



PRISE EN CHARGE DE PERSONNES HANDICAPÉES FRANÇAISES DANS DES ÉTABLISSEMENTS SITUÉS EN-DEHORS DU TERRITOIRE NATIONAL

Commission des affaires sociales

**Rapport d'information présenté par
Mme Claire-Lise Campion et M. Philippe Mouiller, sénateurs**

Rapport n° 218 (2016-2017)

La commission des affaires sociales, présidée par M. Alain Milon (LR, Vaucluse), a adopté le mercredi 14 décembre 2016 le rapport d'information de Mme Claire-Lise Campion (Soc, Essonne) et de M. Philippe Mouiller (LR, Deux-Sèvres) sur **la prise en charge de personnes handicapées françaises dans des établissements situés en-dehors du territoire national**.

I. Le recensement des personnes handicapées prises en charge à l'étranger

- ***Une connaissance insuffisante des effectifs concernés par les départs***

Environ **6 800 personnes handicapées** sont accueillies dans des établissements situés en **Wallonie**, concentrant ainsi la grande majorité des départs à l'étranger. En 2015, **1 451 enfants** handicapés français étaient pris en charge dans 25 établissements wallons conventionnés par l'assurance maladie. On estime par ailleurs à **plus de 5 300 le nombre d'adultes** handicapés, toutes orientations confondues, pris en charge en Belgique.

Deux facteurs expliquent l'imprécision de l'information concernant le public adulte.

D'une part, la **dualité des financeurs** de la prise en charge du handicap chez les adultes. Sauf accueil en maison d'accueil spécialisé (MAS), celle-ci relève de l'assurance maladie et du conseil départemental. Or, les données retracées par le centre national des soins à l'étranger (CNSE) ne correspondent qu'au périmètre assurantiel et **n'incluent pas les actions financées par l'aide sociale départementale**.

D'autre part, les établissements wallons accueillant des enfants sont tous **signataires d'une convention** passée avec l'agence régionale de santé des Hauts-de-France. Ce n'est pas le cas du secteur adultes, en raison de la pluralité des conseils départementaux et des difficultés à diffuser un modèle unique de conventionnement. L'absence de conventionnement complique le suivi précis des départs à l'étranger.

- ***Une dépense publique en évolution***

En vertu du **droit communautaire**, qui oblige l'État dont la personne expatriée est ressortissante à couvrir ses dépenses de soins lorsqu'il est constaté qu'elles résultent d'une carence de l'offre nationale, la prise en charge des personnes handicapées accueillies en Belgique est **entièrement assumée par la France**.

Pour 2015, **la dépense totale d'assurance maladie** au titre des prises en charge en Belgique s'est élevée à **170 millions d'euros** pour une population d'environ 3 800 personnes, enfants et adultes confondus.

En l'absence d'interlocuteur unique auprès des départements, il est **impossible d'établir le montant exact du financement départemental** des prises en charge en Belgique (pour les adultes accueillis en foyer de vie ou en foyer occupationnel). On l'évalue à plus de **200 millions d'euros**.

La dépense financée par l'assurance maladie fait l'objet d'un plafonnement défini par arrêté, mais l'aide sociale départementale n'est pour sa part soumise à aucune limitation. En résulte une **augmentation progressive ces dernières années des départs d'adultes handicapés**.

Au total, la dépense publique liée à la prise en charge de personnes handicapées en Belgique s'élève à environ **400 millions d'euros**.

- **Des motifs variables de départ à l'étranger**

Les admissions dans un établissement belge interviennent la plupart du temps à **l'issue d'un parcours fait d'une ou de plusieurs ruptures**, à la suite d'une sortie d'un établissement médico-social français, d'une période à domicile sans solution ou d'une prise en charge en structure psychiatrique.

Dans un certain nombre de cas, la proximité géographique de la Wallonie peut constituer un facteur déterminant lorsque la prise en charge s'inscrit dans le même **bassin de vie** que celui dont est issue la personne handicapée.

Enfin, **plusieurs autres facteurs** sont de nature à expliquer l'attrait de l'offre belge par rapport aux solutions disponibles en France : internat à temps plein, scolarisation adaptée, différence d'approche de certains handicaps complexes...

- **Les principales propositions des rapporteurs**

Étendre le processus de conventionnement aux établissements pour personnes adultes.

Centraliser les informations relatives à la prise en charge des personnes handicapées à l'étranger dont le financement relève en tout ou partie des départements.■

II. Les outils déployés pour assurer le suivi de la prise en charge et la limitation des départs contraints

- **L'accord-cadre franco-wallon de 2011**

Signé en 2011, entré en vigueur en 2014, cet accord-cadre a permis d'établir les bases d'une coopération transfrontalière dans l'objectif d'améliorer la prise en charge et le contrôle des établissements wallons accueillant des Français. Il définit notamment les modalités d'**inspections communes transnationales**.

- **Le fonds d'amorçage de 15 millions d'euros destiné à financer des solutions alternatives**

Le Gouvernement a annoncé l'ouverture dès 2016 d'une enveloppe budgétaire de 15 millions d'euros spécialement dédiée aux solutions d'urgence permettant d'empêcher un départ contraint en Belgique.

Trois solutions sont privilégiées : les interventions directes de professionnels spécialisés au domicile, les renforts de personnels dans les établissements de proximité et les créations de places sur mesure.

- **La « réponse accompagnée pour tous »**

Cette réforme propose que la décision d'orientation émise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ne soit plus seulement fondée sur les disponibilités de l'offre médico-sociale mais sur une **évaluation individualisée des besoins de la personne**.

La décision émise par la CDAPH reposera désormais sur le **principe de la double orientation**. Une première orientation sera élaborée, indépendamment des contraintes de l'offre, et devra parfaitement répondre aux besoins identifiés de la personne. En cas d'impossibilité de réalisation de cette réponse « idéale », une seconde orientation, appelée « **plan d'accompagnement global** », sera formulée à partir de la première, construite en partenariat avec la personne et avec l'ensemble des acteurs concernés par la réponse.

- **Les principales propositions des rapporteurs**

Intégrer un **dispositif de contrôle** sur l'usage fait des crédits du fonds d'amorçage, afin de vérifier que ces derniers servent bien à la prévention des départs en Belgique.

Envisager, à plus long terme, la possibilité d'**élargir l'accord-cadre franco-wallon à la question de la scolarisation** des enfants handicapés français en Belgique.

Prioriser les « plans d'accompagnement globaux » sur les cas de situations complexes. ■

III. Comment améliorer l'offre médico-sociale en France ?

- **Promouvoir la logique de parcours**

Il faut garantir aux familles une information méticuleuse et la plus précise possible lorsque l'établissement rencontre des difficultés de prise en charge de la personne afin de **leur laisser le temps de solliciter et de construire une solution alternative**. Il est surprenant de constater que le délai minimal de préavis en cas de rupture du contrat de séjour par le gestionnaire ne s'applique qu'au secteur des personnes âgées.

Il faut également encourager la **mise en réseau et les partenariats entre établissements** afin que le parcours de la personne ne soit pas la préoccupation unique de la famille, mais puisse aussi se faire à l'initiative d'établissements et de services renseignés sur les besoins et aptes à offrir d'eux-mêmes une prise en charge plus adaptée.

La logique de parcours est freinée par le mode de financement des établissements, de type « **financement à la place** », ne prenant que très partiellement en compte la complexité du handicap des personnes accueillies. Sur le modèle de la dotation des établissements pour personnes âgées, un nouveau mode de financement pourrait être expérimenté, fondé sur la définition de **groupes iso-ressources**, c'est-à-dire en unités appelant un degré similaire de suivi, quelle que soit la nature du handicap.

- **Accompagner la recomposition de l'offre médico-sociale**

Les installations d'établissements ou de services obéissent à une **procédure d'appel à projets**, entièrement pilotée par l'autorité de tarification et de contrôle, assortie de plusieurs exonérations, notamment au titre de projets expérimentaux. Ces derniers sont insuffisamment activés, et de nombreux projets sont obligés d'en passer par les délais importants de la procédure ordinaire. C'est l'un des principaux facteurs du **manque de places** que l'on déplore aujourd'hui.

Il faut favoriser les **structures à agréments multiples**, afin d'assurer à la personne handicapée la plus grande continuité de parcours au sein du même établissement en fonction de l'évolution de ses besoins.

La **fongibilité asymétrique**, permettant d'abonder les crédits médico-sociaux par des crédits sanitaires sans que la réciproque ne soit possible, n'est pas suffisamment mise en œuvre, alors que nombre de personnes handicapées subissent des orientations inadaptées dans les circuits sanitaires.

Pour bâtir une société plus inclusive, tout en prenant en compte les contraintes liées aux finances publiques, on peut envisager de définir, à terme, une **stratégie de « désinstitutionalisation »**.

Il s'agirait d'accompagner les personnes handicapées dans le contrôle de leur vie en favorisant le plus possible leur intégration au milieu ordinaire, **l'admission en établissement étant limitée aux cas les plus complexes**. Pour les autres cas, on peut imaginer des solutions innovantes, allant du logement semi-autonome à l'accueil de jour adapté.

Enfin, une autre grande mutation à accompagner concerne la **frontière d'âge**. La prise en charge de la personne handicapée s'articule actuellement autour d'une **dichotomie minorité/majorité**, qui n'est plus adaptée à l'allongement de son espérance de vie. En effet, les deux secteurs (enfants et adultes) offrent une prise en charge de nature assez différente : plutôt pédagogique et comportementale dans le premier cas, elle a tendance à se médicaliser et à se standardiser dans le second, lorsque l'âge de la personne handicapée rend ses progrès moins notables. Pour éviter que l'entrée dans le secteur adulte ne se fasse de façon trop précoce et interrompe des progrès susceptibles de se prolonger au-delà de la majorité, il pourrait être envisagé, selon les cas, de raisonner en « **périodes de vie** » et de repenser la spécialisation des établissements en fonction de ce critère.

- **Concentrer l'effort sur les personnes atteintes d'autisme**

Désignée comme grande priorité nationale, la prise en charge de l'autisme a fait l'objet d'un **ambitieux plan de création de places** entre 2013 et 2017, reconduit par engagement du Président de la République pour quatre ans.

Force est cependant de constater une **insuffisance criante de l'offre spécialisée dans l'accueil de personnes autistes**. Les derniers chiffres indiquent que seulement 26 700 enfants et adolescents atteints de TSA étaient accueillis (dans une structure dédiée ou pas), soit un taux d'accueil de 27 %, contre 48 500 adultes, soit un taux d'accueil de seulement 10 %. On évalue en 2014 à 3 % la proportion d'établissements et services agréés pour accompagner des personnes souffrant de TSA.

Par ailleurs, sans que l'on ne dispose de statistique nationale sur la question, les personnes autistes sont **les plus concernées par les départs contraints en Belgique** (47 % des adultes, et 34 % des enfants en Ile-de-France).

En réaction, il est primordial que **soient publiées les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé concernant la prise en charge des adultes autistes**. Cette publication permettra de mieux préciser les traitements à prodiguer et sécurisera le cadre juridique applicable aux gestionnaires d'établissement, leur permettant ainsi de développer l'offre.

Une autre initiative régionale à encourager et à étendre concerne les **unités mobiles interdépartementales**, qui ont pour mission, chacune au sein de son territoire, d'aider et de soutenir les institutions et les familles confrontées à des situations complexes de personnes avec autisme. La légèreté et la mobilité de ces structures favorisent la rapidité et l'efficacité de leurs interventions. ■



Commission des affaires sociales

<http://www.senat.fr/commission//index.html>

Secrétariat de la commission
des affaires sociales
15, rue de Vaugirard
75291 Paris Cedex 06

Téléphone : 01.42.34.20.84
Télécopie : 01.42.34.37.63
secretaires.affaires-sociales@senat.fr

Rapporteure

Mme Claire-Lise Campion
Sénatrice
(PS, Essonne)



Rapporteur

M. Philippe Mouiller
Sénateur
(LR, Deux-Sèvres)

