseil Régional de Nord Picardie diligenté par la CNAM**, il sait donc exactement le nombre d'**avis** qu'il a donnés (pour 2007, 402 en établissements non conventionnés belges) mais comme ce médecin n'a à rendre compte qu'à la CNAM, ses avis ne sont pas connus de la CRAM. Par ailleurs, ils ne correspondent pas forcément à l'état des accueils effectifs en Belgique financés par l'Assurance maladie puisqu'il n'y a pas de retour des différentes CPAM. On peut seulement supposer qu'ils s'en rapprochent.

c) Enfin quant **aux enfants scolarisés dans des établissements spécialisés de la communauté française (Wallonie + Bruxelles)**, nous avons des statistiques pour l'année scolaire 2006-2007 publiées le 6 mars 2008 par *Etnic Service Statistique*, puisque les autorités belges décomptent leurs effectifs scolaires par continent, par pays, par province et par sexe:

52 enfants en maternelle

802 en primaire

2066 dans le secondaire, soit **2920 enfants** français représentant pour les trois niveaux d'enseignement spécial 78% des étrangers de l'union européenne en communauté française.

Ce sont donc, là aussi, des chiffres tout à fait précis que nous possédons.

d) Restent plus difficiles à évaluer les **adultes handicapés relevant de l'aide départementale**. Il n'y a pas, comme pour l'assurance maladie, un département référent, et il faut aller « à la pêche aux renseignements ».

Il n'existe pas au plan national d'organisme centralisateur des données départementales.

Il n'existe aucune procédure de coordination de l'action des départements.

Enfin, il n'existe pas d'organisme regroupant les données de l'assurance maladie et de l'aide sociale que ce soit au niveau du département ou au niveau national.

Cela ne semble pas être du ressort de l'Association des départements de France (ADF) que nous avons interrogée.

Quelques évolutions récentes nous paraissent intéressantes :

-Un décret n°2008-833 du 22 août 2008 a créé un système national d'information statistique du handicap. Par l'intermédiaire de ce système mis en place par la CNSA et visant à contribuer à une meilleure connaissance de l'activité des MDPH, on devrait pouvoir mieux appréhender le nombre de personnes handicapées mais nous ignorons si ce système pourrait permettre de répertorier ceux qui partent en Belgique,

-La mise en place des MDPH est relativement récente mais en offrant un accès unifié aux droits et prestations des handicapés, ces MDPH devraient pouvoir être un outil plus efficace que les Cotorep pour la remontée des informations au niveau du département.

Propositions :

1) Pour pouvoir connaître le nombre exact des personnes adultes handicapées dépendant de l'assurance maladie hébergées en Belgique, il nous paraît nécessaire de mettre en oeuvre rapidement la recommandation que l'IGAS avait formulée en 2005, c'est à dire *l'extension aux adultes handicapés français* bénéficiant de prise en charge assurance maladie, du processus de conventionnement entre la CRAM Nord Pas de Calais et les établissements belges réservés jusqu'alors par la circulaire CNAMTS-DGR du 28 novembre 1996 *aux seuls établissements d'enfants*. Ce serait la solution la plus efficace, présentant en outre l'avantage d'un contrôle unique des établissements belges, comme nous le verrons plus loin.

A défaut, il pourrait également être envisagé que les *CPAM informent* obligatoirement le médecin conseil régional du suivi des dossiers sur lesquels il a donné un avis, en suite de quoi, il devrait pouvoir *communiquer ces chiffres directement à la CRAM Nord Picardie qui centraliserait le tout*.

2) Pour pouvoir connaître le nombre exact des personnes adultes handicapées hébergées en Belgique dépendant de l'aide départementale, il serait souhaitable que chaque département communique ses données *à un département référent* (Nord ou Ardennes ou autre) ou à une institution qui les collecterait sur le plan national (ADP ?)

3) Enfin, on peut se demander s'il ne serait pas opportun, dans le cadre de la réforme à venir, de désigner l'une des futures ARS, comme organisme référent pour réunir les informations qui devraient leur être obligatoirement transmises tant par l'Assurance maladie que par les départements.

4) Dans le cadre d'un accord avec nos voisins belges il peut être demandé à tous les établissements belges accueillant des Français un cadastre des entrées et des sorties qui serait communiqué au Bourgmestre de chaque ville ou à toute autre autorité à définir avec eux.

En attendant, les dernières estimations que nous avons reçues tant de la CRAM, de la DRSM de la région Nord-pas-de-Calais, et du Conseil général du Nord, permettent de faire état de l'*approximation* suivante :

6500 (résidents et non résidents) en Wallonie, tous âges et tous handicaps confondus :

- environ 3500, en établissements médico-sociaux : 1771 enfants et adultes aménagement Creton). 63,53% sont du Nord Pas de Calais et 14% de la région parisienne,

1800 adultes (environ),

- 2920 jeunes enfants dans l'enseignement spécialisé belge majoritairement non résidents en Belgique (dont un nombre important de jeunes handicapés et de jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance). (chiffres de l'année scolaire 2006-2007).

En majorité originaires des régions frontalières (Nord-Picardie, Champagne Ardennes) et de la région parisienne, il faut cependant noter que certains proviennent

de départements éloignés et même des DOM-TOM. En tout 48 départements ont passé des conventions individuelles avec des établissements belges.

On observe une progression du nombre de placements de l'ordre de 2 à 4% par an depuis 10 ans (sauf en 2007 où on a constaté une légère diminution).

Signalons pour être plus complet sur la population française hébergée en Belgique qu'il existe des centres pour des jeunes à problème comportemental et relationnel, à qui on donne une formation en vue d'un emploi. A Roucourt, en Région wallonne (commune de Peruwelz), il y en a 92 dont 12 ont moins de 12 ans et à Cerfontaine environ 200. Ils sont placés par le ministère de la Justice.

Le manque de places

C'est un problème qui mérite d'être développé et nuancé.

Il est évident qu'un grand nombre d'handicapés vont en Belgique parce qu'il n'y a pas assez de places en France. A titre d'exemple voici, rien que **pour le département du Nord**, les personnes en situation d'attente le 30 juin 2007 :

Travail protégé – ESAT :

1951 personnes ont une orientation ESAT par la CDAPH et sont en attente d'une solution adaptée à leurs besoins

1030 sont **sans solution immédiate** dont 549 prêtes à entrer dès 2008 dans un ESAT

MAS:

800 adultes polyhandicapés sont en attente d'une solution répondant à leurs besoins

136 sont au domicile familial et n'ont **aucune solution institutionnelle**

92 sont accueillies en Belgique faute de place

Il faudrait au moins 3 MAS supplémentaires pour répondre aux besoins « criants » des 136 personnes sans aucune solution.

FAM:

118 personnes figurent sur la liste d'attente départementale

33 sont au domicile familial et n'ont **aucune solution institutionnelle**

9 sont accueillies en Belgique faute de place

(sources UDAPEI « Papillons Blancs » du Nord).

On ne saurait assez insister sur le manque de places pour les personnes très lourdement handicapées.

Concernant le dispositif Creton, quand le jeune approche de ses 20 ans, les établissements belges sont tenus d'envoyer une circulaire aux établissements français accueillant des adultes pour savoir s'ils ont des places à proposer. D'après l'Espéranderie, très peu d'établissements répondent, quand ils répondent les critères de placement ne correspondent pas et s'ils correspondent (5%) c'est pour mettre le jeune adulte sur une liste d'attente très importante. **Cet établissement enregistre 50 demandes par an non satisfaites.**

A ce manque de places, ajoutons que les familles françaises souffrent en général d'une **mauvaise information** sur les structures françaises existantes, sur leur mode de fonctionnement et leur projet éducatif, et ceci malgré l'existence des MDPH. Signalons aussi le problème de **l'accueil** dans certains établissements français que nous ont décrit un grand nombre de parents alors qu'en Belgique, ils se voyaient accueillis par l'ensemble des éducateurs et soignants qui prendront en charge leur enfant. Rappelons enfin que la manière d'encadrer le handicap chez nos voisins belges est différente, la prise en charge belge étant **plus éducative que médicale** et bien **adaptée aux évolutions de chacun.**

Tout cela fait que pour les personnes déjà hébergées en Belgique et parfois depuis plus de 20 ans, **il n'est pas question, dans ce rapport, de prôner un rapatriement**

qui n'est souhaité par personne et qui engendrerait un traumatisme certain. Il suffit de lire les dizaines de lettres que nous avons reçues de familles inquiètes ayant entendu parler de cette mission et suppliant qu'on laisse leur enfant en Belgique, dans un établissement dont ils sont tout à fait satisfaits.

Mais nous partageons l'avis de l'APIM-HF,(association franco-belge qui défend les intérêts moraux et matériels des personnes handicapées mentales françaises accueillies en établissement médico-social belge) en ce qui concerne les jeunes adultes maintenus au titre de l'amendement Creton dans des établissements pour enfants. *« Il est en effet inacceptable qu'un jeune handicapé initialement orienté en CAT, sans lien familial, se voit, faute d'un accueil en CAT en France, réorienté en foyer de vie et poursuivre son parcours en Belgique. »*

Avec l'APIM, nous pensons qu'il pourrait y avoir une réflexion sur la nécessité pour chaque département de prévoir un quota d'admissions prioritaires pour les retours de Belgique.

Le manque de places en France est un élément important mais il nous a semblé, tout au moins pour les familles rencontrées, que le **critère décisif** est celui de **l'approche belge du handicap** et que même s'il y avait un nombre de places satisfaisant en France, certaines familles préféreraient continuer à traverser la France pour trouver un établissement répondant à leurs attentes pour leurs enfants.

Cependant, si, incontestablement, la Belgique a été un pays précurseur, la situation a, semble-t-il, évolué en France ces dernières années.

Lors de visites dans les établissements de l'APEI du Valenciennois, nous avons pu constater que les prises en charge n'avaient rien à envier à la Belgique : équipement, personnel, lien quotidien avec les parents, adaptation fonctionnelle à chaque cas...

Le scandale des personnes handicapées hospitalisées en psychiatrie qui

devraient être en structure médico-sociale.

Des patients, dont l'état de santé ne justifie pas, ou plus, une hospitalisation en psychiatrie mais qui, compte tenu d'un manque d'autonomie, nécessite une entrée en structure médico sociale sont maintenus en psychiatrie par défaut de places. Or leur orientation vers ce type de structure ayant fait l'objet d'une décision par la MDPH, ils pourraient sortir du jour au lendemain des services de psychiatrie. Ils sont couramment identifiés sous le terme d'«*inadéquats*» (sous entendu : à la psychiatrie), tant leur hospitalisation en hôpital psychiatrique est inadaptée.

Ils sont 250 pour le Nord et ce nombre reste le même depuis 2004, représentant 17% de la population du Nord hospitalisée en psychiatrie. (Ce pourcentage étant vraisemblablement beaucoup plus important en moyenne nationale, de l'ordre de 30%). Parmi ces patients inadéquats on peut trouver le déficient mental, handicapé mais non malade qui à l'occasion d'un incident de la vie (décès d'un parent, hospitalisation, ...) va manifester son angoisse par des troubles du comportement. Un enfant confronté à ce même stress réagirait par une agitation que chacun trouverait « normale » or rappelons-nous que ces adultes ont parfois des QI d'enfant de moins de 10 ans.

Ce constat pose trois problèmes :

Un problème humain évident :

Ces personnes n'ont pas leur place en hôpital psychiatrique. Elles y **régressent** car maintenues pendant des mois, voire des années dans une structure inadaptée à leur état. Elles perdent les potentialités d'adaptation sociale et d'autonomie qu'elles avaient pu acquérir car les soignants de psychiatrie ne sont pas et n'ont pas à être des éducateurs. Ceci est particulièrement vrai pour les autistes qui représentent une proportion importante de cette population.

Un problème sanitaire :

Elles prennent la place de patients dont l'état justifie réellement une hospitalisation et dont l'entrée est alors retardée, la sortie avancée, ou qui se fait dans des structures éloignées du domicile.

Un problème économique :

L'hospitalisation en psychiatrie coûte plus du double de l'accueil en structure médico-sociale. Alors que le coût moyen d'une structure médico-sociale en Belgique est de 150 €/jour et par personne, le handicapé en hôpital psychiatrique coûte 370 €/jour et par personne avec très peu de personnel (2 pour 10 personnes) Pour le seul établissement de Lille, Saint- André, ces patients au nombre de 61, soit 13% des hospitalisés, représentent un coût annuel de 6 millions d'euros.

Le Conseil général du Nord en a été averti.

Il faut rappeler que l'hospitalisation est financée par l'assurance maladie via les ARH, alors qu'à l'exception des MAS, les autres structures médico-sociales relèvent d'un financement par le Conseil général.

Il m'a été dit que le département du Nord, malgré le manque de places en France, avait plutôt engagé une politique de limitation des placements en Belgique et de développement de l'accueil dans le département. Si en théorie on ne peut qu'être d'accord avec le fait qu'il faut trouver des solutions françaises, créant en plus des emplois non délocalisables, il faut être réaliste. Le retard est tel et les budgets à trouver tellement considérables qu'actuellement cette attitude reviendrait à « sacrifier » ces citoyens handicapés au lieu de leur trouver une réponse adaptée à leurs besoins, réponse qui, la plupart du temps, peut exister en Belgique.

Si cela était exact, il faudrait cependant constater que le Département du Nord est en train d'infléchir sa politique puisqu'il vient de signer des conventions d'accueil avec une quinzaine d'établissements concernant 545 places.

Le délai en France pour ouvrir un établissement, les coûts et les normes.

Les problèmes rencontrés pour ouvrir un établissement, quel qu'il soit, sont les mêmes que pour les structures de personnes âgées : complexité des procédures, délai d'autorisations, normes trop contraignantes, démobilisent les investisseurs.

Les délais sont beaucoup plus courts en Belgique, en moyenne 6 mois entre une demande d'ouverture et son autorisation alors qu'il faut compter entre 3 et 7 ans pour la France.

La charge foncière y est moindre.

Le coût de la construction au m² peut être inférieur de 80 à 100 €.

Exemple concret d'une création de 48 places en Mas dans un département français:

C'est la DDASS, avec l'enveloppe qui lui est octroyée, qui a la charge de répartir les places dans le département : chaque année, elle les répartit entre tous les établissements, au lieu de les attribuer à un seul, ce qui fait qu'il faut attendre plusieurs années pour avoir la totalité des places permettant de commencer à construire.

Il vaudrait mieux octroyer une enveloppe globale, chaque année, à une seule structure.

Par ailleurs, **les normes de sécurité sont sans cesse modifiées**, or la mise aux normes est très coûteuse pour l'établissement et n'est pas subventionnée par la CNSA (seuls les projets d'extension le sont). L'ouverture d'une structure est déjà soumise à des *conditions très strictes de sécurité*, ce qui est normal, mais celles-ci sont devenues tout à fait *excessives*.

<p style="text-align: center;">L'extrême complexité de la répartition de la prise en charge des personnes handicapées</p>

Nous avons vu que le partage des compétences entre l'Assurance maladie et le Conseil général est extrêmement compliqué, dépendant de l'âge de la personne handicapée, de la structure vers laquelle elle est orientée, de son mode d'hébergement.....

Une simplification a déjà été obtenue puisque la CPAM de Tourcoing a été investie d'une délégation nationale pour assurer le **paiement** des établissements belges pour les handicapés venant de tous les départements français. **Mais c'est la caisse primaire du département d'origine qui reste compétente pour délivrer la prise en charge !**

Il serait, à notre avis très souhaitable, et urgent, d'élargir la délégation dont bénéficie la CPAM de Tourcoing pour le paiement, à la délivrance de la prise en charge.

<p style="text-align: center;">Les « dysfonctionnements » Assurance maladie-Conseil général</p>

Les conventions passées par la CRAM ne sont pas celles du Conseil général. C'est à

dire que si, à 20 ans, un jeune passe en aménagement Creton dans un établissement qui a passé une convention avec la CRAM mais pas avec le Conseil général, plus personne ne le prend en charge. Ce sont les établissements belges qui, avant que le jeune atteigne 20 ans, doivent se rapprocher du Conseil général du département dont est originaire la personne concernée afin de faire une demande de prise en charge. Il est arrivé que l'établissement belge prenne à sa charge le financement d'un jeune adulte français qui se trouvait « dans le vide » entre deux financeurs.

Par ailleurs il peut arriver que le département n'accepte son propre financement qu'à partir de la date de sa réponse et non pas rétroactivement aux 20 ans du jeune adulte. Là aussi, qui finance la période intermédiaire ?

Autre problème : on constate une disparité entre départements pour la date de prise en charge du jeune adulte en aménagement Creton, certains Conseils généraux estimant que c'est au 1er janvier de leur 20 ans que débute la prise en charge de leur financement, d'autres au 31 décembre. C'est alors l'Assurance maladie qui en assume la charge mais ces différences sont-elles bien normales ?

Ces problèmes paraissent relativement simples à régler au plan national.

le contrôle des établissements belges

Comme nous l'avons déjà dit, il y a 2 catégories d'établissements en Belgique accueillant les Français :

Les établissements agréés, rigoureusement contrôlés par l'Awiph, et les établissements simplement autorisés, avec une autorisation de fonctionner accordée par l'AWIPH sur des critères sommaires de sécurité de l'équipement, d'hygiène,

d'encadrement en personnel sans contrôle permanent.

Nous ne nous attarderons pas sur ce qui a été dit et redit dans de nombreux rapports, en particulier dans celui de l'IGAS qui a fortement dénoncé le manque de contrôle du secteur autorisé dit « article 29 », manque de contrôle tant de la part de la Région wallonne que des services français qui se heurtent aux limites de la compétence territoriale.

Les modalités de contrôle par les autorités françaises sont les suivantes:

-Lorsque la prise en charge est financée par l'Assurance maladie :
la CRAM Nord-Picardie effectue des contrôles des établissements conventionnés tous les 3 ans. Mais ses moyens sont limités et les visites ne concernent pas les établissements pour adultes **non conventionnés** .

-Lorsque la prise en charge est celle du département :
certains établissements sont soumis à des contrôles directs par les conseils généraux, d'autres non, pour des raisons d'éloignement géographique du département ou le plus souvent par manque de moyens financiers.

Or 80 % des handicapés français sont dans des établissements belges autorisés.

Deux remarques en ce qui concerne ces établissements :

- Le prix de journée français étant plus élevé que l'équivalent wallon, certaines structures, et nous en avons visité un certain nombre, font beaucoup de bénéfices.

Mais il n'est pas interdit de faire des profits, si la qualité de l'accueil de ces établissements répond à tous les critères retenus, (c'est la majorité d'entre eux), et si une partie de ces bénéfices est réemployée au bien-être des résidents. (Ceci pour

répondre à certaines critiques portant sur le « bénéfice fait sur le dos des handicapés »)

- En ce qui concerne la maltraitance, et suite aux émissions télévisées ou aux articles de presse récents, je suis convaincue qu'il y a en Belgique comme en France le meilleur et parfois le pire. Rien ne m'autorise à dire qu'il y en a davantage dans les établissements commerciaux belges.

Un sujet aussi grave doit se traiter avec un sérieux qui suppose une enquête véritablement approfondie, dans un souci permanent de dénoncer l'inadmissible lorsqu'il existe, mais sans généraliser ni jeter le discrédit sur l'ensemble d'une profession, d'un système ou d'un pays.

En revanche, il faut pouvoir protéger le professionnalisme et l'investissement de la majorité d'entre eux, des pratiques douteuses de certains qui rejaillissent sur l'ensemble.

Or, et c'est une évidence, c'est parmi les établissements subissant le moins de contrôle qu'il peut y avoir le plus de risque de maltraitance.

Pour éviter toute dérive, il faut donc pouvoir **renforcer les contrôles**.

C'est d'ailleurs ce à quoi s'est employée d'elle-même la région wallonne, qui constatant l'augmentation sans cesse croissante des établissements seulement autorisés, a décidé de mettre en place une réglementation supplémentaire afin d'assurer un meilleur contrôle et une meilleure prise en charge de ces personnes handicapées. Le Ministre wallon de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances, Monsieur Didier Donfut, nous a annoncé que l'arrêté pris à son initiative, concernant ces établissements a été voté en deuxième lecture, qu'il est actuellement soumis à l'avis du conseil d'Etat et qu'il devrait être définitivement adopté d'ici la fin de l'année 2008.

Cet arrêté, particulièrement important pour nos résidents français, abrogerait la réglementation actuelle et étendrait l'étendue du champ

d'intervention de l'Awiph.

Il obligerait les établissements simplement autorisés :

-à la mise sur pied d'un projet pédagogique, la tenue d'un registre d'activités et d'un dossier médico-socio-pédagogique.

-à la gestion administrative et comptable (précision des missions de la direction, tenue d'un cadastre de l'emploi et des personnes accueillies...), ce qui permettra également de contrôler la capacité d'accueil d'établissements pouvant être tentés de dépasser le quota optimal.

-à l'encadrement, à la qualification et à la formation du personnel (augmentation des normes soit à **0,6 ETP par personne handicapée**, renforcement de la norme de qualification du directeur, élaboration d'un plan de formation du personnel).

Ces institutions auraient jusqu'au 30 juin 2010 pour se conformer à cette nouvelle réglementation.

Cette réforme permettrait:

- d'étendre les contrôles approfondis aux quelque 130 établissements autorisés

- de **maîtriser la carte sanitaire** car actuellement le gouvernement wallon ne peut s'opposer à l'implantation d'un nouvel établissement s'il répond aux critères d'hygiène et de sécurité, même si la zone est déjà largement équipée. Ainsi la commune de Peruwelz compte-t-elle 12% de handicapés français dans sa circonscription.

Cet élément nous paraît particulièrement important, car une prolifération anarchique de toutes sortes d'institutions, sous toutes formes juridiques, est un obstacle certain à un contrôle de qualité.

La France pourrait peut-être proposer que ces contrôles s'effectuent en

partenariat franco-belge, en mettant à la disposition de l'Awiph une ressource humaine pour effectuer au nom des départements un contrôle des établissements belges sur la base d'un cahier des charges strict établi par lesdits départements ou un département référent.

En attendant, un dispositif comme celui de la convention, qui lie le département des Ardennes et l'Awiph, garde toute son importance :

Une illustration départementale : le Conseil général des Ardennes

Depuis plusieurs années, dans le cadre de placements d'adultes handicapés, le département des Ardennes a engagé une étroite collaboration avec un certain nombre d'établissements médico-sociaux belges.

Soucieux des conditions de prise en charge des ressortissants ardennais, le Conseil général a envisagé un rapprochement avec l'Agence Wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (Awiph) qui s'est concrétisé le 13 juillet 2006 par la signature d'une convention de coopération ayant pour but de faciliter les conditions de prise en charge des personnes hébergées en Belgique, l'habilitation, le financement et le contrôle des établissements. **Le Conseil général a délégué l'Awiph pour contrôler en son nom les établissements autorisés. Agissant comme mandataire du conseil général, l'Awiph peut ainsi exercer les contrôles qu'elle n'aurait pas le droit de pratiquer de sa propre initiative:**

- En qualité d'autorité compétente en matière d'aide sociale aux adultes handicapés, le Conseil Général ardennais met en oeuvre des mécanismes d'information, de consultation et de concertation appropriés avec l'Awiph à l'égard des placements de résidents ardennais et des interventions financières octroyées à des établissements et institutions situés sur le territoire de la Région wallonne.

- L'Awiph, en tant qu'autorité chargée de l'autorisation, de l'agrément et du contrôle des structures met à disposition du Conseil général, sur demande de celui-ci, tout élément d'information lui permettant de s'assurer du bien-fondé des interventions envisagées à l'égard des établissements et institutions situés sur son territoire.

- Investigations : à la requête du Conseil général, les services d'inspection de l'Awiph peuvent procéder à des enquêtes spécifiques concernant les conditions d'accueil des ressortissants ardennais dans les établissements agréés ou autorisés, auxquels les services du Conseil général pourront être étroitement associés.

On pourrait imaginer, s'il en était d'accord, que le département des Ardennes soit l'intermédiaire référent de l'AWIPH pour l'ensemble des départements français, avec des modalités éventuelles de mise à disposition de contrôleurs français pour l'aider dans sa tâche.

Cela étant, si l'arrêté du Gouvernement wallon voit le jour, il nous semble que ce type de convention perd de son intérêt, sauf à vouloir garder un certain droit de regard sur nos concitoyens.

Dans le cadre du problème des contrôles, il nous faut relever ici, **la dérive de l'offre de places Mas en Belgique** facilitée par l'absence de cadre de coordination et de contrôle concernant les **adultes handicapés français** accueillis en Belgique avec un financement assurance maladie. L'APIM a été alertée en juin 2008 d'un accroissement de l'offre de places en Mas en Belgique. Si cette offre est normale quand elle est due au vieillissement, à l'évolution de santé et de dépendance des personnes handicapées, elle peut être source de danger quand elle provient

d'établissements qui y voient une façon de profiter des lacunes dans les procédures du financement et du contrôle.

En effet, ces établissements conseillent aux parents ou aux tuteurs de demander à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées une orientation en Mas ce qui ne présente pas de grandes difficultés pour des personnes orientées initialement en foyer médicalisé voire en foyer de vie.

Munis de cette autorisation, les parents ou tuteurs demandent l'accord du médecin de la CRAM Nord Pas de Calais qui, sur dossier, peut difficilement contester l'avis de la CDAPH. Avec cet accord, la CPAM du département concerné assure le financement du placement.

Mais personne ne contrôle puisque le contrôle pour les Mas relève de la DASS du département d'implantation et qu'il n'y a pas de compétence désignée pour les Mas en Belgique.

Les propositions ci-dessus présentent donc un certain caractère d'urgence.

Le statut des personnes protégées en Belgique

Il faut bien rappeler que c'est le déficit de structures adaptées en France qui, la plupart du temps, oblige les handicapés français à partir en Belgique. Ils **n'ont pas le choix**, ils y vont **avec l'accord** des autorités médico-sociales françaises et **financés** par les départements et/ou l'assurance maladie, or certains problèmes cruciaux soulevés depuis de très nombreuses années ne sont toujours pas résolus.

La résidence :

1ère difficulté : établissement des CNI

Pour les personnes sous tutelle, la domiciliation inscrite sur la carte d'identité est, au choix, celle du représentant légal (ou des associations tutélares) ou celle du majeur protégé si ce dernier dispose d'un domicile personnel (article 108-3 du code civil). Dans ce cas, la Préfecture du département concerné établit ou renouvelle ces cartes puisqu'elle dispose d'un domicile en France.

En revanche, **pour les personnes placées sous curatelle**, c'est à dire disposant d'une capacité à agir seule, **c'est leur domicile ou résidence habituelle** qui doit figurer sur la CNI (circulaire de l'Intérieur du 19 janvier 2000), la Préfecture du Nord actuellement refuse donc d'établir ces Cartes d'identité car elle ne peut admettre réglementairement une adresse située dans un pays étranger, à moins que la personne n'effectue sa démarche auprès du consulat de France le plus proche, mais ceci aurait pour conséquence de modifier son statut juridique à l'égard des organismes sociaux.

Pour les autorités belges, les personnes handicapées françaises hébergées en Belgique, comme tous les Français inactifs en Belgique, ne bénéficient du droit au séjour permanent que pour autant « qu'elles ne constituent pas une charge permanente pour le système social du pays d'accueil »selon les termes de la directive CE/38-2004, article 16, sur le droit au séjour permanent des ressortissants communautaires non actifs. Elles ne sont donc pas éligibles aux prestations sociales belges.

Si elles ne sont éligibles aux prestations sociales ni de la part de la France, ni de la part de la Belgique, que leur reste-t-il ?

2 ème difficulté : le relevé des empreintes digitales

Les empreintes digitales sont relevées, en France, par les Mairies et en Belgique pour les Français expatriés, par les consulats. Pour nos personnes âgées et/ou

handicapées hébergées en Belgique, nous nous trouvons face à un vide juridique entraînant une situation des plus incertaines qui peut fluctuer selon les consuls en place. Certains vont accepter de se déplacer dans la région belge de leur ressort pour prélever les empreintes sur place et les porter à la Préfecture du département français dont relève la personne hébergée. D'autres considéreront qu'ils ne sont pas habilités à le faire pour des CNI délivrées hors consulat.

3ème difficulté : l'octroi des prestations sociales et de la couverture sociale

En principe, l'octroi des prestations sociales et de la couverture sociale est subordonné à la présentation d'une pièce d'identité par le bénéficiaire prouvant sa *résidence habituelle* en France notamment par le biais de la domiciliation inscrite au dos de sa carte d'identité **à l'exception du versement de l'AAH pour ceux qui sont hébergés en Belgique**. Cette exception proviendrait, semble-t-il, d'une circulaire et effectivement, le versement de l'AAH n'a jamais été interrompu. Hors le fait que nous avons recherché sans succès cette circulaire que personne n'a pu nous communiquer, il ne s'agit **que** d'une circulaire susceptible d'être annulée à tout instant.

Le versement actuel de l'AAH ne repose ainsi que sur une pratique bénéficiant d'un consensus général des acteurs concernés mais n'a aucun fondement juridique, et souffre donc d'une absence de base légale rendant tout recours juridique contre une suppression éventuelle tout à fait aléatoire. Cette situation source d'incertitude ne peut perdurer.

4ème difficulté qui n'est pas encore à l'ordre du jour mais qu'il faudra dans doute envisager un jour : le 1er janvier 2009 **sera expérimentée une borne biométrique pour les passeports au Consulat de Bruxelles**. Cela ne concerne pas encore les CNI mais si cela devient le cas, quelle sera la procédure pour les personnes handicapées hébergées en Belgique ?

Propositions

-Etendre aux personnes sous curatelle la possibilité de faire figurer sur la carte d'identité l'adresse du tuteur,

-Etablir une procédure officielle de prise des empreintes digitales,

-Prévoir une Préfecture référente frontalière habilitée à établir les CNI pour les personnes hébergées en Belgique provenant de départements non frontaliers,

-Afin de ne plus être tributaire d'une simple circulaire, inscrire dans le marbre de la loi l'attribution de l'AAH aux personnes hébergées en Belgique.

La tutelle :

1er problème : Les juges de tutelle ont pour mission d'assurer la gestion des biens des personnes protégées mais aussi de protéger la personne elle-même (vie quotidienne, soins médicaux, choix médicaux etc). Depuis la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, les mesures de tutelles françaises peuvent être maintenues « hors du territoire national ». C'est ainsi que **l'ATI du Nord**, ayant reçu un mandat du Juge des tutelles pour gérer 6000 personnes dont 1016 personnes déficientes intellectuelles et psychique hébergées dans des institutions médico-sociales belges, effectue fréquemment des visites dans les établissements belges pour rencontrer leurs protégés ainsi que l'Institution.

Mais il n'est pas dans sa mission d'effectuer un contrôle de l'établissement, seulement de vérifier si la personne dont elle assure la protection bénéficie d'une prise en charge adaptée à sa problématique.

Si elle constate une maltraitance ou un dysfonctionnement à l'égard de la personne, elle le signale au Juge des tutelles, de la DDASS, voire du Procureur qui eux-mêmes

saisiront les instances belges compétentes (Procureur du Roi).

Or à ce stade, actuellement, **la coordination entre les instances françaises et belges n'est pas suffisamment efficace et les procédures peu claires.**

2 ème problème : Certaines personnes handicapées résidant en Belgique sont originaires de régions éloignées et les visites de la tutelle peuvent alors être coûteuses, pouvant inciter celle-ci à demander une ordonnance de désaisissement et un renvoi de tutelle sur la justice belge. Le majeur protégé perd ainsi tout lieu de rattachement territorial avec un département français et se voit également rejeté par la Belgique qui, pour des raisons financières évidentes ne veut pas en assumer la tutelle.

Propositions :

-Prévoir un juge des tutelles référent (TGI de Paris ?) pour l'ensemble des départements français qui déléguerait sa compétence au Consul de France en Belgique,

-ou déléguer une association tutélaire référente, si possible dans un département frontalier, pour effectuer les contrôles des établissements belges. L'ATI pourrait être cette association de tutelle unique pour toute la France à condition de lui en donner les moyens..

La France a ratifié le 18 septembre dernier la **Convention sur la protection internationale des majeurs vulnérables conclue à La Haye** le 13 janvier 2000 et qui prendra effet le 1er janvier 2009. Le vieillissement des populations, l'augmentation corrélative des maladies liées à l'altération des facultés intellectuelles, et la mobilité de ces populations s'étant amplifiées, il était devenu indispensable de **mettre en oeuvre des solutions permettant de garantir aux adultes vulnérables la protection de leurs droits individuels.** Cette convention améliore sensiblement la protection des majeurs protégés, mais elle n'a pas été ratifiée par la Belgique. Par ailleurs, établissant comme principe la compétence de l'Etat dans lequel l'adulte

concerné a sa résidence habituelle, il faudrait de toutes façons **définir avec nos amis belges cette notion de résidence habituelle dans le cadre d'accords bilatéraux franco-belges à prendre très rapidement**, afin qu'il n'y ait aucune ambiguïté, étant bien entendu que, dans le cas de nos personnes hébergées en Belgique, c'est la France qui doit rester compétente en la matière, la prise en charge par les Conseils généraux dépendant de ce rattachement. D'où l'importance de domicilier nos résidents en France.

Il pourrait être proposé à la Belgique, reprenant en cela une des dispositions de la Convention de La Haye (même si la Belgique n'est pas Etat contractant), de créer une autorité centrale dans chaque pays, mesure gage d'efficacité.

L'autisme

Nous désirions consacrer un chapitre à part sur l'autisme, étant donné la complexité de ce handicap et les spécificités de sa prise en charge.

Les troubles envahissants du développement (TED) forment un ensemble hétérogène de troubles parmi lesquels se trouve l'autisme infantile.

Ce n'est qu'en 2004 que la communauté française (région wallonne et Bruxelles) a reconnu l'autisme comme un handicap spécifique, ce qui explique le manque cruel de structures adaptées aux personnes avec autisme dans la partie francophone de la Belgique.

Le rapport tenait à préciser ce point car on a tendance à penser qu'il n'y a pas de problème d'accueil des autistes en Belgique, ce n'est pas le cas, c'est simplement que la situation est encore plus catastrophique en France, malgré une prise de conscience certaine de l'ampleur du problème qui s'est concrétisée par :

-un premier plan autisme de 2005 à 2007 qui a créé 2600 places en établissements et

en services spécifiquement dédiées aux enfants et adultes autistes, et le nouveau plan 2008-2010 élaboré avec les familles et les associations, tente d'apporter des réponses non seulement quantitatives (4100 places supplémentaires) mais aussi qualitatives en mettant en place un dispositif de diagnostic, d'accompagnement et de prise en charge des personnes autistes.

En 2008, pour le secondaire, ont été créés 2000 postes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) et le PLF 2009 qui, en augmentant sensiblement les crédits de l'action « accompagnement des élèves handicapés » permettra la création de nouvelles unités pédagogiques d'intégration (UPI) et l'augmentation des Auxiliaires de vie « individuel » (AVS-I) actuellement au nombre de 9500. **Ce dont il faut s'assurer, c'est de leur pérennité.**

Population française en Belgique:

Il est impossible aujourd'hui de répondre de façon précise à la question du nombre de personnes autistes **en France** : difficulté du diagnostic, détection tardive ? L'INSERM a avancé en 2003 un taux de prévalence de 27/10 000 habitants pour l'ensemble des TED. Cela donnerait pour l'ensemble de la population française environ 170 000 personnes atteintes. Les associations parlent plutôt de 80 000 à 100 000.

Pour **la Belgique**, nous sommes dans la même incertitude. Ayant eu des informations contradictoires allant de 1500 à 3000 autistes, nous jugeons préférable de ne pas avancer de chiffres.

Les problèmes français:

Les difficultés rencontrées en France par les parents d'enfants autistes ont été

jusqu'à maintenant considérables. Elles ont été largement décrites, je les citerai donc succinctement :

- la détection trop tardive du trouble

Il est possible de détecter le syndrome de l'autisme dès l'âge de 18 mois grâce à un questionnaire de dépistage, or ce dépistage est essentiel car une prise en charge éducative précoce dès 2 ou 3 ans permet des progrès significatifs non réversifs dans les capacités cognitives et sociales, mais les médecins français n'étaient pas formés à ces méthodes.

Cette détection précoce est prévue dans le dernier plan autisme 2008-2010.

- l'approche psychanalytique et médicale de l'autisme au détriment de l'approche comportementaliste.

Comme l'écrit Marie-Laure Théodule, journaliste à La Recherche, *aucune méthode, ni médicale ni éducative n'est pour l'instant parvenue à venir à bout de l'autisme. Mais dans la plupart des pays développés, le volet éducatif utilisant les dernières avancées en matière de théories de l'apprentissage et le volet social, visant à l'intégration dans la société, font partie de l'accompagnement au même titre que le volet médical.*

Or en France l'autisme dépend trop de l'institution psychiatrique au détriment de traitements fondés sur l'apprentissage. **Cette approche française bloque la reconnaissance de certaines méthodes de communication alternatives telles que la méthode ABA dont on ne comprend pas qu'elle ne puisse être utilisée selon les cas, seule ou en complément d'autres méthodes comme les pictogrammes, les méthodes PECS, ou SESAME. Ces méthodes, loin de s'opposer peuvent se compléter naturellement lorsqu'elles sont pensées dans le cadre d'une prise en charge globale du jeune.**

-Insuffisance du nombre de places d'accueil

Le parcours du combattant des parents d'enfants autistes est indigne d'un pays comme la France. Ce n'est pas nouveau, de multiples rapports l'ont relevé et de nombreux parents rencontrés dans les établissements belges nous l'ont confirmé :

A) Pour les jeunes:

1) dans le scolaire :

- dans une école classique, **pas assez de formation des maîtres, pas encore assez d'auxiliaires de vie.**

- Insuffisance du nombre de CLIS.

2) sphère médico-sociale :

insuffisance des Instituts Médico-Educatifs (IME et SESSAD) spécialisés dans l'autisme.

B) Pour les adultes :

Il n'y a pratiquement pas d'établissement spécialisé pour eux en France, en externat ou en internat. Or, il est reconnu que, sous peine de régression, il faut maintenir un accompagnement éducatif et social avec les autistes adultes. Mais moins de 10% d'entre eux ont accès à des centres d'aide par le travail. Certains, grâce à l'amendement Creton restent dans leur établissement; quelques uns vont à temps partiel dans des FAM ou des MAS.

Que ce soit pour les enfants ou pour les adultes le dernier recours reste *l'hôpital psychiatrique totalement inadapté pour des autistes*. Nous en avons déjà parlé à propos des « inadéquats ». Ils arrivent dans la sphère du médical, sans beaucoup d'actions éducatives spécifiques avec un coût de journée élevé.

Un gâchis humain et financier !

Certaines régions échappent à la dureté de ce constat, l'APEI du Valenciennois nous a confirmé que ses établissements se préparent à pouvoir satisfaire toutes les demandes de jeunes autistes et de la quasi-totalité des adultes d'ici 2009.

Pour les autres, il reste donc la Belgique.

Un meilleur accompagnement belge:

Signalons tout d'abord qu'en Belgique, les enfants autistes ne dépendent pas du ministère de la santé mais de « *L'enseignement spécial de la communauté française belge* ».

Leur prise en charge est plus rapide, l'enfant passe en consultation devant un psychologue et est inscrit aussitôt en école spécialisée (*2 mois de délai*).

Les classes sont au maximum de 8 enfants.

A titre de comparaison, à Mons, ville de 97000 habitants, il y a 8 classes de 8 enfants avec 50 ETP, alors qu'à Paris (2,1 millions d'habitants), le nombre d'enfants scolarisés est le même, sans garantie d'un temps scolaire hebdomadaire.

En France, l'intégration d'un enfant est plus longue et plus compliquée. Il doit passer devant une équipe éducative constituée de la directrice de l'école, d'un enseignant, d'un psychologue et d'un médecin scolaire qui rédige un projet devant être cautionné par la CAMPS pour être accepté. La demande doit être renouvelée tous les ans.

En institution :

Tous les spécialistes s'accordent sur le fait que *les enfants autistes doivent être proches de leur famille* puisque, comme nous l'avons constaté lors des déplacements, c'est le partage **quotidien** sur le comportement de l'enfant entre parents et structures d'accueil, par l'intermédiaire d'une sorte de *journal de bord* ou par d'autres moyens,

qui permet le meilleur accompagnement.

Pour certaines institutions belges, nous avons effectivement constaté que l'ouverture de l'institution à la famille, tant aux parents qu'à la fratrie est une pierre angulaire de leur travail, cheminant véritablement en commun avec la famille, dans une très grande **souplesse** qui permet en période de crise d'accueillir le jeune davantage en internat, et à l'inverse de soutenir un retour dans la famille quand cela va mieux.

La structure tente d'assurer aux parents une prise en charge **à long terme** de leur enfant ainsi qu'une recherche de **solutions pour l'avenir** de celui-ci.

Or les angoisses d'avenir sont souvent présentes chez ces parents et nous avons été frappés d'entendre des parents, souvent géographiquement éloignés, nous dire être enfin rassurés sur l'avenir de leur enfant.

Beaucoup de familles préfèrent donc envoyer leur enfant en Belgique en internat malgré l'inconvénient de la distance.

Nous sommes donc convaincus qu'il nous faut, évidemment créer des places en France mais avec un accompagnement similaire à celui de la Belgique en particulier en ce qui concerne la continuité de la prise en charge.

2 remarques :

- Le **département de l'Isère a élaboré un référentiel des bonnes pratiques pour l'accueil des autistes** extrêmement complet qu'il serait bon de faire connaître à tous les départements.

- **La Drass de Lille a procédé à l'installation d'un comité technique régional de l'autisme (CTRA)** le 20 juin 2008 associant les 2 DDASS, l'ARH, la CRAM, un médecin de santé mentale, un représentant du Conseil régional, un représentant des Conseils généraux du Nord et du Pas de Calais, l'éducation nationale, l'URCAM et le CREAI. Elle a créé 4 groupes de travail dont il faudra étudier les conclusions.

Propositions

- *Appliquer déjà le plan autisme en France qui est un bon plan et ne doit pas rester à l'état de projet (en particulier pour la détection précoce, la formation spécifique des enseignants et des AVS).*
- *Améliorer l'information des parents sur les différentes structures d'accueil et l'accueil lui-même qui laisse souvent à désirer d'après les témoignages entendus.*
- *L'autisme ne doit pas dépendre du seul ministère de la santé mais également du ministère de l'éducation : il faut intégrer les enfants en milieu scolaire ordinaire tout en leur apportant une structure spécifique (petites unités de 4 à 8 enfants autistes au sein d'une classe ordinaire).*
- *Accepter une certaine souplesse dans les méthodes d'accompagnement de l'autisme en développant les méthodes de communication alternatives.*
- *Soutenir, au coeur de chaque structure, la pluridisciplinarité (enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux, psychologues, médecins et para-médicaux) et l'enrichir par des échanges entre professionnels issus de champs très différents.*
- *Augmenter le nombre de places en France pour adultes, en particulier dans les*

régions autres que frontalières et dans la région frontalière, mettre en place, comme pour les personnes âgées une véritable collaboration franco-belge.

La collaboration franco-belge

1 – Au niveau des gouvernements:

Monsieur DONFUT, Ministre des affaires sociales du gouvernement wallon, a été très net sur ce point, jugeant « *nécessaire de renforcer la collaboration entre nos pays afin de coordonner les admissions dans les institutions, d'organiser un contrôle conjoint des établissements et procéder à un échange de bonnes pratiques* »(Lettre du 28 juillet 2008 de Monsieur Donfut, Ministre de la Santé, de l'action sociale et de l'égalité des chances du Gouvernement wallon).

« *La collaboration entre les conseils généraux et les autorités de la région wallonne est encore lacunaire. Un seul département (les Ardennes) a signé une convention avec l'Awiph....d'autres conventions seraient sans doute nécessaire afin de renforcer la coordination de l'ensemble des parties.*

La région wallonne tire bénéfice en terme de créations d'emploi et de transferts de crédits de la situation actuelle. Elle est néanmoins à la recherche de contacts tant avec les autorités centrales qu'avec les départements français pour assurer un meilleur suivi de ces placements, et éventuellement pour mettre en place des projets de collaboration qui pourraient bénéficier du soutien de l'union européenne »(Lettre du 25 avril 2008 de M. BOCHE, Ambassadeur de France en Belgique)

On ne saurait être plus clair.

Il est fort regrettable que les autorités françaises ne se manifestent pas et ne répondent pas aux nombreuses sollicitations de la Belgique.

Il y a pourtant urgence.

2- Au niveau des départements:

Un exemple de parfaite coopération transfrontalière positive et dynamique nous a paru particulièrement intéressant, c'est celui du Conseil Général des Ardennes avec l'Albatros, foyer occupationnel situé à Petite Chapelle en Belgique, accueillant 258 résidents, 211 Français et 47 Belges de 20 à 68 ans dans 50 ateliers et 13 foyers d'hébergement.

Au plan de la prise en charge des personnes handicapées, il faut souligner, dans cet établissement, la place donnée aux familles et la volonté de l'équipe éducative de construire pour chaque adulte handicapé un projet de vie qui respecte les choix individuels. Une prise en charge palliative peut également y être assurée.

a)Le Conseil général des Ardennes avait tout d'abord signé des conventions individuelles avec l'Albatros,

b)Puis une convention globale dans les années 1990,

c)Confronté aux besoins d'hébergement pour les adultes lourdement handicapés, le Conseil Général a envisagé la création d'un établissement qui tout en étant implanté sur le sol français pourrait bénéficier des infrastructures et de l'expérience de l'équipe de l'Albatros. En 1988, après avis favorable unanime du CROSMS de Champagne Ardenne en raison de la qualité et de l'aspect innovant du projet, 2 foyers de vie, à

TAILLETTE et ROCROI, sont mis à disposition de l'Institut Albatros qui en assure la gestion. A l'heure actuelle, la capacité des foyers français s'élève à 51 lits dont 16 pour leur transformation en **FAM, cela pour accompagner les personnes handicapées jusqu'à la fin de leur vie.**

d) Dans les années 2003, le conseil général a envisagé la création d'une structure nouvelle sur la commune de MONTCORNET et a confié la préparation du projet à l'Institut Albatros. Pour des raisons d'ordre juridique, l'Albatros Institut belge a créé une association française type Loi de 1901 intitulée Albatros 08, dont le Président est un dirigeant de l'Albatros Institut, qui a déposé la demande de création suivante :

- un centre d'activités occupationnelles de jour de 53 places,
- un service d'accompagnement à la vie sociale assurant 5 jours sur 7 le suivi de 50 personnes à domicile en accord avec le projet de vie établi par la MDPH,
- un foyer d'hébergement ouvert toute l'année d'une capacité d'accueil de 30 lits pour l'accueil permanent, 2 lits pour l'hébergement temporaire et 1 lit pour l'accueil d'urgence, organisé en 3 maisonnées de 11 personnes avec un cadre de vie de type familial et individualisé.

Ce projet a reçu l'avis favorable du CROSMS. L'accueil de jour doit ouvrir le 17 novembre 2008, l'accompagnement à la vie sociale en janvier 2009 et le foyer d'hébergement en juin 2009.

L'Albatros participe aux travaux concernant le schéma départemental arrêté conjointement par l'Etat et le département, ce qui illustre la parfaite intégration de cet établissement au dispositif médico-social ardennais et nous semble un exemple à suivre pour les départements, notamment, limitrophes.

Synthèse des préconisations:

Deux erreurs à éviter :

- contraindre les personnes handicapées à partir en Belgique par défaut de places en France,
- avoir une politique de rapatriement systématique en France de la population qui se trouve en Belgique.

1-Recensement de la population handicapée

- La CRAM Nord Picardie **référente** pour toutes les personnes handicapées relevant de l'assurance maladie, **enfants et adultes**,
- Pour les handicapés relevant de l'aide sociale départementale, **un seul département référent** pour regrouper les données que lui feront parvenir les différentes MDPH,
- **Regroupement de ces 2 données** à un organisme unique : ARS référente ou ministère de tutelle des personnes handicapées,
- Meilleure communication entre l'assurance-maladie et les conseils généraux,
- Accord franco-belge pour que toutes les structures d'accueil belges communiquent leurs effectifs à une autorité à définir (Bourgmestre, Ministère des Affaires sociales belges, Consul français...) qui elle-même les communiquerait aux autorités françaises

définies.

2-Création de places

- **Envisager d'urgence le problème des handicapés actuellement en psychiatrie alors qu'ils devraient être en établissements médico-social. Ne pas mettre d'obstacle à un envoi en Belgique s'il n'y a pas de place en France,**
- Pour les jeunes adultes amendement Creton, chaque département devrait prévoir un quota d'admission prioritaire en CAT pour les retours de Belgique,
- **Augmenter le soutien à domicile et l'accueil de jour,**
- Besoin criant de places pour les polyhandicapés enfants et adultes.

3-Donner aux parents une meilleure information sur les structures d'accueil

4-Statut des personnes handicapées

Maintenir le statut de Français à ceux qui sont hébergés en Belgique pour qu'ils puissent continuer à bénéficier de leurs prestations sociales, d'une protection juridique et de contrôles : pérenniser le versement de l'AAH, adresse du tuteur pour les curatelles, Préfecture référente pour les CNI, procédure officielle de prise des empreintes digitales, déléguer une association tutélaire référente (ATI ?).

5-Faciliter la création et améliorer le fonctionnement des structures françaises

Création

- Recensement des besoins par les associations en charge des personnes handicapées,
- Accorder une enveloppe globale à un établissement en mettant fin au saupoudrage qui lui accorde des places au « compte goutte » et l'empêche de construire,
- Autorisations administratives plus rapides et moins pointilleuses,
- Diminuer le coût des constructions : normes moins strictes au niveau des matériaux
- Eviter de modifier et d'aggraver sans cesse les normes de sécurité,

- Favoriser la polyvalence des établissements afin d'augmenter la souplesse de l'accueil et d'assurer une meilleure continuité de la prise en charge,
- **Construire en France avec le savoir-faire belge** (voir l'exemple du Conseil général des Ardennes avec l'Albatros).

Personnel

- Amélioration de la formation des professionnels (de base et en continu) et en soins palliatifs,
- Augmentation des quotas.

6-Contrôle des structures belges

- Par l'intermédiaire de l'AWIPH, soit dans le cadre d'un accord avec le gouvernement wallon, soit dans le cadre d'un accord par chaque département avec l'AWIPH, ou par un département référent avec l'AWIPH pour tous les départements français,
- Financement français de contrôleurs belges ou français mis à la disposition de l'AWIPH.

7-Autisme

- Intégrer les enfants en milieu scolaire ordinaire tout en leur apportant une structure spécifique,
- Développer les méthodes de communication alternatives,
- Les autistes ne doivent plus dépendre du ministère de la santé mais de l'éducation nationale,
- Augmenter le nombre de places pour les adultes,
- Améliorer l'information des parents sur les différentes structures d'accueil.

8-Conventionnement

- Eviter de le faire au cas par cas,
- Favoriser les conventions globales avec les établissements sélectionnés par les Conseils généraux,
- Encourager la reconnaissance d'un Département référent qui mettrait au point un

protocole unique auquel se plieraient tous les départements faisant appel à la Belgique,

-Elargir la délégation de la CPAM de Tourcoing pour le paiement des établissements belges à la délivrance de la prise en charge des personnes handicapés de tous les départements.

<p>9-Urgence d'une mise en place de coopération constante entre le gouvernement français et les autorités belges, fédérales et /ou wallonnes</p>

Conclusion

Au terme de cette mission, s'il y a un message que je tiens à transmettre aux autorités françaises, c'est celui de traiter le problème de l'hébergement des Français en Belgique en collaboration et concertation permanente avec nos voisins belges afin de travailler dans le même sens.

Le manque de coopération franco-belge aux plus hauts niveaux est, jusqu'à présent, à imputer aux autorités françaises qui n'ont pas répondu à la demande pourtant insistante du gouvernement wallon.

Il faut y remédier le plus rapidement possible, la Présidence française de l'Union européenne pouvant être une occasion de faire avancer ce dossier.

Pourquoi cette collaboration nous semble-t-elle si indispensable?

Parce que dans un contexte budgétaire de plus en plus tendu pour nos deux pays, il est plus efficace d'avoir une vision commune du vieillissement et du handicap, d'autant plus que nos amis belges vont peut-être être confrontés dans les années à

venir à un problème d'hébergement de leurs propres ressortissants,

Parce que nous considérons, que si cette coopération existe malgré tout, elle s'effectue actuellement au coup par coup, sous l'action de certains départements, de certaines institutions, par l'instauration de conventionnements partiels etc...alors que c'est aux Etats, l'Etat français, et l'Etat belge au niveau fédéral et/ou régional, d'instaurer un cadre plus à même de mettre en place une véritable politique de prise en charge des personnes, avec échanges d'informations et de bonnes pratiques,

Parce que, si la question de la fiscalité des personnes âgées, et du statut des personnes protégées n'est pas réglée, la France va se trouver confrontée vraisemblablement à un retour ou à une diminution des départs en Belgique de ses personnes âgées, par ailleurs, si l'arrêté du gouvernement wallon sur le contrôle des établissements seulement autorisés est voté (et c'est ce que nous souhaitons), les ouvertures d'établissements commerciaux vont sans doute diminuer et il nous faudra gérer, en commun, l'accueil, pour l'instant tout à fait insuffisant en France, des personnes les plus lourdement handicapées,

Parce que, et nous rejoignons l'IGAS sur ce point, il ne doit plus exister de problème « d'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique », la notion de frontière étant complètement dépassée. Pour nos concitoyens des départements frontaliers, la seule question qui se pose est celle de la qualité des institutions (vérifiée par des contrôles constants) et du maintien de leur statut national, pour nos voisins belges la certitude que les Français ne leur prennent pas les places dont ils auraient besoin et pour l'Etat français que cet hébergement en Belgique soit financièrement neutre.

Dès lors que ces conditions sont remplies, nous départageant en cela des tenants d'une suppression totale d'envoi de nos personnes âgées ou handicapées en Belgique, nous estimons que l'offre belge doit faire partie de l'offre locale pour les départements

frontaliers.

Mais cette offre belge ne saurait dispenser l'Etat français de pouvoir accueillir sur son territoire ceux qui partent en Belgique **par défaut**, c'est à dire par manque de structures en France, ou par une qualité d'accueil et d'accompagnement déficiente. Ceci concerne particulièrement les personnes âgées et handicapées de l'ensemble des départements non limitrophes de la Belgique, les handicapés lourds et les autistes, tous départements confondus, pour lesquels les places sont trop nettement insuffisantes et les méthodes d'accompagnement pas toujours adaptées. En privant ces personnes de la proximité de leur famille, lorsque celle-ci existe, « l'exil » en Belgique est alors un recours que l'Etat français doit tout faire pour éviter.

Les attentes des associations représentatives des personnes handicapées sont celles d'un ensemble de valeurs fortes : respect, écoute, bien-être, intégration, dignité. Ces valeurs sont également celles exprimées par les personnes âgées et leurs familles.

Mon souhait serait que ce rapport puisse contribuer, un tant soit peu, à faire progresser la mise en oeuvre concrète de ces valeurs.

Cécile GALLEZ

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement ceux qui, tout au long de cette mission nous ont reçus, aidés, conseillés, accompagnés et enrichis de leur expérience :

En Belgique

Monsieur Didier DONFUT, Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances du Gouvernement Wallon, ainsi que ses conseillers Serge CLOSSEN et Serge DRISSE,

Monsieur le Bourgmestre de PERUWELZ, Daniel WESTRADE

Monsieur Serge MUCETTI, Consul général de France à Bruxelles

Monsieur Patrick FERS, Consul général de France à Liège

Les Représentants des Français vivant en Belgique, Mme BOUGEON-MAASSEN et M.RATEAU

Les Directeurs, et leurs équipes, des structures accueillant des personnes handicapées :

M.DUMONT, Directeur de L'ALBATROS

M.BILLOUEZ, Directeur de l'ARBORETUM

M. STOUFFRIAT, Directeur de CERFONTAINE

M.BOURDON, Directeur de l'ESPERANDERIE

M.MISSAIRE, Directeur de La POMMERAIE

M.VAN ACKER, Directeur Administratif de REINE FABIOLA

M.d'HAUFAYT, Directeur du ROUCOURT

M.HUON, Directeur du SAULCHOIR

Mme Nadia DUPONT, Directrice d'un Foyer occupationnel et d'Hébergement

Monsieur WILLAYE, Directeur du Service Universitaire Spécialisé pour l'Autisme (SUSA) à

MONS

Les Directeurs, et leurs équipes, des structures accueillant des personnes âgées :
Mme MARTIN, Directrice du Domaine du Centenaire
M.DIDOT, Directeur des MYOSOTIS
M. HAUBOURDIN, Directeur du VERSEUIL

En France

Madame Valérie LETARD, Secrétaire d'Etat chargée de la Solidarité et les membres de son Cabinet

M. Patrick GOHET, délégué interministériel aux personnes handicapées

M. Benoît HURE, Sénateur, Président du Conseil Général des Ardennes
Docteur Anne MOREAUX, Responsable « Handicap, Vieillesse » à la Direction générale des services départementaux du Conseil Général des Ardennes
Docteur Jean-François LECLET, Conseiller Général des Ardennes

Mme Marie-Charlotte DALLE, et M.Jérôme DEROULEZ, Magistrats de la Direction des Affaires Civiles et du Sceau au Ministère de la Justice

M. RADONDY, Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) Nord-Picardie et l'ensemble de ses services
M. DUEZ, Médecin au Conseil Régional Nord-Picardie diligenté par la CNAM

Docteur Martine LEFEBVRE, Vice-Présidente du Conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins

M. SCHAEFFER, Directeur Adjoint du Conseil Général du Nord
Les services du Conseil Général du Nord

M. SCHLERET, Président du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

L'A.T.I. (Association Tutélaire de Personnes Handicapées Mentales du Nord):
M. VERLEY, Président
M.RICHIR, Directeur Général

L'APIM-HF (Association d'Aide aux Personnes Inadaptées Mentales hors de France) :
M.GHESQUIERE, Président

L'UNAPEI :
M.Régis DEVOLDERE Président

L'UDAPEI du Nord :
M.RODRIGUES

L'APEI du Valenciennois :
M. Jean-Benoît BALLE, Directeur Général, et tous les Directeurs d'Etablissements

M. FAIVRE, Président de la CLAPEAHA (comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés)

Madame Natascha LEONARD, Directrice de Maison de Retraite dans le Var

M. LEBON, Directeur de Foyer Logement dans le Nord

M. Jean-Michel CAUDRON, Consultant en Ingénierie gériatrique

et toutes les familles de personnes âgées ou handicapées qui nous ont écrit, rencontrés, et fait part de leurs réflexions.

ANNEXES

L'AWIPH

L'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH) a été créée par un décret du 6 avril 1995. C'est un organisme public placé sous la tutelle du Ministre wallon de la santé, de l'action sociale et de l'égalité des chances, chargé de mener à bien la politique wallonne en matière d'intégration des personnes handicapées.

Elle propose des aides à l'emploi et à la formation et des intervention financières dans l'acquisition ou l'équipement de matériel spécifique qui favorise l'autonomie au quotidien.

Elle agréée et subventionne aussi des services qui accueillent, hébergent, emploient, forment, conseillent et accompagnent les personnes handicapées.

L'A.T.I.

L'Association Tutélaire de Personnes Handicapées Mentales du Nord (A.T.I.) est une association qui exerce depuis 1971 des mesures de protection juridique au profit de personnes handicapées mentales.

En 1990, elle a ouvert un service dont la mission est d'assurer la prise en charge de personnes françaises hébergées dans des établissements en Belgique. Si, au départ, ces majeurs protégés étaient issus de la région Nord Pas-de-Calais, progressivement, les juges des tutelles l'ont nommée pour exercer des mandats à l'égard de personnes handicapées provenant de toute la France.

En 2008, elle accompagne près de 6000 personnes dont **979 hébergées en Belgique**.

L'APIM-HF

C'est une association franco-belge fondée en 1985 afin de défendre les intérêts moraux et matériels des personnes handicapées mentales françaises accueillies en établissements médico-sociaux Belges.

L'association est composée de parents, de professionnels français et belges, de personnes sensibles à cette question de l'accueil en Belgique.

Elle s'attache, entre autres, actuellement, aux problèmes de protection juridique, du maintien du versement des prestations sociales et du contrôle des établissements belges.

