Interreg
France-Wallonie-Vlaanderen
UNION EUROPÉENNE
EUROPESE UNIE

I SAID

Interreg

Rapport sur les freins et facilitateurs à la mobilité transfrontalière

Avec le soutien de la Wallonie

AVEC LE SOUTIEN DU FONDS EUROPÉEN DE DÉVELOPPEMENT RÉGIONAL

Note à l'attention des lecteurs :

Ce rapport a été rédigé en avril 2017. Depuis lors des modifications réglementaires sont intervenues et ne sont pas prises en compte dans le présent document.

Pour la Région wallonne, elles ont essentiellement trait aux normes architecturales, normes d'encadrement, exigences au niveau du ROI, de la convention d'accueil et du projet individualisé de la personne des personnes accueillies dans des Services Agréés et Financés par une Autorité Etrangère (SAFAE). Dans ce rapport nous parlons encore des services APC (Autorisés à Prendre en Charge). Les exigences sont aujourd'hui plus élevées afin de garantir une meilleure qualité d'accompagnement des personnes. Ces modifications ont été prises en concertation avec l'ARS.

Pour la France, La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, prévoit dans son article 54 l'extension au secteur adulte de l'encadrement conventionnel qui existe au titre de l'accord cadre franco-wallon du 21 décembre 2011 pour les établissements accueillant des enfants et des adolescents.

Le conventionnement des établissements wallons accueillant des adultes français permettra en particulier de porter des exigences de qualité complémentaires des critères de la réglementation wallonne, d'organiser un contrôle des établissements, de fiabiliser le recueil d'informations sur les personnes accompagnées et de mieux définir et uniformiser, selon les caractéristiques de celles-ci, les niveaux de financement des établissements.

Le Gouvernement français devra remettre au Parlement, avant le 31 décembre 2021, un rapport portant sur l'état de la prise en charge des enfants et des adultes handicapés français placés dans des établissements à l'étranger et les financements qui sont alloués à cet effet par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Une mise à jour des recommandations issues du rapport a été réalisée en septembre 2020. Elle est disponible sur le site du projet I SAID : https://www.isaid-project.eu/liens/#rapports

Ce document est le fruit d'une collaboration transfrontalière, les auteurs sont : Stéphanie Barata et Camille Chabaud (Udapei du Nord), Virginie Bellefroid (AVIQ), Sanjin Plakalo, Séverine Fox et Florent Losson (Pour La Solidarité).

LE PROJET INTERREG I SAID

Le présent guide a été élaboré dans le cadre du Projet « I SAID - Interregional platform for Innovation in Self-determination, Autonomy and Inclusion in people with Disability ». Inscrit dans le cadre de la promotion de la santé des personnes avec déficience intellectuelle (DI), le projet I SAID, d'une durée de quatre ans (Oct. 2016 – Oct. 2020) vise à favoriser la capacité d'autodétermination de ces personnes et améliorer leur accompagnement. Le projet relève d'une collaboration transfrontalière entre la Région Hauts-de-France et la Wallonie.

Le projet I SAID entend agir tant au niveau des professionnels que des personnes avec DI elles-mêmes et de leur entourage en proposant des solutions innovantes et intégrées au niveau de chaque territoire concerné.

I SAID vise quatre objectifs principaux et s'articule autour de quatre axes de travail :

1. Identifier et lever les freins en matière de promotion de la santé en Région Hauts-de-France et en Wallonie ;
2. Mettre en place une plateforme transfrontalière afin de faciliter les échanges entre professionnel-le-s du secteur ;
3. Promouvoir une démarche d'accompagnement reposant sur le concept d'autodétermination des personnes avec DI ;
4. Développer des actions inclusives et former les acteurs à l'autodétermination.

C'est précisément dans le cadre de l'objectif 1 du projet que ce guide a été réalisé. Il a pour objet de mieux appréhender les législations et dispositifs liés à l'accueil et l'hébergement des personnes avec DI existants de part et d'autre de la frontière franco-wallonne et d'identifier les freins et facilitateurs de la mobilité transfrontalière de ces personnes.

Le projet I SAID est financé par le Programme de Coopération Territoriale INTERREG V France/Wallonie/Vlaanderen de l'Union européenne et repose sur une collaboration active d'acteurs-trices reconnu-e-s dans leurs domaines de compétences et d'expertises :

En Hauts-de-France :

- Université de Lille et la Maison Européenne des Sciences de l'Homme et de la Société (MESHS), coordinateurs du projet
- Association des Papillons Blancs de Roubaix Tourcoing
- Union départementale des Papillons Blancs du Nord (UDAPEI)
- GIE Eurasanté

En Wallonie :

- Université de Mons
- Think & do tank européen POUR LA SOLIDARITÉ – PLS
- Agence wallonne pour une Vie de Qualité (AVIQ)
- Observatoire Franco-Belge de la santé (OFBS) (partenaire associé)

Préambule

La libre circulation des personnes dans l'espace européen est un principe fondamental de l'Union Européenne. Mise en place dans le cadre du marché intérieur, elle a pris une dimension plus large avec notamment les accords de Schengen[1].

Aujourd'hui, ce principe est régi par la directive 2004/38/CE, relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles, qui permet de circuler et de séjourner librement sur le territoire des Etats membres. Ce texte vise à encourager cette libre circulation, en réduisant au strict nécessaire les formalités administratives, en apportant une meilleure définition du statut de membre de la famille et en limitant les possibilités de refus d'entrée ou de suppression du droit de séjour.

Cette mobilité européenne a pu être remarquée dans le domaine du médico-social, notamment pour les personnes en situation de handicap, entre la France et la Belgique. Cette mobilité transfrontalière franco-belge n'est pas récente mais depuis plus d'une vingtaine d'années, le phénomène s'accélère. Le manque de places en France, la différence d'accompagnement des personnes en situation de handicap mais aussi la proximité géographique et l'absence de barrière linguistique entre la France et la Wallonie, sont autant de raisons qui poussent les personnes et leurs familles à recourir aux établissements d'accueil et d'hébergement de l'autre côté de la frontière[2].

Les gouvernements français et wallon ont émis un accord de coopération3 le 10 mai 2004. Par cet accord, les parties souhaitent contribuer à l'efficacité de l'Organisation des Nations Unies et donc au développement de la Convention de l'ONU relative aux droits

[1] Convention d'application de l'Accord de Schengen du 14 juin 1985 entre les gouvernements des États de l'Union économique Benelux, de la République fédérale d'Allemagne et de la République française relatif à la suppression graduelle des contrôles aux frontières communes

[2] Cordery, P. (2013) Rapport au nom de la commission des affaires étrangères sur le projet de loi, autorisant l'approbation de l'accord-cadre entre République Française et Région Wallonne sur l'accueil des personnes handicapées. Assemblée Nationale République Française.

[3] *Accord de coopération entre le Gouvernement de la république française et la Région wallonne de Belgique.*

des personnes en situation de handicap dans le cadre de leur mobilité. Pour aller plus loin, ces gouvernements ont développé de nouveaux accords-cadres afin de faciliter la coopération transfrontalière. Comme le constate le rapport de la Mission Opérationnelle Transfrontalière (MOT), « la ratification et la mise en œuvre de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire de 2005 a résolu de nombreux obstacles à la coopération transfrontalière. La prise en compte des personnes en situation de handicap adultes dans le système de financement par la sécurité sociale de leur accueil en établissements médico-sociaux belges est prévue suite à la mise en œuvre de l'accord-cadre franco-wallon de 2011 »4. En effet, le 22 Décembre 2011, les gouvernements français et wallon ont décidé de signer un accord-cadre de coopération transfrontalière sur l'accueil des personnes en situation de handicap5, mis en application par un décret et un arrangement administratif publiés en Mars 2014.

Mais qu'en est-il, aujourd'hui, de l'application de cet accord-cadre dans la facilitation des mouvements transfrontaliers pour les personnes en situation de handicap et leurs familles ? Dans le cadre de la recherche-action franco-belge "I SAID" (Interregional platform for Innovation in Self-determination, Autonomy and Inclusion in people with intellectual Disability), nous nous sommes dès lors questionnés **sur les freins et les facilitateurs liés à la mobilité transfrontalière des personnes adultes avec déficience intellectuelle**[6]. Nous avons fait le choix de concentrer notre étude sur les mouvements liés à l'accueil et l'hébergement des personnes adultes avec déficience intellectuelle, le long de la frontière franco-wallonne (régions françaises des Hauts-de-France, du Grand-Est et de la Wallonie). Ce territoire a été choisi pour les flux importants des citoyens franco-belges dont celui des personnes en situation de handicap de la région Hauts-de-France vers la Wallonie (presque 6.000 personnes françaises ont été accueillies en Wallonie en 2015) mais aussi pour la proximité culturelle et linguistique entre ces deux régions. Aussi, nous n'aborderons pas la mobilité des personnes venant

[4] MOT. (2014) Rapport final : Processus d'actualisation des travaux du groupe de travail parlementaire franco-belge et suites à donner, p. 11

[5] Accord-cadre de coopération transfrontalière sur l'accueil des personnes handicapées du 22/12/2011

[6] « La personne ayant une déficience intellectuelle a une capacité plus limitée d'apprentissage et un développement de l'intelligence qui diffère de la moyenne des gens ». (Définition de l'OMS).

de territoires plus lointains ni celle liée au travail des personnes déficientes intellectuelles, sujets pouvant faire l'objet d'études ultérieures.

Ce guide est à destination de toute personne, établissement ou administration amené à traiter cette question de l'accueil et de l'hébergement transfrontalier des personnes adultes en situation de handicap présentant une déficience intellectuelle. Après une synthèse des préconisations énoncées pour améliorer la mobilité transfrontalière des personnes adultes en situation de handicap, nous présenterons le contexte juridique lié à cette mobilité ainsi que ses freins et facilitateurs sociologiques et techniques.

I. Le contexte lié à la mobilité transfrontalière

L'accueil d'adultes français dans les établissements wallons pour personnes en situation de handicap constitue un phénomène ancien mais dont l'importance n'a cessé de croitre ces dernières années.

Ce phénomène remonte au début du XXème siècle, lors de la séparation de l'Eglise et de l'Etat en 1905, lorsque certaines congrégations religieuses françaises, alors acteurs majoritaires dans l'accompagnement du handicap, ont dû partir de l'autre côté de la frontière. Le déclin des congrégations a ensuite conduit à la fermeture de structures pour personnes en situation de handicap mental ou à leur reprise par des associations belges avec le financement des accompagnements par la France.

Le manque de places en France, la proximité culturelle et linguistique, ainsi que la différence d'approche (moins médicalisée et plus éducative) et des modes d'accompagnement de ces handicaps en Belgique ont perpétué et même développé l'accueil des personnes en situation de handicap en Belgique.

1. Le contexte juridique, favorable à la libre circulation des personnes

En raison de la proximité géographique, plusieurs accords bilatéraux ont été adoptés entre la France et la Wallonie. Le premier a été conclu en septembre 2005. Il vise la coopération sanitaire transfrontalière. Il a pour objectif de lever un certain nombre de difficultés liées aux barrières administratives dans le cadre de la prise en charge sanitaire de patients.

Ce texte, limité aux régions frontalières7, a voulu donner un cadre légal à la conclusion de conventions de coopération entre acteurs de santé français et belges. Cet accord-cadre a ouvert la possibilité, pour les personnes et autorités habilitées, de conclure, au niveau

[7] En France : Les régions Hauts-de-France et Grand-Est. En Belgique : arrondissements de Veurne, Ieper, Kortrijk, Mouscron, Tournai, Ath, Mons, Thuin, Dinant, Neufchâteau, Virton et Arlon.

transfrontalier, des conventions définissant les modalités pratiques des coopérations concernant, notamment, l'organisation du transport des patients, les règles d'intervention des professionnels de santé, la garantie de continuité des soins (accueil et information des patients…), l'évaluation et le contrôle de la qualité et la sécurité des soins, et enfin les ressources financières. Concernant la prise en charge financière des soins des patients, l'accord bilatéral a rendu automatique l'autorisation des organismes de sécurité sociale pour recevoir des soins dans l'autre pays.

La question du handicap a pu ensuite être appréhendée. Cela a abouti le 22 décembre 2011 à la signature d'un **accord-cadre relatif à l'accueil des personnes en situation de handicap**. Suite à sa ratification par le Parlement de Wallonie et l'Assemblée Nationale Française, il est en application depuis mars 2014. Sa mise en œuvre est confiée à l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France ainsi qu'à l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). Cet accord souhaite « *jeter les bases d'une coopération médico-sociale approfondie entre la France et la Wallonie afin d'améliorer l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des personnes concernées* »[8]. L'accord souligne d'ailleurs dès son préambule, la tradition de la mobilité des populations entre la France et la Belgique.

Il est le fondement d'une coopération franco-wallonne dont les objectifs sont :

- d'assurer un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes en situation de handicap,
- d'optimiser les réponses aux besoins médico-sociaux en facilitant l'utilisation et le partage des moyens humains et matériels,
- et de favoriser l'échange, le transfert de connaissances et de bonnes pratiques.

Pour ce faire, il fixe un cadre qui permet le recensement des personnes françaises accueillies en Belgique. C'est l'ARS des Hauts-de-France qui assure la centralisation des données contenues dans le relevé d'informations communiqué par l'AViQ. Il permet également de renforcer les possibilités de contrôles conjoints entre la France et la

[8] Accord-cadre du 22 décembre 2011 relatif à l'accueil des personnes en situation de handicap entre le Gouvernement de la République Française et le Gouvernement wallon.

Wallonie définis dans le cadre d'une convention du 3 novembre 2014[9] ; l'objectif étant de garantir aux Français qui font le choix d'une structure wallonne, un accueil et une prise en charge de qualité.

Cet accord prévoit une convention type permettant de définir les modalités de financement par un régime de sécurité sociale ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge dans les établissements wallons similaires à ceux existants en France. Cette convention type vient harmoniser les conventions[10] qui étaient préalablement existantes à l'accord-cadre et qui ne concernaient que les établissements accueillant des enfants.

En comparaison, l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière qui permet aux Français et aux Belges transfrontaliers de pouvoir se soigner indifféremment dans les deux pays, est véritablement bilatéral. Hors, l'accord-cadre relatif à l'accueil des personnes en situation de handicap n'est qu'à sens unique. Il ne réglemente et ne facilite que l'accueil des Français en Belgique. De plus, ce passage n'est encadré qu'auprès des structures belges qui ont conventionné avec l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France (exclusivement les structures du champ de l'enfance).

[9]L'accord est entré en application à la suite des procédures d'approbation par les gouvernements respectifs et de traduction en droit interne :

La loi n°2013-1009 du 13 novembre 2013 autorisant l'approbation de l'accord

Le décret n°2014-316 du 10 mars portant publication de l'accord

Le décret wallon du 17 avril 2013

Le 3 novembre 2014 une convention entre l'ARS Hauts-de-France et l'AWIPH (devenue AViQ) décline les modalités de mise en œuvre des inspections communes.

[10] Les logiques de conventionnement en France, en Belgique et lors de passages transfrontaliers se trouvent p. 41 du présent guide.

Proposition 1 : *Etendre l'accord cadre du 22 Décembre 2011 à l'accueil des personnes en situation de handicap belges dans les établissements français.*

L'accord-cadre devrait également permettre aux personnes adultes belges en situation de handicap de traverser la frontière si elles souhaitent être accueillies et hébergées sur le territoire français. Les modalités resteraient à fixer par les autorités franco-wallonnes. Cette extension permettrait de développer une mobilité transfrontalière de part et d'autre de la frontière franco-belge. Afin d'organiser la réciprocité des flux, il pourrait être établi des conventionnements avec des établissements français pour qu'ils accueillent des ressortissants belges. Cela impliquerait que les ressortissants belges gardent leurs droits en matière d'allocations et que la question de la prise en charge financière soit appréhendée.

Proposition 2 : *Généraliser le conventionnement de l'accord-cadre à tous les établissements wallons accueillant des personnes françaises en situation de handicap.*

La condition de conventionnement-type avec tous les établissements pourrait être généralisée à l'ensemble des établissements wallons accueillant des français (enfants et adultes, établissements médicalisés et non-médicalisés). Ce conventionnement permettrait alors de définir, par les institutions françaises (financeurs principaux des établissements), les modalités de financement ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge dans les établissements wallons des personnes françaises en situation de handicap.

2. Le passage de frontière, réglementations et dispositions des droits nationaux

L'accompagnement des personnes françaises en Belgique remontant à de nombreuses années, des établissements et services wallons se sont spécialisés dans l'accompagnement des personnes françaises en situation de handicap.

C'est pourquoi l'article 288 du CWASS (Code wallon de l'action sociale et de la santé) Décrétal et l'article 1350 et suivant du CWASS Réglementaire[11] créent un régime dit d'autorisation de prise en charge (APC), soumis à un contrôle administratif indépendant de la question du financement. Il fixe les modalités et les normes à respecter afin de bénéficier de l'octroi d'une autorisation de prise en charge. Ces établissements ne sont pas financés par la Belgique. Fin 2016, la Wallonie comptait 143 établissements APC (contre 11 en 1997). En 2015, 5.385 adultes français ont été accompagnés par une structure wallonne (tout handicap confondu). L'accompagnement des personnes au sein de ces établissements est financé par la France.

Fort de ces constats, le Gouvernement français a décidé de tenter de limiter les départs vers la Belgique. Ainsi, afin d'éviter les départs non souhaités, par les personnes et leur famille, vers les établissements et services wallons, une instruction française[12], du 22 janvier 2016, décrit le processus de mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs. Dès lors qu'une orientation vers un établissement wallon est sollicitée par les personnes ou anticipée par la Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap (MDPH), il doit être recherché sur le territoire national une solution de proximité adaptée aux besoins de la personne.

Cette instruction, qui aurait pu être un frein à la mobilité transfrontalière des personnes en situation de handicap, ne l'est pas vraiment puisqu'elle précise que ce processus se fait « *dans le respect du libre choix des personnes […] et ne fait pas obstacle à l'application de l'article L.241-6 du code de l'action sociale et des familles ainsi rédigé : Lorsque les parents ou le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent handicapé ou l'adulte handicapé ou son représentant légal font connaître leur préférence pour un établissement ou un service entrant dans la catégorie de ceux vers lesquels la commission a décidé de l'orienter et en mesure de l'accueillir, la commission est tenue de faire figurer cet*

[11] https://wallex.wallonie.be/index.php?doc=26539

[12] Instruction DGCS/3B/DSS/1A/CNSA nº 2016-22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes en situation de handicap vers la Belgique.

établissement ou ce service au nombre de ceux qu'elle désigne, quelle que soit sa localisation »[13].

Par conséquent, une personne en situation de handicap qui souhaite se faire accompagner par un établissement wallon pour des raisons qui lui sont propres n'est pas limitée par ce plan de prévention et d'arrêt des départs.

La question de l'accueil des personnes françaises en situation de handicap en Belgique est aussi appréhendée par le Gouvernement wallon. Une nouvelle évolution de la réglementation wallonne est à l'étude avec un projet d'arrêté relatif à l'accueil et à l'hébergement des ressortissants étrangers. L'objectif de cet arrêté serait d'assurer un meilleur accompagnement des personnes françaises en situation de handicap dans les établissements wallons. Il est en cours d'élaboration.

Le contexte actuel de création d'établissements par la Wallonie, le nombre de places manquantes en France (en septembre 2015 (20 810 adultes en situation de handicap avec une déficience intellectuelle étaient sans solution d'accueil et hébergement[14]) et la proximité géographique et linguistique sont autant de facilitateurs à la mobilité des personnes françaises en situation de handicap vers la Wallonie. Les évolutions législatives tendant à la limiter ne doivent néanmoins pas faire obstacle au libre choix des personnes et à leur autodétermination.

A l'inverse, la mobilité des personnes belges en situation de handicap vers la France est anecdotique. Plusieurs raisons expliquent cette situation. Lorsqu'elles élisent domicile ou résident à l'étranger, les personnes en situation de handicap perdent leurs allocations de remplacement de revenu et leurs allocations d'intégration[15]. De plus, l'AViQ finance prioritairement des formules d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement établies

[13] Instruction DGCS/3B/DSS/1A/CNSA nº 2016-22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes en situation de handicap vers la Belgique.

14 Les bannis de la République, Le livre Noir du handicap en France, 2015, Unapei.

15 www.handicap.fgov.be

uniquement sur le territoire de la Wallonie. Il existe des exceptions au travers des conventions nominatives qui concernent les situations urgentes, pour des personnes dites prioritaires qui ont été exclues des services ou des budgets d'assistance personnelle pour des personnes lourdement dépendantes. L'AViQ finance quasi exclusivement en Wallonie des services et non directement les personnes.

Par ailleurs, les spécificités wallonnes et la qualité des aides en matière d'accompagnement pour les personnes présentant une déficience intellectuelle n'incitent pas à la mobilité dans le sens Belgique-France.

Proposition 3 : *Faciliter les procédures permettant l'accueil et l'hébergement des personnes belges en situation de handicap dans un établissement étranger (limité à une zone transfrontalière).*

Il est indispensable de développer une procédure permettant aux personnes adultes belges en situation de handicap d'être orientées en France tout en conservant les prestations sociales de leur pays d'origine. Actuellement, la possibilité pour un ressortissant belge en situation de handicap d'être accompagné en France doit se faire sur dérogation (par une convention nominative) sinon, la personne se verra retirer ses aides et prestations sociales. Cela peut être rendu possible par l'extension de l'accord-cadre et le développement d'un service de mise en lien entre l'AViQ et la MDPH du département concerné.

3. Le contexte culturel et l'autodétermination de la personne en situation de handicap

Il est important de faire le parallèle entre ces principes de libre mobilité transfrontalière et les conditions de prise en compte du choix de la personne.

Lorsqu'une personne en situation de handicap souhaite s'installer au sein d'un établissement pour y être accompagnée, elle fait un choix : celui de s'orienter dans tel ou

tel établissement. Il s'agit d'un *« processus continu qui permet aux citoyens, à tout âge et tout au long de leur vie, de déterminer leurs capacités, leurs compétences et leurs intérêts, de prendre des décisions en matière d'éducation, de formation et d'emploi et de gérer leur parcours de vie personnelle »*[16].

Ce choix permet à la personne de s'autodéterminer. L'autodétermination est définie comme les *« habiletés et attitudes requises pour agir comme un agent causal de sa propre vie, pour faire des choix et prendre des décisions en regard de sa qualité de vie, libre de toute influence externe excessive ou d'interférence »*[17]. La libre circulation des personnes, notamment celles en situation de handicap, doit être facilitée et encouragée si les personnes en ont fait le choix, en dehors de toute influence. C'est sa qualité de vie qui s'en ressentira. En effet, l'autodétermination permet le développement de la qualité de vie de la personne, car elle permet de satisfaire ses besoins et de poursuivre et atteindre des objectifs dans les divers domaines de sa vie[18].

De ce fait, pour comprendre le phénomène de mobilité existant aux abords de la frontière franco-belge, il est nécessaire de préciser les raisons possibles données par les personnes en situation de handicap et leur entourage. Plusieurs raisons peuvent ainsi éclairer cette mobilité :

- Le manque de places en établissement ou service ;
- l'absence de solutions pour des situations complexes (grande dépendance, troubles associés notamment troubles psychiques ou troubles du comportement)[19] ;

[16]Conseil UE, 21.11.2008, cit. in Plakalo, S. (2013) Orientation socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap : Le cas de la France et de la Belgique. *Working Paper PLS*.

[17]Wehemeyer, 1996

[18]Schalock (1990)

[19]Fiacre, P., Peintre, C., Bouquet-Ysos, C., Philippon, A. (2012). Enquête sur les franciliens en situation de handicap accueillis dans un établissement belge sur financement de la sécurité sociale.

- la langue commune en France et en Wallonie, qui facilite la transmission et la communication et réduit le frein de l'interculturalité[20], contrairement au territoire flamand où la langue est le néerlandais ;
- la proximité géographique due à un espace transfrontalier où la mobilité est rendue possible par l'espace Schengen.

Cependant, plusieurs freins contextuels viennent remettre en question la mobilité. En effet, bien que les deux territoires possèdent une langue commune, nous pouvons nous demander si la culture est également commune. Or, comme l'affirme H. Marcelle, sociologue à l'observatoire de l'accueil et de l'accompagnement de la personne handicapée, *« la culture est une production de l'interaction sociale. Cela signifie qu'il ne s'agit pas de quelque chose qui existe en soi, et qu'on possède, mais qui s'élabore au contact de l'environnement, des personnes et des contextes »*[21]. De fait, la culture wallonne n'est pas la même que la culture française, notamment autour de l'environnement institutionnel et des pratiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

En effet, les approches diffèrent dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap entre la Belgique et la France, notamment pour l'intégration scolaire[22] ou les formes d'accompagnement des personnes, individualisées ou collectives[23]. Le rapport du Sénat français de décembre 2016 sur la prise en charge de personnes en situation de handicap en dehors du territoire français ajoute notamment que *« les prises en charge en Belgique se caractérisent en grande majorité par la prépondérance de situations liées à des handicaps particulièrement complexes »*[24].

---

[20] Lewalle, H., (2014). Présentations – Mutualiser les services en transfrontalier : l'exemple de l'énergie et de la santé. *Conférence-Débat MOT*

[21] p. 42, Marcelle, H., (2015) Handicap, Migration et interculturalité. *Observatoire de l'accueil et l'accompagnement de la personne handicapée (service PHARE).*

[22] Eurométropole. (2011) La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé et du médico-social : quelles initiatives porter à l'échelle de l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai ?

[23] Entretien avec un délégué à la tutelle français accompagnant les personnes hébergées en Belgique, 2016

[24] Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge de personnes en situation de handicap en dehors du territoire français, C-L. Campion, P. Mouillier, SENAT, le 14 Décembre 2016.

En outre, le passage de frontières entraîne un changement d'environnement institutionnel avec des spécificités étatiques autour des dispositifs pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Les dénominations et les typologies des institutions pouvant accueillir et héberger les personnes en situation de handicap diffèrent de manière importante. Le choix de la mobilité transfrontalière nécessite alors une « traduction » de part et d'autre pour que les personnes puissent choisir leur lieu d'accompagnement en toute connaissance de cause. Le projet I SAID a pour objectif de créer, via sa plateforme en ligne, une typologie détaillée ainsi qu'une table de correspondance des sigles des établissements et services en France et en Wallonie (en annexe de ce présent guide).

De la même façon, ces personnes manquent d'une connaissance des établissements à disposition sur le territoire voisin. En effet, il n'existe à ce jour aucune cartographie des établissements et services transfrontaliers facilement accessibles pour les personnes en situation de handicap. Une plateforme intégrant les établissements wallons et français sera mise en place dans le cadre du projet I SAID.

Proposition 4 : *Développer la mobilité transfrontalière des personnes en situation de handicap sur les seules zones transfrontalières (Hauts-de-France, Grand-Est, Wallonie)*

Cette proposition permet de limiter l'accord-cadre sur un périmètre réduit afin d'éviter les départs vers des régions trop lointaines. Cette définition plus précise du périmètre d'exercice de l'accord-cadre sera alors en cohérence avec la volonté pour les personnes de choisir un établissement adapté tout en se trouvant à une distance raisonnable du domicile d'origine. Les zones transfrontalières recouperaient : les Hauts-de-France, le Grand-Est et la Wallonie.

Proposition 5 : *Développer une plateforme transfrontalière ainsi qu'un service doté de moyens humains permettant les échanges et le déploiement de la Réponse Accompagnée Pour Tous*

Actuellement, les établissements et services accompagnant les personnes en situation de handicap des deux côtés de la frontière ne se rencontrent pas et n'ont pas de vision claire des fonctionnements nationaux réciproques. Ce constat sera appréhendé, dans le cadre du projet I SAID, par la mise en place d'une plateforme collaborative. Cette plateforme devra être dynamique et interactive pour permettre le travail en réseau des établissements et services. Ce travail en réseau pourrait permettre aux établissements wallons de faire partie du dispositif « Réponse Accompagnée pour Tous », destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement pour une personne en situation de handicap afin d'éviter toute rupture dans son parcours (provenant du Rapport Piveteau, commandé par le Gouvernement français en 2013)[25].

[25] http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/handicap-une-reponse-accompagnee-pour-tous/article/la-demarche

II. La personne en situation de handicap et son choix de mobilité transfrontalière

La mobilité transfrontalière des personnes en situation de handicap est complexe. Les aspects juridiques, réglementaires et sociologiques se mêlent lorsqu'une personne en situation de handicap fait le choix de traverser la frontière pour être accompagnée et ce, malgré la proximité géographique des territoires (Hauts-de-France, le Grand-Est et la Wallonie). Nous avons donc souhaité approfondir les procédures et les pratiques afin de révéler les facilitateurs et les freins à la mobilité transfrontalière pour les personnes en situation de handicap.

1. La reconnaissance du handicap et l'octroi des prestations sociales

- **La reconnaissance du handicap et l'orientation**

En France, ce sont les Maisons Départementales des Personnes en situation de Handicap (MDPH) qui sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes et de leurs proches. La loi du 11 février 2005[26] précise que la MDPH *« exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes en situation de handicap et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap ».*

Au sein de la MDPH, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de Handicap (CDAPH) décide de l'orientation des personnes (enfant ou adulte) et de l'attribution de l'ensemble des aides et prestations. Cette reconnaissance s'effectue par le biais d'une évaluation fine des besoins de la personne par une équipe pluridisciplinaire et la prise en compte de son projet de vie. Dans le cadre de sa mission d'orientation, la CDAPH peut statuer pour une orientation vers plusieurs types d'établissements ou services : Foyer d'hébergement (FH), Foyer occupationnel (FO) ou Foyer de vie (FV), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Maison d'accueil spécialisée (MAS),

[26] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH).

La décision de la CDAPH a une durée de validité variant de 1 à 5 ans. La décision d'orientation vers un établissement pour adultes s'opère à compter de l'âge de 20 ans même si des dérogations, motivées par la situation, peuvent être prises. La décision d'orientation s'opère, par principe, jusqu'à l'âge de 60 ans.

Comme pour toutes les demandes, lorsque l'évolution de son état ou de sa situation le justifie, l'adulte en situation de handicap, son représentant légal, ou ses parents peuvent demander la révision de la décision d'orientation prise par la CDAPH. L'établissement ou le service ne peut mettre fin de sa propre initiative à l'accompagnement sans décision préalable de la CDAPH.

Toutes les MDPH ne disposent pas aujourd'hui de systèmes d'informations permettant le suivi des orientations. A terme, cet outil pourrait faciliter l'orientation des personnes s'il permettait de disposer, en temps réel, du suivi des places vacantes disponibles dans les établissements et services.

En Wallonie, le système repose sur une classification du handicap en fonction de l'autonomie de la personne. La répartition en classification de handicap se base sur l'article 262 du CWASS Décrétal qui liste ces catégories. Cet article précise les catégories de personnes qui peuvent être soutenues par l'Agence. Toutefois, des subdivisions supplémentaires ont été créées afin de mieux adapter le subventionnement des services d'accueil et d'hébergement à la nature et à la gravité des handicaps ainsi qu'au statut mineur ou majeur des bénéficiaires. Ainsi, pour le public cible de cette étude, la catégorie 11 prévue par l'arrêté pour la déficience mentale est subdivisée en 111 (déficience légère), 112 (déficience modérée), 113 (déficience sévère), 114 (déficience profonde) et 115 (déficience profonde et troubles envahissants du développement).

L'adulte en situation de handicap, avec une déficience intellectuelle, adresse sa demande au bureau régional compétent en fonction de son domicile. Le bureau régional rencontre

la personne et évalue ses besoins en fonction d'une grille d'évaluation bio-psycho-médico-sociale. Cette évaluation permet l'accord pour l'ouverture du droit aux aides et services et l'orientation de la personne en fonction du type de prestations d'accueil et d'hébergement et de la catégorie de la personne[27]. Il n'y a pas d'accompagnement systématique par le bureau régional de référence de la personne. La décision du bureau régional dont dépend la personne en situation de handicap (en fonction de son domicile) est à durée indéterminée et révisable à la demande des parties (personne en situation de handicap ou service).

En Wallonie, les services accueillant les adultes sont essentiellement : *les services d'accueil de jour pour adultes* (S.A.J.A.), *les services résidentiels pour adultes* (S.R.A.) et *les services résidentiels de nuit pour adultes* (S.R.N.A.). Outre l'hébergement résidentiel « classique », les jeunes d'au moins 16 ans et les adultes peuvent avoir accès à un *service de logements supervisés* (SLS). Ce type de service vise à apporter à des personnes en situation de handicap vivant dans leur propre logement un soutien dans les actes de la vie quotidienne et la réalisation de leur projet de vie. Ces logements peuvent être individuels ou communautaires mais ne peuvent accueillir plus de six personnes. Enfin, *les services d'accompagnement* (S.A.C.) sont là pour aider les personnes adultes à mener à bien des projets qui leur apporteront une plus grande autonomie.

- **Les aides et prestations sociales**

En France, la CDAPH a également pour mission de décider de l'attribution des aides et prestations. En effet, c'est auprès de la MDPH que doivent être déposées toutes les demandes relevant de la compétence de la CDAPH. Il s'agit notamment des demandes d'allocations et prestations comme l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) qui a pour vocation de garantir un revenu d'existence aux personnes en situation de handicap qui ne disposent d'aucun ou que de faibles revenus et la Prestation de Compensation du

[27] Catégories A, B ou C, à distinguer de la classification. Ces catégories ne sont pas connues de la personne mais sont nécessaires au financement du service d'accueil ou d'hébergement par l'AViQ.

Handicap (PCH) destinée à couvrir les différentes charges liées au handicap, comme les aides humaines ou techniques.

La MDPH compétente pour procéder à l'attribution des droits et prestations est celle du domicile de secours. Ce dernier s'acquiert par une résidence habituelle de 3 mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation. Le fait de séjourner dans un établissement n'est pas acquisitif d'un domicile de secours. Cette situation explique qu'il n'est pas rare, compte tenu notamment de la pénurie de places en établissements, que des personnes hébergées depuis plusieurs années dans un établissement d'un département, dispose d'un domicile de secours dans un autre département. Ce dernier correspond souvent au département du domicile de leurs parents, dans lequel elles ont vécu avant leur entrée en établissement. Ce qui n'est pas sans poser problème pour les enfants de l'aide sociale à l'enfance.

En France, pour ouvrir le droit à l'AAH ou à la PCH, le demandeur doit satisfaire, en plus des conditions liées à son handicap et malgré la notification de la CDAPH, de conditions dites « administratives », notamment concernant sa résidence, ce qui peut être un frein à la mobilité. Aux termes de l'article R.111-2 du code de la sécurité sociale, pour pouvoir bénéficier de l'AAH il faut résider en France de façon permanente depuis plus de 3 mois.

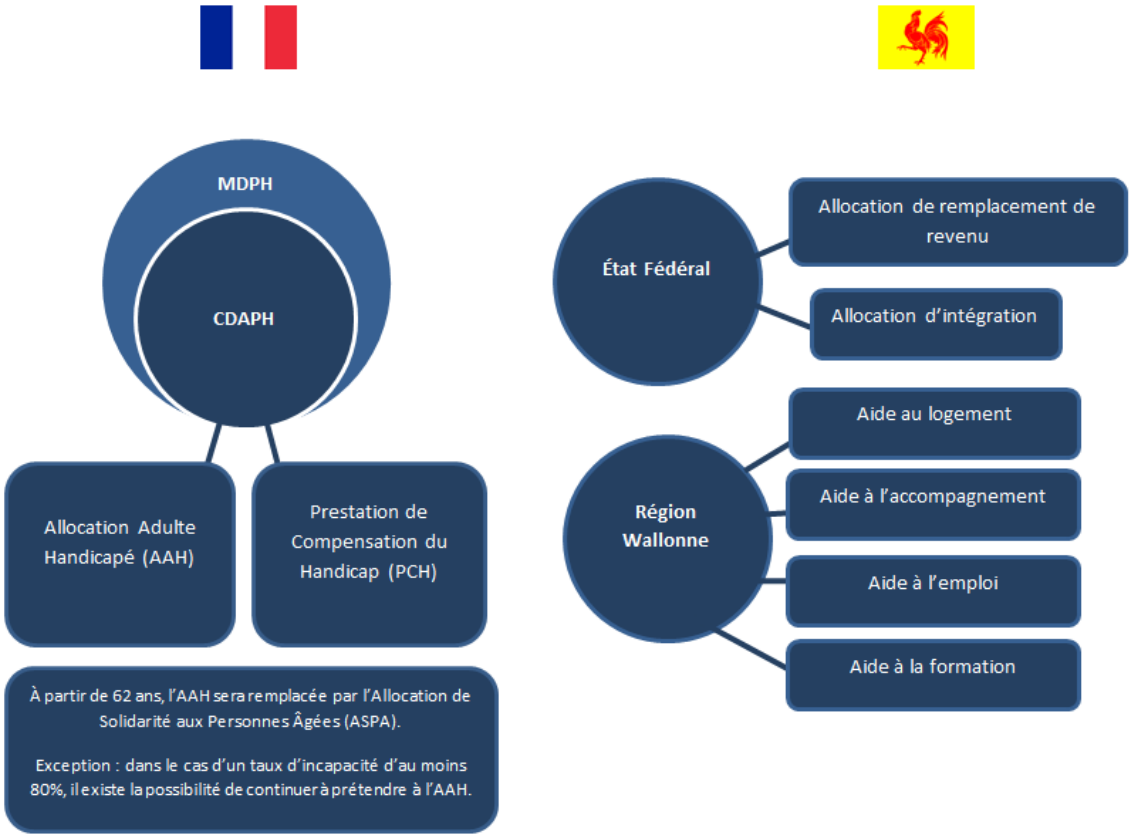
En Belgique, le régime des allocations aux personnes en situation de handicap[28] (allocations de remplacement de revenu et allocations d'intégration) est quant à lui un régime d'assistance résiduaire ; cela veut dire que les allocations peuvent être octroyées uniquement lorsque la personne a fait valoir ses droits aux autres prestations auxquelles elle peut prétendre (invalidité de la mutuelle, chômage, pension,…). Ces allocations sont destinées, soit à compenser les coûts supplémentaires qu'engendre une perte d'autonomie (allocation d'intégration ou allocation pour l'aide aux personnes âgées, selon que la personne a moins ou plus de 65 ans), soit à compenser la perte d'un revenu que la personne, en raison de son handicap, ne peut pas/plus acquérir par son travail (allocation de remplacement de revenus, destinée uniquement aux personnes de moins

[28] www.handicap.fgov.be

de 65 ans). C'est la Wallonie qui est compétente pour les aides en matière de logement, d'accompagnement, d'emploi et de formation tandis que le niveau fédéral est compétent pour les allocations de remplacement de revenu et d'aide à l'intégration[29].

Le droit est calculé en fonction de la perte de capacité de gain et du degré de perte d'autonomie (fixé selon un nombre de points fixés lors d'une évaluation avec un médecin de la Direction générale Personnes en situation de handicap (qui dépend du service public fédéral Sécurité Sociale[30]), sur la base de 6 critères : se déplacer, cuisiner et manger, faire sa toilette et s'habiller, entretenir son habitation et accomplir ses tâches ménagères, évaluer et éviter le danger, entretenir des contacts avec d'autres personnes) et les ressources du ménage (personne en situation de handicap et son partenaire).

Schéma 1 : Aides et prestations sociales allouées aux personnes en situations de handicap en France et en Wallonie



[29] www.handicap.fgov.be

[30] http://handicap.belgium.be/fr/reconnaissance-handicap/index.htm

Focus : L'âge de la personne comme enjeu de la reconnaissance du handicap, en France et en Belgique

En France, la majorité s'acquiert à l'âge de 18 ans. Néanmoins, dans le champ du handicap, une personne âgée de 18 à 20 ans sera maintenue dans une structure accompagnant des enfants (sauf dérogation). Ainsi, on peut considérer qu'une personne en situation de handicap devient adulte à 20 ans.

Lorsqu'un jeune, orienté en établissement ou service d'enseignement et d'éducation spéciale, ne peut être immédiatement admis dans un établissement pour adulte désigné par la CDAPH, son placement peut être prolongé au-delà de 20 ans ou de l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé, dans l'attente d'une solution adaptée. Il s'agira alors d'un amendement Creton[31] qui est limité à l'âge de 25 ans. Il n'est pas rare d'avoir des amendements au-delà de cet âge, notamment pour des personnes accompagnées en Belgique. Les personnes, ainsi devenues adultes, continuent d'être accompagnées dans la même structure. Néanmoins, la MDPH reste vigilante et demande aux établissements d'attester de preuves de démarches pour un retour vers un établissement français.

S'agissant des personnes, dont le handicap est constaté avant l'âge de 60 ans, elles peuvent, quel que soit l'âge, bénéficier d'une orientation ou réorientation, sur demande, vers un établissement ou un service adapté à l'accompagnement de leur handicap.

Les personnes en situation de handicap approchant de l'âge de 60 ans doivent, en principe, être orientées vers un établissement ou service pour adultes en situation de handicap. Cependant, au regard de la situation particulière de la personne, la CDAPH pourra conseiller un accueil en établissement pour personnes âgées (non soumis à orientation de la CDAPH).

Une personne en situation de handicap vieillissante peut demeurer dans une structure

[31] L'article 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 (Diverses mesures d'ordre social) a modifié l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et créé l'alinéa suivant dit "amendement Creton"

destinée à l'accueil des adultes en situation de handicap après 60 ans ou peut être accueillie en maison de retraite en fonction de ses besoins. La CDAPH est compétente pour statuer sur l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de handicap hébergées dans des structures pour personnes adultes en situation de handicap.

Le principe des aides est calqué sur ce modèle. Par exemple, une personne pourra percevoir une allocation enfance jusqu'à l'âge de 20 ans. L'allocation adulte en situation de handicap (AAH) est perçue jusqu'à l'âge de la retraite (62 ans actuellement), puis la personne passera du statut de personne adulte en situation de handicap à celui de personne âgée avec demande de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Les personnes dont le taux d'incapacité est d'au moins 80% peuvent, si elles le souhaitent, continuer à percevoir l'AAH au-delà de l'âge de la retraite sans avoir à faire valoir leur droit à l'ASPA.

En Wallonie, la décision qui ouvre le droit aux aides régionales est accordée par les bureaux régionaux de l'AViQ. L'ouverture de ce droit pour les personnes en situation de handicap doit avoir lieu avant 65 ans. Si cette condition est vérifiée, l'aide se poursuit au-delà de 65 ans. Par ailleurs, la personne âgée en situation de handicap et sa famille peuvent faire le choix ou l'objet d'une réorientation vers une structure pour personnes âgées (maison de repos ou maison de repos et de soins) si celle-ci répond mieux à ses besoins.

Pour les services accompagnant des enfants en situation de handicap, ils ne sont plus compétents à partir des 18 ans de la personne. Ils peuvent intervenir jusqu'aux 21 ans de la personne en situation de handicap sur dérogation[32].

[32] Voir aussi : https://www.aviq.be/handicap/professionnels/index.html

https://www.aviq.be/handicap/vosbesoins/etre_accueilli/index.html

- **La situation des personnes en situation de handicap accueillies dans un établissement transfrontalier**

En France, l'orientation délivrée par une CDAPH peut permettre un accompagnement dans une structure belge. Dans ce cas, des démarches doivent être engagées pour le financement de l'accompagnement dans la structure. En effet, depuis la circulaire du 22 janvier 2016[33], relative à l'arrêt des départs non souhaités vers la Belgique, la France tente de limiter les flux. Néanmoins, la personne peut toujours motiver son départ vers la Belgique par un choix volontaire.

En effet, dans le cadre de la circulaire, il est organisé un circuit spécifique des nouvelles demandes de remboursement des assurés partant ou susceptibles de partir en Belgique. L'Assurance maladie, via la Direction Régionale du Service Médical (DRSM)[34] doit désormais s'assurer que :

- les acteurs locaux ont bien cherché à élaborer une solution alternative,

- la famille, malgré l'existence d'une solution alternative, maintient son choix d'un établissement précis en Belgique,

- faute de solutions alternatives adaptées et de qualité, la solution d'un départ est motivée.

La question des renouvellements d'orientation n'a pas encore été appréhendée.

Cette pratique étant assez récente, des évolutions devraient intervenir. Tout ceci ne permet pas de rendre lisible les procédures aux familles devant effectuer les démarches. Pour les structures non médicalisées, la sollicitation sera faite auprès du Conseil Départemental du département d'origine de la personne.

[33] INSTRUCTION N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique

[34] C'est un réseau d'organismes autonomes, directement rattaché au directeur de la Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Cnamts)

Concernant l'octroi des prestations françaises pour une personne accueillie en Belgique, même si la CDAPH a notifié une attribution de prestation, la personne pourrait, en principe, ne pas en bénéficier.

En effet, au niveau européen, a contrario des prestations de sécurité sociale, les prestations sociales telles que l'AAH et la PCH sont ce que l'on appelle des prestations non contributives. Conformément au règlement européen 883/2004, ces prestations ne sont pas exportables. Elles ne peuvent être octroyées que dans l'Etat membre où l'intéressé réside. Il existe cependant des exceptions à la condition de résidence. En effet, l'AAH peut être versée, par dérogation à la condition de résidence en France, en cas de résidence à l'étranger dans les situations suivantes :

- Pour les personnes hospitalisées à l'étranger. En cas d'hospitalisation acceptée par l'organisme compétent d'assurance-maladie après avis favorable de son service du contrôle médical, la résidence de l'intéressé reste celle qui précède la première hospitalisation, quelle que soit la durée de celle-ci ;
- Pour les personnes hébergées dans un établissement belge. La condition de résidence en France est présumée remplie. Dans ce cas, la Caisse d'Allocations Familiales compétente pour le versement de l'AAH reste celle du lieu de résidence de la personne en situation de handicap avant son placement en Belgique sauf si la personne est sous mesure de protection judiciaire, dans ce cas, la caisse compétente sera celle du lieu de résidence du tuteur.

Le principe est le même pour la PCH, le demandeur devant également justifier d'une résidence stable et régulière en France pour pouvoir en bénéficier.

Par conséquent, dans le cadre d'une prise en charge en Belgique, on est en droit de se questionner quant à l'octroi et au maintien des droits sociaux des personnes hébergées en Belgique. En effet, dans ce cas, la personne ne réside plus en France aux yeux de l'administration et ne devrait donc plus bénéficier de l'AAH ou de la PCH. Il y aurait dès lors une rupture dans le versement de ces prestations du fait de la mobilité. Cependant, le versement de l'AAH semble être conservé. Cette pratique n'a aucun fondement

juridique et ne repose que sur *« une pratique bénéficiant d'un consensus général des acteurs concernés »*[35] .

Au vu de cette réglementation, deux situations posent question. Les personnes hébergées en Belgique qui seraient encore attachées au foyer de leurs parents en France, pourraient-elles continuer à bénéficier de l'AAH ou de la PCH ? De même pour les personnes hébergées en Belgique sous mesures de protection française rattachées au domicile de leur tuteur ?

Cette condition de résidence est également valable pour les ressortissants des États membres de l'Union européenne, et donc pour un Belge qui viendrait se faire accompagner par un établissement français. Il ne pourrait bénéficier de l'AAH ou de la PCH qu'après une résidence permanente de 3 mois en France.

Dans le cas où la personne est sans domicile ou résidence stable et afin qu'elle puisse bénéficier des différentes prestations sociales légales, et notamment de l'AAH et de la PCH, ces personnes peuvent élire domicile soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CIAS), soit auprès d'un organisme agréé à cet effet.

Concernant la mobilité transfrontalière des Wallons vers la France, il y a actuellement 2 personnes accompagnées par un établissement français et sous convention nominative. Ces 2 exceptions s'expliquent par le fait que le service français qui les héberge répond bien à leurs besoins. La conservation des prestations sociales et du renouvellement des conventions pour ces personnes n'est pas connue, du fait du caractère individuel de leur situation et de la garantie d'anonymat.

[35] p. 66, Gallez, C. (2009). L'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique. Rapport du Sénat

2. La domiciliation transfrontalière et les impacts sur les droits citoyens

Chaque système étatique possède ses conditions d'octroi d'allocations (d'orientation et de prestations). Les terminologies sont également spécifiques, ce qui complexifie la lecture des deux systèmes dans le cadre d'un passage de frontière pour une personne en situation de handicap. A cette complexité vient s'ajouter la domiciliation de la personne. Cette domiciliation est complexe car elle conditionne l'octroi de la reconnaissance des prestations.

La domiciliation est un sujet majeur lors des passages transfrontaliers des personnes en situation de handicap. En effet, comme le souligne dès 2009, C. Gallez, députée du Nord de 2007 à 2012, auteure du rapport sur l'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique *« l'octroi des prestations sociales et de la couverture sociale est subordonnée 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 »*[36]*.* De façon régulière, les prestations sociales françaises devraient alors être interrompues si une personne française est hébergée de façon régulière en Belgique car son domicile est alors sur le territoire belge.

A l'inverse, un Belge résidant en France perd d'une part ses allocations et d'autre part ses droits à un accès à un service d'accueil, d'hébergement ou d'accompagnement en Belgique.

Focus – Le cas des majeurs protégés accueillis dans un établissement transfrontalier

En France, selon la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, le droit des majeurs protégés prévoit trois régimes de protection : la sauvegarde de justice, la tutelle et la curatelle.

- **La sauvegarde de justice** : c'est un régime de protection temporaire qui, tout en

[36] p. 66, Gallez, C. (2009). L'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique. Rapport du Sénat

laissant au majeur sa capacité juridique et la libre gestion de ses intérêts patrimoniaux, le protège des actes qu'il aurait inconsidérément réalisés ou accomplis, et de ceux qu'il aurait négligés d'effectuer.

Destinée aux personnes qui n'ont qu'une altération provisoire de leurs facultés, la sauvegarde de justice est donc peu appropriée pour les personnes majeures en situation de handicap mental qui, elles, ont plus besoin d'une protection durable, voire définitive.

- **La tutelle** : elle s'adresse aux personnes qui ne peuvent, de manière générale, agir seules et ont besoin d'être représentées dans les actes de la vie civile.

  Le tuteur a une double mission : il doit assurer la protection de la personne ainsi que celle de ses biens.

  Le tuteur peut donc passer seul, au nom du majeur protégé, les actes dits d'administration, notamment les actes de gestion courante (exemples : l'encaissement des revenus, les contrats d'assurance, les achats et dépenses nécessaires à l'entretien du majeur protégé et à l'exécution de ses obligations alimentaires, etc).

  Pour les actes plus graves appelés actes de disposition, le tuteur doit obtenir l'accord préalable du juge des tutelles. C'est notamment le cas pour la cession, l'acquisition et l'échange de droits immobiliers ; l'acceptation, la renonciation et la liquidation d'une succession ; l'emprunt etc…

- **La curatelle** : elle est destinée à protéger un majeur qui a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans les actes de la vie civile.

  Par conséquent, le majeur sous curatelle exerce seul ses droits dès lors qu'il s'agit d'un acte d'administration. En revanche, pour les actes de disposition, l'assistance du curateur est requise.

Lorsque les personnes françaises en situation de handicap ont une mesure de tutelle, la domiciliation inscrite sur la carte d'identité est, au choix, celle du représentant

légal (ou des associations tutélaires) ou celle du majeur protégé si ce dernier dispose d'un domicile personnel (article 108-3 du code civil). La carte nationale d'identité est alors française.

En revanche, pour les personnes placées sous curatelle, c'est leur domicile ou résidence habituelle qui doit figurer sur la carte nationale d'identité (circulaire de l'Intérieur du 19 janvier 2000). Cette position pose problème car il est impossible pour la Préfecture du Nord d'établir une carte nationale d'identité avec une adresse située dans un pays étranger. La personne doit alors effectuer *« 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 »*[37]. De ce fait, les personnes n'auraient plus d'ouverture de leurs prestations sociales.

Pour autant, les personnes françaises ne pourraient pas bénéficier d'ouverture de droits sociaux en Belgique car elles n'ont pas la possibilité de droit au séjour permanent. En effet, le droit au séjour permanent n'est ouvert qu'aux personnes qui *« 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[38].

En Belgique, depuis le 1er juin 2014, il n'existe plus qu'un seul statut global de protection pour lequel on part du principe que les personnes vulnérables (comme les handicapés mentaux, les déments, etc.) doivent pouvoir autant que possible exercer eux-mêmes leurs droits.

L'ancien système « d'administration provisoire » des biens constitue la base, mais a été étendu aux personnes. En outre, il existe désormais une distinction claire entre les personnes mineures et majeures, tandis que le juge de paix reçoit un rôle crucial, et que la personne de confiance est revalorisée.

[37] p. 65, Gallez, C. (2009). L'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique. Rapport du Senat.

[38] DIRECTIVE 2004/38/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres

- **Basé sur l'administration provisoire :** Le nouveau système, basé sur « l'administration provisoire », permet au juge de paix de façonner une protection sur mesure pour laquelle il tient compte en premier lieu des capacités de la personne concernée.

  Le juge détermine les décisions pour lesquelles la personne concernée nécessite la protection et l'accompagnement d'un administrateur. Ainsi, une attention particulière est portée à la distinction entre les soins à la personne et la gestion des biens. L'administrateur doit de préférence être la même personne dans les deux cas, à moins que cela ne soit contraire aux intérêts de la personne protégée. A la demande de toute personne concernée, le juge peut à tout moment réévaluer l'incapacité. Afin de l'aider dans cette tâche, le législateur a prévu une liste des principaux actes concernant la personne et les biens, au sujet desquels le juge va devoir trancher.

  La personne protégée est désormais mieux impliquée dans le processus décisionnel. Le juge de paix et l'administrateur doivent l'informer, l'écouter et tenir compte de sa volonté.

- **Conséquences concrètes :** Le nouveau statut de protection apporte avec lui un certain nombre de nouveautés.

  Voici un aperçu de certaines situations spécifiques :

  - 1° *Régime d'autorisation* : lors de la fixation du statut de protection, le juge de paix évalue explicitement si la personne protégée est incapable de poser les actes suivants : contracter un mariage ; introduire une action en annulation du mariage ; introduire une demande de divorce ; reconnaître un enfant ; introduire une action en recherche de paternité ; procéder à des donations et rédiger un testament ; etc.

    Si le juge de paix estime que la personne concernée est incapable de poser ces actes, celle-ci peut encore en demander l'autorisation au juge au cours de l'administration. En ce qui concerne la donation, le juge tient également compte

du fait que celle-ci ne peut pas mener la personne protégée ou ses créanciers d'aliments à l'indigence. Les actes énumérés ne peuvent pas être exécutés par l'administrateur. Le juge de paix peut toutefois l'autoriser à rédiger un contrat de mariage uniquement.

- 2° *Avis* : pour l'autorisation de reconnaissance d'un enfant, l'opposition à une enquête judiciaire sur la parenté ou l'autorisation d'adoption, le juge de paix doit s'exprimer expressément sur l'incapacité lors de la fixation du statut. Cette décision peut également être soumise au juge devant lequel l'affaire est pendante. Si le juge de paix (ou le juge) estime que la personne protégée est incapable, il est alors obligé d'entendre celle-ci ou la personne de confiance (lorsque la personne protégée n'est pas capable d'émettre son opinion) et de tenir compte de leurs observations. Ici non plus, l'administrateur n'est pas autorisé à poser des actes pour la personne protégée.
- 3° *Décision par un autre parent ou conjoint* : lorsqu'un parent ou conjoint est absent, a été expressément déclaré incapable, a été jugé incapable par le juge (de paix) ou n'est pas en mesure d'exprimer son avis, l'autre parent ou conjoint décide seul notamment par rapport au choix du logement familial ou à la disposition de celui-ci. L'administrateur n'est, dans ces cas, pas compétent pour agir à la place de la personne protégée.
- 4° *Incapacité judiciaire* : le juge de paix qui ordonne une mesure de protection judiciaire concernant la personne détermine explicitement les actes que la personne protégée est incapable de poser. Pour tous les autres actes en rapport avec sa personne, la personne protégée reste capable. Il s'agit notamment du choix du lieu de résidence, de consentir au mariage, du prélèvement d'organes, etc. Un régime similaire existe pour la protection judiciaire des biens. Le juge de paix doit également décider explicitement si la personne est incapable par exemple de contracter un emprunt, d'hypothéquer ou de donner des biens en gage, de consentir un bail à ferme, d'accepter une donation, de continuer un commerce ou d'accepter un héritage.

- 5° *Incapacité décidée par le médecin* : le juge de paix doit explicitement se prononcer sur la capacité de la personne à : exercer les droits du patient ; consentir à une expérimentation sur la personne humaine.

  Mais lorsque quelqu'un est déclaré incapable, il a toujours la possibilité d'exercer ces droits lui-même et de manière indépendante, à condition qu'un médecin en ait décidé ainsi. La déclaration d'incapacité est nécessaire pour donner à l'administrateur la compétence d'exercer ces droits.

- 6° *Le juge de paix peut trancher :* le juge de paix peut déclarer une personne incapable : d'exercer ses droits politiques ; de consentir à une stérilisation ; de consentir à un acte de procréation médicalement assistée ; de demander un changement de sexe ; de demander l'euthanasie ; de demander de pratiquer un avortement ; de consentir à l'utilisation de gamètes ou d'embryons in vitro à des fins de recherche ; de consentir à un prélèvement de sang et de dérivés du sang ; de consentir à des actes qui touchent l'intégrité physique ou la vie intime de la personne protégée.

  Mais le juge de paix ne doit pas s'exprimer de manière explicite sur ces actes. S'il n'en fait pas mention, la personne concernée reste capable de les poser.

- 7° *Administrateur* : dans les cas suivants, l'administrateur peut agir à la place de la personne ayant été déclarée incapable par un juge de paix : le choix du lieu de résidence ; la défense contre une action en annulation du mariage ; la défense contre une action en divorce ou en séparation de corps ; la participation en tant que défendeur dans les actions relatives à la filiation ; le dépôt d'une déclaration en vue d'obtenir la nationalité belge ; la demande de changement de nom ou de prénom ; le consentement au prélèvement d'organes.

Proposition 6 : *Légiférer, en France, sur l'extension de la domiciliation à l'étranger pour les personnes en situation de handicap dans le but de faciliter les parcours*

Actuellement, les personnes françaises en situation de handicap accompagnées dans un établissement belge doivent obligatoirement continuer à être domiciliées sur le territoire français afin de conserver les aides sociales octroyées et les remboursements des frais des établissements belges. Or, cela n'est pas sans poser de problèmes pour les personnes adultes sous mesure de curatelle ou sans protection juridique car la domiciliation à inscrire est celle de la résidence principale, donc un établissement se trouvant sur le territoire belge. Il serait nécessaire, pour faciliter la mobilité transfrontalière des personnes adultes françaises en situation de handicap, de donner un cadre réglementaire facilitant la possibilité de domiciliation à l'étranger tout en conservant la nationalité, l'octroi des aides et prestations sociales du pays d'origine. Cette réglementation permettrait alors de faciliter l'accueil et l'hébergement choisis par les personnes tout en leur laissant le choix de leur nationalité et ainsi des institutions dont elles souhaitent dépendre.

3. Les soins médicaux

En Europe, la liberté de circulation des personnes engendre, pour les Etats, la nécessité de s'organiser pour accompagner la mobilité des personnes, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins. Différents règlements européens, ainsi que des accords bilatéraux ont permis la coordination des organismes nationaux de sécurité sociale et de favoriser la prise en charge des soins transfrontaliers.

- **La dépense de remboursement des soins prodigués à l'étranger à des assurés français.**

Les dispositions applicables en matière de soins au sein de l'Union Européenne relèvent principalement du règlement communautaire 883/2004, ainsi que de la directive 2011/21/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins et de santé transfrontaliers. Ils coordonnent les systèmes de sécurité sociale qui fixent les règles communes permettant d'organiser les régimes nationaux de sécurité sociale et permettent aux assurés de se faire soigner dans un autre pays européen à la charge de leur régime d'affiliation.

Les soins à l'étranger d'un assuré de régime d'assurance maladie française sont pris en charge dès lors que les soins et traitements concernés sont remboursables en France. Les modalités seront différentes selon que les soins interviennent de façon inopinée (soins urgents ou imprévus) ou programmée (soins lourds et couteux : hospitalisation, recours à des équipements lourds) après autorisation préalable.

Concernant les soins inopinés, l'assuré d'un régime français d'assurance-maladie est alors invité à utiliser une carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Cette dernière facilite la prise en charge, selon la législation en vigueur dans le pays de séjour ou sur la base des tarifs français s'ils sont plus favorables, des soins urgents et des soins hospitaliers. Cette carte permet de dispenser la personne de l'avance des frais. Le règlement se fait alors par des échanges financiers entre le régime d'affiliation de l'assurée et celui du pays où les soins ont été prodigués. Cette carte est délivrée pour 2 ans. A défaut de CEAM, l'assuré peut toujours demander depuis son lieu de séjour à sa caisse d'affiliation un certificat provisoire de remplacement, dont la validité est de 3 mois, pour attester de ses droits à l'assurance maladie. Dans le cas où la personne n'a ni CEAM ni certificat provisoire de remplacement, elle devra alors faire l'avance de ses frais et en solliciter le remboursement à sa caisse d'affiliation en présentant les factures acquittées.

Pour les soins programmés dans un autre pays européen, les assurés d'un régime français doivent demander, pour certains types de soins, une autorisation préalable de prise en

charge auprès de sa caisse d'affiliation. Par cette autorisation, la caisse vérifie qu'il y a bien une absence d'alternative en France obligeant l'assuré à aller à l'étranger.

En dehors de ces dispositions européennes, des conventions transfrontalières permettent à des assurés des zones frontalières de recevoir des soins de l'autre côté de la frontière. C'est le cas des ZOAST[39] (Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers) créées par l'accord-cadre entre la France et la Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière. Ces ZOAST sont des territoires de santé qui offrent aux patients qui y résident la possibilité de se soigner de part et d'autre de la frontière franco-belge, sans obstacle administratif ni financier, dans les établissements de soins repris dans les conventions.

Proposition 7 : *Développer des Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST) Médico-Sociale pour les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap. Les établissements devront se conformer à un référentiel « qualité ».*

A l'instar de la coopération sanitaire sur la frontière franco-belge qui facilite l'accès aux soins, une coopération médico-sociale serait souhaitable afin de faciliter l'accès à un accompagnement adapté, en atténuant les barrières administratives, ainsi qu'une libre circulation des personnes en situation de handicap entre les deux pays en fonction de son choix. Néanmoins, cette coopération devra tenir compte de la qualité d'accompagnement mis en place au sein des structures. De ce fait, il serait intéressant de développer des ZOAST médico-sociales qui couvriraient des territoires restreints (similaires aux ZOAST dans le secteur sanitaire – 6 territoires transfrontaliers existent le long de la frontière franco-belge). Il serait donc pertinent de développer des ZOAST Médico-sociales le long de la frontière afin de faciliter les accueils et hébergements des personnes en situation de handicap domiciliées au sein des territoires.

[39] La coopération sanitaire sur la frontière franco-belge : enjeux stratégiques et perspectives- interreg

Cependant, il sera primordial de développer un référentiel « qualité d'accompagnement » auquel les établissements devront se conformer pour intégrer la ZOAST Médico-sociale. Cette ZOAST pourrait être co-développée et co-animée par les institutions franco-wallonnes (AViQ, Conseils Départementaux, Agences Régionales de Santé, Maison Départementales des Personnes en Situation de Handicap).

En cas de résidence dans un autre pays de l'UE, le ressortissant d'un régime français n'est, en principe, pas couvert par l'assurance maladie française pour les soins qu'il reçoit à l'étranger. Il doit, par conséquent, demander son rattachement au régime local de sécurité sociale pour bénéficier des prestations en nature dans le nouvel Etat de résidence.

- ***Une multiplicité d'acteurs intervient dans la prise en charge des frais de soins à l'étranger***

La mise en œuvre de la législation relative à la prise en charge des soins des assurés français à l'étranger fait intervenir une diversité d'organismes et d'acteurs.

Les circuits de remboursement varient selon 2 situations :

- La personne est dispensée de l'avance des frais : le pays où les soins ont été prodigués transmet au pays d'affiliation, via un organisme de liaison, une facture représentative des frais exposés. En France, depuis 2015, c'est le Centre National de soins à l'étranger (CNSE) géré par le Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Morbihan, qui est l'organisme de liaison. A ce titre, il reçoit donc les créances de la Belgique, les contrôle et les règle, et transmet aux organismes belges les créances de la France pour en récupérer le règlement ;
- Lorsque la personne avance les frais, il adresse la facture à sa CPAM d'affiliation qui le remboursera sur la base des tarifs en vigueur dans le pays de soins ou, sur option de l'assuré, sur la base des tarifs français.

Un des freins de ce système est qu'il exclut l'essentiel des frais de transport associés aux soins.

Il y a une multiplicité d'acteurs qui interviennent dans la prise en charge des frais de soins des personnes en situation de handicap avec déficience intellectuelle en Belgique, ce qui complique la situation. Deux systèmes cohabitent selon que l'établissement médicalisé est conventionné ou non.

Ainsi, pour les établissements médicalisés, dans le cas d'un établissement bénéficiant d'une convention, l'accompagnement sera pris en charge par l'ONDAM médico-social « personne en situation de handicap ». En pratique cela ne concerne que des structures du champ de l'enfance. On en compte actuellement 25 bénéficiant d'une convention collective c'est-à-dire pour un nombre défini de personnes accompagnées.

Aussi, pour les personnes adultes accompagnées dans un établissement médicalisé, le financement de l'accompagnement dépend du CNSE. Il semble être envisagé, pour les années à venir, la mise en place de conventionnement entre l'ARS des Hauts-de-France et des établissements médicalisés.

Proposition 8 : *Développer le système français de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) Médico-Sociale par une harmonisation des remboursements des établissements wallons accompagnant des enfants et adultes français en situation de handicap.*

Actuellement, en France, les sources de financements sont multiples. C'est l'ONDAM qui finance l'accueil des enfants français en situation de handicap au sein d'une structure belge. Ce processus est possible grâce au conventionnement avec la Sécurité Sociale. Lorsqu'un adulte français en situation de handicap est accueilli dans une structure médicalisée en Belgique, la procédure passe par le Centre National de Soins aux Etrangers (CNSE), autre branche de la Sécurité Sociale. Il serait donc pertinent, dans un premier temps, d'uniformiser les sources de financements puis de déployer le système de conventionnement aux

établissements médicalisés belges accompagnant des adultes français. Ceci permettrait d'harmoniser les procédures.

III. L'accompagnement des personnes en situation de handicap par les établissements et services

1. La création d'établissements, comparaison France – Belgique

En France, la création d'établissements et services médico-sociaux repose sur le principe d'un appel à projets, dès lors qu'un financement public intervient. Aussi, ces structures sont exclues de la Directive 2006/123/CE du 12 décembre 2016 dite « Directive Bolkestein » limitant les obstacles à la liberté d'établissement des prestataires de services dans les Etats membres de l'Union Européenne.

Le secteur social et médico-social est un champ particulièrement complexe, du fait de la diversité des structures et de leur nombre. Ainsi, la réglementation distingue 15 catégories d'établissements et services autorisés, qui regroupent près de 90 types d'établissements ou services.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont soumis à une procédure d'autorisation, indispensable à tout établissement pour l'exercice de sa mission. Selon le type de structure, l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation pourra être le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou le Président du Conseil Départemental ou les deux. Depuis la loi du 21 juillet 2009[40], la procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux a été profondément modifiée en donnant l'initiative aux autorités de manière à répondre à des besoins identifiés.

Lorsque le projet fait appel à des financements publics, la (les) autorité(s) lance(nt) un appel à projet et elle(s) choisit (choisissent) le projet auquel elle(s) délivre(nt) l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui s'assure notamment que les projets déposés sont compatibles avec les objectifs

[40] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

et répondent aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent.

Les projets de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux existants supérieure à un seuil de 30% de la capacité initialement autorisée sont soumis à une nouvelle procédure d'autorisation dans les mêmes conditions que ci-avant.

Dans les deux cas, l'autorisation est valable sous réserve du résultat d'une visite de conformité aux conditions techniques minimales fixées pour l'organisation et le fonctionnement. L'autorisation délivrée pour une durée de 15 ans vaut autorisation de dispenser des prestations prises en charge par l'État ou les organismes de sécurité sociale.

Certaines structures n'étant pas considérées comme des établissements médico-sociaux, au sens de l'article L.312-1 CASF, en raison de leur caractère « expérimental », échappent à la procédure d'autorisation. Ces structures conventionnent directement avec l'autorité compétente (ARS ou conseil départemental).

C'est le cas notamment :

- Des résidences-services : Les résidences-services accueillent des personnes en situation de handicap mental, travaillant en milieu protégé ou ordinaire ou en retraite mais encore autonomes et qui bénéficient d'un accompagnement léger par une équipe de professionnels.
- Des services d'insertion sociale et professionnelle (SISEP) : service accompagnant des adultes vers l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail (entreprises, entreprises adaptées) ou en milieu protégé pour ceux qui sont dans l'attente d'être accueillis en ESAT.
- Des Services d'Aide et d'Accompagnement à la Parentalité (SAAP) : services qui accompagnent les futures mères durant toute leur grossesse pour la préparation de l'arrivée de l'enfant ainsi que les parents de la naissance à la scolarisation obligatoire de l'enfant.

En Wallonie, les arrêtés du Gouvernement wallon fixent les modalités d'accueil des différents services et prévoient, ainsi, une série de normes à respecter pour bénéficier ou demander le maintien d'un agrément ou d'une autorisation de prise en charge. Il existe également différents cadres réglementaires d'agrément :

- **Les services agréés et subventionnés**

Tout d'abord, il est important de remarquer qu'il n'existe pas pour ces services une procédure de création car un moratoire à l'agrément et au subventionnement de nouveaux lits et places a été instauré par l'arrêté du 9 octobre 1997.

Les services d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement, bénéficiant d'un agrément et d'un subventionnement de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) Branche Handicap, s'adressent à toute personne en situation de handicap, qu'elle soit enfant, jeune ou adulte. Ces services n'accueillent que des résidents belges dans le cadre de leurs places subventionnées. Cependant, parmi ces services, certains sont agréés pour un nombre de places supérieur au nombre de places pour lesquelles ils sont subventionnés. Dans ce cadre, ils accueillent soit des personnes sous conventions nominatives soit des ressortissants handicapés étrangers : français ou luxembourgeois par exemple (agrément gigogne, lorsque le service a plusieurs types de places : des places agréées et subventionnées occupées par des ressortissants belges et des places agréées non subventionnées occupées par des ressortissants étrangers par exemple).

- **Les services agréés et partiellement (ou non) subventionnés**

Suite à au moratoire en vigueur depuis 1997, l'Agence ne dispose pas aujourd'hui des moyens budgétaires suffisants pour créer de nouvelles solutions d'hébergement dans le cadre de l'agrément subventionné. Il existe certaines dérogations à ce moratoire soumises aux disponibilités budgétaires.

Ainsi, un second cadre réglementaire a été créé pour encadrer les services d'accueil et d'hébergement qui se sont malgré tout développés après 1997. Ceux-ci sont dits

« partiellement subventionnés » (Service d'Accueil Partiellement Subventionné) car ils reçoivent une participation financière du Gouvernement wallon. Néanmoins, dans la mesure où cette subvention s'opérait dans le cadre d'une enveloppe fermée, la proportion dont bénéficiait chaque service se réduisait au fur et à mesure des nouveaux services agréés, c'est pourquoi un second moratoire a été mis en vigueur sur ce subventionnement en 2013. Par conséquent, bien que des nouveaux projets puissent toujours s'inscrire dans ce cadre réglementaire, leur subventionnement n'est plus possible. Il y a actuellement 52 services dits SAN (services Agréés Non Subventionnés) inscrits dans ce cadre réglementaire, créant 928 places.

Ces services, fonctionnant comme des Services d'Accueil de Jour pour Adultes, des Services Résidentiels pour Adultes et Services Résidentiels de Nuit pour Adultes, accueillent minimum 75% de personnes belges ayant une décision en ordre de l'Agence. Les 25% restants peuvent donc être des personnes françaises, ou n'ayant pas de décision de l'AVIQ. Les normes d'encadrement éducatif sont de 0,2 ETP par résident.

- **Les services autorisés à prendre en charge**

C'est dans ce dernier cadre que s'inscrivent les structures qui accueillent une majorité de personnes françaises en situation de handicap. Il existe aujourd'hui 143 services en Autorisation de Prise en Charge (APC).

Un tiers des personnes adultes françaises en situation de handicap accueillies en Wallonie proviennent des Hauts-de-France (soit 1886 adultes français sur 5835 accueillis fin 2015).

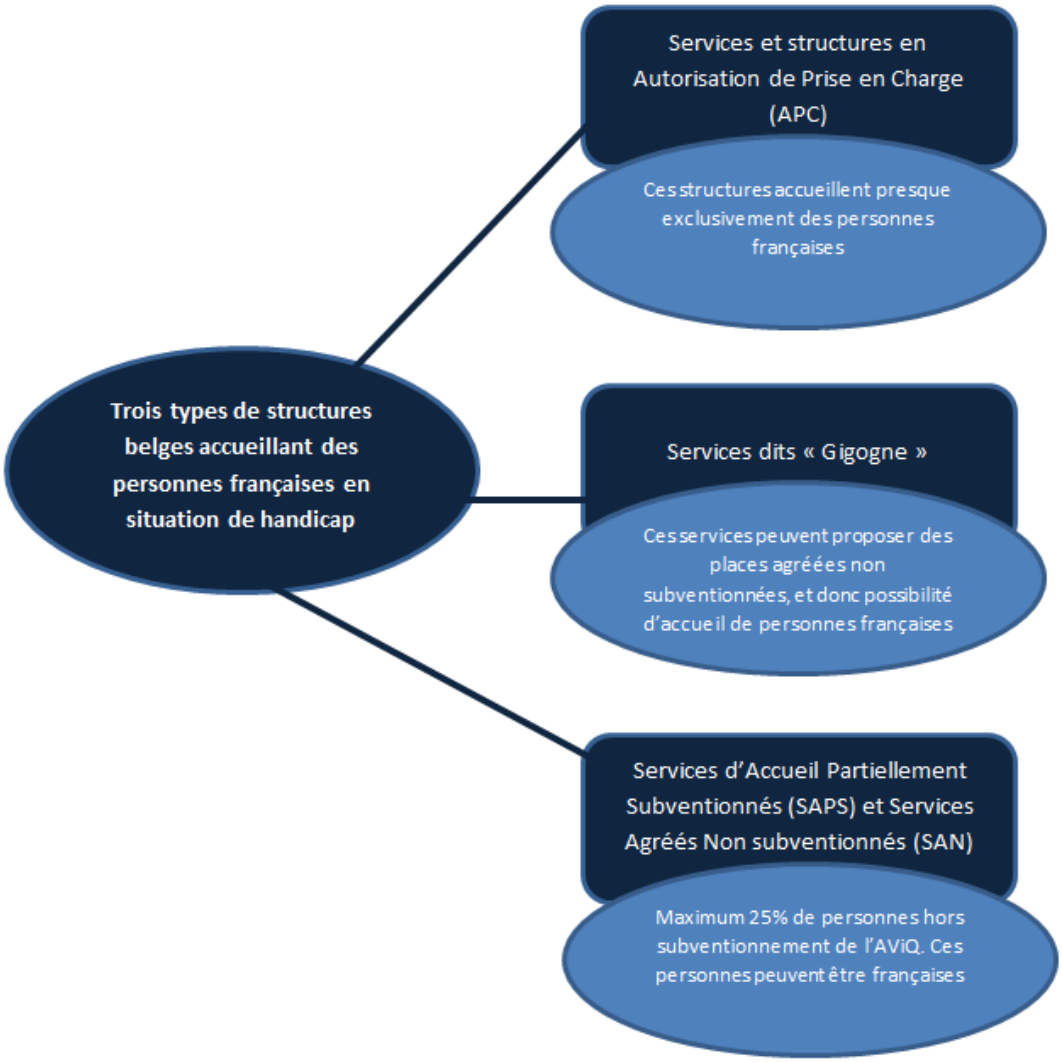
La province de Hainaut concentre à elle seule une très grande partie de ce type de services du fait de sa situation limitrophe à la France. Rien ne les empêche d'accueillir des personnes belges, chose qu'ils font plus rarement, sur fonds propres ou en « convention nominative ». En effet, 28 services en Autorisation de Prise en Charge accueillent ou ont déjà accueilli des personnes belges prioritaires en situation d'urgence via ce mécanisme.

Les personnes accueillies dans les services autorisés à prendre en charge via ce mécanisme présentent pour la plupart des troubles autistiques et des problématiques

dites de « double diagnostic ». La norme d'encadrement éducatif est de 0,6 ETP par résident.

Un nouvel arrêté est en préparation afin de revoir les exigences architecturales (petites unités de vie) de ces services de façon à ce qu'elles soient mieux adaptées aux besoins des personnes présentant des troubles du comportement.

Schéma 2 : Typologie par modalité de financement des établissements et services wallons accueillant des personnes françaises



Proposition 9 : *Mettre en place un jumelage franco-wallon des établissements et services*

Le jumelage permettra de développer d'un côté et de l'autre de la frontière des relations privilégiées entre certains établissements qui se ressemblent (valeurs, qualité d'accompagnement, normes, …). Il permettrait alors une meilleure interconnaissance des législations et normes en vigueur dans chacun des pays mais aussi de faciliter les communautés de pratiques, les échanges entre professionnels et les accompagnements à la mobilité des personnes en situation de handicap pour fluidifier leur parcours.

2. Le conventionnement et le financement des établissements et services

En France, sur le secteur adulte, l'accueil des personnes dans un établissement français peut faire l'objet de plusieurs types de financement :

- Par l'Assurance maladie (pour les MAS),
- Par un financement conjoint : part soins par l'Assurance Maladie et part hébergement par le Conseil Départemental (pour les FAM),
- Par un Conseil Départemental (pour les foyers d'hébergement, foyers de vie ou foyers occupationnels).

Cependant, les personnes accueillies au titre de l'aide sociale dans les établissements et services français doivent tout de même participer à leurs frais d'hébergement et d'entretien. Ces frais sont à la charge :

- à titre principal, de l'intéressé lui-même sans toutefois que la contribution qui lui est réclamée puisse faire descendre ses ressources en deçà d'un minimum ;
- et, pour le surplus éventuel, de l'aide sociale.

Cette contribution de la personne en situation de handicap a pour objet de couvrir tout ou partie de ses frais d'hébergement et d'entretien. Elle est fixée par le président du

Conseil Départemental, le préfet ou le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, au moment de la décision de prise en charge, compte tenu des ressources de l'intéressé et peut varier ultérieurement selon l'évolution des ressources mensuelles de l'intéressé.

Cependant, la participation de la personne en situation de handicap à ses frais d'hébergement ne doit pas avoir pour conséquence de faire descendre ses ressources en dessous d'un minimum. Ce montant varie donc selon que la personne travaille ou non, selon qu'il s'agit d'un hébergement complet ou partiel et selon la situation familiale du pensionnaire. En tout état de cause, il ne peut pas être inférieur à un seuil minimum fixé par référence au montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Lorsque les ressources de la personne accueillie ne lui permettent pas de payer intégralement ses frais d'hébergement et d'entretien, le surplus est pris en charge par l'aide sociale.

Des règles particulières s'appliquent à l'égard des personnes accueillies en maisons d'accueil spécialisées (MAS), ces établissements étant financés en totalité par l'assurance maladie. Les personnes en situation de handicap accueillies en MAS sont astreintes au paiement du forfait journalier hospitalier. Afin de neutraliser les augmentations de ce forfait journalier et garantir aux intéressés un minimum de ressources, la loi prévoit que ce paiement ne peut pas conduire à faire descendre leurs ressources au-dessous d'un minimum égal à 30 % du montant mensuel de l'AAH. Cette garantie du minimum de ressources s'applique à toutes les personnes orientées en MAS, y compris celles qui seraient maintenues en établissement médico-éducatif au titre de « l'amendement Creton ».

En Wallonie, les services d'accueil et d'hébergement agréés et subventionnés, les services partiellement subventionnés ou non subventionnés sont parallèlement agréés pour prendre en charge les personnes relevant de certaines catégories de handicap. Afin de définir le montant du subventionnement, les personnes en situation de handicap sont évaluées en fonction d'une grille prenant à la fois en compte les données médicales mais également les données fonctionnelles : comportementales, individuelles (projet de vie, autonomie) et familiales, environnementales et situationnelles. Ainsi, les catégories de

subventionnement (voir le subventionnement des services) A, B ou C sont déterminées en fonction de l'autonomie et de la dépendance de la personne évaluée globalement dans son fonctionnement quotidien.

Les services sont financés en fonction de la catégorie de handicap de la personne accueillie. Les catégories A, B ou C sont déterminées en fonction de l'autonomie et de la dépendance de la personne.

Selon l'article 1252 du code règlementaire wallon de l'action sociale et de la santé, ces services sont subventionnés selon 3 catégories de prise en charge référant aux personnes en situation de handicap qui y sont orientées :

- **la catégorie A** vise les prises en charge qui ne sont pas comptées parmi les prises en charge visées aux points B, C et visant à répondre aux besoins de bénéficiaires atteints d'autisme, de lésion cérébrale congénitale ou acquise, de déficiences intellectuelles légères, modérées ou sévères, sensorielles ou physiques qui nécessitent un accueil et/ou un hébergement;
- **la catégorie B** concerne les prises en charge visant à répondre aux besoins de bénéficiaires:
  - 1°atteints de déficience intellectuelle profonde ;
  - 2°atteints d'autisme, de lésion cérébrale congénitale ou acquise, de déficience intellectuelle sévère, sensorielle ou physique et présentant trois des caractéristiques suivantes : être grabataire ; nécessiter la présence continue et active d'une tierce personne ; présenter des troubles graves du comportement ; nécessiter l'aide d'une tierce personne pour se nourrir ; nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne ; nécessiter l'aide d'une tierce personne pour se mouvoir en raison de troubles moteurs entraînant une absence d'autonomie motrice même lorsque la personne est appareillée ; souffrir d'incontinence nocturne et diurne ; être atteint d'une épilepsie non stabilisée ; nécessiter une surveillance médicale en raison d'une affection somatique chronique grave, notamment la cardiopathie, la pneumopathie, la

néphropathie, le déficit immunitaire, le trouble grave et chronique d'absorption digestive ;

- **la catégorie C** concerne les prises en charge visant à répondre aux besoins de bénéficiaires atteints d'autisme, de lésion cérébrale congénitale ou acquise, de déficience physique, sensorielle, ou intellectuelle sévère ou profonde et présentant au moins quatre des critères suivants, dont un au moins figure dans l'énumération sous 1° et les trois autres dans l'énumération sous 2°:
  - 1°être grabataire ; nécessiter la présence continue et active d'une tierce personne ; souffrir d'incontinence nocturne et diurne ;
  - 2°nécessiter l'aide d'une tierce personne pour se nourrir ; présenter des troubles graves du comportement ; nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne ; nécessiter l'aide d'une tierce personne pour se mouvoir en raison de troubles moteurs entraînant une absence d'autonomie motrice même lorsque la personne est appareillée ; être atteint d'une épilepsie non stabilisée ; nécessiter une surveillance médicale en raison d'une affection somatique chronique grave notamment la cardiopathie, la pneumopathie, la néphropathie, le déficit immunitaire, le trouble grave et chronique d'absorption digestive.

Les services d'accompagnement agréés et subventionnés par l'Agence sont là pour aider les personnes adultes à mener à bien des projets qui leur apporteront une plus grande autonomie.

Il existe des services d'accompagnement qui s'adressent à toutes les personnes quelle que soit leur déficience. D'autres s'adressent uniquement aux personnes présentant certaines déficiences telles la surdité ou la cécité. D'autres encore sont spécialisés dans certains types d'activités (recherche d'emploi, apprentissage des nouvelles technologies, etc.).

Concernant le financement par la France de places d'accueil et d'hébergement pour les personnes françaises en situation de handicap vivant en Belgique, c'est l'accord-cadre du

21 décembre 2011[41] entre la France et la Wallonie qui prévoit que les établissements wallons chargés de l'accueil de personnes françaises en situation de handicap peuvent être financés par la France via un conventionnement.

L'arrangement administratif pris en application de cet accord-cadre prévoit que les conventions passées avec les établissements d'accueil peuvent être conclues pour la France par l'ARS des Hauts-de-France, par délégation de l'assurance-maladie, et pour la Wallonie par l'Agence pour une vie de qualité (AViQ). L'accord-cadre spécifie que trois types de prises en charge financière sont possibles, en fonction des situations :

- sur la base des tarifs du lieu des soins, dans les cas où la personne a effectivement fait l'objet d'une orientation mentionnant nommément la Belgique,
- sur la base des tarifs de l'État d'affiliation de la personne,
- sur la base de tarifs spécifiques négociés entre les autorités signataires de la convention dans des cas spécifiques.

Sur le champ de l'enfance, 25 établissements wallons, au 31 décembre 2015, sont conventionnés par l'Assurance Maladie. A l'inverse, dans le secteur adulte, aucun établissement médicalisé ne fait l'objet d'un conventionnement par l'Assurance Maladie, y compris pour les établissements financés intégralement par cette dernière.

Aussi, pour le secteur adulte, en cas d'orientation MAS ou FAM, le financement de la prise en charge ne pourra intervenir qu'après un accord médical préalable délivré par la Direction Régionale du service médical des Hauts-de-France et traitement administratif par la CNSE.

Dans le cas d'orientation vers les structures départementales (FAM pour la partie hébergement, foyers d'hébergement, foyers occupationnels, foyers de vie), la prise en charge est financée par le Département d'origine de la personne via l'aide sociale départementale. Néanmoins, peu d'informations sont aujourd'hui disponibles sur cette

[41] Accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la région wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes handicapées, signé le 21 décembre 2011.

pratique. Il semblerait que les départements aient majoritairement recours à des conventions individuelles et dans un nombre très restreint à des conventions collectives avec une minorité d'établissements. Dans tous les cas, les aides octroyées par les départements français peuvent « *être utilisées par les bénéficiaires indifféremment en France ou en Belgique tant que l'institution en charge de prendre soin du bénéficiaire est conventionnée »*[42].

Pour les personnes wallonnes en situation de handicap qui souhaitent être accueillies dans les établissements français, le financement des places est exceptionnel. C'est une « convention nominative » dans le cadre d'une collaboration avec la cellule de suivi des personnes prioritaires[43] qui se charge de l'octroi. Cette cellule assure une réponse qualifiée, adéquate et adaptée aux besoins des personnes lourdement handicapées en situation d'urgence en matière d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement. Elle favorise la prise en charge de ces personnes dans des services reconnus par l'Agence ou au sein des services généraux. Pour ce faire, elle dispose d'un budget spécifiquement alloué à la politique des personnes prioritaires en situation d'urgence. Il s'agit d'accorder une subvention à un service pour la prise en charge d'une personne répondant à certaines caractéristiques. On parle de « convention nominative » dans la mesure où le montant accordé au service lui est retiré lorsque la personne quitte le service (suite à une réorientation, un décès,…).

Ce type de financement concerne une liste de personnes en situation de handicap relevant des catégories dites « prioritaires » La personne ne peut être définie prioritaire (par rapport aux autres personnes de la liste), qu'après une enquête sociale approfondie démontrant à la fois : l'extrême complexité de ses besoins et l'impérieuse nécessité de lui apporter, en raison de son état physique et psychique, de la surveillance ou des soins et

[42] p. 81, M. Espie& al, 2010

[43] Cellule composée de psychologues attachée à l'administration centrale de l'AVIQ branche handicap. Elle est chargée d'analyser les besoins des personnes relevant d'une liste de catégories de handicap dites prioritaires, en situation d'urgence et ayant fait l'objet d'exclusions des structures d'accueil dans le cadre de leur agrément « classique ».

l'urgence d'un accueil ou d'un hébergement en raison de motifs sociaux[44]. Ces conditions sont précisées dans l'article 1369 du CWASS réglementaire[45].

Proposition 10 : *Rendre obligatoire le conventionnement des établissements belges accueillant des adultes français en situation de handicap avec les Conseils Départementaux et les Agences Régionales de Santé. Ce conventionnement proposerait un référentiel socle pour la qualité des prestations*

L'accord-cadre devrait étendre l'obligation de conventionnement pour les structures belges accueillant des adultes français en situation de handicap. Ce conventionnement serait indispensable pour permettre le remboursement des frais et l'orientation des personnes vers les établissements. Le conventionnement serait octroyé par les institutions françaises compétentes : les Agences Régionales de Santé pour les établissements accueillant des personnes en situation de handicap nécessitant des soins de santé (Maison d'Accueil Spécialisée et Foyer d'Accueil Médicalisé) et les Conseils Départements pour les établissements accueillant des personnes en situation de handicap sans soins de santé (Foyer d'Accueil Médicalisé, Foyer de Vie, Foyer Occupationnel, Foyer d'Hébergement).

Il serait intéressant de développer le modèle mis en place par l'accord cadre pour le conventionnement des structures de l'enfance en situation de handicap à l'ensemble des établissements et services wallons accueillant des personnes françaises en situation de handicap. De ce fait, le conventionnement utilisé entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Roubaix-Tourcoing (caisse pivot) et les établissements wallons accueillant des enfants français en situation de handicap, serait repris par l'ensemble des institutions françaises pour uniformiser le conventionnement permettant le

[44] Tels que le principal soutien familial n'est plus en mesure d'assurer sa mission ; la situation actuelle présente un danger pour l'intégrité de la personne ou de tiers ; le service d'accueil ou d'accueil et d'hébergement n'est pas adéquat ou la personne a subi plusieurs exclusions.

[45] https://wallex.wallonie.be/index.php?doc=26539

remboursement des frais d'hébergement :

- pour les adultes comme pour les enfants,
- pour les établissements et services médicalisés (Foyer d'Accueil Médicalisé, Maison d'Accueil Spécialisée) mais aussi non médicalisés (Foyer de vie, Foyer occupationnel, Foyer d'hébergement) ;

Proposition 11 : *faciliter les échanges entre l'AViQ et les institutions françaises amenées à orienter ou financer des structures en Wallonie afin de s'assurer de la conformité de l'établissement wallon accueillant des personnes françaises.*

Il faudrait faciliter la mise en relation entre les acteurs institutionnels du champ du handicap de part et d'autre de la frontière.

Focus – Les professionnels présents dans les établissements médico-sociaux

Dans le cadre des conventionnements et financements transfrontaliers, il nous a paru intéressant de faire un focus particulier sur les professionnels travaillant au sein des établissements médico-sociaux.

En effet, d'un côté ou de l'autre de la frontière franco-belge, des attentes particulières mais aussi des qualifications spécifiques sont demandées pour travailler dans les institutions accueillant des personnes en situation de handicap. S'ajoute également la procédure difficile d'équivalence des diplômes permettant d'exercer de part et d'autre de la frontière du fait d'un écart de cursus. La Mission Opérationnelle

Transfrontalière recommande de faciliter la reconnaissance mutuelle des conditions d'agrément et d'exercice en vigueur de part et d'autre de la frontière[46].

De plus, la culture et l'environnement institutionnel étant différents, on observe une absence de « langage » commun entre les professionnels belges et français dans la rédaction des dossiers[47].

Proposition 12 : *Développer des communautés de pratiques entre professionnels accompagnant des personnes en situation de handicap de part et d'autre de la frontière*
Il serait intéressant de développer des communautés de pratiques transfrontalières afin de permettre l'amélioration continue des pratiques d'accompagnement par les professionnels des deux côtés de la frontière. Le projet I SAID développera des communautés de pratiques autour des parcours des personnes en situation de handicap. Il serait pertinent de pouvoir les rendre régulière et les étoffer par un nombre important d'acteurs (associations, professionnels, institutions locales et régionales).

3. La qualité des établissements et services et les inspections-évaluations-audits

- **La notion de qualité et de bientraitance pour les établissements et services français**

En France, la qualité des établissements et services impose le respect des droits et libertés des personnes accompagnées tels que définis à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles.

La qualité réfère également à la notion de bientraitance des personnes accompagnées. Il s'agit d'une *« démarche volontariste, (qui) situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant*

[46] MOT, 2014
[47] Eurométropole, 2011

une empreinte de vigilance incontournable. »[48] L'objectif de la bientraitance est de rechercher activement, pour les professionnels, des moyens d'éviter la maltraitance et de respecter la continuité de développement de la personne. La bientraitance renvoie également à une culture du respect de la personne, de son histoire, de sa dignité, de sa singularité ainsi qu'à une valorisation de son expression.

La bientraitance des personnes accompagnées dans les établissements et services est légiférée par la loi du 2 janvier 2002 qui a créé de nombreux outils qui concernent, sauf dispositions particulières, l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle permet la mise en œuvre concrète des droits et libertés de la personne accompagnée.

Les outils sont au nombre de sept :

- le livret d'accueil,
- la charte des droits et libertés de la personne accueillie,
- le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge,
- la personne qualifiée,
- le conseil de la vie sociale ou d'autres formes de participation,
- le règlement de fonctionnement,
- le projet d'établissement ou de service.

Ils doivent être articulés les uns aux autres. A ces sept instruments, la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 y ajoute la personne de confiance.

Par ailleurs, les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) constituent des repères, des orientations et des pistes pour l'action. Elles sont destinées à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques afin d'améliorer la qualité des prestations rendues aux personnes et mettre en œuvre la démarche d'évaluation.

[48] ANESM, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.* Juin 2008, p. 13.

Enfin, cette logique de qualité des établissements envers les personnes en situation de handicap se trouve renforcée par la notion de bientraitance imposée par la circulaire du 20 février 2014[49] autour de la prévention de la maltraitance et du développement de la bientraitance pour les personnes âgées et en situation de handicap[50]. Cette circulaire permet le renforcement de la détection et du signalement des situations de maltraitance, le renforcement des contrôles des établissements médico-sociaux et le rappel sur les dispositifs et outils de soutien et d'appui à la qualité.

- **Les inspections et évaluations des établissements et services en France**

En France, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) sont soumis à de nombreuses règles dont la justification trouve son origine dans l'obligation d'assurer la santé, la sécurité ou le bien-être moral ou physique des personnes accompagnées et dans le fait que des financements publics peuvent être mobilisés. Afin de vérifier le respect de ces règles et de leurs principes, la loi confie à plusieurs autorités le pouvoir de réaliser des contrôles qui peuvent conduire à différentes décisions vis-à-vis de la structure contrôlée.

- ***L'évaluation interne :*** La réglementation impose aux ESMS de procéder à une « auto-évaluation » de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou établies par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Les établissements et services doivent communiquer tous les 5 ans, les résultats de cette évaluation aux autorités ayant délivré l'autorisation.
- ***L'évaluation externe :*** La réglementation impose également aux ESMS de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils

[49] CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

[50] Ibid.

délivrent, par un organisme habilité inscrit sur la liste établie par l'ANESM. L'organisme habilité doit réaliser l'évaluation externe par référence à un cahier des charges. Le rapport d'évaluation de l'établissement est transmis aux autorités ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services autorisés sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci, c'est-à-dire dans le délai de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, des autorisations des établissements et services médico-sociaux est exclusivement subordonné aux résultats de cette évaluation externe.

- ***Les contrôles et inspections :*** La réglementation fixe comme principe que le contrôle des ESMS est exercé par l'autorité qui a délivré leur autorisation. Par exception, et en dérogation à ce principe, le préfet peut, à tout moment, diligenter un contrôle. Le contrôle des structures autorisées consiste à vérifier l'absence d'infractions aux lois et règlements et l'absence de dysfonctionnements susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers ou le respect de leurs droits. Il s'agit, notamment, selon les circonstances de:
  - s'assurer du respect par les établissements et services des obligations instituées à leur égard par le régime de l'autorisation, en matière d'activité, de capacité et de règles d'organisation et de fonctionnement,
  - de rechercher, prévenir et sanctionner les risques institutionnels liés à des défaillances ou insuffisances de l'organisation de l'établissement, du service ou du lieu de vie,
  - de s'assurer que la santé, la sécurité ou le bien être moral ou physique des personnes accueillies ne sont pas menacés ou compromis par les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'établissement.

- **La notion de qualité pour les établissements et services wallons**

En Wallonie, les services d'accueil et d'hébergement, bénéficiant d'un agrément et d'un subventionnement de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) Branche Handicap ont

pour objectif de veiller au bien-être, à l'épanouissement et à l'intégration des personnes qui leur sont confiées, dans une relation de partenariat avec elles, leur famille et les autres intervenants concernés. La prise en charge peut avoir lieu pour une durée limitée ou pas, pendant la journée, la nuit ou 24h sur 24h. Un projet individuel concerté reprend les objectifs poursuivis pour chaque bénéficiaire.

Une convention est également établie et doit aborder les questions suivantes :

- le respect du libre choix du médecin par la personne ou, le cas échéant, par son représentant légal, l'identité et les coordonnées du médecin habilité à superviser la délivrance des médicaments et les soins donnés à la personne;
- les modalités de l'accès du lieu de prise en charge à la famille, aux amis, aux Ministres des Cultes et aux Conseillers laïcs dont la présence est demandée par la personne ou son représentant légal ;
- la personne ou son représentant légal a le droit d'être informée de façon complète, exacte et en temps utile sur toutes les questions touchant son accueil ou son hébergement ;
- les services assurés à la personne, notamment en matière d'alimentation, d'hygiène, de soins de santé et d'activités d'encadrement ;

Ainsi, il est recommandé dans le cadre des inspections des établissements APC que le service :

- encourage les personnes à participer aux activités, qu'elles soient destinées aux personnes non handicapées ou handicapées ;
- veille à ce que les personnes, indépendamment de la nature et du degré de handicap, puissent bénéficier d'une égalité d'accès à l'éducation et épanouissent au maximum leur personnalité, leurs talents, leur créativité et leurs aptitudes intellectuelles et physiques ;
- soutienne l'apprentissage tout au long de la vie pour les personnes en situation de handicap de tous âges ;

- promet les formations et leur accessibilité pour aider les personnes en situation de handicap à être moins exposées à la violence et aux abus, par exemple des stages destinés à renforcer la confiance en soi et à accroître son autonomie.

En matière de santé et de sécurité, l'AViQ met en place des processus de contrôle et de prévention des infections. Il se munit de procédures, d'enquête et d'intervention dans tous les cas ou des allégations d'abus et de négligence sont faites. Il existe des règles de conduites précises par rapport aux mesures d'isolement ou de contention. Le service fournit une alimentation saine, variée et équilibrée. Le service tient une fiche médicale (anamnèse, traitement en cours, contrindications) qui accompagne la personne en situation de handicap dans tous ses déplacements extérieurs, y compris lors des retours en famille. Le service complète dès le matin le registre de présences permettant d'identifier les personnes présentes sur le site.

Concernant les programmes éducatifs personnalisés, les objectifs sont les suivants :

- apporter aux personnes en situation de handicap, en particulier celles ayant des besoins élevés d'assistance, un soutien personnalisé ;
- tenir compte des besoins spécifiques des personnes (personnes en situation de handicap vieillissantes, jeunes femmes, issues des minorités, avec handicaps associés et/ou sévères ;
- mettre en œuvre des moyens pour que les personnes puissent vivre de manière aussi autonome que possible et choisir leur mode et leur lieu de vie ;
- veiller à ce que les programmes de réadaptation soient accessibles aux personnes en situation de handicap et adaptés à leurs besoins individuels ; ils ne seront mis en œuvre qu'avec le consentement de la personne en situation de handicap ou de son représentant ;
- améliorer les services de réadaptation et le soutien par le biais d'une évaluation pluridisciplinaire individuelle fondée sur une approche globale.

- **Les audits des établissements et services en Wallonie**

Quel que soit le type de service, les audits sont identiques. Ce sont les normes et exigences qui changent en matière de qualification et de temps de travail du personnel en matière architectural en fonction du degré de subventionnement des établissements. Il existe 2 types d'audit :

- Un audit financier annuel. Cet audit porte sur les données comptables du service et sur l'utilisation des subventions versées annuellement par l'Agence.
- Un audit qualité minimum tous les 3 ans. Cet audit porte sur le respect des normes en matière architecturale, en matière de personnel, en matière de projet d'établissement et de projet individualisé pour les bénéficiaires du service.

En cas de plainte, le traitement de celle-ci implique une enquête auprès de l'établissement concerné par le service audit.

Parallèlement, les normes de fréquentation et d'occupation des services par des bénéficiaires relevant de la catégorie de handicap pour lequel le service d'accueil et d'hébergement est agréé sont annuellement vérifiées par le service qui accorde les subventions.

Concrètement, les établissements font l'objet d'une évaluation tous les 3 ans au minimum, sous un format simplifié, comprenant des normes d'infrastructures (hygiène et sécurité, des normes de personnel (volume et qualification du personnel), des normes d'organisation et de fonctionnement (autonomie de gestion, gestion journalière et coordination) et des normes de politique d'accueil (capacité d'accueil et d'hébergement, procédure d'admission, convention de séjour, implication de la personne en situation de handicap, règlement intérieur))[1]. De plus, le service doit fournir un descriptif de l'implantation, de la population accueillie (âge, types de handicaps,…), de la philosophie du projet institutionnel et des moyens mis en œuvre, de l'identité et du statut du pouvoir organisateur. Par rapport à l'accueil de la personne, le service doit répondre de manière

[1] Canevas : Rapport d'audit de qualité et de contrôle relatif aux services bénéficiant d'une autorisation de prise en charge de personnes en situation de handicap, AWIPH.

souple et adaptée aux besoins individuels clairement identifiés et aux projets qui en découlent. Pour ce faire, il met en œuvre des programmes éducatifs personnalisés dont les objectifs sont d'apporter un soutien personnalisé aux personnes en situation de handicap, de tenir compte des besoins spécifiques et de mettre en œuvre les moyens pour que les personnes vivent de façon autonome.

- **Le cas particulier des établissements et services wallons accueillant des français**

Concernant les établissements wallons accueillant des Français, ceux-ci sont réglementés par l'AViQ grâce au format d'Autorisation de Prise en Charge (APC), décrit ci-avant.

L'AViQ mène également des inspections dans les établissements qui accueillent des ressortissants français. Ils sont d'abord évalués dans les 6 mois de leur ouverture. Ils sont ensuite évalués au minimum tous les 2 ans et demi. « Au minimum » parce que si des améliorations sont attendues à la suite de ces évaluations, des visites de suivi peuvent, en plus, être effectuées. Par ailleurs, ils font l'objet d'enquêtes, menées la plupart du temps à l'improviste, dès le moment où l'AVIQ est saisie d'une plainte à leur encontre.

Dans le cadre de l'accord-cadre franco-wallon sur l'accueil des personnes en situation de handicap du 21 décembre 2011 et de son arrangement administratif, l'AViQ et l'ARS Hauts-de-France avaient, entre autres, pour *mission « de mettre en œuvre un dispositif efficient d'inspections communes franco-wallonnes et la gestion d'un circuit de plaintes, de réclamations et d'événements signalés »*.

Cette mission s'est concrétisée en novembre 2014 par la signature entre ces deux institutions d'une convention déclinant les modalités de mise en œuvre des inspections communes :

- la possibilité d'associer ou de confier à d'autres ARS ou à un conseil départemental l'inspection conjointe pour la partie française ;
- l'élaboration conjointe d'un « guide méthodologique » encadrant les modalités de collaboration et d'intervention dans les situations d'inspections conjointes des agents français et wallons (cadre légal d'intervention, objectifs, documents de

références, déclenchement de la mission, préparation de la mission, investigations sur site, rédaction et suites du rapport conjoint...) ;

- la concertation autour d'un programme annuel d'inspections conjointes ;
- la définition de plusieurs natures d'interventions des inspections conjointes : lié à une visite d'évaluation préalable à l'ouverture, une plainte, une médiation, un audit qualité, une modification ou un renouvellement d'agrément ou des missions conseils.

Cela implique des visites communes où inspecteurs français et wallons interviendraient ensemble sur une même situation. Mais il s'agit aussi de démultiplier les moyens et de faire en sorte que les inspecteurs français puissent eux aussi intervenir directement là où des Français sont hébergés, en coordination avec l'AViQ toujours, mais sans être nécessairement accompagnés. Les modalités de cette collaboration doivent faire l'objet d'une convention avec l'ARS du Nord. Les professionnels ont inspecté de façon conjointe 9 établissements en 2015 et 10 en 2016. Ils projettent d'inspecter 15 établissements sur l'année 2017.

Cependant, une réforme wallonne est en cours pour renforcer les normes auprès des établissements qui viendraient à se créer. L'objectif de cette réforme serait d'assurer un meilleur accompagnement des personnes françaises en situation de handicap dans les établissements de Wallonie grâce à « un arrêté du Gouvernement wallon relatif aux conditions d'agrément des services résidentiels et d'accueil de jour pour personnes en situation de handicap dont le financement et la décision de placement sont assurées par une autorité étrangère ». Cet arrêté prendrait des mesures plus contraignantes concernant l'architecture des bâtiments, la qualité de la prise en charge ou encore les normes de personnel.

Schéma 3 : Contrôle, évaluations et audits des établissements et services français et wallons

Focus : Le dossier unique de l'usager

En France, la loi du 2 janvier 2002 (dite 2002-2) de rénovation et de modernisation de l'action sociale oblige les établissements et services à rédiger un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge. Si la loi 2002-2 évoque le contrat de séjour, elle n'évoque pas la nécessité d'un formalisme pour le projet individualisé.

Le contrat de séjour et le projet personnalisé de l'usager se chevauchent mais ne se recouvrent pas. Le contrat de séjour doit selon la loi, mentionner les objectifs et les prestations adaptées à la personne.

Les recommandations de bonnes pratiques précisent que le projet personnalisé doit être co-construit avec la personne et les professionnels l'accompagnant. En effet, ce projet doit prendre en compte les attentes de la personne. Ce projet s'appuie sur des activités ainsi que des prestations individuelles et collectives. Il inclut et articule différents volets : éducatif, pédagogique, de soins, …. L'élaboration du projet se fait après analyse préalable de la situation de la personne et précise ses modalités de mise en œuvre.

En Wallonie, le service établit un dossier individuel pour chaque personne accueillie. Le dossier comprend une analyse des besoins de la personne, un bilan des compétences, un bilan psychologique, médical, une anamnèse sociale et une évaluation de l'autonomie. Le dossier doit permettre d'envisager la personne dans sa globalité.

De plus, sur la base de ce dossier et des compétences de la personne, un projet individuel est rédigé pour chaque bénéficiaire. Ce projet fixe les objectifs attendus et les moyens qui seront mis en œuvre pour les atteindre ainsi que les personnes ressources au sein du service. La date et la procédure interne au service pour l'évaluation du projet sont également fixées. Le projet peut être consulté et alimenté par différents acteurs : la famille, la personne et les professionnels. Ils sont élaborés dans un délai de trois mois à compter de l'admission.

Proposition 13 : *Créer un dossier unique de l'usager partagé aux établissements français et belges*

Ce dossier unique permettrait de faciliter les parcours des personnes accompagnées, notamment lors de passage de la frontière. On peut ici appréhender l'une des limites à la mobilité, à la fois entre des établissements au sein du même pays, également existante lors d'un départ dans un autre pays. L'absence de cadre commun rend plus difficile la transmission d'informations entre structures et donc peut rendre plus difficile l'accompagnement d'une personne. Le dossier comprendrait alors un socle commun d'items. Il pourrait être construit par les institutions et les associations wallonnes et françaises parties prenantes d'une telle proposition.

Synthèse des propositions

Suite à l'étude approfondie des contextes juridiques, politiques et techniques de la mobilité transfrontalière des personnes adultes en situation de handicap, nous avons développé plusieurs propositions à destination des cadres réglementaires, des institutions, et des établissements et professionnels pouvant être saisis de cette question. Ces propositions se regroupent sous quatre grandes thématiques :

- La continuité des parcours des personnes adultes en situation de handicap ;
- Le conventionnement des établissements et services ;
- Le financement des établissements et services ;
- La qualité d'accompagnement des personnes accueillies et hébergées.

Concernant la **continuité des parcours des personnes accompagnées dans les établissements et services**, il nous paraît pertinent :

- de **simplifier le système institutionnel français référant au champ du handicap**. Aujourd'hui, les personnes en situation de handicap qui souhaitent être accompagnées par des établissements et services se retrouvent confrontées à une complexité importante des interlocuteurs à solliciter (Agences Régionales de Santé, Caisses Primaires d'Assurance Maladie, Conseils Départementaux, Maisons Départementales des Personnes en situation de Handicap, Caisses d'allocations familiales, …). Une **harmonisation du système par une institution unique permettrait de gagner en lisibilité et faciliterait le parcours des personnes ;**
- **d'étendre l'accord cadre du 22 Décembre 2011 à l'accueil des personnes en situation de handicap belges dans les établissements français** (propositions 1 et 3). Cette extension permettrait de développer une mobilité transfrontalière de part et d'autre de la frontière franco-belge. Afin d'organiser la réciprocité des flux, il pourrait être établi des conventionnements avec des établissements français pour qu'ils puissent accueillir des ressortissants belges. Cela impliquerait que les ressortissants

belges gardent leurs droits en matière d'allocations et que la question de la prise en charge financière soit appréhendée. Actuellement, la possibilité pour un ressortissant belge en situation de handicap d'être accompagné en France doit se faire sur dérogation (par une convention nominative) sinon, la personne se verra retirer ses aides et prestations sociales

- **de développer la mobilité transfrontalière des personnes en situation de handicap sur les seules zones transfrontalières** (proposition 4). Cette définition plus précise du périmètre d'exercice de l'accord-cadre sera alors en cohérence avec la volonté pour les personnes de choisir un établissement adapté tout en se trouvant à une distance raisonnable du domicile d'origine. Elle permettrait également de renforcer la volonté de mobilité à un niveau territorial et d'éviter l'exil de personnes en situation de handicap pour trouver une solution d'accueil et d'hébergement. Les zones transfrontalières recouperaient : les Hauts-de-France, le Grand-Est et la Wallonie.
- **de légiférer, en France, sur l'extension de la domiciliation à l'étranger pour que les personnes puissent conserver leurs droits et prestations sociales** (proposition 6). Actuellement, les personnes françaises en situation de handicap accompagnées dans un établissement belge doivent obligatoirement continuer à être domiciliées sur le territoire français afin de conserver les aides sociales octroyées et les remboursements des frais des établissements belges. Or, cela n'est pas sans poser de problèmes pour les personnes adultes sous mesure de curatelle ou sans protection juridique car la domiciliation à inscrire est celle de la résidence principale, donc un établissement se trouvant sur le territoire belge.

Concernant le **conventionnement des établissements et services**, nous souhaiterions proposer :

- **de développer des Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST) Médico-Sociales pour les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap. Les établissements devront se conformer à un référentiel**

« qualité » (proposition 7). Il serait en effet pertinent de développer des ZOAST Médico-sociales le long de la frontière afin de faciliter les accueils et hébergements des personnes en situation de handicap domiciliées au sein des territoires. Cependant, il sera primordial de développer un référentiel « qualité d'accompagnement » auxquels les établissements devront se conformer pour intégrer la ZOAST Médico-sociale. Cette ZOAST pourrait être co-développée et co-animée par les institutions franco-wallonnes (AViQ, Conseils Départementaux, Agences Régionales de Santé, Maison Départementales des Personnes en Situation de Handicap) ;

- **de généraliser le principe de conventionnement de l'accord-cadre à tous les établissements wallons accueillant des personnes françaises en situation de handicap : enfants et adultes**, avec les Conseils Départementaux et les Agences Régionales de Santé. Ce conventionnement proposerait un référentiel socle pour la qualité des prestations (propositions 2 et 10). Il serait intéressant de développer le modèle mis en place par l'accord cadre pour le conventionnement des structures de l'enfance en situation de handicap à l'ensemble des établissements et services wallons accueillant des personnes françaises en situation de handicap. De ce fait, le conventionnement utilisé entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Roubaix-Tourcoing (caisse pivot) et les établissements wallons accueillant des enfants français en situation de handicap, serait repris par l'ensemble des institutions françaises pour uniformiser le conventionnement permettant le remboursement des frais d'hébergement :
  - pour les adultes comme pour les enfants,
  - pour les établissements et services médicalisés (Foyer d'Accueil Médicalisé, Maison d'Accueil Spécialisé) mais aussi non médicalisés (Foyer de vie, Foyer occupationnel, Foyer d'hébergement) ;

Concernant le financement des établissements et services, plusieurs points sont à soulever afin d'améliorer le financement et le remboursement des frais liés à l'hébergement, tels que :

- **développer le système français de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) Médico-Sociale par une harmonisation des remboursements des établissements wallons accompagnant des enfants et adultes français en situation de handicap** (proposition 8). *A*ctuellement, en France, les sources de financements sont multiples. C'est l'ONDAM qui finance l'accueil des enfants français en situation de handicap au sein d'une structure belge. Ce processus est possible grâce au conventionnement avec la Sécurité Sociale. Lorsqu'un adulte français en situation de handicap est accueilli dans une structure médicalisée en Belgique, la procédure passe par le Centre National de Soins aux Etrangers (CNSE), autre branche de la Sécurité Sociale. Il serait donc pertinent, dans un premier temps, d'uniformiser les sources de financements puis de déployer le système de conventionnement aux établissements médicalisés belges accompagnants des adultes français. Ceci permettrait d'harmoniser les procédures.
- **Faciliter les échanges entre l'AViQ et les institutions françaises** amenées à orienter ou financer des structures en Belgique afin de s'assurer de la conformité de l'établissement belge accueillant des personnes françaises. Il faudrait faciliter la mise en relation entre les acteurs institutionnels du champ du handicap de part et d'autre de la frontière.

Concernant la **qualité d'accompagnement proposée aux personnes accueillies et hébergées**, il serait pertinent :

- **de développer une plateforme transfrontalière ainsi qu'un service doté de moyens humains permettant les échanges et le déploiement de la Réponse Accompagnée Pour Tous** (proposition 5). Actuellement, les établissements et services accompagnant les personnes en situation de handicap des deux côtés de la frontière

ne se rencontrent pas et n'ont pas de vision claire des fonctionnements nationaux réciproques. Ce constat sera appréhendé, dans le cadre du projet I SAID, par la mise en place d'une plateforme collaborative. Cette plateforme devra être dynamique et interactive pour permettre le travail en réseau des établissements et services. Ce travail en réseau pourrait permettre aux établissements wallons de faire partie du dispositif « Réponse Accompagnée pour Tous », destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement pour une personne en situation de handicap afin d'éviter toute rupture dans son parcours (provenant du Rapport Piveteau, commandé par le Gouvernement français en 2013)[51].

- **de mettre en place un jumelage franco-wallon des établissements et services** (proposition 9). Le jumelage permettra de développer des relations privilégiées entre certains établissements qui se ressemblent d'un côté et de l'autre de la frontière (valeurs, qualité d'accompagnement, normes, …). Il permettrait alors une meilleure interconnaissance des législations et normes en vigueur dans chacun des pays mais aussi de faciliter les communautés de pratiques, les échanges entre professionnels et les accompagnements à la mobilité des personnes en situation de handicap pour fluidifier leurs parcours.
- **de développer des communautés de pratiques entre professionnels accompagnant des personnes en situation de handicap d'un côté et de l'autre de la frontière** (proposition 12). Il serait intéressant de développer des communautés de pratiques transfrontalières afin de permettre l'amélioration continue des pratiques d'accompagnement par les professionnels des deux côtés de la frontière. Le projet I SAID développera des communautés de pratiques autour des parcours des personnes en situation de handicap. Il serait pertinent de pouvoir les rendre régulières et les étoffer par un nombre important d'acteurs (associations, professionnels, institutions locales et régionales).

[51] http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/handicap-une-reponse-accompagnee-pour-tous/article/la-demarche

- **de créer un dossier unique de l'usager partagé aux établissements français et belges** (proposition 13). Ce dossier unique permettrait de faciliter les parcours des personnes accompagnées, notamment lors du passage de la frontière. On peut ici appréhender l'une des limites à la mobilité, à la fois entre des établissements au sein du même pays, a fortiori lors d'un départ dans un autre pays. L'absence de cadre commun rend plus difficile la transmission d'informations entre structures et donc peut rendre plus difficile l'accompagnement d'une personne. Le dossier comprendrait un socle commun d'items. Il pourrait être construit par les institutions et les associations wallonnes et françaises parties prenantes d'une telle proposition.

Tableau récapitulatif des propositions :	
Niveau étatique / réglementaire	- Améliorer la lisibilité de la multitude des acteurs français du champ du handicap. - Etendre l'accord cadre à l'accueil des personnes en situation de handicap belges dans les établissements et services français. - Restreindre l'accord-cadre à la seule mobilité sur les zones transfrontalières. - Simplifier la législation sur la domiciliation à l'étranger des personnes en situation de handicap, dans les zones transfrontalières, afin de conserver les aides et prestations. - Développer des Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST) Médico-Sociales pour les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap. Les établissements devront se conformer à un référentiel « qualité ».
Niveau institutionnel	- Simplifier la lecture pour les personnes et les familles de l'ensemble des dispositions (réglementations, textes, informations, …) autour du handicap (accompagnements, financements, normes qualité, …) - Développer des procédures pour permettre l'hébergement de personnes belges en France. - Généraliser le conventionnement des établissements belges accueillant des adultes français en situation de handicap avec les Conseils Départementaux et les Agences Régionales de Santé. Ce conventionnement proposerait un référentiel socle pour la qualité des prestations. - Uniformiser les modes de financements par une

	enveloppe unique - Faciliter les échanges entre l'AViQ et les différentes institutions françaises afin s'assurer de la conformité de l'établissement belge accueillant des personnes françaises
Niveau des établissements	- Développer une plateforme transfrontalière ainsi qu'un service doté de moyens humains permettant les échanges et le déploiement de la Réponse Accompagnée Pour Tous - Mettre en place un jumelage franco-wallon des établissements et services - Développer des communautés de pratiques entre professionnels accompagnant des personnes en situation de handicap de part et d'autre de la frontière. - Créer un dossier unique de l'usager partagé aux établissements français et belges

Conclusion

L'accompagnement des personnes françaises en situation de handicap en dehors du territoire est une question qui a déjà été fortement appréhendée depuis ces dernières années.

Ce guide a permis de révéler que cette question était surtout complexe face à la multitude d'acteurs concernés. Comment aujourd'hui faciliter le parcours des personnes face à toutes les réglementations ?

Les réflexions autour de ce guide ont souhaité dépasser le clivage France/Wallonie. D'ailleurs, la mobilité existe depuis plusieurs dizaines d'années et il faut pouvoir lui appliquer un cadre lisible.

Alors que certaines politiques souhaitent limiter les mouvements entre les deux pays, on constate que le passage de frontière peut avoir du sens sur des zones transfrontalières où l'échange de pratiques peut être enrichissant et complémentaire. La frontière ne doit donc pas être perçue comme un obstacle mais comme une étape dans le parcours de vie d'une personne.

Il n'est pas question de remettre en cause toute la réglementation mais de simplifier les parcours, lorsque ceux-ci correspondent aux besoins, à l'envie des personnes au sein de leur bassin de vie.

L'accord cadre franco-wallon a permis des avancées mais celles-ci doivent encore être renforcées.

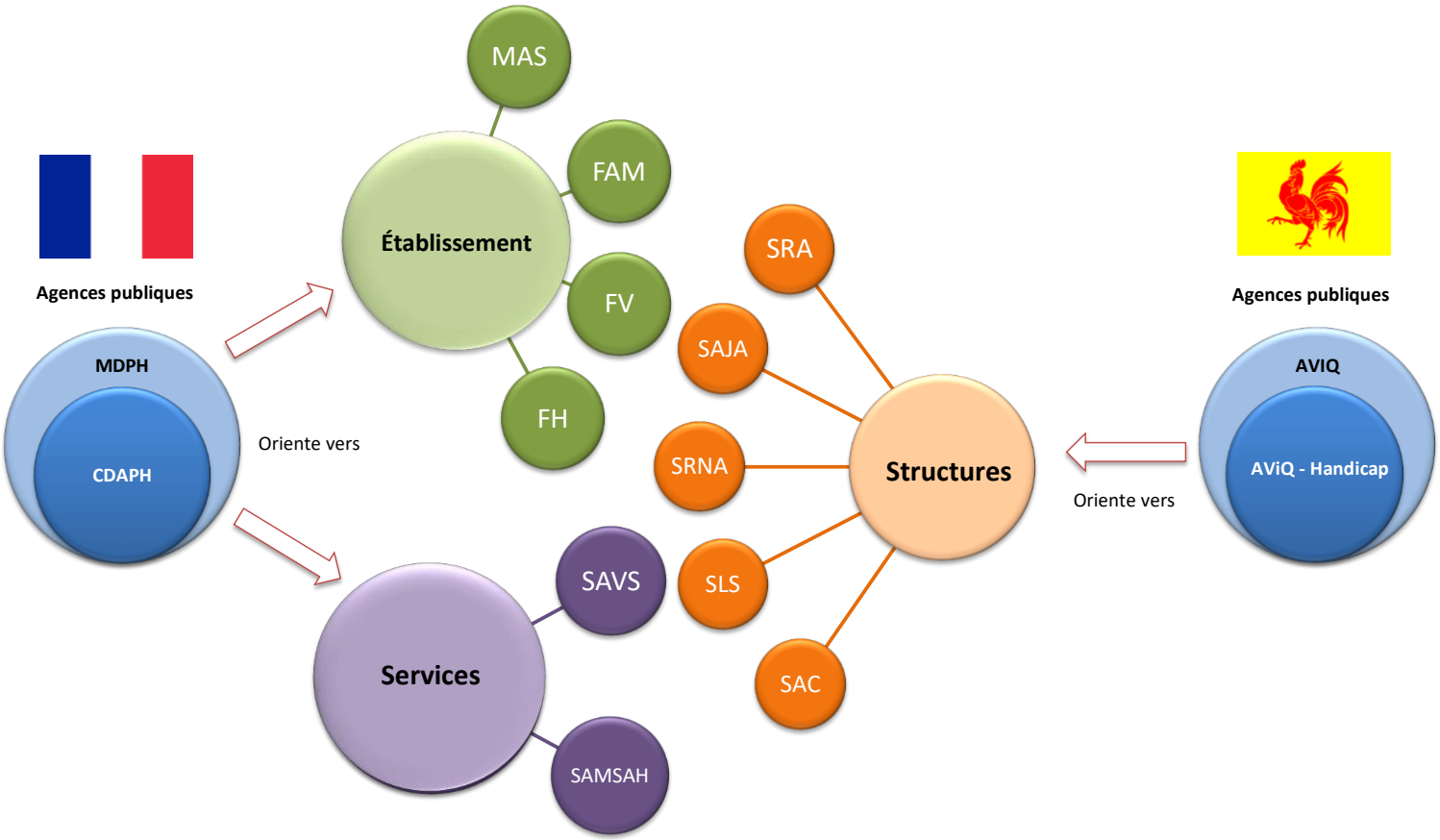
En France, dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », l'état français souhaite rappeler le « devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches ». Sa mise en œuvre passe notamment par des dynamiques d'accompagnements et des réponses territorialisées.

Aussi, sur des bassins de vie transfrontaliers, des réponses coordonnées France/Wallonie, répondant aux besoins et à la volonté de la personne pourraient permettre des solutions adaptées et de qualité.

La mise en place d'une plateforme collaborative et des communautés de pratiques, dans le cadre du projet I SAID, doivent aboutir à créer cette dynamique d'accompagnement.

La mobilisation des professionnels, des aidants et des personnes dans ces démarches contribuera de manière certaine à l'amélioration continue des pratiques des deux côtés de la frontière.

Annexe 1 : Cartographie des services et établissements en France et en Wallonie



MDPH •**Maison Départementale des Personnes Handicapées** •Lieu unique de service public visant à informer et orienter les personnes en situation de handicap. •Les MDPH associent toutes les compétences impliquées dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leurs familles. •Au sein de la MDPH, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) se charge de la prise de décisions concernant les aides et l'orientation des personnes vers les établissements ou services adaptés à leurs besoins.	**AVIQ** •**Agence pour une Vie de Qualité** •Intègre depuis le 1er janvier 2016 les compétences de l'AWIPH dans une branche "handicap". •l'AViQ-handicap est chargée de mener à bien la politique wallonne en matière d'intégration des personnes avec handicap.
SAVS •**Service d'Accompagnement à la Vie Sociale** •Les SAVS ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes en situation de -handicap à travers un accompagnement adapté. •Les SAVS prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences rendent nécessaires un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence. Cet accompagnement se fait en milieu ouvert. **SAMSAH** •**Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés** •Les SAMSAH ont pour vocation de réaliser les missions d'accompagnement également attribuées aux SAVS tout en y intégrant un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin. •Ces services s'adressent à des personnes plus lourdement handicapées afin de leur apporter une réponse pluridimentionnelle intégrant une dimension thérapeutique.	**SAC** •**Service d'Accompagnement** •Tout type de demande peut être adressé à un service d'accompagnement : recherche d'un logement, d'un travail, guidance budgétaire, guidance administrative, passage d'un permis de conduire, recherche d'activités de loisirs, élargissement du réseau relationnel. L'accompagnement peut-être très limité dans le temps ou s'étendre sur une période plus longue. •Existance de services d'accompagnement s'adresant à toutes les personnes quelle que soit leur déficience. D'autres s'adressant uniquement aux personnes présentant certaines déficiences telles la surdité ou la cécité. D'autres encore sont spécialisés dans certains types d'activités (recherche d'emploi, apprentissage des nouvelles technologies, etc.). **SLS** •**Services de Logements Supervisés** •Ce type de service vise à apporter à des personnes en situation de handicap vivant dans leur propre logement un soutien dans les actes de la vie quotidienne ainsi que la réalisation de leurs projets de vie. •Les SLS accueillent des adultes dans des logements communautaires ou individuels. •Les personnes accueillies en SLS bénéficient d'un accompagnement et d'un soutien de la part de l'équipe éducative, cette dernière étant chargée de leur apporter un soutien dans les actes essentiels de l'existence ainsi que de la responsabilité de veiller à leur bien-être physique, social et psychologique.

MAS

- **Maisons d'Accueil Spécialisées**
- Les MAS sont des établissements d'accueil accompagant des adultes lourdement handicapés n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.
- Les MAS ont pour mission d'apporter une aide constante due à l'absence d'autonomie, l'organisation d'activités de vie sociale variées, l'hébergement, une surveillance médicale, une prise en charge thérapeutique ainsi qu'une aide psychologique.

FAM

- **Foyers d'Accueil Médicalisés**
- Les FAM sont des établissements d'acceuil accompagnant des adultes lourdement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie ainsi que d'un suivi médical régulier. En principe, les FAM accompagnent des personnes en situation de dépendance moindre que les celles accueillies au sein des MAS mais dans la pratique les publics sont sensiblement les mêmes.
- Les FAM ont pour mission d'apporter l'hébergement, l'insertion dans la vie sociale par des activités variées, le suivi médical et la prodigation de soins constants, ainsi que l'accompagnement dans les actes essentiels de la vie.

FV

- **Foyers de Vie ou Foyers Occupationnels**
- Les FV accueillent des personnes qui ne disposent pas d'une capacité suffisante pour travailler mais qui néanmoins disposent d'une autonomie suffisante ne justifiant pas leur accueil en MAS ou en FAM.
- Leur mission est d'apporter, outre l'hébergement dans certains cas, l'organisation d'activités quotidiennes, des animations sociales ainsi qu'un accompagnement personnalisé (déplacements, hygiène,...)

FH

- **Foyers d'Hébergement**
- Ils accueillent des personnes adultes handicapées qui exèrcent une activité de travail pendant la journée ou qui suivent un stage en rééducation professionnelle et ayant suffisamment d'autonomie pour accomplir les actes courants de la vie quotidienne.

SRA

- **Services Résidentiels pour Adultes**
- Les SRA organisent un accueil de jour et de nuit aux adultes présentant un handicap mental et âgés d'au moins 18 ans. Ces services sont de plus en plus destinés aux adultes présentant un handicap important et n'ayant pas la possibilité de réaliser des activités de travail.
- Les SRA offrent un encadrement assuré par une équipe souvent composée d'éducateurs spécialisés, de psychologues, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de logopèdes, ect.

SAJA

- **Services d'Accueil de Jour pour Adultes**
- Les SAJA accueillent de jour des adultes dont le niveau d'autonomie ne permet pas d'envisager une activité de travail.
- Les SAJA assurent un accompagnement éducatif via des activités variées et adaptées, un accompagnement psychologique, social et thérapeutique adapté aux besoins individuels des personnes accueillies et visent à l'intégration sociale ainsi qu'à l'épanouissement de la personne handicapée.

SRNA

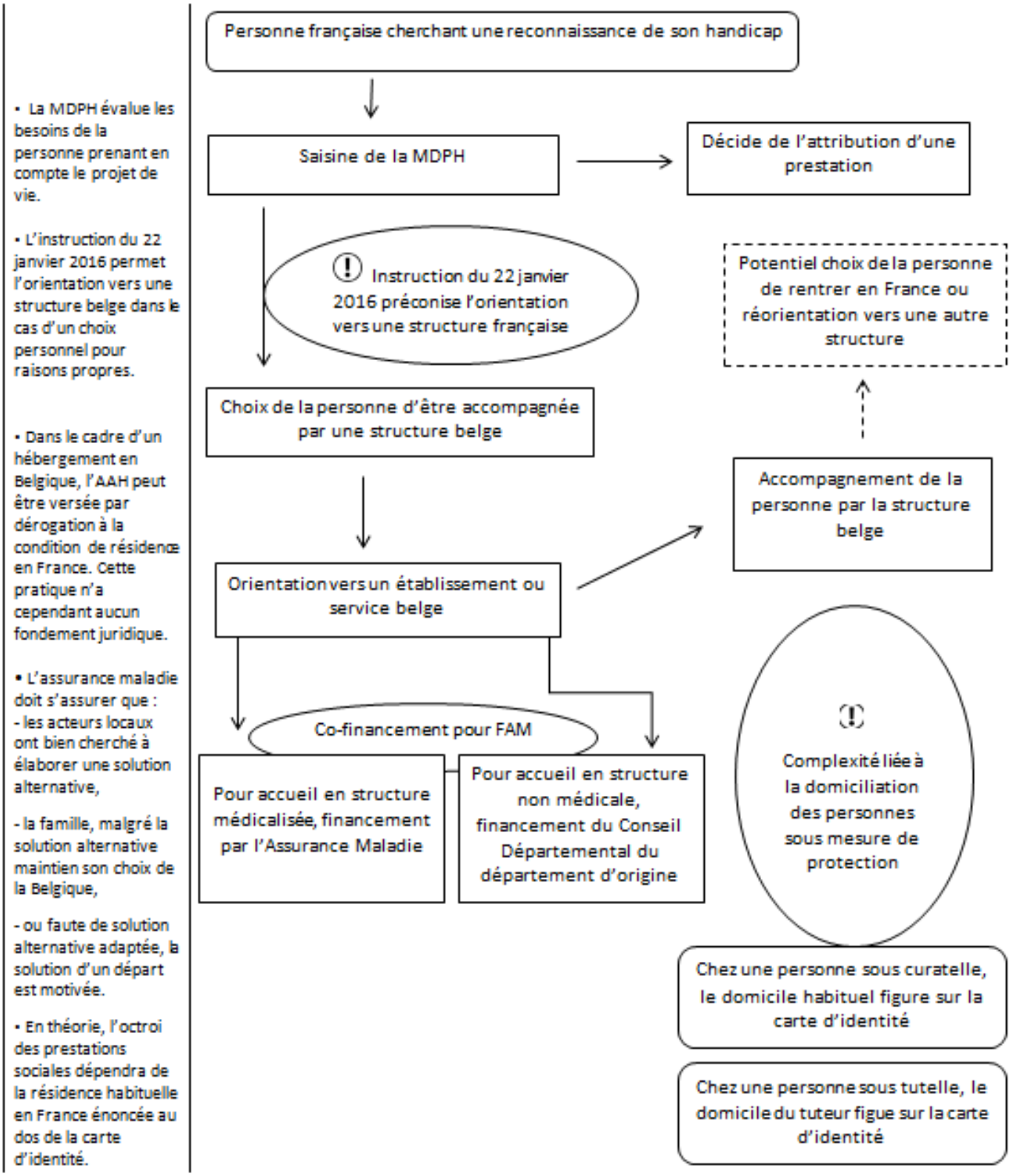
- **Services Résidentiels de Nuit pour Adultes**
- Ces services accueillent de nuit les personnes souffrant d'un handicap ayant une activité la journée.
- Les SRNA accompagnent les personnes hébergées dans la réalisation de leurs activités quotidiennes le soir et le week-end.
- Ces services développent également de plus en plus une prise en charge de jour pour des résidents qui n'ont pas d'activité la journée.

■ Les Maisons d'Accueil Spécialisée (**MAS**) et les Foyers d'Accueil Médicalisés (**FAM**) peuvent s'articuler de trois manières différentes : Il existe des MAS et des FAM proposant accueil de jour et hébergement de nuit, ceux-ci alors comparables aux Services Résidentiels pour Adultes (**SRA**) belges. D'autres ne prennent en charge que les activités en journée, ceux-ci correspondront ainsi aux Services d'Accueil de Jour pour Adultes (**SAJA**). Enfin, certains sont spécialisés dans l'hébergement de nuit sans prise en charge des activités de jour, ce modèle correspondant donc aux Services Résidentiels de Nuit pour Adultes (**SRNA**). Il est toutefois important de noter que de plus en plus de SRNA développent un prise en charge de jour.

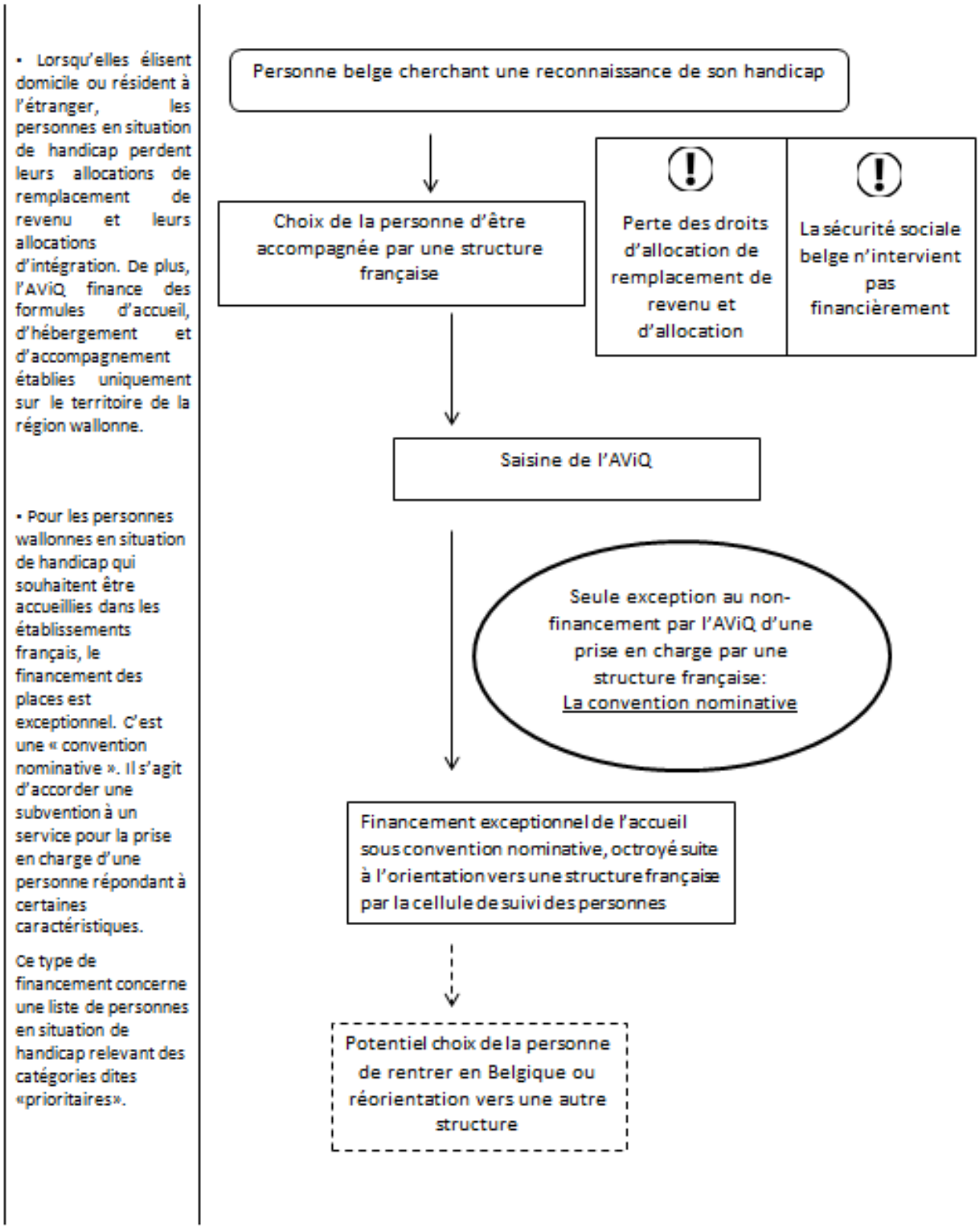
■ Les Foyers de Vie (**FV**) accueillent de jour des personnes ne disposant pas d'une capacité suffisante pour travailler et peut dans certains cas proposer l'hébergement de nuit. Les FV correspondent ainsi aux SAJA ou SRA dans les cas où l'hébergement de nuit est proposé.

■ Les Foyers d'Hébergement (**FH**) accueillent de nuit des personnes ayant une activité durant la journée. Ils correspondent plutôt aux SRNA belges.

Annexe 2 : Parcours d'une personne française cherchant une reconnaissance de son handicap en Wallonie



Annexe 3 : Parcours d'une personne belge cherchant une reconnaissance de son handicap en France



BIBLIOGRAPHIE

Autisme France. (s. d.). Guide à l'intention des usagers français en situation de handicap et de leurs familles/représentants légaux. Repéré à http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Guide%2BPH%2BfranE7aises%2Ben%2BBelgique.pdf

Blanc, E., Keller, F., Sanchez Schmid, M.-T. (2010) Rapport de mission : les frontières, territoires de fractures, territoires de coutures. *Mission parlementaire sur la politique transfrontalière.* Repéré à : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000399.pdf

Campion, C.-L., Mouiller, P. (2016) Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge de personnes handicapées en dehors du territoire français. *Rapport du Sénat*. Repéré à : http://www.senat.fr/rap/r16-218/r16-2181.pdf

Caussat, L., Martin-Saint-Léon, V., Vachey, L. (2016) Revue de dépenses, les soins à l'étranger des assurés sociaux. *Rapport IGAS.* Repéré à : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RD2016_soins_etranger_assures_sociaux.pdf

CNSA. (2012) Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé. *CNSA Rapport.* Repéré à : http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf

Cordery, P. (2013) Rapport au nom de la commission des affaires étrangères sur le projet de loi, autorisant l'approbation de l'accord-cadre entre République Française et Région Wallonne sur l'accueil des personnes handicapées. *Assemblée Nationale République Française.*

CRESS., Concertes., Interreg IV. (2010). Note sur la mobilité transfrontalière des travailleurs en situation de handicap. *Développement de l'Economie Sociale Inter Régional.* Repéré à http://observatoire-ess.eu/IMG/pdf/3-Note-Mobilite_transfrontaliere_DEF.pdf

Espie, M., Ferrera, M.-S., Panouille, F., Ruckebusch, E. (2010) Impact de la frontière franco-wallon sur les établissements de l'ESS. *Institut d'aménagement et urbanisme de Lille.* Repéré à http://www.cressnpdc.org/IMG/pdf/Impact_de_la_frontiere_franco-wallonne_sur_les_etablissements_de_l_Economie_Sociale_et_Solidaire.pdf

Eurométropole. (2011) La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé et du médico-social : quelles initiatives porter à l'échelle de l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai ?. Repéré à :

http://fr.eurometropolis.eu/fileadmin/user_upload/Divers/5ans/rapport_forum_santemedicosocial_FR.pdf

Gallez, C. (2009). L'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique. Repéré à http://www.cra-rhone-alpes.org/IMG/pdf_hebergement-des-personnes-agees-et-handicapees-en-Belgique.pdf

Interreg IV. (2014, Octobre). La coopération sanitaire sur la frontière franco-belge : enjeux stratégiques et perspectives. *Evènement annuel Interreg IV France-Wallonie-Vlaanderen.* Repéré à http://www.interreg4-fwvl.eu/admin/upload/page/file/1460.pdf

Lewalle, H., (2014). Présentations – Mutualiser les services en transfrontalier : l'exemple de l'énergie et de la santé. *Conférence-Débat MOT.* Repéré à http://www.espaces-transfrontaliers.org/fileadmin/user_upload/documents/Evenements_MOT/CONFERENCE_DEBAT_MOT_2014_ppt_sante.pdf

Moret, A. (2016) L'État pose un premier bilan des efforts menés pour l'accueil des personnes handicapées en Belgique. *Hospimedia.* Repéré à : http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20161118-handicap-l-etat-pose-un-premier-bilan-des?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

MOT. (2014) Rapport final : Processus d'actualisation des travaux du groupe de travail parlementaire franco-belge et suites à donner. Repéré à http://www.espaces-transfrontaliers.org/fileadmin/user_upload/documents/Documents_MOT/Instances/CA/CA_19_06_2014/7a_GTparlementaire_francobelge.pdf

Muiznieks, N. (2016). Rapport suite à sa visite en Belgique du 14 au 18 Septembre 2015. *CommDH.* Repéré à : https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=2879587&SecMode=1&DocId=2351804&Usage=2

Muiznieks, N. (2015). Rapport suite à sa visite en France du 22 au 26 Septembre 2014. *CommDH.* Repéré à : https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=2922670&SecMode=1&DocId=2256640&Usage=2

OFBS., (2010). La prise en charge de la personne handicapée en France et en Belgique.

Plakalo, S. (2013) Orientation socioprofessionnelle des personnes handicapés : Le cas de la France et de la Belgique. *Working Paper PLS*. Repéré à : http://www.superabile.it/repository/contentmanagement/information/p2040165923/wp_orientation_des_personnes_handicapees_france_et_belgique.pdf

Salzberg, L., Bastianelli, J.-P., De Saintignon, P. (2005). Les placements à l'étranger des personnes handicapées françaises. *Rapport IGAS n°2005-143*. Repéré à http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000542.pdf

Fiacre, P., Peintre, C., Bouquet-Ysos, C., Philippon, A. (2012). Enquête sur les franciliens en situation de handicap accueillis dans un établissement belge sur financement de la sécurité sociale. Repéré à : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/Medico-social/personnes-handicapees/Enquete_sur_les_franciliens_en_situation_de_handicap_accueillis_dans_un_etablissement_belge_sur_financement_de_la_securite_sociale.pdf

Décret n°2011-449 du 22 avril 2011 portant publication de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière, signé à Mouscron le 30 septembre 2005. Repéré à : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028714092

Décret n°2014-316 du 10 mars 2014 portant publication de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la région wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes handicapées (ensemble une annexe), signé à Neufvilles le 21 décembre 2011. Repéré à : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028714092&dateTexte=&categorieLien=id

Arrangement administratif du 21 décembre 2011 concernant les modalités d'application de l'accord-cadre du 21 décembre 2011 sur l'accueil des personnes handicapées. Repéré à http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/Accord-cadre-franco-belge-sur.128157.0.html

Décret n° 2015-1633 du 10 décembre 2015 portant publication de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale, signé à Paris le 17 novembre 2008. Repéré à : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/12/10/MAEJ1529518D/jo

Cour d'appel de Douai, 26 novembre 2015, 14/06652. Repéré à http ://www.creai-aquitaine.org/non-classe/protection-juridique-des-majeurs-francais-heberges-en-belgique/

Commission Européenne, Vos droits en matière de sécurité sociale en Belgique. Repéré à http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_belgique.html

Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Repéré à : http://www.cleiss.fr/docs/textes/883-04/

Directive n° 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Repéré à : http://www.cleiss.fr/docs/directive.html

Instruction DGCS/3B/DSS/1A/CNSA nº 2016-22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique. Repéré à http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-02/ste_20160002_0000_0080.pdf

C-L. Campion, P. Mouillier, Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge de personnes handicapées en dehors du territoire français, SENAT, le 14 Décembre 2016. Repéré à https://www.senat.fr/rap/r16-218/r16-2181.pdf

L.Caussat et V.Martin Saint-Léon (IGAS) – L.Vachey (IGF), Les soins à l'étranger des assurés sociaux - Revue de dépenses 2016. Repéré à : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RD2016_soins_etranger_assures_sociaux.pdf

C. Duboscq (IGAS), Appui au dispositif visant à mettre un terme aux « départs forcés » de personnes handicapées en Belgique, Mars 2017. Repéré à : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-173_R_.pdf

Interreg
France-Wallonie-Vlaanderen
UNION EUROPÉENNE
EUROPESE UNIE

I SAID

Projet réalisé en partenariat

Université de Lille
PSITEC psitec.univ-lille3.fr
MESHS Lille Nord de France
UMONS Université de Mons
ORTHOPEDAGOGIE CLINIQUE
Wallonie familles santé handicap AVIQ
Les Papillons Blancs du Nord 60 ANS
eurasanté
Les Papillons Blancs
POUR LA SOLIDARITÉ European think & do tank
FBS

Avec le soutien de la Wallonie

www.isaid-project.eu