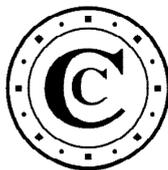


Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ACCUEIL DES FRANÇAIS EN SITUATION DE HANDICAP EN WALLONIE

Un éclairage inédit sur une prise
en charge transfrontalière originale

Rapport public thématique

Septembre 2024

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Récapitulatif des recommandations	15
Introduction	17
Chapitre I La demande française à l'origine du développement de l'offre d'accueil en Wallonie	21
I - Avant le moratoire, un accueil des Français en situation de handicap en forte expansion.....	22
A - Un nombre d'adultes hébergés qui a septuplé entre 2000 et 2022	22
B - Une origine géographique très concentrée.....	25
II - Une offre wallonne qui répond aux tensions constatées en France	29
A - Une population majoritairement masculine et âgée, avec des troubles du comportement et de la conduite	29
B - Des profils difficilement accueillis en France.....	31
III - Une réponse aux demandeurs sans solution en France	33
A - Une majorité d'entrées lors du passage à l'âge adulte.....	34
B - Les personnes arrivées en Belgique étant enfant	37
C - Les personnes sortant d'hospitalisation de longue durée en psychiatrie	40
D - Les personnes arrivées en Belgique suite à une rupture de parcours	41
Chapitre II Un moratoire aux objectifs partiellement tenus	45
I - Les mesures successives de maîtrise des départs vers la Belgique.....	45
A - Le moratoire sur les places pour les enfants et la prévention des départs	46
B - Le moratoire de 2021 sur les départs des adultes.....	46
C - Les incertitudes juridiques relatives au moratoire.....	47
D - Un risque d'exportation des rigidités du système d'accompagnement français	49
II - La régulation de l'offre wallonne en raison du moratoire adulte de 2021.....	50
A - La fixation du nombre de places cible et son contrôle	51
B - Une dépense contenue dans une enveloppe fermée	56
III - Malgré des progrès, des alternatives au départ encore insuffisantes	57
A - Des situations complexes davantage acceptées dans les établissements médico-sociaux français	57

B - Un effet levier sur l'implication financière des départements.....	58
C - Des solutions alternatives encore insuffisantes.....	59
D - Des solutions qui ne répondent qu'en partie aux besoins des demandeurs.....	63
Chapitre III Une offre d'accueil en Wallonie favorisée par un cadre normatif plus souple.....	71
I - D'un régime d'autorisation à un régime d'agrément, une évolution réglementaire sur 20 ans	72
A - Un développement conditionné par les évolutions réglementaires successives.....	72
B - Des résidents français et wallons présents dans les trois catégories d'établissements	78
II - Un secteur dynamique aux modalités de fonctionnement singulières	81
A - Une activité pourvoyeuse d'emplois moins médicalisés qu'en France.....	81
B - Un bâti parfois peu adapté à la nature de la prise en charge	85
III - Une trajectoire économique spécifique.....	86
A - Une santé financière longtemps satisfaisante	87
B - Des anomalies relevées par les autorités de contrôle.....	90
Chapitre IV Des dispositifs de contrôle à renforcer.....	93
I - Des inspections communes perfectibles.....	94
A - Un dispositif de contrôle déséquilibré au détriment de l'ARS Hauts-de- France	94
B - Une montée en charge des inspections communes très progressive.....	98
C - Des suites en partie inadaptées aux situations constatées	106
II - Des outils de contrôle complémentaires à conforter	115
A - Des conventionnements post-moratoire à repenser.....	115
B - Une gestion lacunaire des cadastres recensant les Français accueillis en Wallonie.....	119
C - Des actions de lutte contre la fraude à l'assurance maladie à poursuivre	120
Liste des abréviations	125
Annexes	127

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres thématiques¹ que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

¹ La Cour comprend aussi une chambre contentieuse, dont les arrêts sont rendus publics.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d’instruction, comme les projets ultérieurs d’observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L’un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d’un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu’aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Leurs réponses sont présentées en annexe du rapport publié par la Cour.

*

L’enquête relative à l’accueil des Français en situation de handicap en Wallonie (Belgique) a été pilotée par la formation inter-juridictions (FIJ) « Établissements et services médico-sociaux ». Elle a associé la Cour des comptes et trois chambres régionales et territoriales des comptes : Grand Est, Hauts-de-France et Île-de-France.

Une convention a été signée le 11 octobre 2023 par le Premier président de la Cour des comptes et la Présidente de la chambre française de la Cour des comptes de Belgique en vue de la réalisation d’un audit commun sur le versant wallon de l’enquête.

Ce partenariat répond à l’une des orientations prévues par le programme stratégique JF 2025 visant à développer les coopérations avec les autres institutions supérieures de contrôle.

Les données rassemblées par les deux équipes de contrôle ont été partagées, des entretiens et déplacements communs ont également été organisés.

Trois départements ont fait l’objet d’une analyse spécifique (Ardennes, Oise et Seine-Saint-Denis) afin de décrire les particularités de l’offre médico-sociale locale et d’étudier, au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), une sélection de dossiers de ressortissants de ces territoires séjournant actuellement en Wallonie.

Un questionnaire a été adressé aux directeurs des MDPH et aux présidents des 22 conseils départementaux des trois régions sur les causes du développement de l’accueil en Wallonie, le moratoire de 2021 et ses effets, les relations avec les établissements wallons et le financement des séjours en Belgique.

La Cour a examiné les comptes publics de 99 établissements wallons, sur la période de 2012 à 2022, afin de décrire les spécificités économiques et financières des établissements agréés pour accueillir des assurés français.

Les relevés d'informations relatifs aux résidents adultes comme enfants en Wallonie, renseignés par les établissements wallons de 2015 à 2022, ont été traités aux fins d'exploitation statistique. Ces analyses ont été conduites par Mme Menez, du département « Analyses et sciences des données » de la Cour. Mme Folscheid et M. Cyrès, stagiaires de l'Institut d'études politiques de Paris, ont également apporté leur concours à l'enquête.

Le projet de rapport a été délibéré le 5 juin 2024 par la formation interjuridictions « Établissements et services médico-sociaux », présidée par Mme Hamayon, présidente de la sixième chambre, et composée de Mme Soussia, M. Burckel, conseillers maîtres, Mmes Collinet, Sorret-Danis, MM. Boura, Renou, conseillers présidents, présidents de section de chambre régionale des comptes, M. Martin, Mme Gérard, premiers conseillers de chambre régionale des comptes ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Blesbois, conseiller référendaire en service extraordinaire, M. Huby, conseiller référendaire en service extraordinaire, Mme Apparitio, vérificatrice et, en tant que contre-rapporteur, M. Machard, conseiller maître, président de section.

**

Il a été examiné le 27 juin 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité, M. Charpy, Mme Camby, Mme Démier, Mme Hamayon, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre, Mme Allard, présidente de section, représentant M. Bertucci, président de chambre, M. Strassel, M. Lejeune, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Bonnafoux, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes et M. Gautier, Procureur général, entendu en ses avis.

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

Le départ de Français en situation de handicap vers des établissements wallons n'avait jamais été examiné par la Cour des comptes. L'importance numérique, financière et sociale de ce phénomène a été mise en évidence à l'occasion d'une précédente enquête sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes². Ce constat a conduit la Cour à décider d'y consacrer une enquête spécifique.

Le présent rapport rend compte des résultats de ces travaux, qui ont comporté deux volets. Le premier, mené en France dans les trois régions principalement concernées, a permis de dresser le portrait de nos concitoyens actuellement hébergés en Wallonie. Il a également consisté en un examen des conditions de mise en œuvre du moratoire sur les départs, annoncé par le gouvernement français en 2021.

Le second volet a porté sur les conditions de développement de l'offre d'accueil wallonne au cours des 20 dernières années, ses spécificités et les dispositifs de contrôle dont les établissements concernés font l'objet. Cette seconde phase de l'enquête a été conduite en collaboration étroite avec la Cour des comptes de Belgique, sur le fondement d'une convention conclue en octobre 2023 par les deux juridictions. Les travaux réalisés dans ce cadre ont constitué pour la Cour des comptes française une première expérience d'audit commun réalisé avec l'institution supérieure de contrôle d'un autre État membre de l'Union européenne.

Un accueil ancien et croissant que les autorités françaises ont cherché à contenir

L'accueil de Français en situation de handicap dans des établissements de Wallonie³, et tout particulièrement dans la province du Hainaut, est un phénomène ancien, qui a pris de l'ampleur tout au long du

² Cour des comptes, *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, rapport public thématique, septembre 2023.

³ La Wallonie est composée de cinq provinces : Brabant wallon, Hainaut, Liège, Luxembourg et Namur.

XX^{ème} siècle. Conforté par la proximité géographique⁴ et linguistique, le développement continu de l'offre d'accueil wallonne s'explique par un cadre juridique longtemps moins contraignant que celui applicable aux opérateurs français, par une politique, répandue dans toute l'Europe, de fermeture des lits psychiatriques et par la qualité de l'accompagnement proposé⁵.

La facilité de création des établissements conjuguée à la certitude de pourvoir les places et de les voir financées par les ressources publiques françaises, en provenance soit de l'assurance maladie, soit des départements, a attiré des entrepreneurs d'horizons divers, parfois très éloignés du champ médico-social, aux côtés des opérateurs historiques présents depuis des décennies.

L'offre a crû continûment⁶ jusqu'à accueillir actuellement un peu moins de 8 200 Français (environ 7 000 adultes et 1 200 enfants, adolescents et jeunes adultes) selon les données déclarées par les établissements⁷. Son coût pour les finances publiques françaises est évalué par la Cour à 0,5 Md€ par an⁸.

Pour contenir la double progression des départs et de la dépense, les pouvoirs publics ont mis en œuvre, successivement ou concomitamment selon les années, deux politiques : l'une visant à prévenir les départs en développant des réponses sur le territoire national et en organisant un repérage et un accompagnement des situations complexes les plus susceptibles de susciter une demande d'orientation vers un établissement belge ; l'autre, plus récente, cherchant à contenir le développement de l'offre, en contingentant les places autorisées et en encadrant la dépense afférente dans une enveloppe fermée.

Le moratoire sur l'accueil des adultes dans les établissements belges de 2021 procède de ce double mouvement. Il contraint l'offre, figée à la date du 28 février 2021, et organise, en France, une réponse de proximité grâce à la délégation de 90 M€ aux agences régionales de santé (ARS) Grand Est, Hauts-de-France et Île-de-France.

⁴ La région wallonne possède 300 km de frontière commune avec la France.

⁵ En matière de prise en charge de l'autisme notamment, les pratiques des professionnels belges étaient considérées comme plus innovantes que celles mises en œuvre en France.

⁶ 11 établissements bénéficiaient d'une autorisation de prise en charge en 1997 et 143 en 2016 (commission mixte paritaire de novembre 2016).

⁷ À périmètre identique (c'est-à-dire enfants et adultes en orientation médicalisée et non médicalisée), on ne dispose pas de données permettant de mesurer cette croissance sur plus de dix ans. On sait cependant que 1 472 assurés étaient pris en charge par l'assurance maladie en 2013 et 4 115 neuf ans plus tard.

⁸ Accueil médicalisé et non médicalisé des adultes comme des enfants.

La population accueillie en Belgique dessine en creux les manques de l'offre française

L'enquête a cherché, dans un premier temps, à décrire la population adulte accueillie outre-Quévrain pour déterminer à quels besoins répondait l'offre belge qui ne trouvaient pas de réponse en France. L'analyse des données de recensement⁹ et d'un échantillon de dossiers de personnes hébergées en Wallonie permet d'en dresser une typologie.

Si les publics accueillis en Belgique ne sont pas radicalement différents de ceux restés en France, on note cependant une surreprésentation de ceux qui ont le moins accès aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) français¹⁰. Un nombre important de personnes souffrant de troubles du comportement et de la conduite, associés à un handicap psychique ou à une déficience intellectuelle, sont ainsi présentes en Belgique. Leur accueil constitue une spécificité forte de l'offre belge.

Les ruptures de parcours qui ont amené des Français à partir vivre en Wallonie ont également pu être documentées : passage à l'âge adulte sans place dans les ESMS français, présence depuis l'enfance en Belgique, exclusion du secteur médico-social français en raison de troubles du comportement, personnes sortant d'une hospitalisation de longue durée dans le secteur psychiatrique français, arrivées suite à la rupture (décès, maladie) de l'aidant familial.

Les solutions d'accompagnement destinées à prévenir les départs ne répondent qu'imparfaitement aux besoins des demandeurs

L'enquête visait également à mesurer l'effectivité et la pertinence des solutions alternatives déployées sur le territoire des trois régions éligibles grâce à l'enveloppe de 90 M€.

L'examen des conditions d'utilisation de ces crédits et des solutions qu'ils ont permis de financer conduit à porter une appréciation critique sur l'adéquation des réponses proposées pour compenser l'arrêt des départs. La persistance de demandes de premières orientations en Belgique témoigne de l'insuffisance des solutions financées, tant en nombre qu'en termes d'adéquation avec les besoins exprimés.

⁹ Déclarées par les établissements belges, ces listes de résidents sont appelées « *relevés d'informations* » ou, plus souvent, « *cadastres* ».

¹⁰ Cour des comptes, *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, op. cit.

Avec les 90 M€ du moratoire¹¹, les ARS Grand Est, Hauts-de-France et Île-de-France ont financé plus de 1 800 solutions alternatives au départ. Les places en hébergement à temps complet ont constitué moins d'un tiers de ces solutions (28 %). L'essentiel a consisté en places de services à domicile et, s'agissant des établissements, en places d'hébergement temporaire, d'accueil de jour, en maison d'accueil spécialisé (Mas) ou foyer d'accueil médicalisé (Fam) hors les murs, à domicile ou externalisés.

Ces solutions, conformes à la politique publique d'inclusion et de développement d'alternatives à l'institutionnalisation, ne sont toutefois pas adaptées aux situations des demandeurs d'une place en Belgique. Les départements des trois régions consultés par la Cour confirment que les cas complexes, les plus susceptibles de partir en Wallonie, nécessitent des prises en charge en hébergement permanent trop peu présentes dans les solutions financées.

En outre, ces 1 800 solutions n'ont pas permis de résorber les déséquilibres territoriaux franciliens, qui appellent un renforcement significatif des moyens des départements les moins dotés et des solutions sur mesure pour susciter des projets innovants.

*

**

Outre la transformation de l'offre médico-sociale française, l'enquête s'est intéressée aux conditions de développement des établissements wallons accueillant des Français et aux dispositifs de contrôle dont ils font l'objet.

Les dispositifs de contrôle de la bonne utilisation des deniers publics français doivent être confortés

Dix ans après l'entrée en vigueur d'un accord-cadre entre les gouvernements français et wallon, signé le 21 décembre 2011 et prévoyant notamment la mise en œuvre d'un « *système efficient d'inspection commune franco-wallonne* », une revue des procédures et des contrôles d'établissements menés conjointement par l'Agence pour une vie de qualité (Aviq¹²) et l'ARS Hauts-de-France a été conduite.

¹¹ Si l'on considère les enveloppes déléguées depuis 2016, les ARS (France entière) ont obtenu au total plus de 169 M€ pour financer des dispositifs pour prévenir les départs.

¹² Agence wallonne chargée de la délivrance des agréments aux établissements accueillant des résidents en situation de handicap ainsi que des contrôles et des inspections y afférents, qu'elles soient ou non réalisées conjointement avec l'ARS Hauts-de-France.

Il en ressort que, depuis 2015, des manquements graves¹³ ont été relevés dans plus de 60 établissements¹⁴. Selon les autorités compétentes, ce type de défaillances concerne annuellement une vingtaine de structures accueillant des Français en situation de handicap. La répétition et la gravité des constats portés par l'Aviq et l'ARS Hauts-de-France appellent pour la Cour une révision profonde des modes de collaboration des autorités en charge de ce dossier de part et d'autre de la frontière.

La dépense consacrée par la France à l'hébergement en Wallonie de ressortissants français en situation de handicap représente environ 0,5 Md€ par an. Le contrôle du bon usage de ces fonds par les financeurs s'avère également insuffisant.

De nombreux résidents français et leurs familles n'envisagent pas leur vie ailleurs qu'en Wallonie. Certains jeunes hébergés depuis l'enfance souhaitent y poursuivre leur vie d'adultes. Le moratoire de 2021 n'a pas signifié l'arrêt de cette collaboration transfrontalière.

En conséquence la Cour appelle les autorités françaises à une plus grande vigilance sur la qualité et la sécurité de la prise en charge de ces résidents, qui doivent être comparables à celles qu'elles attendent des établissements placés sous leur tutelle directe. En l'état, cette condition n'est pas partout garantie.

¹³ Maltraitance physique ou verbale, privation de nourriture comme punition, défauts de soins pouvant conduire au décès, denrées alimentaires avariées, rationnement des repas, bâtiments mal entretenus ou vétustes, défauts de surveillance avec mise en danger de résidents, négligence dans la distribution des médicaments, non-respect de l'intimité et de la vie privée, facturation indue avec les cartes Vitale des résidents, fraudes financières, etc.

¹⁴ Ce calcul de la Cour résulte des rapports d'inspections communes élaborés depuis 2015, des visites de pré-conventionnement réalisées par l'ARS Hauts-de-France en 2021 et 2022 et des signalements au Procureur du Roi effectués depuis 2020.

Récapitulatif des recommandations

1. Recenser et suivre tous les enfants hébergés dans les établissements wallons accueillant des enfants en situation de handicap, quel que soit le financeur de leur séjour, assurance maladie, départements ou autre (*ministère du travail, de la santé et des solidarités, ARS Hauts-de-France*).
2. Recenser les situations d'enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance et disposant d'une orientation de la MDPH et faire prendre en charge leur séjour par l'assurance maladie (*CNSA, ARS Hauts-de-France*).
3. En cas d'aggravation de leur état, permettre le maintien des résidents dans l'établissement qui les accueille, y compris en dérogeant temporairement à sa capacité conventionnée (*ARS Hauts-de-France, CPAM de Roubaix-Tourcoing*).
4. Allouer les crédits du plan « 50 000 solutions » selon une logique de rattrapage en faveur des départements les moins bien dotés en établissements et services médico-sociaux (*ministère du travail, de la santé et des solidarités, CNSA, agences régionales de santé*).
5. S'assurer, par l'échange de toutes les informations disponibles, que l'orientation dont bénéficie le demandeur est compatible avec l'accompagnement que l'établissement d'accueil peut lui proposer (*MDPH, CPAM de Roubaix-Tourcoing, agences régionales de santé*).
6. En partenariat avec les autorités wallonnes, créer une nouvelle plateforme franco-belge permettant aux autorités habilitées à réaliser des inspections communes d'accéder à l'ensemble des documents (rapports, conventions, décisions d'agrément, notes financières, arrêtés de tarification, etc.) concernant les établissements wallons accueillant des Français en situation de handicap (*ARS Hauts-de-France*).
7. Conclure de nouveaux partenariats avec les départements les plus directement concernés par l'accueil de Français en Wallonie afin d'accroître le nombre d'inspections communes réalisées chaque année (*ARS Hauts-de-France*).

8. Permettre aux autorités françaises de contrôler l'utilisation des fonds publics qu'elles versent aux établissements wallons accueillant des Français en situation de handicap, notamment en négociant un avenant à l'accord-cadre du 21 décembre 2011 (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*).
9. Proposer une fin de prise en charge anticipée sans délai dès lors qu'une situation impliquant une menace grave pour la santé ou le bien-être est constatée dans un établissement accueillant des Français en situation de handicap (*ARS Hauts-de-France, MDPH*).
10. En partenariat avec les départements concernés, instaurer une démarche de conventionnement précédée de visites sur site avec les établissements accueillant exclusivement des résidents bénéficiant d'une orientation non médicalisée (*ARS Hauts-de-France, départements*).
11. Revoir le contenu des maquettes des conventions qualitatives et financières et conclure des avenants avec les établissements wallons accueillant des Français en situation de handicap afin d'actualiser la liste des obligations leur incombant (*ARS Hauts-de-France*).
12. Intégrer les données relatives aux établissements wallons dans les outils français de gestion ou de supervision des établissements et services sociaux et médico-sociaux de droit commun au fur et à mesure de leur déploiement afin de fiabiliser et de partager les informations les concernant (*ministère du travail, de la santé et des solidarités, CNSA, ARS Hauts-de-France*).

Introduction

Le droit français relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap ne conditionne pas le financement d'un hébergement à sa localisation sur le territoire national¹⁵. Ainsi, les pouvoirs publics français (assurance maladie et départements) peuvent-ils être amenés à financer un accueil dans un établissement situé dans un autre pays.

En revanche, tous les demandeurs d'un hébergement en France comme en Wallonie disposent d'une orientation de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de leur lieu de résidence. En France, les orientations sont dites médicalisées lorsque l'établissement recommandé est une maison d'accueil spécialisé (Mas) ou un foyer d'accueil médicalisé (Fam) et non médicalisées lorsque cet établissement est un foyer de vie. Ces orientations conditionnent le financement du séjour : à la charge de la seule assurance maladie pour un accueil en Mas, partagé entre assurance maladie et département pour un hébergement en Fam et du seul ressort départemental pour un foyer de vie.

Cette typologie n'existe pas en Wallonie. Les établissements agréés pour l'hébergement à temps complet des personnes en situation de handicap peuvent ainsi accueillir des personnes bénéficiant de l'une ou l'autre orientation. Pour autant, les ressortissants français résidents dans les établissements wallons n'échappent pas à la réglementation française s'agissant de la décision d'orientation de la MDPH et du financement y afférent. Ainsi, lorsque dans le rapport sont mentionnées les places de Mas, de Fam ou de foyer de vie au sujet des établissements wallons, cela signifie simplement qu'elles sont occupées par des Français disposant de ces orientations.

¹⁵ Article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles : « *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 établissement ou ce service au nombre de ceux qu'elle désigne, quelle que soit sa localisation* ».

La possibilité d'accéder à un hébergement hors des frontières nationales, alliée à la forte proximité culturelle, linguistique et géographique de la Wallonie avec la France, a conduit au développement d'une offre d'hébergement spécifique, portée exclusivement par le secteur privé, qu'il soit associatif ou lucratif. Elle est financée par des fonds publics français, à hauteur de 478 M€ par an (assurance maladie et financements départementaux confondus) s'agissant des adultes¹⁶.

Un accord-cadre signé le 21 décembre 2011, entré en vigueur en 2014, organise la coopération entre autorités wallonnes et françaises autour de ces établissements relevant du droit wallon mais financés sur fonds publics français.

L'accueil en Wallonie d'adultes français en situation de handicap correspond actuellement à l'offre d'une région française. Un peu plus de 7 000 adultes y étaient hébergés en 2022, soit sensiblement l'équivalent de l'offre disponible dans la région Centre-Val de Loire. 118 000 adultes sont hébergés en France dans des établissements sur le même périmètre¹⁷.

Afin de comprendre les motifs de l'augmentation de la demande française, les parcours des adultes accueillis en Belgique entre 2015 et 2022 (soit 9 000 personnes) ont été étudiés. Dans ce but, les données centralisées par l'agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France¹⁸ ont été exploitées. En complément, plus de 270 dossiers de résidents en Wallonie ont été examinés dans les MDPH. Cette analyse a permis d'identifier les causes de la croissance de cet accueil. Loin d'être monolithique, elle est le fruit de diverses carences de l'offre médico-sociale française, en particulier envers certains profils de demandeurs et à quelques âges clefs, variables selon les départements d'origine (chapitre I).

En réponse à l'augmentation rapide de la dépense d'assurance maladie¹⁹ liée au nombre croissant des départs, la France a annoncé un moratoire à compter du 28 février 2021. Le nombre de places d'accueil médicalisé a été figé à cette date, aucune place supplémentaire ne pouvant plus être financée. Les personnes déjà accueillies en Wallonie ont toutefois la possibilité d'y rester et toute place se libérant peut-être à nouveau pourvue.

¹⁶ Cf. *infra* pour les modalités d'estimation de cette dépense. Si l'on rajoute le coût des séjours enfants (67 M€), la dépense totale française pour l'hébergement en Belgique peut être évaluée à 545 M€ par an.

¹⁷ Maisons d'accueil spécialisé, foyers d'accueil médicalisé et foyers de vie.

¹⁸ Tous les ans, les établissements wallons communiquent à l'ARS Hauts-de-France un relevé d'informations relatif à leurs résidents français, aussi dénommé « *cadastre* ».

¹⁹ La dépense d'assurance maladie, la seule qui ait été mise sous contrainte à compter de 2021, a plus que triplé entre 2013 et 2021, passant de 60 M€ (pour moins de 1 500 assurés français) à 200 M€ (pour 4 115 assurés).

La mise en place du moratoire visait plusieurs objectifs : réguler les départs et par conséquent encadrer la dépense d'assurance maladie correspondante, s'assurer de la qualité de l'accueil en Belgique des personnes concernées, mais aussi développer une offre alternative pour éteindre la demande de départs. Le degré d'atteinte de ces objectifs a été mesuré ainsi que la pertinence des solutions déployées pour prévenir les départs (chapitre II).

Plus de 80 % des adultes français sont hébergés dans les « *services agréés et financés par une autorité étrangère* » (Safaé). Deux autres catégories d'établissements hébergeant majoritairement des ressortissants wallons accueillent également des Français : les « *services agréés et non subventionnés* » (San) et les services agréés et subventionnés dénommés « *maisons d'accueil et d'hébergement* » (MAH).

L'accueil et l'hébergement des Français en situation de handicap est le fruit d'une longue histoire se caractérisant par un encadrement réglementaire resté longtemps minimal. Le cadre juridique renforcé qui s'applique aux Safaé ne date que de 2018.

La souplesse qui a prévalu pendant des années dans la création et le fonctionnement de ces établissements a constitué une chance pour les autorités orientatrices françaises d'une part, assurées de toujours trouver en Wallonie des solutions inexistantes côté français ; pour les opérateurs d'autre part, dont l'activité a pu se développer rapidement, dans un cadre peu contraignant, avec l'assurance d'un financement public français garanti. Cette conjonction de facteurs a produit des prises en charge et des conditions d'hébergement de qualité mais également des situations insatisfaisantes dans lesquelles l'objectif premier d'un accueil bienveillant et d'une garantie de sécurité pour les résidents a été perdu de vue.

Le rapport retrace l'histoire du développement dynamique de l'offre wallonne et de son encadrement réglementaire sur plus de 20 ans. Il recense également quelques-unes de leurs particularités socio-économiques (chapitre III). Il décrit par ailleurs les différents dispositifs de contrôle, dont les inspections conjointes menées par l'Agence wallonne pour une vie de qualité (Aviq) et l'ARS Hauts-de-France (chapitre IV).

Chapitre I

La demande française à l'origine du développement de l'offre d'accueil en Wallonie

Pendant longtemps, l'offre wallonne a constitué une solution de proximité pour les départements français du Nord et de l'Est de la France. Elle s'inscrivait dans une tradition d'échanges transfrontaliers. Elle est ensuite apparue comme une réponse aisément mobilisable à des départements plus éloignés, confrontés à un déficit chronique de solutions locales.

Le présent chapitre retrace cette histoire et dresse un portrait des résidents français accueillis en Wallonie.

I - Avant le moratoire, un accueil des Français en situation de handicap en forte expansion

Les établissements wallons accueillent des résidents français depuis plus d'un siècle.

La loi du 1^{er} juillet 1901 a soumis l'existence des congrégations à une demande d'autorisation et la loi de 1905 de séparation des Églises et de l'État a supprimé leur financement public. Certaines congrégations du nord de la France gérant des hospices ont alors quitté le territoire français et ouvert de nouvelles structures de l'autre côté de la frontière, où étaient accueillis des ressortissants français et belges.

L'accueil de Français en Wallonie a été continu tout au long du 20^{ème} siècle. Les premiers financements de l'assurance maladie pour la prise en charge de Français en Belgique remontent à l'année 1954²⁰

Sur ce socle historique, l'offre belge a crû fortement à partir des années 2000, pour accueillir des publics très divers. La Cour a quantifié la croissance sur les vingt dernières années du nombre des personnes hébergées en Belgique, analysé leurs profils et examiné les causes qui les ont conduites à partir.

A - Un nombre d'adultes hébergés qui a septuplé entre 2000 et 2022

Les données relatives aux Français accueillis en Wallonie figurent dans un relevé d'informations adressé annuellement aux autorités françaises et wallonnes par les établissements et dénommé « cadastre ».

²⁰ Groupe de travail n° 4 de la Conférence nationale du handicap (CNH) de 2019.

Qu'est-ce que le cadastre ?

Les cadastres sont les listes des résidents présents communiquées annuellement par les établissements wallons à l'agence wallonne pour une vie de qualité (Aviq) et à l'agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France.

Inscrite dans l'accord-cadre de décembre 2011, la transmission aux autorités compétentes d'un relevé comportant des informations nominatives relatives aux résidents français a été reprise dans les conventions de coopération transfrontalière signées par les établissements wallons après l'entrée en vigueur du moratoire de 2021. Chaque établissement est tenu de communiquer ces informations²¹ aux deux autorités au plus tard le 31 mars de l'année n pour les personnes accueillies au cours de l'année n-1.

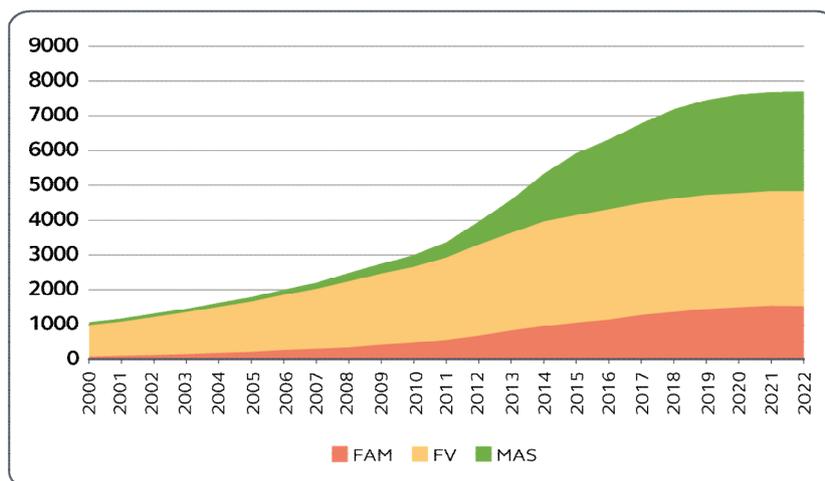
Ces relevés, dénommés « cadastres » dans le rapport, regroupent les informations les plus détaillées disponibles²². L'essentiel des travaux statistiques de la présente enquête ont été menés sur les cadastres de 2015 à 2021. Les données de 2022, mises tardivement à la disposition de la Cour, ont été analysées principalement sous l'angle du respect du moratoire de 2021.

L'exploitation de ces données a permis de retracer l'évolution du nombre de personnes parties en Wallonie depuis le début des années 2000 et de connaître leur orientation.

²¹ Nom, prénom(s), date et lieu de naissance, date d'entrée, lieu de vie précédent, établissement d'origine ou famille, date de sortie, motif de sortie, nationalité, sexe, département d'origine, autorité responsable de l'orientation en établissement, nature de l'orientation, type de déficience principale/secondaire, autorité(s) responsable(s) du financement, identification de l'établissement.

²² Les organismes de sécurité sociale disposent des données de paiement mais pour les seuls résidents pour lesquels un versement de l'assurance maladie est intervenu. Ils ne connaissent pas, par définition, des résidents en foyers de vie (non médicalisés) dont le séjour est réglé par un conseil départemental.

Graphique n° 1 : évolution du nombre de résidents adultes en Wallonie entre 2000 et 2022 selon leur orientation



Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Hauts-de-France

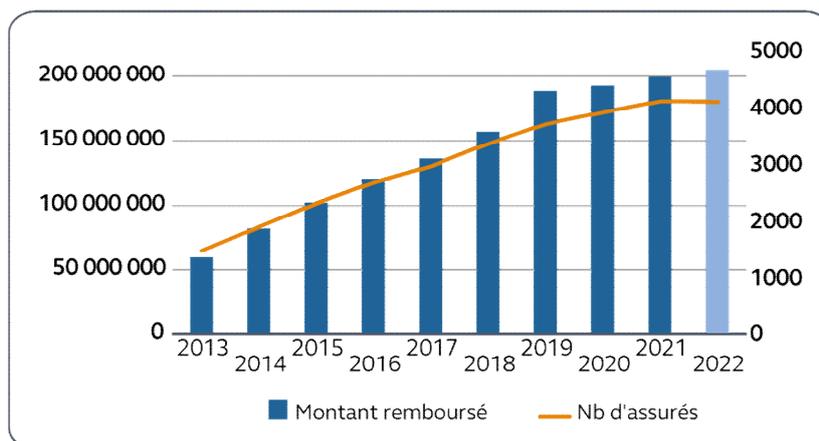
Note : Fam : foyers d'accueil médicalisé, FV : foyers de vie, Mas : maisons d'accueil spécialisé.

Ainsi que le montre le graphique ci-dessus, le nombre d'adultes accueillis dans des établissements wallons a septuplé entre 2000 et 2020. Par ailleurs, alors que les adultes hébergés bénéficiaient initialement presque exclusivement d'une orientation en foyer de vie, la part de ceux orientés vers un accueil médicalisé est celle qui a le plus augmenté à compter des années 2010.

Les données du Centre national des soins à l'étranger (CNSE)²³, disponibles depuis 2013, confirment cette forte augmentation du nombre de séjours financés par l'assurance maladie. En 2013, 1 472 assurés seulement étaient concernés. Ils étaient 4 115 en 2021. La dépense correspondante, pour financer leur séjour, a triplé sur la même période passant de 60 M€ à 200 M€.

²³ Le CNSE est l'organisme de sécurité sociale en charge du contrôle et du remboursement des soins réalisés hors de France. Jusqu'à la mise en œuvre du moratoire, il réglait les séjours des assurés français hébergés en Wallonie. Depuis l'entrée en vigueur du moratoire, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Roubaix-Tourcoing, devenue caisse pivot, règle ces séjours aux établissements conventionnés, sous la forme d'une dotation globalisée. Le CNSE ne règle plus que les séjours dans les établissements wallons non conventionnés. Il assure toujours en revanche des actions de lutte contre la fraude (cf. chapitre IV).

Graphique n° 2 : évolution de la dépense d'assurance maladie et du nombre d'assurés accueillis entre 2013 et 2022



Source : Cour des comptes d'après données du CNSE (jusqu'en 2021) et de la CNSA (2022)

Cette très forte augmentation trouve sa source dans la réglementation encadrant la création d'établissements wallons accueillant principalement des ressortissants étrangers²⁴. Le développement de cette offre a en effet bénéficié d'un cadre normatif souple jusqu'à l'entrée en vigueur en 2018 d'un arrêté plus contraignant ayant pour effet de freiner la création de nouveaux établissements.

B - Une origine géographique très concentrée

En 2022, 86 % des personnes accueillies en Belgique étaient originaires des régions Hauts-de-France (32 %), Île-de-France (42 %) et Grand Est (12 %). Les cinq départements qui orientent le plus de personnes handicapées vers la Wallonie, sont le Nord (1 493 personnes soit 21 % du nombre total de personnes accueillies), la Seine-Saint-Denis (589 personnes), l'Essonne (485 personnes), Paris (472 personnes) et le Val d'Oise (451 personnes).

²⁴ Safaé : services agréés et financés par une autorité étrangère. En pratique cependant, ils accueillent quasi exclusivement des Français.

En Seine-Saint-Denis, une tension maximale sur l'offre

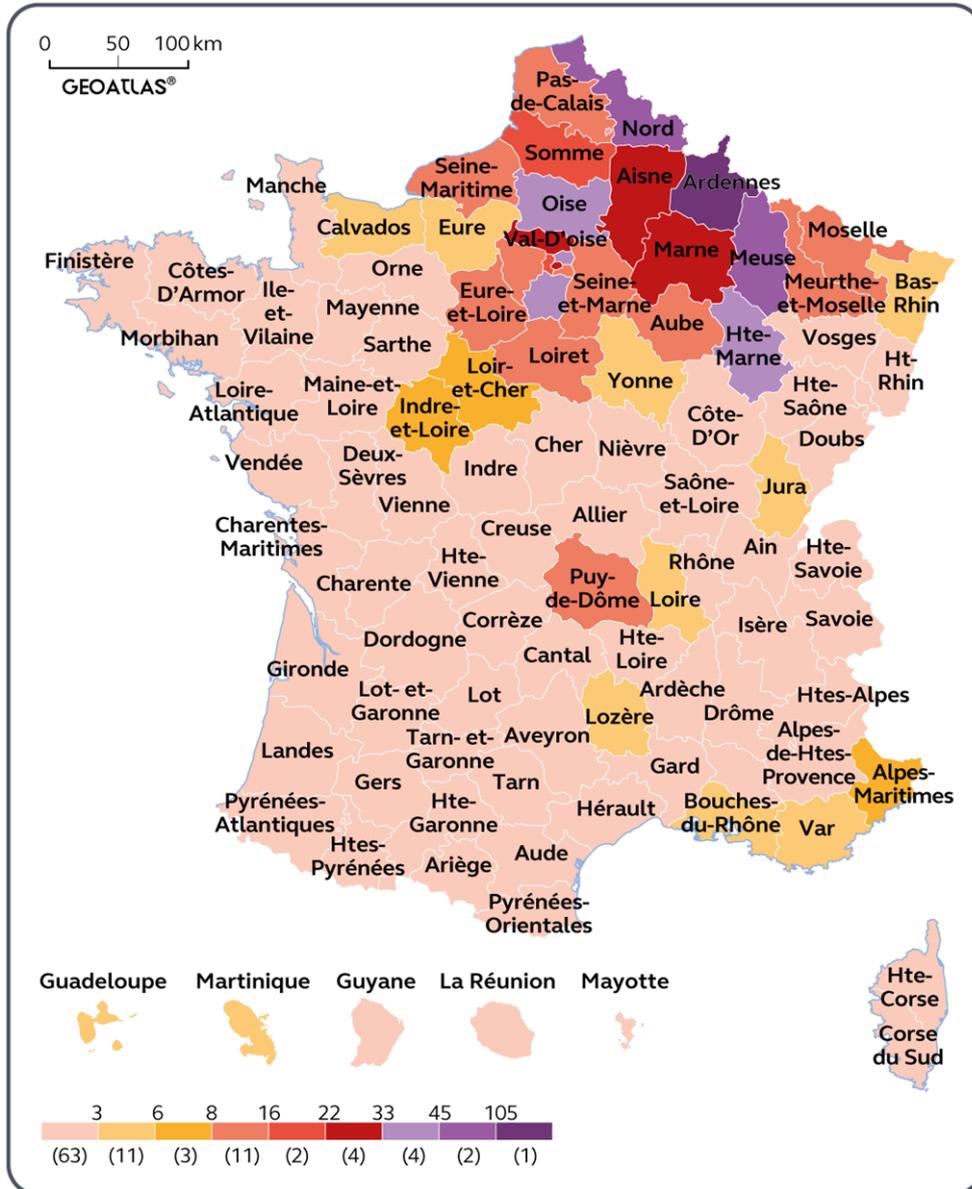
Le taux d'équipement en structures d'hébergement en Seine-Saint-Denis est nettement inférieur à la moyenne nationale, quel que soit le type de structure²⁵. Le département présente le plus faible taux d'équipement en places d'hébergement pour enfants et adultes en situation de handicap de la métropole et le troisième taux d'équipement le plus faible de France, après Mayotte et la Guyane.

En conséquence, le nombre de demandeurs en attente d'une place représente plus de 45 % des places existantes dans le département. La Seine-Saint-Denis est l'un des départements qui comptent le plus de ressortissants accueillis en Belgique.

Rapportés à la population départementale, ces départs concernent aussi de façon significative d'autres départements, dans la région Grand Est notamment, comme les Ardennes, la Meuse, la Haute-Marne, ou encore l'Oise dans la région Hauts-de-France.

²⁵ Il est, par exemple, deux fois inférieur pour les Mas par rapport à la moyenne nationale (soit un déficit de 423 places). Le déficit, par rapport à la moyenne nationale est de 2 200 places en établissements non médicalisés et de 800 places en établissements d'accueil médicalisés. Sur les places de services d'accompagnement à la vie sociale et d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, l'offre est quatre fois inférieure à la moyenne nationale, ce qui représente un écart de 1 500 places.

**Carte n° 1 : nombre de ressortissants français accueillis en Belgique
rapporté à la population départementale (sur 100 000 habitants)**



Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Hauts-de-France

Dans les Ardennes, un recours de proximité à l'offre belge et un acteur transfrontalier incontournable

Le département des Ardennes coopère depuis plusieurs décennies avec un établissement dont le siège est situé dans une commune frontalière. Acteur dynamique de ce territoire, celui-ci a ouvert des structures en France. Une association ardennaise a même été créée, indépendante de l'établissement d'origine mais s'en inspirant et gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux français.

Aujourd'hui, 100 Ardennais sont accueillis au sein de cet établissement en Belgique et 68 dans les foyers que l'établissement a créés en France.

La carte montre néanmoins que la proximité géographique n'est pas le seul élément expliquant le recours à l'offre belge : le département du Pas-de-Calais, par exemple, bien que proche, a un nombre de ressortissants accueillis en Belgique plus faible que ses voisins.

Dans le Pas-de-Calais, une stratégie volontariste de limitation des départs en Belgique

En réponse à la forte augmentation de l'accueil en Belgique de personnes originaires du département constatée entre 2005 et 2010, le Pas-de-Calais a inscrit, dans le schéma en faveur de personnes en situation de handicap 2011-2016, une stratégie pour limiter le recours aux établissements belges. Il y est indiqué que :

« L'admission d'un adulte handicapé en Belgique n'est pas possible, sauf, à titre exceptionnel et dérogatoire, en cas de handicap spécifique peu ou pas couvert par un établissement se situant dans le département, ou en cas de situation sociale particulièrement délicate dans laquelle se trouve l'intéressé, qui nécessite un accueil d'urgence en institution ».

Deux exceptions à cette règle sont formulées : les accueils des adultes qui étaient déjà présents enfants en Belgique (au titre notamment du maintien des liens sociaux), ou ceux à destination d'un établissement conventionné depuis 1991 pour 15 places.

Cette politique a permis de limiter la progression du nombre de personnes originaires du Pas-de-Calais accueillies en Wallonie.

Le recours plus ou moins important à l'accueil en Belgique est en effet la résultante de plusieurs facteurs propres à chacun des

territoires. Considérée parfois comme une « extension » de l'offre départementale (Ardennes, Nord²⁶) elle constitue ailleurs une solution de dernier recours pour compenser des taux d'équipement particulièrement faibles (Seine-Saint-Denis).

Au début des années 2010, la zone d'attraction de l'offre wallonne s'est beaucoup élargie jusqu'à concerner presque tous les départements français, dont certains très éloignés de la Belgique, comme les Bouches-du-Rhône ou les Alpes-Maritimes.

II - Une offre wallonne qui répond aux tensions constatées en France

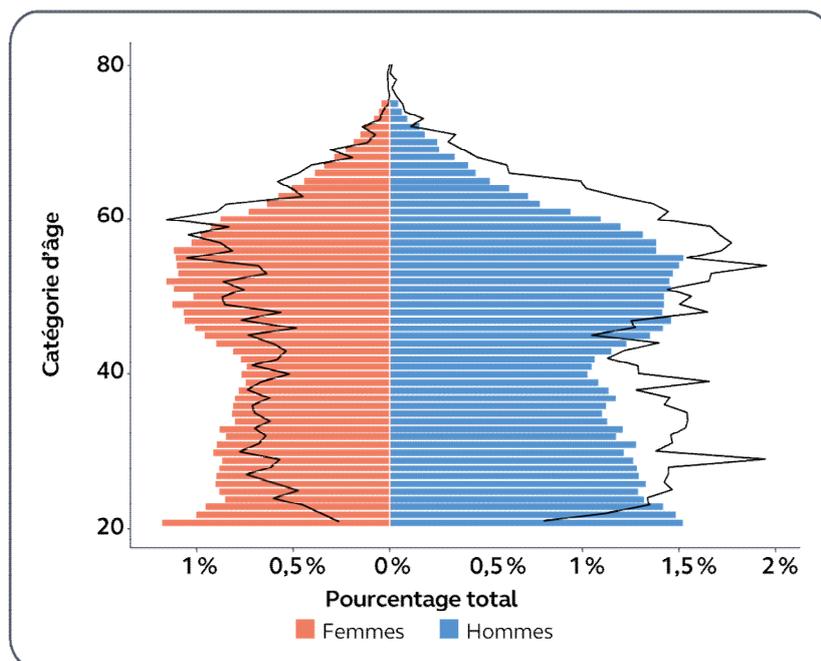
Les publics accueillis ne sont pas radicalement différents de part et d'autre de la frontière. En revanche, on peut noter, dans les établissements belges, une surreprésentation de ceux qui ont le moins de probabilité d'être hébergés dans les établissements français.

A - Une population majoritairement masculine et âgée, avec des troubles du comportement et de la conduite

Les caractéristiques du public français accueilli dans les établissements belges sont à mettre en regard de celles de la population hébergée dans les établissements en France. Le graphique ci-dessous montre en particulier des spécificités d'âge. Les personnes de moins de 30 ans y sont proportionnellement moins nombreuses qu'en France. À l'inverse, la part de personnes de plus de 60 ans est plus importante que dans les établissements français. La surreprésentation observée aux alentours de 30 ans s'explique par le fait que beaucoup de personnes âgées de 20 ans ont été accueillies entre 2010 et 2014, au moment du pic des arrivées en Belgique. La part de public masculin est par ailleurs plus importante dans les établissements wallons que dans les établissements français (66 % contre 59 %).

²⁶ Le Nord a conclu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec neuf établissements wallons, pour un volume de plus de 150 places conventionnées.

Graphique n° 3 : pyramide des âges des adultes français de plus de 20 ans accueillis en Belgique comparé à ceux accueillis dans un établissement en France



Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Hauts-de-France (cadastre 2021) et de la Drees (ES Handicap)

Note de lecture : Population d'intérêt (courbe noire) : population française accueillie en Belgique en 2021 ; population de référence (diagramme en barres) : population des personnes accueillies en établissement en France en 2018.

L'offre belge présente en revanche des similitudes avec l'offre française s'agissant des handicaps pris en charge. Ainsi, comme les établissements français, la déficience principale la plus déclarée est intellectuelle. Néanmoins, elle y est moins prégnante (44 % contre 54 %), alors que la déficience psychique y est plus représentée (26 % contre 19 %), de même que les troubles envahissants du développement (14 % contre 10 %). Les établissements wallons accueillent plus souvent ces deux derniers types de handicap.

Les couples de déficiences (principale et associée) les plus fréquents sont la déficience intellectuelle associée au handicap psychique et la déficience intellectuelle sans autre trouble associé. Ce sont des profils classiques qui pourraient être accueillis en France.

En revanche, on retrouve aussi un nombre important de personnes avec des troubles du comportement et de la conduite, associés à un handicap psychique ou à une déficience intellectuelle. Cet aspect constitue une spécificité forte de l'offre wallonne. Ces profils sont en effet très peu pris en charge dans les établissements français.

La répartition entre orientations médicalisées (59 %) et non médicalisées (41 %) est exactement la même qu'en France si l'on exclut de l'analyse française les foyers d'hébergement²⁷. En revanche l'offre wallonne comprend une proportion plus importante d'orientations en maison d'accueil spécialisé (36 % contre 23 % en France).

B - Des profils difficilement accueillis en France

Les 22 conseils départementaux et MDPH des régions Île-de-France, Hauts-de-France et Grand Est²⁸ ont été interrogés sur les motifs des départs en Belgique de leurs ressortissants. Deux causes principales ressortent de leurs réponses²⁹ : l'insuffisance de places dans le secteur médico-social en France (20 réponses sur 26) et la difficulté à trouver des solutions pour les personnes présentant des troubles du comportement et de la conduite (17/26).

La tension sur l'hébergement médico-social est extrême en France, avec une probabilité de 60 % seulement pour les demandeurs d'obtenir une place conforme à leur orientation³⁰. Elle est particulièrement forte en Île-de-France et dans les territoires d'Outre-mer. Ces difficultés d'accès à l'offre médico-sociale diffèrent également fortement selon les déficiences. Alors que les personnes atteintes d'une trisomie 21 ont 91 % de chance de voir leur demande aboutir, cette probabilité n'est que de 60 % pour celles ayant un trouble envahissant du développement (TED) et de 43 % pour celles souffrant de schizophrénie.

²⁷ Les établissements wallons ne connaissent pas de distinction entre places médicalisées et non médicalisées. Toutes les orientations peuvent être accueillies indifféremment. À l'inverse, tous les résidents français disposent d'une orientation spécifique, résultat de l'évaluation dont ils ont fait l'objet par les équipes des MDPH et de la décision consécutive de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

²⁸ D'autres départements, non situés dans les régions les plus concernées, ont également répondu spontanément : l'Ain, la Drôme, le Jura et la Lozère, soit 26 départements au total.

²⁹ Les réponses émanent tantôt des MDPH, tantôt des conseils départementaux. Elles sont alors évoquées dans le rapport sous le terme de « départements » sans précision sur l'entité.

³⁰ *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, op. cit.

La surreprésentation en Wallonie des personnes avec une déficience psychique (7 points de plus qu'en France) ou un TED (+ 4 points) montre que l'offre belge constitue une réponse pour des personnes qui ont des difficultés à accéder aux structures françaises.

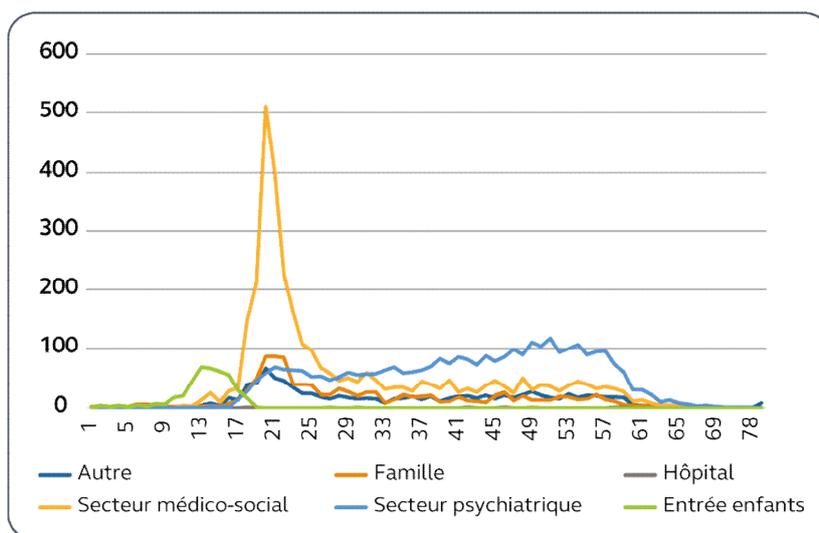
La présence plus importante en Wallonie de personnes en situation de handicap vieillissantes s'explique par deux phénomènes. Tout d'abord l'offre belge reste relativement accessible aux personnes de plus de 45 ans, alors que leur possibilité d'entrée est faible dans les établissements français³¹. Ensuite, les établissements wallons, en raison de leur agrément indifférencié qui ne distingue pas l'accompagnement médicalisé du non médicalisé, peuvent s'adapter au vieillissement de leur résident, sans nécessité de transfert vers des établissements pour personnes âgées comme cela est constaté dans certains établissements français.

Le lieu de vie précédant l'arrivée en Wallonie est également connu grâce aux données du cadastre.

75 % des entrées concernent des personnes précédemment accueillies dans un établissement ou service médico-social (38 %) ou hospitalisées en psychiatrie (37 %), avec des différences d'âge très importantes entre ces deux populations. 80 % des personnes issues du secteur psychiatrique ont plus de 30 ans alors que plus des deux tiers des personnes en provenance du secteur médico-social ont moins de 30 ans. Cette différence illustre deux difficultés fréquentes dans les parcours en France : l'absence de solution en sortie d'établissement psychiatrique pour des adultes y ayant séjourné fréquemment ou pour de longues durées ; l'entrée impossible dans des établissements pour adultes pour les jeunes atteignant la majorité et jusque-là hébergés dans les établissements pour enfants.

³¹ Ibid.

**Graphique n° 4 : âge à l'entrée en établissement belge
selon le dernier lieu de vie en France**



Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Hauts-de-France (cadastre 2021)

Note de lecture : Le pic des entrées en établissement adulte en provenance du secteur médico-social correspond à 20 ans, c'est-à-dire l'arrivée à l'âge adulte des jeunes précédemment accueillis en France en établissement pour enfants.

L'offre wallonne a ainsi apporté, jusqu'au moratoire de 2021, une réponse rapide, disponible et facilement mobilisable à des profils très variés qui se heurtaient, en France, à un défaut de places ou à des refus d'admission.

III - Une réponse aux demandeurs sans solution en France

Dans de très rares cas, le choix d'un départ vers un établissement wallon est le fruit d'une décision délibérée. Dans la grande majorité des situations, le départ s'est imposé comme ultime solution, faute de réponse satisfaisante dans le département ou la région d'origine.

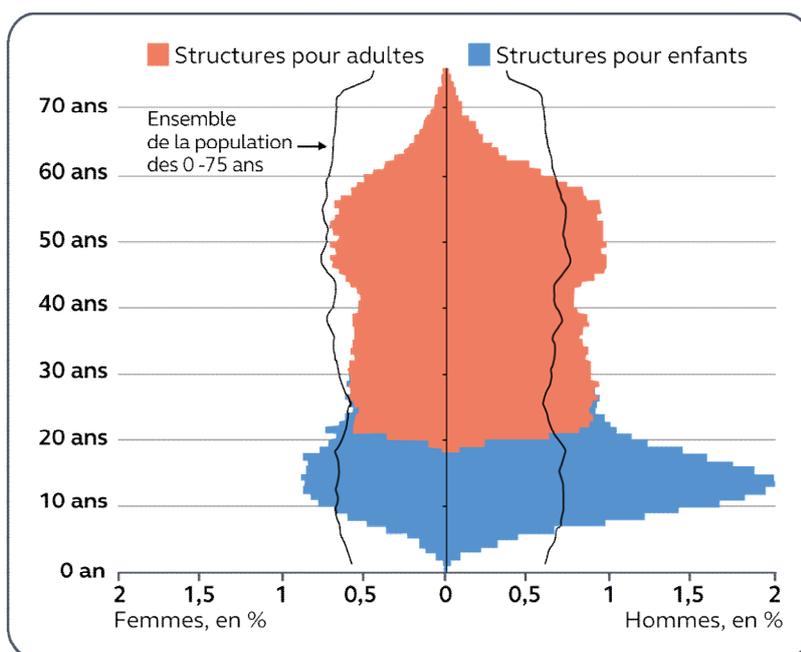
Les données du cadastre ne renseignent pas sur les parcours de vie précédant l'arrivée en Wallonie, ni sur les ruptures qui les ont affectés. Pour mieux connaître ces parcours, 274 dossiers de MDPH de personnes accueillies en Belgique ont été analysés, dans les départements des Ardennes, de l'Essonne, de la Seine-Saint-Denis, et de l'Oise.

Ce travail fait ressortir les traits communs à de nombreux résidents et dessinent plusieurs types de parcours.

A - Une majorité d'entrées lors du passage à l'âge adulte

Près d'un tiers des personnes entrées dans un établissement belge, soit 2 887 personnes, y ont été accueillies lors de leur passage à l'âge adulte entre 18 et 24 ans. Cette période charnière est un moment de rupture important pour les jeunes accompagnés jusque-là par des structures ou des services sur le territoire français, comme en témoigne la pyramide des âges ci-dessous.

Graphique n° 5 : pyramide des âges des personnes accompagnées dans des structures pour adultes ou enfants handicapés, au 31 décembre 2018³² en France



Source : Drees (enquête ES-Handicap 2018)

Le graphique met en évidence un phénomène structurel. Le nombre de places en établissements pour adultes en France (en rouge) est insuffisant

³² L'enquête ES Handicap est menée par la Drees tous les quatre ans. Les données de l'année 2022 n'étaient pas disponibles au moment de l'enquête.

pour accueillir l'ensemble des personnes jusque-là accompagnées par les structures pour enfants et adolescents³³ (en bleu).

Ce décalage est accentué par le vieillissement des personnes en situation de handicap qui ralentit la rotation des places et contribue à augmenter fortement les tensions à l'entrée des établissements pour adultes. De ce fait, les jeunes nécessitant un hébergement à temps complet ont de plus en plus de difficultés à trouver une place dans un établissement pour adultes, générant un nombre important de maintiens en établissement pour enfants, sous le régime de l'amendement Creton³⁴ (6 600 en 2018)³⁵.

Plusieurs dossiers examinés dans les MDPH correspondent à ce cas de figure. Il peut s'agir par exemple de personnes arrivées en Wallonie directement après la sortie de l'établissement pour enfants. Pour ces personnes, le retour dans la famille était impossible, en raison d'une précarité financière, de l'isolement des aidants, ou de la présence d'autres enfants à domicile. D'autres personnes ont parfois été maintenues un ou deux ans au-delà de la limite d'âge dans l'établissement pour enfants.



Mme A. est entrée dans un établissement belge en 2018, à l'âge de 18 ans. Ses parents ne peuvent l'accueillir à domicile, l'amplitude horaire de leur travail étant trop importante. La solution initialement trouvée dans la Creuse impliquait des retours tous les week-ends, et par conséquent un temps de transport et un coût trop important.

Dans d'autres cas, le départ en Belgique a été précédé d'un retour à domicile, sans accompagnement familial ou professionnel ou trop faible. L'entourage a pris le relais pendant une période plus ou moins longue. Ce retour a parfois entraîné une forte réorganisation familiale et des situations d'épuisement. Ce n'est qu'après cette période, qui correspond également au temps d'attente de réponses pour des établissements pour adultes en France, que s'organise l'accueil en Wallonie.

³³ On recense environ 90 000 places en instituts médico-éducatifs (IME) et en instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (Itep) pour un public âgé de 5 à 20 ans, soit près de 6 000 places par tranche d'un an (90 000/15).

³⁴ L'amendement dit Creton à la loi du 13 janvier 1989 permet le maintien, dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de 20 ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants qui les accueillent.

³⁵ *Age et sexe des enfants handicapés en ESMS*, Panoramas de la Drees, édition 2023.



Mme B. a été accueillie en urgence en 1995, à l'âge de 22 ans, alors qu'elle souffrait de troubles autistiques sévères. Il est noté dans le dossier « *la situation en famille est intenable, le suivi en IME est terminé, et aucune institution n'a de place pour elle* ».

La troisième situation fréquemment rencontrée concerne les personnes dont le départ en Wallonie a correspondu à la fin de la prise en charge par l'aide sociale à l'enfance, après un maintien en contrat jeune majeur³⁶.

Plus de 45 % de la classe d'âge des 18-24 ans résidant en Wallonie est arrivée à 20 ou 21 ans, soit 1 324 personnes. Cet âge constitue un seuil à la fois pour l'enfance handicapée avec la fin théorique de la prise en charge dans les établissements français pour enfants et pour la protection de l'enfance avec l'arrêt de l'accompagnement par l'aide sociale à l'enfance.



Atteint d'une trisomie 21, M. A. est entré en 2012, à 20 ans, dans un établissement belge après avoir bénéficié d'un contrat jeune majeur et d'un maintien dans un établissement pour enfants pendant deux ans.

³⁶ Le contrat jeune majeur permet de prolonger de 18 à 21 ans les aides dont bénéficient les jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance (Ase) pendant leur minorité (soutien éducatif, hébergement, soutien psychologique et éducatif, allocation financière).

B - Les personnes arrivées en Belgique étant enfant³⁷

1 - Des familles en quête de solution en Wallonie

Près de 700 adultes accueillis ou ayant été accueillis dans un établissement wallon pour adultes depuis 2015 sont arrivés en Belgique avant 18 ans, dont la majeure partie entre 13 et 15 ans³⁸.

La proximité géographique ne suffit pas à expliquer la présence de ces enfants puisque seuls 25 % d'entre eux sont originaires d'un département frontalier (majoritairement le Nord).

Certaines familles ont choisi un établissement belge pour la particularité de l'enseignement spécialisé à destination des enfants en situation de handicap, offrant une scolarisation plus complète que les instituts médico-éducatifs (IME) français.



Souffrant d'un trouble du spectre autistique, M. B. est scolarisé par sa famille en Belgique dès l'âge de 12 ans. Il entre dans un établissement pour adultes en Belgique à l'âge de 20 ans.

Très peu d'IME français sont ouverts le week-end, au contraire des établissements wallons qui offrent un accueil 365 jours par an. Certains dossiers correspondent donc à des enfants disposant d'une place en IME mais à la recherche une place d'internat, à temps plein, introuvable en France. Ces situations concernent principalement des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (Ase).

³⁷ Pour isoler cette catégorie, un recouplement a été effectué entre les données du cadastre « enfants » et celles du cadastre « adultes », afin d'identifier les adultes anciennement recensés dans les registres enfants. Avant la tenue du cadastre « enfants » en 2015, il n'est pas possible d'isoler cette catégorie, qui est donc très probablement sous-évaluée.

³⁸ Ce chiffre constitue une estimation *a minima*. Certains enfants confiés à l'aide sociale sont accueillis en Belgique sur financement départemental de la protection de l'enfance, parfois sans une orientation de la MDPH. Dans ce cas, ils n'apparaissent pas dans le cadastre « enfants » qui ne recense que ceux dont le séjour est pris en charge par l'assurance maladie. Certains d'entre eux, devenus adultes, peuvent ensuite rester avec une orientation *ad hoc* de la MDPH.



M. C. est accueilli en Belgique en 2013 à l'âge de 17 ans. Cet accueil permet d'éviter les déplacements le week-end entre l'institut médico-professionnel (IMPro)³⁹ qu'il fréquente et le foyer de l'enfance qui l'héberge et sont éloignés l'un de l'autre.

D'autres dossiers correspondent à des enfants qui n'ont pas obtenu de place en IME en France, ou qui en sont sortis, sans solution, à la limite d'âge ou ont été exclus d'établissements français en raison de troubles du comportement.



M. D. est accueilli dans un établissement belge à l'âge de 16 ans après avoir été exclu de deux instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (Itep), le premier pour agression physique et le second pour avoir provoqué un incendie.

2 - Le devenir des enfants présents en Belgique

L'encadrement conventionnel prévu par l'accord-cadre franco-wallon du 21 décembre 2011 a d'abord concerné les établissements wallons accueillant des enfants et des adolescents.

Cette mesure, comprenant à la fois une régulation du nombre de places par le conventionnement et une maîtrise de la dépense correspondante⁴⁰, a permis de stabiliser le nombre de jeunes en situation de handicap accueillis en Wallonie.

En 2022, 23 établissements offrant 1 317 places étaient conventionnés. Selon les données du cadastre 2022, seules 89 % de ces places étaient occupées. Ces éléments laissent penser que les départs d'enfants vers la Belgique sont désormais maîtrisés. Cependant la question du devenir des enfants déjà présents se pose.

³⁹ Les IMPro prennent en charge les adolescents âgés de 14 à 20 ans et leur assurent l'acquisition d'un savoir-faire pré-professionnel ou professionnel.

⁴⁰ Financement sur l'objectif global de dépenses (OGD) pour un coût de 67 M€ en 2024.

*a) Le passage à l'âge adulte des enfants hébergés
dans les établissements wallons*

Le nombre d'enfants qui souhaiteront demeurer en Wallonie après leur majorité est difficile à connaître mais il pourrait peser sur le besoin en places adultes. Si le passage d'un établissement pour enfants à un établissement pour adultes n'est pas automatique, dans un certain nombre de situations, les liens créés en Wallonie dans l'enfance sont pérennes et le parcours s'y poursuit.

Le besoin de faire évoluer le nombre de places pour intégrer les jeunes adultes déjà présents en Wallonie s'est déjà manifesté depuis l'entrée en vigueur du moratoire et a donné lieu à une modification de la capacité conventionnée d'un établissement pour enfants.

Cette porosité entre les places enfants et adultes implique d'appréhender de façon globale la situation des résidents en Belgique, qu'ils soient adultes ou enfants et que ceux-ci soient en situation de handicap ou confiés à l'aide sociale à l'enfance.

*b) Une méconnaissance du nombre total d'enfants
accueillis en Wallonie*

Trois catégories d'enfants sont hébergées en Wallonie :

- ceux bénéficiant d'une orientation en institut médico-éducatif (IME), ou en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (Itep). Leur séjour est financé par l'assurance maladie. Ils sont déclarés dans le cadastre enfants ;
- ceux qui ont été confiés à l'aide sociale à l'enfance (Ase) et ne bénéficient pas d'une orientation de la MDPH parce qu'ils ne sont pas ou pas encore reconnus en situation de handicap. Ils séjournent dans les mêmes établissements, parfois dans les mêmes unités que les précédents. Leur séjour est financé par le département. Leur présence n'est pas déclarée dans le cadastre enfants ;
- enfin se trouvent également dans les établissements des enfants confiés à l'Ase et disposant d'une orientation MDPH. Leur séjour devrait normalement être pris en charge par l'assurance maladie ce qui n'est pas le cas. 60 enfants du Pas-de-Calais et de la Seine-Saint-Denis restent ainsi à la charge des départements. Ils ne figurent pas dans le cadastre enfants.

Tous les enfants présents en Wallonie confiés à l'Ase et disposant d'une orientation de la MDPH doivent être pris en charge sur l'enveloppe correspondante de l'assurance maladie⁴¹ sous peine de créer une rupture d'égalité entre enfants présentant une même reconnaissance de leur handicap. La Cour recommande à cet effet qu'un recensement de ces enfants soit effectué et que la prise en charge de leur séjour soit régularisée, au besoin en augmentant le nombre de places pour enfants conventionnées.

Le contrôle de la conformité du nombre de résidents accueillis à la capacité agréée de l'établissement relève de l'Aviq, celle du respect du nombre de places conventionnées de l'ARS Hauts-de-France. Cela suppose au préalable que toutes les personnes présentes soient identifiées et recensées, ce qui n'est pas le cas actuellement.

De la même façon que les adultes orientés en foyers de vie en Wallonie sont répertoriés dans le cadastre bien que leurs séjours soient financés uniquement sur fonds départementaux, il appartient aux autorités françaises de recenser et de suivre tous les enfants et adolescents hébergés dans un établissement wallon, même s'ils sont accueillis à un autre titre que le handicap.

C - Les personnes sortant d'hospitalisation de longue durée en psychiatrie

Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie a fortement diminué au cours des dernières années⁴². En parallèle, le développement de l'offre médico-sociale spécialisée susceptible de prendre en charge les périodes d'aval, lorsque le retour à domicile n'est pas possible, n'a pas suivi le même rythme. Cette diminution du nombre de lits en psychiatrie est la deuxième raison la plus souvent avancée par les départements pour expliquer le développement de l'offre belge, après l'insuffisance de places dans le secteur médico-social.

Faute de solutions adaptées en France, l'accueil en Wallonie de personnes orientées en foyers d'accueil médicalisé (Fam) ou en maisons d'accueil spécialisé (Mas) a fortement progressé entre 2015 et 2020⁴³. L'essentiel de la forte augmentation sur orientation Mas notamment s'explique par les entrées en provenance de la psychiatrie.

⁴¹ Ce qui est déjà le cas de 36 % des enfants déclarés dans le cadastre 2022.

⁴² Diminution de 5 100 lits entre 2013 et 2021 (Drees : séries longues de la Statistique annuelle des établissements de santé).

⁴³ + 70 % pour les Fam, + 66 % pour les Mas.



M. E., 68 ans, souffrant de troubles du comportement et de troubles cognitifs est arrivé en Belgique en 2008, après avoir connu 23 ans d'hospitalisation en psychiatrie, entrecoupés de tentatives d'intégration dans un établissement et service d'accompagnement par le travail (Esat).

De surcroît, des hôpitaux psychiatriques français et des établissements wallons ont souvent tissé des liens de proximité, autour d'échanges sur les pratiques professionnelles respectives.

Ces liens ont parfois conduit à créer de véritables filières : dans une vingtaine d'établissements wallons plus de la moitié des résidents proviennent d'un seul département et souvent d'une seule structure. 92 % des personnes accueillies au sein d'un établissement sortent de l'établissement public de santé mentale de la Marne. Un autre établissement est entièrement occupé par des résidents en provenance de la Meuse.

D - Les personnes arrivées en Belgique suite à une rupture de parcours

Certains résidents sont arrivés en Wallonie alors qu'ils avaient un hébergement stable en France. Un accident de parcours a déstabilisé leur situation et mis fin à leur prise en charge.

Il peut s'agir en premier lieu de personnes présentant des troubles du comportement. Elles ont été exclues d'un établissement français et sont recueillies temporairement par un aidant, ou hospitalisées en psychiatrie avant leur départ.



Mme C. souffre d'un syndrome de Korsakoff⁴⁴ et de troubles du comportement. Elle vivait avec sa mère qui a également des problèmes de santé importants et ne peut plus l'accueillir. Elle n'a essayé que des refus de la part des établissements français.

Ces situations sont symptomatiques des réticences du secteur médico-social français à accueillir des personnes présentant des troubles du comportement et de la conduite. Cela s'explique par un système peu

⁴⁴ Le syndrome de Korsakoff est caractérisé notamment par des troubles cognitifs et de la mémoire à court terme, une désorientation temporelle et spatiale.

incitatif en termes de responsabilité et de tarification, qui n'évolue pas en fonction de la complexité de la situation, sauf versement exceptionnel par l'ARS de crédits non-reconductibles. La crainte que la personne ne puisse pas être réhospitalisée lors d'une crise rendant son maintien dans l'établissement difficile, est également évoquée.

Les situations de rupture de l'aidant vieillissant concernent les personnes ayant vécu dans leur famille (le plus souvent avec leurs parents). Les dossiers ne mentionnent pas d'accompagnement médico-social pendant la période de cohabitation. La disparition de l'aidant déséquilibre brutalement la situation. La solution d'urgence consiste souvent en une hospitalisation en psychiatrie, plus ou moins longue, s'achevant par un départ en Belgique.



Mme D. est atteinte d'une déficience intellectuelle. Elle a vécu chez sa mère jusqu'au décès de celle-ci en 1998. Elle habite ensuite chez son père. Dans un contexte de vieillissement de ce dernier, elle entre en 2008 à l'âge de 58 ans, dans un foyer belge.

Pour ces personnes, l'arrivée dans l'établissement belge s'est faite à un âge où l'intégration dans un établissement français aurait été difficile. En effet, plus une personne avance en âge, plus son entrée pour la première fois dans un établissement du champ du handicap est improbable⁴⁵.

⁴⁵ *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, op. cit.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'offre wallonne d'accueil de Français en situation de handicap a prospéré à proportion des manques de l'offre française. Si la proximité géographique a constitué un facteur historiquement important, il n'est plus déterminant lorsque les tensions sur l'offre imposent aux familles et aux services orientateurs de trouver des solutions alors même que les demandes en France n'aboutissent pas.

De façon d'abord progressive puis accélérée, la France a accepté de déléguer l'accompagnement de sa population la plus vulnérable à des entités dont elle ne maîtrisait ni la création, ni le fonctionnement, pour un coût croissant, sans certitude quant à la qualité du service rendu.

Une offre étendue et diverse s'est ainsi constituée en Wallonie, dans des établissements en capacité d'accueillir les publics français sans solution (enfants en recherche d'une place en internat ou atteignant la majorité en attente d'une place dans un établissement pour adultes, personnes sortant d'hospitalisation psychiatrique ou ayant des troubles du comportement refusées dans les établissements français, personnes dont le soutien familial venait à faire défaut).

L'offre wallonne présentait ainsi une double particularité. Elle était facilement mobilisable. En raison de sa forte croissance, les situations nécessitant une issue rapide trouvaient une solution dans des délais relativement réduits, alors que les temps d'attente étaient souvent de plusieurs années pour les établissements français. Les établissements wallons acceptaient les personnes avec des troubles du comportement et de la conduite, quel que soit l'âge où ces troubles apparaissaient.

Le moratoire de 2021 a fortement impacté cette dynamique. La situation des enfants présents en Wallonie et la question de leur devenir n'ont pas été anticipées. Celle des résidents déjà présents dont l'état de santé viendrait à se dégrader et nécessiterait une prise en charge accrue en soins non plus.

La Cour recommande en conséquence de :

- 1. recenser et suivre tous les enfants hébergés dans les établissements wallons accueillant des enfants en situation de handicap, quel que soit le financeur de leur séjour, assurance maladie, départements ou autre (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ARS Hauts-de-France) ;*
 - 2. recenser les situations d'enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance et disposant d'une orientation de la MDPH et faire prendre en charge leur séjour par l'assurance maladie (CNSA, ARS Hauts-de-France) ;*
 - 3. en cas d'aggravation de leur état, permettre le maintien des résidents dans l'établissement qui les accueille, y compris en dérogeant temporairement à sa capacité conventionnée (ARS Hauts-de-France, CPAM de Roubaix-Tourcoing).*
-

Chapitre II

Un moratoire aux objectifs partiellement tenus

Le moratoire de 2021 n'a pas été la première tentative des pouvoirs publics français de maîtriser les départs vers la Belgique. Trois ans après son entrée en vigueur, il est possible d'apprécier son efficacité et de souligner les effets et les limites de la démarche. Même s'il présente des fragilités, le moratoire a permis de réguler l'offre wallonne et a suscité des coopérations nouvelles dans les territoires concernés.

En revanche, les solutions alternatives au départ, déployées dans les trois régions principalement concernées (Grand Est, Hauts-de-France et Île-de-France) restent insuffisantes et ne peuvent répondre en totalité aux besoins des personnes sans solution.

I - Les mesures successives de maîtrise des départs vers la Belgique

La première tentative des pouvoirs publics français pour contenir les départs date de 1996 et concernait les enfants⁴⁶. Trois mesures ont ensuite été prises, plus tardivement, pour encadrer et limiter l'accueil en Belgique de Français en situation de handicap.

⁴⁶ Un premier dispositif conventionnel pour l'accueil des enfants, adolescents et jeunes adultes handicapés a été mis en place à cette date entre les autorités régionales de l'assurance maladie et 25 établissements wallons accompagnant des enfants français.

A - Le moratoire sur les places pour les enfants et la prévention des départs

Un accord-cadre a tout d'abord été conclu le 21 décembre 2011 entre la France et la Wallonie. Entré en vigueur le 1^{er} mars 2014, il prévoit notamment que des inspections communes des structures accueillant des personnes en situation de handicap peuvent être menées par l'ARS Hauts-de-France⁴⁷, côté français, et par l'Agence pour une vie de qualité⁴⁸, côté belge. Il précise également que des conventions peuvent être conclues entre les établissements et les autorités françaises compétentes.

L'encadrement conventionnel prévu dans l'accord-cadre a d'abord concerné, à partir de 2015, 25 établissements wallons accueillant des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap, représentant 1 500 places. Les séjours des enfants ont ainsi précocement été encadrés financièrement, dans une enveloppe fermée gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Un plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique a ensuite été formalisé en janvier 2016⁴⁹. Il prévoyait :

- la recherche et la mobilisation sur le territoire national de solutions de proximité ;
- des financements pour créer ces solutions de proximité sur le territoire national à hauteur de 45 M€.

Les ARS ont également été invitées à identifier toutes les personnes originaires de leur territoire accueillies en Wallonie, afin de vérifier leur souhait de prise en charge et d'organiser leur retour pour celles qui le demanderaient.

B - Le moratoire de 2021 sur les départs des adultes

Un moratoire sur l'accueil des adultes en Belgique a été annoncé par la secrétaire d'État en charge des personnes handicapées en janvier 2021, lors de la réunion de la commission mixte paritaire franco-wallonne de suivi de l'accord-cadre de 2011, avec effet au 28 février 2021.

⁴⁷ Initialement ARS du Nord-Pas de Calais.

⁴⁸ Initialement Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (Awiph).

⁴⁹ Instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016.

Les différentes phases du moratoire

La mise en œuvre du moratoire s'est accompagnée d'une adaptation du dispositif législatif relatif aux séjours en Belgique. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 a ainsi inscrit dans le code de l'action sociale et des familles :

- l'entrée des établissements wallons pour adultes dans le dispositif conventionnel jusque-là appliqué aux seuls établissements pour enfants ;
- l'inclusion du financement des séjours des adultes dans les établissements conventionnés dans une enveloppe fermée gérée par la CNSA.

La loi a également prévu une délégation de crédits à hauteur de 90 M€ pour financer des solutions alternatives dans les régions Hauts-de-France, Grand Est et Île-de-France.

La crise sanitaire a retardé l'annonce du moratoire proprement dit qui devait compléter cette évolution législative mais n'est intervenue que l'année suivante.

Le moratoire de 2021 a étendu au secteur adultes la limitation du nombre de places pour l'accueil de ressortissants français déjà mise en œuvre, dès 2015, pour le secteur enfants. Il ne remet pas en cause les séjours existants ni leur financement par l'assurance maladie. Il ne concerne que les orientations que celle-ci finance totalement (maison d'accueil spécialisé) ou partiellement (foyer d'accueil médicalisé). Les séjours des Français en situation de handicap que la MDPH a orientés vers un foyer de vie sont financés en totalité par les départements. Ils ne relèvent pas du moratoire.

D'une logique de prévention des départs des adultes, les pouvoirs publics sont passés, à compter de 2020, à une logique combinée, agissant à la fois sur la maîtrise du financement de l'offre dans le territoire wallon et sur le déploiement de solutions en France.

C - Les incertitudes juridiques relatives au moratoire

Le moratoire est effectif pour un établissement wallon dès lors qu'il signe, avec l'ARS Hauts-de-France et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Roubaix-Tourcoing, une convention par laquelle il s'engage à ne pas accueillir, sur des places médicalisées, un nombre de résidents supérieur au nombre de places effectivement occupées par des Français au 28 février 2021. La convention fixe le total des places médicalisées conventionnées et les répartit entre celles qui sont réservées à

des personnes que la MDPH a orientées vers un foyer d'accueil médicalisé et celles qui sont réservées à des personnes orientées vers une maison d'accueil spécialisé. Sa conclusion entraîne le passage d'un financement individuel (au résident) par le CNSE à un financement collectif, par dotation globalisée, par la CPAM de Roubaix-Tourcoing⁵⁰.

La question de savoir si l'activation par un demandeur français du circuit de financement préexistant au moratoire, c'est-à-dire un financement individuel *via* le CNSE, serait toujours possible (sous réserve qu'il dispose d'une orientation *ad hoc* de la MDPH et d'un accord de prise en charge d'un établissement wallon) n'a, à ce jour, pas été tranchée par les tribunaux français.

De la même façon, le point de savoir si un établissement existant ou un nouvel établissement pourrait ouvrir une unité d'hébergement hors du cadre conventionnel reste incertain.

Le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) a cependant estimé que « *la prise en charge des frais de séjour peut être accordée et financée par le CNSE pour toute personne accompagnée par les établissements non conventionnés, quelle que soit la date d'admission (y compris post-moratoire)*⁵¹ ». Aucune analyse complète des fragilités susceptibles d'affecter le moratoire n'a toutefois été produite.

Le contentieux intenté par un établissements wallon

Un établissement a saisi le juge administratif français d'une demande visant notamment à suspendre l'exécution du moratoire et enjoindre à l'État français de cesser toute « *menace* » et « *pression* » pour contraindre les établissements wallons à conclure les conventions.

Le juge des référés du Conseil d'État a rejeté la requête du demandeur en mars 2022, au motif qu'un défaut de signature des conventions n'avait pas de conséquences telles qu'elles caractériseraient une situation d'urgence. En effet, l'absence de conclusion de la convention n'entraîne aucune interruption du financement par l'assurance maladie de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap hébergées aujourd'hui dans l'établissement. Par décision du tribunal administratif de Lille du 3 juillet 2024, la requête a également été rejetée au fond.

⁵⁰ Sur enveloppe de la CNSA.

⁵¹ Réponse du SGMAS en date du 19 septembre 2023.

D - Un risque d'exportation des rigidités du système d'accompagnement français

Le gel des places conventionnées médicalisées peut constituer un frein à la fluidité des parcours. En effet, l'un des avantages de l'offre wallonne est de disposer d'un agrément simple, sans identification du handicap pris en charge ni de sa sévérité. Les établissements ne sont pas définis comme médicalisés ou non médicalisés.

Une personne peut ainsi demeurer dans l'établissement qui l'accueille, quelle que soit l'évolution de sa situation, dans la mesure où l'établissement s'estime en capacité d'assumer l'alourdissement de sa prise en charge. Cette possibilité représente une vraie plus-value : l'établissement s'adapte à la personne et non l'inverse.

Le fait de figer le nombre de places médicalisées peut créer des situations contreproductives : si toutes les places médicalisées sont occupées dans un établissement, il ne pourra pas continuer à accueillir un résident orienté initialement vers un foyer de vie par exemple, dont l'état de santé se dégraderait.

Cette exportation des rigidités françaises en Belgique est problématique compte tenu de l'âge de la population accueillie, dont plus de la moitié a plus de 45 ans. Une part importante aura probablement besoin d'une médicalisation accrue dans les prochaines années et risque d'être confrontée aux mêmes difficultés que celles rencontrées en France, où certaines personnes sortent des établissements pour adultes en situation de handicap pour être accueillies dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

La mise en œuvre du moratoire et de l'encadrement des places médicalisées en Wallonie ne devrait pas avoir pour effet de fragiliser le séjour des personnes en situation de handicap ni la gestion des établissements⁵². Elle ne peut avoir pour conséquence non plus d'exporter en Belgique les rigidités de notre organisation médico-sociale, à l'heure où, précisément, les acteurs français recherchent les façons d'y remédier⁵³. Il est donc important de prendre en compte le vieillissement des personnes en situation de handicap et d'assouplir les possibilités d'accueil dérogatoire en ce sens.

⁵² Le résident dont la prise en charge devient plus lourde à assurer peut en effet demeurer dans l'établissement sur une place de foyer de vie. Dans ce cas, c'est l'établissement qui finance le besoin de médicalisation supplémentaire.

⁵³ Inspection générale des affaires sociales, *Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap - Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, mai 2021.

La Cour recommande à cet effet que les personnes hébergées dans un établissement conventionné puissent y demeurer, y compris au-delà du nombre de places médicalisées conventionnées, si l'établissement est en mesure d'accompagner la dégradation de leur état. La résorption de ce dépassement interviendrait lorsqu'une place pérenne se libèrerait. La dégradation de l'état de santé doit avoir fait, au préalable, l'objet d'une nouvelle évaluation et d'une modification de la décision d'orientation initiale par la MDPH.

II - La régulation de l'offre wallonne en raison du moratoire adulte de 2021

Face aux difficultés rencontrées pour peser sur la demande de départs *via* les plans de prévention ou la gestion des situations critiques, le moratoire de 2021 a vocation à encadrer l'offre wallonne destinée aux orientations médicalisées.

Plusieurs objectifs, explicites ou non, lui sont assignés dont, celui d'améliorer la qualité de l'offre :

« [le moratoire] sera suivi, sur le plan qualitatif, du déploiement du conventionnement prévu dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, afin de garantir la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des personnes ».

Ce premier objectif a été atteint puisque tous les établissements qui souhaitaient conclure une convention ont pu le faire en 2021 et 2022. Plus qu'un effet mécanique sur la qualité, le conventionnement assure une maîtrise de l'objectif global de places par le contingentement de l'offre. L'amélioration réelle de la qualité passe ensuite par la mise en œuvre d'inspections régulières et complètes des établissements (chapitre IV).

Un second objectif sous-jacent est celui de la maîtrise de la dépense d'assurance maladie correspondante.

A - La fixation du nombre de places cible et son contrôle

L'application concrète du moratoire à chaque établissement wallon passe par un double conventionnement :

- une convention d'objectifs fixe la capacité maximale autorisée et financée par l'assurance maladie française, figée à hauteur de la capacité occupée au 28 février 2021 ;
- une convention qualitative et financière détermine, après visite sur site, les conditions d'accueil et d'accompagnement des bénéficiaires ainsi que les modalités de prise en charge financière et de remboursement des frais d'accueil.

La situation des établissements non conventionnés

La très grande majorité des établissements wallons a accepté de signer les deux conventions avec l'ARS Hauts-de-France et la CPAM de Roubaix-Tourcoing. Six structures, accueillant au total une centaine de Français, ont refusé de s'inscrire dans la démarche de conventionnement. Trois d'entre elles ont fait l'objet de signalements auprès du Centre national des soins à l'étranger, pour suspicions de fraude financière.

Ces établissements continuent à percevoir le financement des séjours de leurs résidents *via* le CNSE comme précédemment. Cependant, le refus du conventionnement a figé leur prix de journée au niveau où il était au moment du moratoire. Ils ne bénéficient donc pas des revalorisations accordées par les autorités françaises (+ 4 % en 2023).

Le premier effet du moratoire a ainsi été de mettre fin à la croissance de l'offre médicalisée destinée aux Français sur le territoire wallon. Les établissements signataires de la double convention avec l'ARS Hauts-de-France et l'assurance maladie s'engagent en effet à ne pas accueillir davantage de résidents orientés vers des maisons d'accueil spécialisé ou des foyers d'accueil médicalisé qu'ils n'en accueillait en février 2021.

1 - L'objectif de conventionnement fixé en 2021 et les ajustements consécutifs au moratoire

En 2021, le CNSE a déclaré avoir pris en charge les séjours de 4 115 assurés. Toutefois, ce n'est pas ce chiffre qui a été pris en compte pour la fixation du nombre de places à conventionner puisque l'objectif cible a été fixé dans un premier temps à 4 277.

La différence correspond aux entrées dérogatoires qui ont été autorisées par l'ARS Hauts-de-France, après l'entrée en vigueur du moratoire, pour des demandeurs qui n'étaient pas encore accueillis dans un établissement wallon mais dont le dossier d'admission était en passe d'aboutir. L'ARS évoque au sujet de cette période un « *effet d'appel d'air* » du moratoire, pour décrire l'accélération du nombre des départs intervenus avant la date couperet du 28 février 2021.

2 - Une nouvelle évolution de l'objectif en 2023

La capacité totale initiale a ensuite été ajustée dès l'année 2023 pour tenir compte des adolescents parvenus à l'âge adulte déjà présents en Wallonie. La commission mixte paritaire de suivi de l'accord-cadre de 2011 a acté une modification de l'objectif cible.

Tableau n° 1 : objectif cible en places Fam et Mas

Source	Mas	Fam	Total
<i>CMP franco-wallonne (22-01-22)</i>	2 586	1 692	4 278
<i>CMP franco-wallonne (24-05-23)</i>	2 713	1 732	4 445

Source : documents préparatoires aux réunions de la commission mixte paritaire

L'écart entre les deux objectifs (+ 167 places) correspond essentiellement à la transformation de places enfants en places adultes au sein d'un établissement qui accueillait des jeunes adultes en « amendement Creton ».

En réalité, l'objectif global n'est pas figé puisqu'il résulte de l'addition du nombre des places conventionnées dans chaque établissement et des aléas affectant les structures.

La fermeture d'un établissement devrait ainsi entraîner la diminution automatique du nombre des places conventionnées⁵⁴. En pratique cependant, lors de la fermeture de leur établissement en 2021, des résidents ont intégré une nouvelle structure wallonne, à laquelle les places correspondantes ont été transférées. Le nombre total de places n'a pas diminué à hauteur de la totalité des places fermées mais simplement à proportion du nombre de résidents rentrés en France.

⁵⁴ Un autre choix pourrait être de mettre à la disposition d'autres établissements les places ainsi fermées pour maintenir un nombre stable de places médicalisées conventionnées.

Le contrôle de la capacité totale conventionnée par la CPAM de Roubaix-Tourcoing

La CPAM de Roubaix-Tourcoing s'assure trimestriellement, à réception des listes nominatives des résidents, que le nombre de personnes présentes correspond au nombre de places conventionnées.

Lorsqu'un établissement wallon dispose d'une place vacante, il lui revient d'en informer les assurés inscrits sur sa liste d'attente. Le dossier d'un assuré n'est réputé complet, et ne peut être examiné par sa CPAM d'affiliation, que lorsqu'il comporte un courrier d'engagement de l'établissement indiquant qu'il peut accueillir la personne compte tenu de sa capacité conventionnée et du nombre de places libres. Comme sur le territoire français, c'est la direction de l'établissement qui prononce l'admission.

Avant l'admission, la CPAM de Roubaix-Tourcoing contrôle la motivation de la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) compétente⁵⁵. Elle s'assure également que l'établissement wallon constitue une solution de proximité et que le départ s'impose en raison du caractère d'urgence, l'absence de prise en charge adaptée entraînant un risque de mise en danger de la personne ou de son entourage ou un risque de rupture de parcours. En l'absence de ces éléments, la CPAM peut refuser toute demande de prise en charge.

Elle vérifie également que l'établissement ne fait pas l'objet d'une proposition de suspension de toute nouvelle admission par l'ARS Hauts-de-France. Si tel est le cas, elle oppose un refus d'accord de prise en charge motivé qu'elle notifie à la personne intéressée.

⁵⁵ Motivation fondée sur le constat qu'aucune solution n'a pu être trouvée en France ou que, malgré les solutions proposées, l'assuré ou son représentant légal a maintenu son choix d'une orientation en Belgique.

3 - Des accueils dérogatoires plus rares et un moratoire respecté en 2022

Après la signature des conventions capacitaires, des situations particulières ont fait l'objet de quelques décisions dérogatoires d'accueil. Il s'agit, selon l'ARS Hauts-de-France, de neuf demandeurs qu'un établissement wallon était disposé à accueillir (commission d'admission favorable, places disponibles sur l'agrément) sans disposer de place conventionnée vacante. Ces personnes ont alors été accueillies sur des places dérogatoires temporaires, l'établissement ne devant pas procéder à des admissions supplémentaires avant d'être revenu à sa capacité conventionnée.

Le moratoire semble ainsi faire l'objet d'une appréciation flexible pour permettre, comme auparavant, de résoudre des situations critiques. Pour autant, les données du cadastre 2022 montrent qu'il a été respecté : 4 103 résidents étaient présents avec une orientation médicalisée au 31 décembre 2022, soit 13 de plus que l'année précédente, pour un objectif cible de 4 445 comme rappelé ci-dessus.

Les sorties ont été moins nombreuses que l'année précédente en raison d'une diminution importante des retours en France (en établissement ou en famille) ainsi que des transferts entre établissements belges. Les entrées nettes⁵⁶ ont fortement diminué (- 80 %) passant de 239 en 2021 à 139 en 2022.

Près de la moitié de ces nouveaux entrants proviennent du secteur de la psychiatrie, même si leur nombre a fortement chuté (68 contre 132 l'année précédente). Les résidents issus des établissements sociaux et médico-sociaux français représentent toujours un tiers des entrées mais ne sont plus que 44, contre 76 en 2021. Parmi eux, près des deux tiers (64 %) ont moins de 25 ans.

Ces données confirment l'analyse menée précédemment sur les causes et les origines des départs en Belgique.

⁵⁶ Entrées totales dont sont déduites les entrées-sorties dans l'année et les transferts depuis un autre établissement belge.

**Tableau n° 2 : résidents présents au 31 décembre 2022
sur des places médicalisées**

	2022	%	2021	%
Présents au 31/12	4 103		4 090	
<i>dont Mas</i>	2 498	61 %	2 488	61 %
<i>dont Fam</i>	1 605	39 %	1 602	39 %
Sorties en cours d'année	213		345	
<i>dont retours ESMS France</i>	25	12 %	88	26 %
<i>dont retours famille</i>	15	7 %	27	8 %
<i>dont décès</i>	111	52 %	115	33 %
<i>dont transfert vers autre établ. belge</i>	51	24 %	98	28 %
Entrées 2022	208		375	
<i>dont entrée sortie même année</i>	9	4 %	36	10 %
<i>dont transfert depuis autre étab. belge</i>	60	29 %	100	27 %
<i>entrées nettes 2022</i>	139	67 %	239	64 %
Entrées nettes	139		239	
<i>dont provenance psychiatrie</i>	68	49 %	132	55 %
<i>dont provenance ESMS français</i>	44	32 %	76	32 %
<i>dont provenance famille</i>	20	14 %	29	12 %
<i>dont autres</i>		0 %	2	1 %
Part des 25 ans et moins dans les entrées depuis ESMS français		64 %		55 %

Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Hauts-de-France (cadastres 2021 et 2022)

B - Une dépense contenue dans une enveloppe fermée

Depuis 2021 et l'adoption du moratoire, les crédits accordés aux établissements wallons pour l'accueil médicalisé des ressortissants français sont contenus dans une enveloppe fermée.

Construction de l'enveloppe de 310 M€ dans l'objectif global de dépenses des personnes handicapées (OGD-PH)

Cette enveloppe a évolué au cours des quatre derniers exercices, passant de 75 M€ en 2021 à 322 M€ en 2024⁵⁷ (69 M€ pour les enfants et 253 M€ pour les adultes). Cette progression a suivi l'évolution du périmètre de la dépense, d'abord limité en 2021 au seul financement des établissements pour enfants (75 M€), puis élargi de façon progressive à celui des établissements pour adultes à mesure que ceux-ci signaient les conventions avec l'ARS. Les fonds précédemment gérés par le CNSE ont ainsi été transférés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Les crédits correspondant aux orientations en foyers de vie, non médicalisées, ne sont pas compris dans cette enveloppe. Ils émanent directement des départements et ne sont pas agrégés au niveau national. Les données renseignées par 22 départements situent le montant financier versé par ces derniers en 2022, à 187,5 M€. Par extrapolation, le montant total versé par l'ensemble des conseils départementaux peut être estimé à 230 M€ environ⁵⁸.

Le coût du séjour des résidents des établissements qui ont refusé le conventionnement est toujours pris en charge par le CNSE pour un montant en 2022 d'environ 2,5 M€.

Si l'on additionne la part de l'objectif global de dépenses consacrée à l'hébergement conventionné (246 M€ en 2024), le montant de l'hébergement non conventionné et l'estimation ci-dessous de l'hébergement non médicalisé, la dépense totale pour couvrir les coûts de l'hébergement des adultes en Wallonie peut être évaluée à près de 480 M€ par an.

⁵⁷ 271 M€ en 2022, 310 M€ en 2023.

⁵⁸ Tous les départements cités *supra* ont répondu sauf quatre (Lozère, Meuse, Ain et collectivité européenne d'Alsace). Ces 22 départements financent 3 887 accueils en Wallonie pour un coût moyen à la place de 48 200 €. Si l'on applique ce coût à l'ensemble des accueils en Belgique sur financements départementaux (foyers de vie et Fam) on obtient un coût total estimé pour les départements de 228 M€.

III - Malgré des progrès, des alternatives au départ encore insuffisantes

Ainsi qu'annoncé en 2021, le moratoire devait s'accompagner du déploiement de solutions alternatives « *afin de mettre fin aux séparations non choisies, dans les régions Île-de-France, Hauts-de-France et Grand Est, principalement concernées par ces départs* ».

L'analyse des solutions retenues et financées par les ARS permet de relever une dynamique positive mais encore insuffisante pour apporter des réponses adaptées à tous les demandeurs.

L'attribution de financements spécifiques et la mobilisation conjointe des ARS et des départements ont néanmoins suscité des avancées en matière de coopération territoriale.

A - Des situations complexes davantage acceptées dans les établissements médico-sociaux français

L'adoption du moratoire a constitué un signal pour l'ensemble des acteurs du handicap dont la mise en réseau au niveau local (grâce à la « réponse accompagnée pour tous »⁵⁹ et aux communautés 360⁶⁰) facilite la recherche de solutions de proximité.

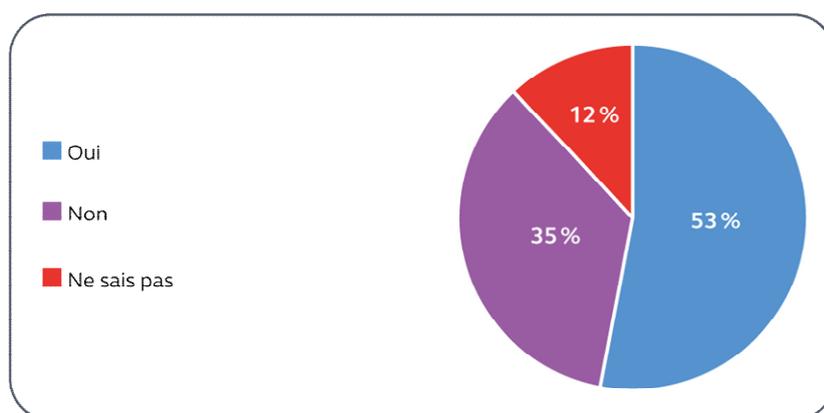
Ces initiatives n'ont pas émergé avec le moratoire. Elles sont à l'œuvre depuis plusieurs années. En Île-de-France, l'ARS tente ainsi, aux côtés des conseils départementaux et des MDPH, « *de juguler les pratiques de sélection adverse de certains ESMS au détriment des situations les plus complexes* » et de faire évoluer leurs pratiques d'admission. Pour l'agence, ces évolutions passent par exemple par la priorisation globale des admissions en ESMS au niveau d'un territoire, afin que les situations les plus complexes ne restent pas sans solution.

⁵⁹ La RAPT est une démarche destinée à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement pour les enfants ou les adultes en situation de handicap, afin d'éviter toute rupture dans leur parcours. L'objectif est de proposer une réponse individualisée à chaque personne dont la situation le nécessite

⁶⁰ La « Communauté 360 » est un guichet unique qui apporte une réponse personnalisée aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants sans solution ou ayant besoin d'être accompagnés au quotidien et dans leur environnement de vie ordinaire. Il met en relation les appelants directement avec un professionnel de la communauté de son département qui écoute, informe, oriente ou coordonne des professionnels près de chez eux pour leur apporter des solutions adaptées.

Une majorité des départements interrogés (14 sur 26) confirme que la limitation des capacités d'accueil en Wallonie a conduit les ESMS de proximité à accepter, plus qu'auparavant, des personnes dans des situations difficiles.

Graphique n° 6 : le moratoire a-t-il conduit les ESMS de votre département à accepter des situations plus complexes ?



Source : réponses des départements au questionnaire en ligne (26 répondants)

B - Un effet levier sur l'implication financière des départements

Le financement de solutions complémentaires par des crédits de l'assurance maladie a également eu un effet de levier sur les financements accordés par les départements.

Le partage de compétences entre ces derniers et les ARS, sur les foyers d'accueil médicalisé et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), suppose en effet des concours financiers conjoints pour la création de nouvelles places.

Les solutions avec financements croisés ont donc été majoritaires. En accordant une enveloppe de 90 M€, l'État a créé une dynamique qui a poussé les départements des trois régions à engager des crédits supplémentaires dans le champ du handicap.

En Île-de-France par exemple, la participation des départements représentait 45 % des solutions nouvelles mises en œuvre au 31 décembre 2022, et même 52 % dans les Hauts-de-Seine, où la contribution du département a dépassé celle de l'ARS.

C - Des solutions alternatives encore insuffisantes

Tous plans confondus, les ARS ont été destinataires de près de 170 M€ depuis 2016 pour prévenir les départs de personnes en situation de handicap en Wallonie, organiser les retours, gérer les situations critiques ou déployer des solutions alternatives. Au 31 décembre 2023, ces crédits n'avaient été consommés qu'à hauteur de 64 %.

L'analyse des projets financés à la suite du moratoire de 2021 montre par ailleurs qu'une part relativement faible porte sur la création de places en hébergement à temps complet. Il en résulte une certaine inadéquation entre les solutions mises en œuvre et les profils des partants en Belgique. En conséquence, les personnes restant sans solution n'ont pas disparu.

1 - Une répartition de la dotation qui ne correspond pas aux flux départementaux

Le financement de solutions alternatives⁶¹ vise à prévenir les départs en Belgique, en proposant une offre nouvelle de proximité. Dans cette perspective, il aurait semblé pertinent d'adapter l'octroi de crédits au flux réel des départs annuels vers la Belgique non seulement au niveau régional mais également, au sein des régions, lors de la répartition départementale.

Entre 2018 et 2020, l'Île-de-France a représenté 57 % des départs annuels vers la Belgique, soit la part de la dotation qu'elle a perçue (51 M€). L'ARS Hauts-de-France a perçu 30 % de la dotation alors que la région représentait 27 % du total des départs. De son côté l'ARS Grand Est a perçu 3 % de moins (14 %) que son poids réel dans les départs (17 %).

Si la répartition de la dotation entre les trois régions a donc été à peu près conforme à leur poids respectif dans les départs annuels, elle ne différencie pas des situations pourtant peu comparables ainsi qu'évoqué précédemment⁶².

⁶¹ Le chiffrage du nombre de solutions que les pouvoirs publics souhaitent financer est incertain : 2 500 selon la réponse de la DGCS, 1 000 places selon le dossier de presse de la Conférence nationale du handicap du 11 février 2020, 1 700 dans l'annexe 7 du PLFSS 2024.

⁶² Solution historique de proximité en prolongement de l'offre domestique à certains endroits ; réponse d'urgence et par défaut ailleurs, compte tenu de la faiblesse du taux d'équipement local.

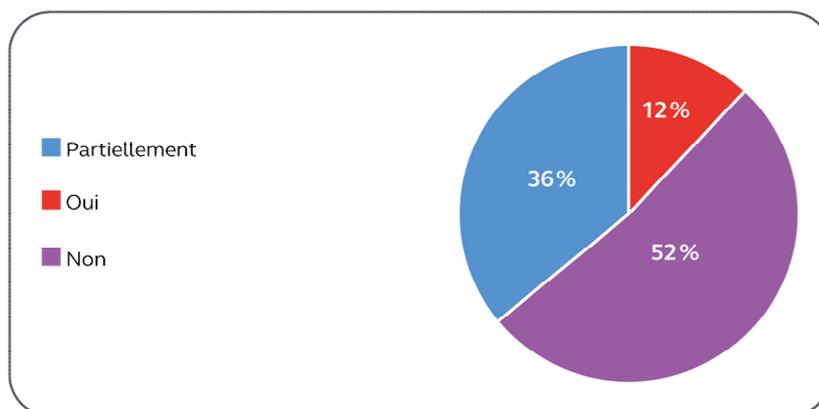
Les modalités d’attribution des crédits au sein d’une même région suscitent également des questions. Ainsi la répartition entre départements franciliens paraît-elle en fort décalage avec leurs besoins réels.

Les Hauts-de-Seine ont ainsi bénéficié d’un financement sur l’enveloppe moratoire de 5,8 M€, pour 120 départs annuels en moyenne entre 2018 et 2020, soit une enveloppe sensiblement supérieure à celle consacrée à la Seine-Saint-Denis (4,7 M€), qui a enregistré plus du double de départs annuels en moyenne (271). La dotation pour les Hauts-de-Seine est aussi trois fois plus importante que celle destinée à l’Essonne (1,8 M€), où a pourtant été décompté près d’un tiers de départs annuels en plus (197).

Dans les Hauts-de-France, la répartition des moyens s’est faite sur la base du poids démographique de chaque département dans l’ensemble régional, après un arbitrage concerté avec les conseils départementaux plutôt qu’en fonction du nombre réel de départs. Un département peuplé mais peu touché par les départs sera dès lors proportionnellement mieux doté qu’un département plus faiblement peuplé mais très concerné par les séjours en Wallonie.

Les départements interrogés ont une appréciation mitigée de l’adéquation entre le volume des solutions nouvelles et celui des départs annuels en Belgique que celles-ci sont censées éviter. Deux départements seulement estiment que le volume de solutions financées est en rapport avec les besoins quand neuf trouvent que c’est partiellement le cas et 13 répondent par la négative.

Graphique n° 7 : les solutions nouvelles financées dans le cadre du moratoire vous paraissent-elles en adéquation avec le volume annuel moyen des départs en Belgique ?



Source : réponses des départements au questionnaire en ligne (24 répondants)

Un plan de création de 50 000 solutions supplémentaires à horizon 2030 a été annoncé lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) d'avril 2023. Doté de crédits prévisionnels à hauteur de 1,5 Md€, il doit être l'occasion de repenser l'allocation infrarégionale des crédits afin d'aider prioritairement les départements en grande difficulté.

2 - Une sous-consommation des crédits et une mise en œuvre tardive des solutions

Les ARS ont disposé depuis 2016 de 169,5 M€ pour développer des solutions en faveur des personnes déjà parties en Wallonie ou susceptibles d'y partir.

En effet, avant même l'attribution d'une enveloppe de 90 M€ liée au moratoire, des crédits avaient été délégués pour la mise en œuvre de plans de prévention des départs ou de retours de Belgique ou encore de gestion des situations critiques⁶³. Ces plans ont eu des effets limités sur le nombre de départs et les crédits n'ont pas été intégralement consommés.

De la même façon, les crédits accordés dans le cadre du moratoire adultes de 2021 présentent une sous-consommation importante, ce que peut en partie expliquer leur caractère encore plus récent. Cette situation accentue néanmoins le décalage temporel entre la mise en œuvre de la mesure de contingentement des départs et la disponibilité effective des nouvelles solutions.

a) Des crédits anciens destinés à la prévention des départs insuffisamment consommés

Depuis 2016, des crédits ont été délégués aux ARS afin de proposer des réponses aux personnes ou aux familles sans solution :

- plan de prévention des départs non souhaités en Belgique : 30 M€ ;
- enveloppe « retours de Belgique » : 4,6 M€⁶⁴ ;
- gestion des situations critiques : 45 M€ entre 2019 et 2022.

⁶³ Ces situations critiques sont celles de demandeurs dont les profils correspondent fréquemment aux personnes parties en Belgique.

⁶⁴ Délégués aux ARS au titre de la fermeture d'un établissement (3,4 M€) et pour la fin du conventionnement d'un autre (1,2 M€).

Au total, les ARS ont disposé de fonds importants, tantôt pour mettre en œuvre des actions préventives, tantôt pour organiser concrètement le retour en France de personnes déjà parties. Selon les cas, toutes les ARS ou seules les plus concernées étaient attributaires de ces fonds.

L'examen de la consommation de ces crédits montre la lenteur de mise en œuvre des actions financées : au 31 décembre 2023, les trois-quarts de ces enveloppes représentant un montant total de 79,5 M€ avaient été consommés, soit 60 M€. 19 M€ restaient disponibles, principalement sur les enveloppes « retours » et « situations critiques ».

Tableau n° 3 : consommation des crédits au 31 décembre 2023 pour la prévention des départs, les retours ou les situations critiques

<i>Crédits délégués</i>	Prévention Belgique	Retours Belgique	Situations critiques
<i>Grand Est</i>	3 100 000 €	1 263 305 €	1 500 000
<i>Hauts-de-France</i>	7 700 000 €	2 183 612 €	3 600 000
<i>Île-de-France</i>	7 400 000 €	658 749 €	3 500 000
<i>Autres régions</i>	11 800 000 €	453 862 €	36 400 000
Total	30 000 000 €	4 559 528 €	45 000 000 €
<i>Crédits consommés</i>	Prévention Belgique	Retours Belgique	Situations critiques
<i>Grand Est</i>	3 100 000 €	738 635 €	1 269 793 €
<i>Hauts-de-France</i>	7 320 000 €	1 843 425 €	3 250 244 €
<i>Ile-de-France</i>	6 464 173		3 202 186 €
<i>Autres régions</i>	11 523 421	350 941 €	21 038 153 €
Total	28 407 594 €	2 933 001 €	28 760 376 €
Taux de consommation	95 %	64 %	64 %

Source : Cour des comptes d'après données de la CNSA

Selon la CNSA, la totalité des enveloppes devrait être consommée d'ici 2027, soit plus de dix ans après leur attribution.

b) Une consommation des crédits « moratoire » à hauteur de 54 % en fin d'année 2023

Les 90 M€ prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ont été délégués en trois phases entre 2020 et 2022.

Le suivi de la consommation des enveloppes, réalisé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, montre qu'au 31 décembre 2023, seuls 48 M€ avaient été consommés, soit 54 % de l'enveloppe totale. Des écarts entre les trois régions sont constatés. L'Île-de-France n'a consommé que la moitié de son enveloppe (51 M€), les Hauts-de-France 57 % (des 26,5 M€ alloués) et Grand Est 63 % (sur un total de crédits de 12,4 M€).

Les raisons de cette sous-consommation sont multiples : appels à manifestation d'intérêt restés infructueux et relancés tardivement, difficultés à mobiliser du foncier pour la création de nouveaux établissements⁶⁵, rareté des opérateurs ou faible implication dans des projets nouveaux, abandon de projets initialement retenus. La question de la capacité des départements à accompagner l'effort de l'État a pu également se poser, en fonction de leurs priorités et/ou de leur situation financière.

Ce constat fait craindre que, à défaut d'un changement substantiel de pratiques, les mêmes obstacles ne surviennent lors de la prochaine allocation de fonds au titre des « 50 000 solutions », avec les mêmes conséquences.

D - Des solutions qui ne répondent qu'en partie aux besoins des demandeurs

Même si, quantitativement, les centaines de solutions nouvelles financées dans le cadre du moratoire constituent une avancée positive, qualitativement en revanche, rien n'assure qu'elles répondent précisément aux besoins.

1 - Une moitié des solutions en établissement

Sur les 1 800 solutions recensées 51 % concernent les établissements, avec des variations selon les régions.

Le tableau ci-dessous donne la répartition des solutions mises en œuvre dans les trois régions concernées. L'Île-de-France apparaît notamment plus en difficulté pour faire émerger des solutions en établissement.

⁶⁵ Le projet de construction dans l'Oise d'un foyer d'accueil médicalisé de 35 places pour personnes âgées de plus de 45 ans souffrant d'un handicap psychique sévère pour le compte de la ville de Paris souligne l'impasse dans laquelle se trouve certains départements.

Tableau n° 4 : répartition des solutions dans les trois régions entre services et établissements

<i>Régions</i>	Services	Accueils en établissement	Accueils en établissement / total solutions
<i>Grand Est</i>	57	170	75 %
<i>Hauts-de-France</i>	294	310	51 %
<i>Île-de-France</i>	560	451	45 %

Source : Cour des comptes d'après données des ARS

Cette répartition est cependant trompeuse. De nombreuses solutions en établissement portent sur des accueils autres que de l'hébergement permanent (ex : accueil de jour, accueil temporaire, accueil d'urgence, maisons d'accueil spécialisé ou foyers d'accueil médicalisé hors les murs, externalisés ou à domicile, etc.).

En Seine-Saint-Denis par exemple, seuls 45 % des 131 solutions en établissement relèvent de l'hébergement permanent comme le montre le tableau ci-dessous. La forte demande d'accueils permanents a d'ailleurs conduit récemment le conseil départemental et l'ARS à transformer certaines places d'accueil temporaire en places d'accueil permanent.

Tableau n° 5 : poids de l'hébergement permanent dans les solutions en établissement en Île-de-France

<i>Département</i>	Total solutions relevant d'un accueil en établissement	Part des solutions relevant d'un hébergement permanent
<i>Seine-Saint-Denis</i>	131	45 %
<i>Hauts-de-Seine</i>	126	87 %
<i>Paris</i>	58	84 %
<i>Val-d'Oise</i>	52	52 %
<i>Val-de-Marne</i>	30	73 %
<i>Seine-et-Marne</i>	28	4 %
<i>Essonne</i>	26	100 %

Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Île-de-France

2 - Un nombre élevé de places offertes dans des services

49 % des solutions financées grâce à l'enveloppe « moratoire » consistent en des solutions en faveur des personnes vivant à domicile⁶⁶, des augmentations de files actives d'équipe mobiles, des places en habitat inclusif ou accompagné, etc.

Tableau n° 6 : détail des places de services déployées dans les trois régions

	Samsah-Dasmo	SAVS	Spasad	Espo
<i>Grand Est</i>	57			
<i>Hauts-de-France</i>	284	10		
<i>Île-de-France</i>	303	10	70	12
Total	644	20	70	12

Source : Cour des comptes d'après données des ARS

Ces créations répondent à une véritable tension sur l'offre de services et à un retard français en la matière.

Néanmoins, un service est rarement suffisant pour les profils de personnes qui partent en Belgique, tout particulièrement les cas complexes. Parmi les 274 dossiers étudiés, toutes les situations nécessitaient un accueil à temps complet. Il y a donc un décalage entre la nature des solutions envisagées et les besoins des partants. Cette analyse est confirmée par les réponses des départements interrogés parmi lesquels un seul estime que les solutions nouvelles correspondent au profil des personnes qui partent en Wallonie. À l'inverse, 42 % jugent que ce n'est pas le cas et 54 % que ces solutions ne sont que partiellement adaptées.

⁶⁶ Notamment : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) ; service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ; dispositif d'accompagnement et de soins en milieu ordinaire (Damsa) ; service polyvalent d'aide et de soins à domicile (Spasad) ; établissement et service de pré-orientation (Espo).

L'analyse partagée d'une inadéquation entre les profils et les solutions⁶⁷

« Les besoins des personnes accueillies en Belgique relèvent d'une prise en charge psychiatrique et à temps plein, en décalage avec la logique de transformation de l'offre visant à développer les services ambulatoires et à favoriser le virage domiciliaire » (Collectivité européenne d'Alsace) ;

« Beaucoup de places ont été créées en Samsah alors que le besoin porte davantage sur de l'internat notamment pour des profils (orientation Fam et Mas) assez lourds » (Hauts-de-Seine) ;

« Les personnes orientées en Belgique recherchent des places avec hébergement or les solutions nouvelles ne répondent pas à ce besoin » (Yvelines) ;

« L'accompagnement du SAVS ne répond pas forcément aux besoins. Les solutions à domicile restent fragiles et pas adaptées à des personnes avec des troubles sévères ou qui ont toujours connu l'institutionnalisation » (Oise) ;

« La désinstitutionnalisation, le virage domiciliaire avec l'habitat inclusif, la C360, ne sont pas des solutions adaptées aux besoins des publics orientés vers la Belgique » (Ardennes) ;

« Les personnes qui partent en Belgique ont besoin de places « en dur », et souvent en internat, parfois 365 jours/an. Les solutions financées dans le cadre du moratoire sont appelées « solutions » justement car elles sont souvent plutôt des accompagnements en externat, ou même à domicile » (Val-de-Marne).

3 - Des publics sans solution en raison du moratoire

Pour une majorité des départements interrogés, le moratoire a eu pour effet d'augmenter le nombre de personnes sans solution ou a contribué à la mise en place de solutions fragiles et non pérennes⁶⁸.

⁶⁷ Verbatims issus de la consultation en ligne des départements des régions Grand Est, Hauts-de-France et Île-de-France.

⁶⁸ Des maintiens en établissement pour enfants, la poursuite de l'hospitalisation notamment en psychiatrie, un accueil temporaire dérogatoire (+ 90 jours), le maintien au domicile avec une augmentation de la prestation de compensation du handicap (parfois de plus de 6 heures/jour), etc.

Les difficultés décrites par les départements ont été observées dans les dossiers examinés par un groupe opérationnel de synthèse (Gos)⁶⁹ en Île-de-France en juin 2023.

Décisions d'orientation en Belgique post moratoire

Neuf dossiers de première orientation en Wallonie ont été examinés. Tous concernaient des situations lourdes et complexes, de demandeurs en rupture ou en risque de rupture d'accompagnement à brève échéance.

Les trois exemples présentés ci-dessous soulignent le décalage entre les solutions nouvelles adoptées dans le cadre du moratoire et les besoins des personnes concernées.

Le premier concerne un jeune homme présentant un trouble du spectre autistique. Après un suivi en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP⁷⁰) et un début de scolarisation de quelques demi-journées avec une auxiliaire de vie scolaire, il a été admis dans un institut médico-éducatif en internat séquentiel (séjours répétés de courte durée, dans la limite de 90 jours par période de 12 mois). Il a ensuite intégré le service Passerelle de cet IME (pour les jeunes de 18 à 25 ans). Maintenu dans l'établissement pour enfant (amendement Creton) il dispose d'une orientation vers une maison d'accueil spécialisée. Il vit chez ses parents. Son père s'occupe des déplacements aux différents rendez-vous, de l'administratif, des soins médicaux, etc. Souffrant, ce dernier reste plusieurs semaines sans pouvoir marcher. Le père refuse des soins nécessitant son hospitalisation pour s'occuper de son fils.

Le deuxième exemple porte sur un jeune homme souffrant de troubles envahissants du développement avec syndrome autistique. Pris en charge dès ses trois ans en consultation au centre médico-psychologique, il a été suivi en service d'éducation spéciale et de soins à domicile pendant quatre ans, puis en externat médico-pédagogique. Alternant retours à domicile et hospitalisation en psychiatrie, il a été suivi par l'aide sociale à l'enfance et a bénéficié d'un contrat de jeune majeur. Accompagné par un service d'aide à domicile spécialisé, il était, au moment du Gos, en accueil temporaire dans une maison d'accueil spécialisée. Il vit avec sa mère, son

⁶⁹ Lorsqu'une orientation notifiée par la MDPH ne peut être mise en œuvre immédiatement, une réponse alternative est formalisée dans un plan d'accompagnement global (Pag). La MDPH peut également mobiliser les professionnels et les institutions concernés ou susceptibles d'apporter des réponses dans un Gos, chargé d'élaborer ou modifier le Pag.

⁷⁰ Les CATTP sont des lieux de soins, d'expression et de rencontres, intermédiaires entre l'hôpital de jour et le centre médico-psychologique. C'est une alternative à l'hospitalisation qui s'adresse aux usagers en santé mentale qui vivent chez eux.

père est décédé quand il avait neuf ans. Les recherches d'établissement sont restées infructueuses en France (une vingtaine de candidatures et autant de refus).

Le troisième exemple a trait à un jeune enfant présentant un polyhandicap associé à une déficience auditive, neurologique et cognitive. Non mobile, il utilise un fauteuil roulant avec harnais et déambulateur. Il est également appareillé par un corset. Il est totalement dépendant pour les actes de la vie quotidienne. Scolarisé 2 heures par jour en grande section maternelle avec un accompagnant d'élève en situation de handicap individuel, il est suivi par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile et pris en charge par un kinésithérapeute, un ergothérapeute et une psychomotricienne. En 2022, il a bénéficié d'un accueil temporaire dans un établissement et un service pour enfants et adolescents polyhandicapés et, en 2023, dans un institut médico-éducatif. Il vit avec sa mère et son frère aîné. Sa mère ne peut travailler au vu du peu de temps de prise en charge et de scolarisation de son fils. La famille vit au 2^{ème} étage sans ascenseur. Sa mère est contrainte de le porter sur son dos dans les escaliers. Les nombreuses recherches d'établissements en France sont restées infructueuses.

Ces dossiers ont été examinés au printemps 2023, soit près de deux ans après l'entrée en vigueur du moratoire et le début du déploiement des solutions alternatives. Ils permettent de comprendre les raisons pour lesquelles des familles demeurent tentées par une solution en Wallonie. Tous les dossiers se caractérisent par des prises en charges discontinues, des ruptures institutionnelles (liées à une limite d'âge, au type d'autorisation, etc.) ou résultant des troubles des demandeurs. Aucune solution stable et pérenne ne leur a été proposée et toutes les formes d'accompagnement mises en œuvre apparaissent fragiles. Elles reposent en grande partie sur la disponibilité (totale le plus souvent) des aidants.

Si le développement d'une offre de service peut offrir un parcours alternatif à certains demandeurs, le besoin de places en établissement demeure pour un grand nombre d'entre eux et l'effort d'équipement à fournir reste élevé.

Dans ces conditions, l'offre wallonne ne pourra que continuer à être mobilisée le temps que la tension se réduise sur l'offre française grâce à la création de nouvelles places. La forte implication des acteurs en vue de la création rapide de places en France doit dès lors s'accompagner d'une assurance renforcée quant à la qualité de l'offre wallonne.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le moratoire de 2021 n'est pas la première tentative de maîtrise des flux vers la Belgique par les pouvoirs publics français. Les plans de prévention précédents ont eu peu d'effets et n'ont pas empêché une augmentation constante du nombre de ressortissants français accueillis dans les établissements wallons. De ce point de vue, le contingentement des places finançables par l'assurance maladie française, dans une enveloppe fermée et un nombre limité de places, porte un coup d'arrêt à un développement non maîtrisé.

Cette limitation de l'expansion de l'offre s'accompagne d'un plan en vue de la création de solutions alternatives dans les trois régions principalement concernées, assorti de 90 M€ de crédits. C'est dans ce plan que résident pour l'essentiel les faiblesses du moratoire. L'enquête a en effet mis en évidence le décalage temporel entre les demandes de départs et la mise en œuvre effective des solutions, la lenteur de réalisation des projets et l'inadéquation de certains d'entre eux aux besoins des demandeurs.

À l'occasion de la Conférence nationale du handicap d'avril 2023 un plan de création de 50 000 solutions nouvelles a été annoncé pour un montant estimé à 1,5 Md€. Ce plan est l'occasion de calibrer et de concevoir l'allocation des crédits de façon différente des plans précédents. Il devrait en particulier permettre d'adapter les dispositifs à la situation particulière de l'Île-de-France, tout particulièrement confrontée aux départs en Wallonie.

En conséquence, la Cour recommande de :

- 4. Allouer les crédits du plan « 50 000 solutions » selon une logique de rattrapage en faveur des départements les moins bien dotés en établissements et services médico-sociaux (ministère du travail, de la santé et des solidarités, CNSA, agences régionales de santé).*
-

Chapitre III

Une offre d'accueil en Wallonie

favorisée par un cadre normatif

plus souple

Après des débuts sous l'égide des congrégations religieuses (cf. chapitre I), le secteur de l'hébergement de personnes en situation de handicap en Wallonie s'est progressivement structuré, après la Seconde Guerre mondiale, avec une moindre implication des congrégations et la constitution d'associations d'inspiration chrétienne.

Dans les années 1960-70, des services dits « gigognes », où sont accueillis indifféremment des Belges et des Français, ont été créés. Cohabitent ainsi différents types de structures au sein desquelles les ressortissants français sont tantôt majoritaires, tantôt minoritaires. Malgré la définition progressive d'un cadre réglementaire spécifique à chaque type d'établissements, une certaine perméabilité persiste en 2024 permettant à des Belges comme à des Français d'être hébergés dans l'une ou l'autre catégorie d'établissements.

I - D'un régime d'autorisation à un régime d'agrément, une évolution réglementaire sur 20 ans

Les évolutions réglementaires successives peuvent être découpées en trois phases :

- la première a distingué les établissements agréés et subventionnés par la région wallonne des structures simplement autorisées à fonctionner ;
- la deuxième étape a identifié, parmi ces structures « autorisées », les établissements accueillant majoritairement des ressortissants belges afin d'en renforcer le cadre normatif ;
- la troisième phase, enfin, a assujéti la catégorie la moins encadrée, celle accueillant des ressortissants étrangers (*de facto* français), à une procédure d'agrément, plus contraignante que la précédente autorisation de fonctionner.

A - Un développement conditionné par les évolutions réglementaires successives

1 - Un régime d'autorisation pour les établissements non subventionnés

Un décret du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées a organisé le secteur du handicap en Wallonie. Il a créé l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (Awiph devenue Aviip en 2016) et distinguait deux types de services :

- les services agréés ou agréés et subventionnés par l'Awiph, publics ou privés ;
- les personnes morales ou physiques autorisées à prendre en charge, à titre onéreux, des personnes handicapées. Ces services dits de « l'article 29 » ne sont ni agréés ni subventionnés. Ils ont le droit d'héberger des personnes en situation de handicap moyennant une autorisation préalable délivrée par l'agence⁷¹.

⁷¹ Avis du Conseil d'État de Belgique du 10 août 1994 sur l'avant-projet de décret : « il est loisible à quiconque d'héberger des personnes handicapées "de façon principale et à titre onéreux", grâce à la liberté du commerce et de l'industrie. Seul l'octroi de subventions officielles va de pair avec les obligations de solliciter un agrément et de se soumettre à des contrôles ».

En 1997, la Wallonie a mis en place un moratoire sur la création de places agréées et subventionnées, destinées à l'accueil de ses ressortissants. L'impossibilité de créer de nouvelles places subventionnées a alors incité les promoteurs et gestionnaires à présenter des dossiers sur le fondement de l'article 29 à destination des Belges comme des Français.

Deux arrêtés sont ensuite venus préciser les conditions d'application du décret de 1995.

Le premier de 2001⁷², dit arrêté APC (autorisation de prise en charge), a instauré des normes de fonctionnement minimales pour les établissements accueillant des assurés wallons comme français, normes relatives à la sécurité plus qu'à la qualité.

Si le dossier de demande était complet, l'autorisation de prise en charge était accordée automatiquement pour une période de trois ans. Les demandes d'autorisation de nouveaux établissements sous le régime de l'APC sont alors devenues de plus en plus nombreuses.

Le second arrêté, en 2004⁷³, a introduit une différence majeure entre les établissements APC selon qu'ils accueilleraient majoritairement des Belges ou des Français. Il a instauré un agrément pour les APC accueillant au moins 75 % de Belges et les a assimilés en partie aux établissements agréés et subventionnés du décret de 1995 sans toutefois leur accorder de subvention. Est ainsi apparue une nouvelle catégorie d'établissements : les services agréés non-subventionnés ou partiellement subventionnés (San-Saps).

Cette réforme a eu pour effet de circonscrire le périmètre des établissements APC, régis par des normes de sécurité et d'hygiène, aux services accueillant majoritairement un public français.

2 - La tentative d'encadrement de 2009

Le régime APC, applicable depuis 2004 aux seuls établissements accueillant majoritairement des Français, a été modifié en 2009⁷⁴. Une norme d'encadrement en personnel éducatif a alors été fixée à 0,6 ETP par résident, correspondant à la moyenne d'encadrement des services financés par l'Awiph.

⁷² Arrêté du 23 mai 2001 relatif à l'intégration des personnes handicapées, concernant l'autorisation de prise en charge de personnes handicapées par des personnes physiques ou morales qui ne sont pas agréées par une autorité publique.

⁷³ Arrêté du 22 avril 2004 relatif aux conditions d'agrément sans subventionnement de services organisant des activités pour personnes handicapées.

⁷⁴ Arrêté du 14 mai 2009 relatif à l'autorisation de prise en charge des personnes handicapées par des personnes physiques ou morales qui ne sont pas reconnues pour exercer cette activité par une autorité publique.

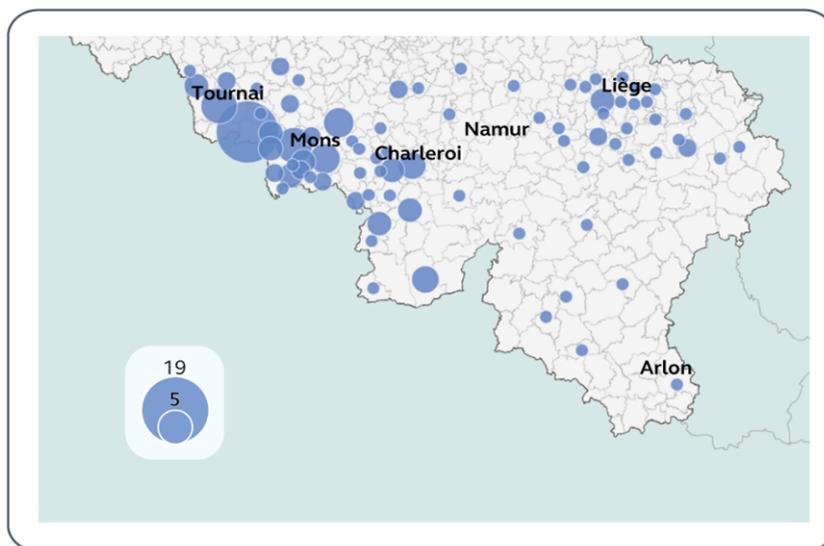
Toutefois, la délivrance de l'autorisation de prise en charge était automatique si l'établissement répondait aux conditions visées par le texte et relatives à la qualification et rôle du directeur et aux règles d'hygiène et de sécurité. De nombreux établissements ont été créés, sous forme lucrative, profitant de ce cadre juridique allégé.

Dès le milieu des années 2010, il est apparu que l'évolution du régime d'autorisation des APC initiée par l'arrêté de 2009 n'était pas suffisante. Les réflexions engagées ont abouti, en 2018, à l'adoption d'une nouvelle réglementation.

3 - Une mise sous tension partielle en 2018

Un arrêté relatif aux « services agréés et financés par une autorité étrangère » (Safaé) a été publié en mai 2018⁷⁵ dans un contexte de forte expansion de cette offre⁷⁶.

Carte n° 2 : implantation des établissements Safaé pour adultes en Wallonie



Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Haut-de-France (153 établissements) et de l'Atlas de Belgique (atlas-belgique.be)

⁷⁵ Arrêté du 13 mai 2018 relatif aux conditions d'agrément des services résidentiels, d'accueil de jour et de soutien dans leur milieu de vie, pour personnes en situation de handicap dont le financement et la décision de prise en charge sont assurés par une autorité publique étrangère.

⁷⁶ L'entité communale de Peruwelz compte ainsi 19 établissements et près de 1 300 places.

La réforme de 2018 s'inscrit dans un contexte d'interpellations médiatiques croissantes :

« Les trop nombreux scandales de maltraitance relayés ces dernières années par la presse nationale et étrangère à propos des conditions d'accueil dans certaines institutions fonctionnant sous le régime de « l'autorisation de prise en charge » en Wallonie, justifient pleinement l'imposition d'un régime d'agrément allant au-delà du régime d'autorisation de prise en charge tel qu'il était envisagé jusqu'ici. Si le souhait est de maintenir l'emploi dans le secteur, il est primordial de prendre ces mesures qui visent à améliorer la qualité de la prise en charge⁷⁷ ».

L'objectif du législateur wallon était ainsi de rapprocher autant que possible les deux réglementations tout en actant que des différences subsisteraient en matière de normes d'encadrement et d'infrastructures.

La réforme de 2018 a introduit différentes évolutions. La norme d'encadrement, qui avait été instaurée en 2009, a été affinée. La norme minimale des prestations du personnel non éducatif a été fixée à 0,15 ETP par personne hébergée⁷⁸. La présence minimale pour le personnel d'encadrement éducatif de 0,6 ETP a été conservée, sans que l'effectif ne puisse être globalement inférieur à six ETP. Le ratio d'encadrement en personnel éducatif dans un service résidentiel pour adultes subventionné par l'AviQ s'établit dans une fourchette qui se situe entre 0,46 et 0,77 ETP.

L'arrêté de 2018 a également instauré l'obligation de rédiger un projet institutionnel. Des normes d'accessibilité ont été fixées. Des règles relatives aux infrastructures ont été imposées dans le cadre de tout nouveau projet. Dans une perspective de désinstitutionalisation et de changement de modèle, la taille des sites a été limitée. Les structures doivent s'organiser en « unités de vie » de 10 personnes maximum. Les locaux d'activités doivent être situés en dehors des unités de vie.

Les structures déjà en activité à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté ont été automatiquement agréées. Les nouvelles normes relatives aux infrastructures ne leur sont réglementairement pas applicables. Seules en relèvent les créations d'établissements *ex nihilo* et les constructions nouvelles dans un ancien service assorties d'une évolution de l'agrément.

⁷⁷ Rapport au Gouvernement wallon en vue de l'adoption de l'arrêté Safaé (source : Conseil d'État de Belgique, section de législation, avis 63.282/4 du 2 mai 2018 ; www.raadvst-consetat.be).

⁷⁸ Il n'y a pas de norme d'encadrement pour les personnes en situation de handicap en droit français. Le code de l'action sociale et des familles se contente de prévoir une obligation de pluridisciplinarité des équipes (cf. par exemple l'article D. 344-5-13 pour les Mas).

Hormis ces cas de figure, les établissements déjà en fonctionnement en 2018 n'ont pas d'obligation juridique à appliquer les nouvelles prescriptions en matière d'infrastructures⁷⁹.

Cette absence d'application des nouvelles normes architecturales aux bâtiments déjà construits s'explique principalement par l'importance du coût qui en résulterait pour la région wallonne⁸⁰.

Or, les constats de vétusté ou d'inadaptation des locaux sont mentionnés de façon récurrente dans les rapports d'inspections conjointes (cf. *infra*).

Depuis 2018, les services agréés et financés par une autorité étrangère ne sont donc plus soumis à une autorisation mais à un agrément⁸¹. Le porteur de projet doit être une personne morale de droit public ou privé belge. La demande d'agrément est précédée d'une demande d'accord de principe (sur la base notamment d'un projet de service et d'un règlement d'ordre intérieur) délivrée par l'Aviq. La demande d'agrément est instruite dans un second temps. La décision d'agrément est prise par le ministre, pour une période d'une à trois années. L'attribution d'un agrément à durée indéterminée n'intervient qu'après une évaluation par l'agence.

Le graphique ci-dessous met en évidence l'impact des modifications réglementaires exposées dans le rapport sur les créations d'établissements. Apparaissent ainsi :

- un pic de créations de services agréés non subventionnés après la publication de l'arrêté de 2004 (15 créations en 2004) ;
- une augmentation du nombre de Safaé⁸² entre 2010 et 2017 (création de 90 nouvelles structures) ;
- le « coup de frein » induit par l'arrêté de 2018 (12 créations entre 2018 et 2021) ;
- l'arrêt des créations de Safaé après le moratoire (aucune création en 2022 et 2023).

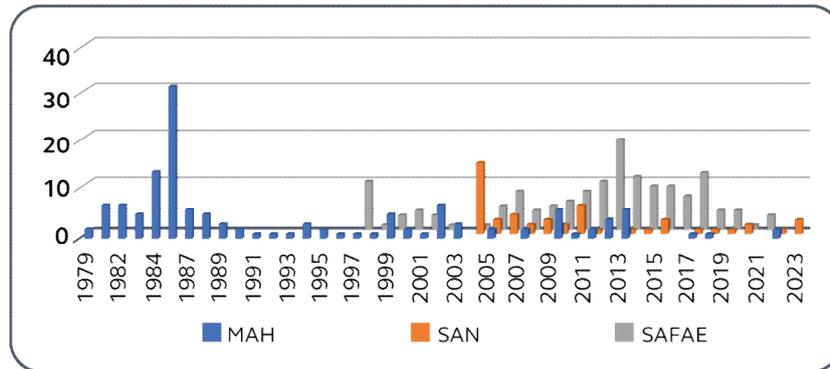
⁷⁹ Extrait d'un rapport de suivi d'échéancier de juin 2023 : « L'objectif étant de créer un 3^{ème} groupe de vie dans des locaux plus adaptés (dont des chambres individuelles). Il est à préciser que la société à responsabilité limitée ne prévoit pas de demande d'augmentation de sa capacité agréée, les aménagements effectués sont ainsi soumis à l'ancienne réglementation Safaé concernant l'infrastructure ».

⁸⁰ Rapport au Gouvernement wallon en vue de l'adoption de l'arrêté Safaé précité : « (...) il n'est pas prévu d'appliquer ces dispositions aux structures déjà existantes, le coût qui sera à charge de la région étant bien trop conséquent ».

⁸¹ Le cadre réglementaire des APC existe toujours. Il ne concernerait plus qu'un établissement accueillant deux résidents belges.

⁸² L'appellation « Safaé » étant apparue en 2018, il s'agit des APC qui ont ultérieurement pris cette dénomination.

Graphique n° 8 : évolution des créations d'établissements accueillant des Français en situation de handicap (enfants et adultes)



Source : Cour des comptes d'après données de l'Aviq

Les services agréés et financés par une autorité étrangère (Safaé) présentent la particularité, par rapport aux deux autres catégories, de pouvoir être gérés par des sociétés à but lucratif. Les Safaé sans but lucratif sont cependant majoritaires.

Tableau n° 7 : statut juridique des Safaé (2023)

Libellé	Sigle	Nb	%
Association sans but lucratif	ASBL	85	57,4 %
Société privée à responsabilité limitée	SPRL	50	33,8 %
Société anonyme	SA	11	7,4 %
Société coopérative à responsabilité limitée	SCRL	1	0,7 %
SPRL unipersonnelle	SPRLU	1	0,7 %
Total		148	100 %

Source : Cour des comptes d'après données de l'Aviq

Note : Suite à l'entrée en vigueur du nouveau code des sociétés et des associations (CSA) belge, les SPLR sont devenues des sociétés à responsabilité limitée (SLR) à compter du 1^{er} janvier 2024.

B - Des résidents français et wallons présents dans les trois catégories d'établissements

Trois catégories d'établissements cohabitent ainsi en Wallonie et sont susceptibles d'accueillir aussi bien des Français que des Belges, dans des proportions diverses :

- les services agréés et subventionnés par l'Aviq (MAH⁸³) du décret de 1995, hors établissements de l'article 29. Ils accueillent essentiellement des ressortissants belges, mais un nombre non négligeable d'établissements hébergent également des Français, quelques-uns de façon majoritaire.
- les services agréés par l'Aviq et non (ou partiellement) subventionnés (San/Saps) : ce sont les anciens services de l'article 29 accueillant une majorité de Belges. Ils sont peu nombreux à accueillir des Français.
- les services agréés par l'Aviq mais financés par une autorité étrangère (Safaé) : ce sont aussi des anciens services de l'article 29, soumis à agrément depuis 2018. Ils accueillent la majorité des Français accueillis en Wallonie.

1 - 81 % des Français résident dans les Safaé

5 664 Français adultes en situation de handicap étaient présents dans 139 Safaé en 2022.

Pour assurer la prise en charge d'un résident français disposant d'une orientation médicalisée⁸⁴, les établissements Safaé percevaient jusqu'en 2023 en moyenne 67 616 € pour une orientation Mas⁸⁵ et 55 974 € pour une orientation Fam (dont 31 510 € au titre de la seule participation de l'assurance maladie).

Le tarif journalier versé par l'assurance maladie pour une orientation Mas en Wallonie d'un montant de 185,25 € a été fixé en 2003 sur la base du « *tarif médian des établissements de même nature situés en France* ».

⁸³ Maison d'accueil et d'hébergement.

⁸⁴ Le tarif proposé par les autorités françaises (« prix de journée globalisé ») couvre notamment l'ensemble des frais de pension, les rémunérations des personnels chargés des soins de l'observation de la réadaptation et de l'éducation, les frais de transports quotidiens ainsi que les soins dispensés en rapport avec le handicap.

⁸⁵ Le montant du forfait soins en Mas, financé par la CNSA est de 185,25 € par jour auquel il faut ajouter 20 € de forfait journalier à la charge du résident. Il peut en être exonéré, sous conditions, s'il est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire. Ce forfait peut aussi être pris en charge par certaines mutuelles.

Il est resté gelé de 2003 à 2023. Une revalorisation exceptionnelle de 4 % a été accordée en 2023. Une nouvelle demande de revalorisation a été faite pour 2024.

Dans le même temps, le tarif soin en Mas des établissements français était établi chaque année sur la base d'un taux de revalorisation national. En 2020⁸⁶ le coût moyen d'une place en Mas, en France, s'élevait à 83 291 €. Un écart important s'est ainsi installé progressivement avec le tarif accordé aux établissements wallons. Le forfait soins des orientations en Fam, indexé sur l'évolution du Smic horaire, a évolué en revanche dans les mêmes proportions des deux côtés de la frontière⁸⁷.

Les raisons du gel du forfait soins en Mas pour les établissements wallons ne sont pas clairement établies.

2 - Des assurés wallons également présents dans les services agréés et financés par une autorité étrangère

478 ressortissants belges étaient accueillis en 2023 dans les Safaé, sur convention nominative. Il s'agit de personnes en situation de handicap déclarées prioritaires⁸⁸ et en situation d'urgence⁸⁹, sans solution dans les établissements agréés et subventionnés par la région wallonne.

Le tarif acquitté par l'Aviq pour l'accueil en hébergement à temps complet d'un résident wallon bénéficiant d'une convention nominative au sein d'un Safaé s'élevait en 2023 à 27 295 € sur un an. Il pouvait atteindre, sous certaines conditions, 54 590 € grâce à un mécanisme dit de double tarification⁹⁰.

⁸⁶ Données CNSA.

⁸⁷ Il était de 78,52 € au 1^{er} janvier 2021. Il a été réévalué trois fois depuis lors pour atteindre 86,33 € au 1^{er} janvier 2023. S'ajoute à ce forfait journalier le forfait hébergement, qui est de la compétence des départements. Les montants de ce forfait sont négociés et peuvent être différents d'un département à un autre.

⁸⁸ L'article 1369/76 de l'arrêté de 2018 décrit sept profils prioritaires : 1° paralysie cérébrale, sclérose en plaques, spina-bifida, myopathie ou neuropathie ; 2° déficience intellectuelle profonde ; 3° déficience intellectuelle sévère ; 4° troubles moteurs, dysmélie, poliomyélite, malformation du squelette et des membres avec handicap associé ; 5° troubles envahissants du développement et troubles du comportement associés aux handicaps ; 6° autisme ; 7° lésion cérébrale congénitale ou acquise.

⁸⁹ Le même article décrit trois situations d'urgence : 1° défaut du principal soutien familial ; 2° danger pour l'intégrité de la personne ou de tiers ; 3° exclusions multiples.

⁹⁰ Mis en place en 2016, ce dispositif vise à réduire les inégalités de financement des résidents belges entre services tout en tenant compte des problématiques comportementales aiguës à prendre en charge.

L'arrêté de 2018 fixe des conditions précises et cumulatives pour bénéficier du tarif le plus élevé telles que multiples exclusions, séjours prolongés en structures psychiatriques, troubles graves du comportement, pathologies multiples, besoin de surveillance permanente, active et soutenue.

Cohabitent ainsi au sein des mêmes unités, des résidents wallons dont le séjour est financé par l'Aviq (convention nominative), des résidents français dont le séjour est pris en charge intégralement par l'assurance maladie (orientation Mas), d'autres financés conjointement par l'assurance maladie et par un département (orientation Fam). Le séjour d'autres résidents peut être financé exclusivement par un département s'ils bénéficient d'une orientation en foyer de vie. L'établissement d'accueil perçoit autant de tarifs différents.

3 - Dans les maisons d'accueil et d'hébergement, des profils plus divers et une grande variété de tarifs

Des résidents français sont également accueillis dans les MAH (1 300 Français répartis dans 50 établissements fin 2022) et de façon plus minoritaire dans les San (50 Français répartis dans 12 établissements à la même date).

Certaines MAH, tout en ayant conservé ce statut d'établissements agréés et subventionnés wallons, hébergent en réalité une majorité ou quasi exclusivement des ressortissants français. 38 d'entre elles sont ainsi autorisées par l'Aviq à accueillir 50 % et plus de Français sur leurs places agréées.

Ces établissements perçoivent les mêmes tarifs que les Safaé pour l'accueil d'un Français bénéficiant d'une orientation médicalisée. Toutefois, les français accueillis dans des MAH sont aux trois-quarts orientés en foyers de vie, financés exclusivement par les départements. Ils proviennent de 35 départements qui tarifient les séjours chacun de façon différente⁹¹.

À la demande de la commission mixte chargée du suivi de l'accord-cadre de décembre 2011, une étude comparative sur l'intensité de subventionnement de la prise en charge par les établissements wallons

⁹¹ Au sein d'un même département, plusieurs tarifs peuvent être appliqués selon les établissements ou les personnes accueillies.

a été réalisée en janvier 2024⁹². Ayant pour objectif principal d'illustrer les éventuels écarts constatés entre l'évolution des coûts et celle des moyens octroyés, elle n'a toutefois pas été concluante, faute notamment d'avoir pu analyser la situation des Safaé⁹³.

Afin de lever toutes les ambiguïtés sur l'adéquation des tarifs aux prises en charge proposées et aux besoins des personnes accueillies, la Cour invite les autorités tarifaires françaises à réaliser une nouvelle étude visant à évaluer et à expliciter le niveau de tarification consenti pour l'accueil des résidents Français disposant d'une orientation médicalisée, en fonction des charges effectivement supportées par les établissements wallons.

II - Un secteur dynamique aux modalités de fonctionnement singulières

L'offre d'hébergement des adultes en situation de handicap présente en Wallonie des différences sensibles avec celle des établissements français. Secteur d'activité dynamique, les emplois qu'il procure ne sont pas exactement les mêmes qu'en France. Les infrastructures n'apparaissent pas toujours adaptées à ces missions.

A - Une activité pourvoyeuse d'emplois moins médicalisés qu'en France

1 - De nombreux emplois directs

L'hébergement de Français en situation de handicap constitue une activité économique importante pour la région wallonne. Selon les données du cadastre de l'emploi, renseigné par la plupart des établissements et adressé à l'Aviq, les Safaé employaient, en 2022, au moins 4 635 ETP. Si l'on ajoute à cet effectif celui des huit MAH autorisées à accueillir plus de 80 % de Français, soit 725 ETP supplémentaires en fonction dans le secteur, le total des emplois directs affectés à cette activité atteint 5 360 ETP.

⁹² Les personnes françaises en situation de handicap hébergées en Belgique : analyse comparative de l'évolution des subventions belges et françaises, janvier 2024.

⁹³ Alors qu'un panel de neuf établissements (trois sur le secteur enfants et six sur le secteur adultes) dont deux Safaé a été sélectionné, l'étude n'a finalement porté que sur les MAH du fait de données manquantes provenant du CNSE et de certains départements.

Le personnel éducatif⁹⁴ des Safaé représente 65 % des effectifs totaux (3 007 ETP). Les personnels infirmiers⁹⁵ titulaires sont peu nombreux (126,7 ETP) soit 2,7 % des effectifs. Les autres professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, etc.) représentent également 2 %. Des conventions sont souvent passées par les établissements avec des cabinets ou des professionnels libéraux de leur secteur.

Le détail des effectifs d'éducateurs met en évidence une qualification différente du personnel des Safaé et des MAH. 48 % des éducateurs dans les MAH sont de niveau 1⁹⁶, et 25 % dans les Safaé. Les éducateurs de classe 3⁹⁷ sont, à l'inverse, proportionnellement plus nombreux dans les Safaé que dans les MAH (17 % contre 9 %). Les chefs de groupe ou chefs éducateurs sont également davantage représentés dans les MAH.

Tableau n° 8 : répartition des éducateurs dans les Safaé et les MAH

Fonctions	ETP MAH	% MAH	ETP Safaé	% Safaé
Éducateur chef de groupe	203,6	3,4 %	31,0	1,0 %
Chef éducateur	366,6	6,1 %	113,1	3,8 %
Éducateur classe 1	2 894,7	48,4 %	811,6	27,0 %
Éducateur classe 2	235,9	3,9 %	532,7	17,7 %
Éducateur classe 2A	1 559,2	26,1 %	845,5	28,1 %
Éducateur classe 2b	180,4	3,0 %	155,9	5,2 %
Éducateur classe 3	531,1	8,9 %	512,6	17,0 %
Assistant aide à la vie journalière	7,0	0,1 %	4,8	0,2 %
Total général	5 978,5		3 007,2	

Source : Cour des comptes d'après données de l'Aviq (cadastre de l'emploi 2022)

⁹⁴ Qui regroupe les fonctions d'éducateur chef de groupe, de chef éducateur, d'éducateur de classe 1, 2, 2A, 2B, 3 et d'assistant d'aide à la vie journalière (source : convention collective du secteur).

⁹⁵ Infirmiers brevetés hospitaliers (trois années et demie d'études prolongeant l'enseignement secondaire) et bacheliers en soins infirmiers (quatre ans d'études supérieures).

⁹⁶ Titulaire d'un diplôme ou certificat d'études du niveau de l'enseignement supérieur pédagogique, social ou paramédical. Les travailleurs psycho-médico-sociaux (infirmiers gradués sociaux, kinésithérapeutes, etc.) peuvent également être employés comme éducateurs de niveau 1.

⁹⁷ Titulaires d'un certificat d'enseignement secondaire inférieur.

2 - Une approche différente de l'accompagnement avec des effectifs moins médicalisés qu'en France

L'approche en vigueur dans les établissements wallons se distingue de celle retenue dans les établissements médico-sociaux (ESMS) français par son moindre degré de médicalisation, y compris lorsque les résidents français sont orientés en accueil médicalisé, type d'orientation qui a le plus augmenté à compter des années 2010.

Le terme de médicalisation peut prêter à confusion⁹⁸. Les professionnels soignants employés par les ESMS médicalisés français (maisons d'accueil spécialisé, foyers d'accueil médicalisé) sont majoritairement des infirmiers ou des aides-soignants. Les « aides familiales et sanitaires » qui correspondraient le plus à une fonction d'aide-soignant représentent 8 % des ETP des services agréés et financés par une autorité étrangère (et 4 % des effectifs des MAH).

Le tableau ci-dessous, montre la structure d'emplois dans les ESMS médicalisés français et la part qu'y occupent les personnels paramédicaux.

Tableau n° 9 : répartition des ETP dans les ESMS français (2022)

	ETP total au 31/12	% ETP socio- éducatifs	% ETP paramédical	dont % ETP infirmiers	dont % ETP aide soignant
MAS	38 192,1	36 %	41 %	8 %	28 %
FAM	35 590,6	39 %	34 %	7 %	22 %

Source : tableau de bord des ESMS

Champ : 675 Mas et 957 Fam ayant renseigné les données d'effectifs.

À titre de comparaison, la structure des emplois de 40 Safaé proposant exclusivement ou quasi exclusivement un accueil médicalisé⁹⁹ a été examinée. Dans 80 % de ces établissements, le personnel éducatif représente plus de la moitié des professionnels employés.

⁹⁸ En France, les ETP médicaux représentent 1 % des ETP totaux dans les Mas et 0,2 % dans les Fam (Source : Agence technique de l'information hospitalière, *Tableau de bord des ESMS 2022*).

⁹⁹ Ce qui représente 1 441 places dont 1 253 en Mas (87 %) et 183 en Fam (13 %).

Certaines structures ne disposent, dans leur effectif permanent, d'aucun personnel paramédical ni d'aide familiale et sanitaire ou d'assistant aux activités de la vie journalière du service (AFS-AVJ¹⁰⁰). 29 autres établissements emploient moins de cinq ETP d'AFS-AVJ.

Les établissements présentant une structure d'emploi différente, avec une prépondérance des personnels paramédicaux, sont rares. Cela signifie que, dans la majorité des établissements, des actes qui, en France, seraient effectués par des aides-soignants sont réalisés en Wallonie par les éducateurs (changes, toilettes, aides au repas, etc.).

Fréquemment, les inspections conjointes font état de conventions passées par les établissements avec des cabinets infirmiers libéraux, avec le risque qu'une présence quotidienne ne puisse être garantie dans les unités¹⁰¹.

La structure d'un effectif ne suffit pas à garantir la qualité de la prise en charge. En revanche, elle renseigne sur l'accompagnement qu'il est possible d'attendre de l'établissement. La faible proportion des personnels soignants au sein d'un établissement d'accueil doit être prise en considération par les autorités françaises dès lors que le profil du demandeur relève d'une prise en charge en Mas. Cette orientation est en effet décidée lorsque l'évaluation menée par la MDPH considère que le demandeur, en raison des altérations de ses fonctions, devrait bénéficier d'un environnement spécifique.

Sur ce sujet, l'ARS Hauts-de-France indique, mais sans préciser combien de personnes sont concernées, que « *des résidents se sont vus notifier une orientation de type Mas alors même [qu'ils n'en] ne relèvent pas*¹⁰² (...). Une notification Mas permettait de faciliter l'admission en Belgique car elle ne nécessite l'accord que d'un seul financeur (assurance maladie). Il a aussi été constaté sur des notifications des triples orientations (foyer de vie, Fam, Mas). Ainsi, encore à ce jour, beaucoup d'établissements accueillent des résidents Mas qui ont finalement assez peu de besoin de soins et davantage un besoin d'accompagnement éducatif ».

¹⁰⁰ Les AFS-AVJ sont notamment chargés d'activités telles que le lever, la toilette quotidienne, l'habillage, les transferts, l'aide aux repas, etc.

¹⁰¹ Avec des conséquences variables comme la réalisation d'actes infirmiers par des éducateurs. Un rapport d'audit qualité spécifique de mars 2022 indique par exemple : « *Les insulines sont accessibles à tous. L'insuline est injectée par les éducateurs. Or il s'agit d'un acte B2 infirmier qui ne peut être réalisé par un infirmier à moins d'avoir une formation et un accord à titre exceptionnel d'accord entre l'infirmière et le personnel* ».

¹⁰² « *Exemple de résidents qui disposent d'une grande autonomie, n'ont pas de besoin d'aide quotidienne au repas et à l'hygiène* ».

Près de 2 500 personnes séjournent en Wallonie avec une orientation Mas et étaient éligibles en France à un accueil dans ce type d'établissement. Quand bien même certaines d'entre elles n'auraient pas ou plus besoin d'une prise en charge de ce niveau, la lourdeur des situations que la Cour a documentée (cf. chapitre I) implique que les autorités françaises s'assurent que les conditions de prise en charge en Wallonie pourront répondre aux besoins tels qu'évalués par la MDPH.

B - Un bâti parfois peu adapté à la nature de la prise en charge

Les bâtiments utilisés par les établissements wallons n'apparaissent pas toujours compatibles avec l'activité d'hébergement de personnes en situation de handicap.

Certains établissements offrent un accueil calqué le plus possible sur le milieu de vie ordinaire, dans des maisons de type pavillonnaire. D'autres sont installés dans des bâtiments qui répondent mal aux besoins de personnes en situation de handicap, tels que des maisons de maître sans ascenseur ou des corps de fermes rénovés mais à l'accessibilité restreinte, des anciens couvents, etc.

Parmi les exemples positifs, un rapport d'inspection décrit « *une grande propriété au milieu de laquelle se trouve une villa familiale, classique et aménagée de façon moderne* ». Un autre fait état d'un bâtiment « *entouré d'un grand terrain sur lequel on trouve une ferme pédagogique, une piscine extérieure (sécurisée), un jardin-potager, un terrain de football et de pétanque, une aire de pique-nique, un parcours de découverte sensorielle, des aires de détente avec du mobilier de jardin (confortable, coloré, « cosy »). L'infrastructure présente toutes les conditions d'accessibilité (ascenseurs, unités de vie de plain-pied, plans inclinés pour les accès extérieurs)* ».

D'autres rapports décrivent des situations moins favorables :

- Établissement A¹⁰³ : « *Cette partie du bâtiment est très précaire et inadaptée (salle de douche dans le couloir, salle de séjour restreinte et ne pouvant accueillir l'ensemble du groupe, luminosité moindre). Une adaptation des lieux doit impérativement être envisagée* » ;

¹⁰³ Rapport de suivi d'échéancier, mai 2023.

- Établissement B¹⁰⁴ : « L'ensemble du bâtiment est ancien, de style ferme, il propose donc des espaces exigus, des plafonds bas, des différences de niveaux impliquant des petites marches çà et là ainsi qu'un escalier pour accéder à l'étage où se trouvent les chambres » ;
- Établissement C¹⁰⁵ : « La visite de l'établissement met en avant une configuration architecturale et un bâtiment ne répondant plus aux attentes de l'Agence [Aviq]. Malgré les quelques aménagements effectués par les nouveaux gestionnaires, le bâtiment est vétuste, mal agencé et non personnalisé ».

De la même façon, un bâtiment récent (fin 2020) a pu être construit en bordure de rivière et être gravement affecté par des inondations dans l'année qui a suivi. L'établissement concerné¹⁰⁶ a en effet « été lourdement impacté par les inondations du 15 juillet 2021. Le rez-de-chaussée du bâtiment a été entièrement dévasté, le niveau d'eau a atteint les 2 m ! ».

Lors du conventionnement post-moratoire avec certains établissements wallons, l'ARS Hauts-de-France a introduit une annexe listant les mises à niveau auxquelles doivent tendre les gestionnaires en matière d'infrastructures.

III - Une trajectoire économique spécifique

À partir des documents financiers disponibles pour la décennie 2012-2022, la Cour a retracé l'évolution de quelques grands agrégats économiques et financiers des établissements accueillant des Français en situation de handicap. Si le niveau d'agrégation de ces comptes n'autorise que des constats généraux, il renseigne néanmoins sur leur santé financière au cours de cette période.

¹⁰⁴ Rapport d'audit qualité et de contrôle - évaluation complète, mai 2022.

¹⁰⁵ Rapport d'enquête spéciale, décembre 2022.

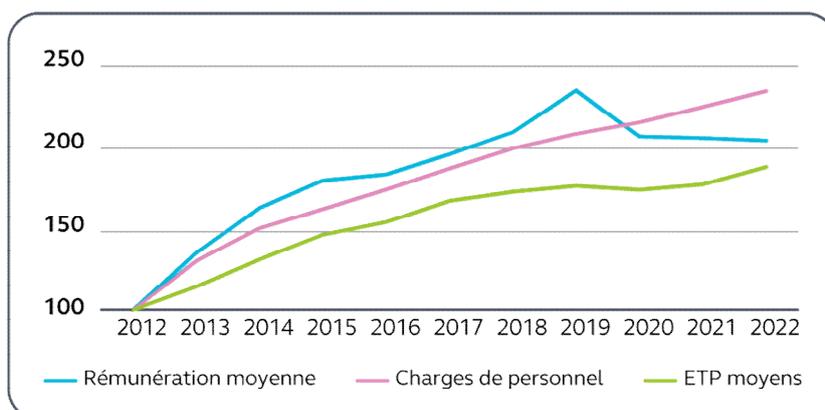
¹⁰⁶ Rapport de suivi d'échéancier 2023.

A - Une santé financière longtemps satisfaisante

La croissance de différents indicateurs d'emploi¹⁰⁷ illustre le dynamisme du secteur. Ils ont été calculés sur la base des comptes publics¹⁰⁸ d'un échantillon d'établissements.

Les montants de rémunération moyenne par ETP, de charges de personnel ainsi que le nombre d'ETP moyens employés par exercice ont progressé de 6 et 8 % par an en moyenne depuis 2012.

Graphique n° 9 : évolution des indicateurs de personnel du secteur des établissements accueillant des Français (base 100 en 2012)



Source : Cour des comptes d'après un échantillon de comptes publiés à la Centrale des bilans de Belgique (base 100 en 2012)

Au-delà de ces emplois directs, diverses sociétés tirent profit de l'activité générée par les établissements d'accueil. Il s'agit notamment de professionnels de santé libéraux et de sociétés de services (médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, etc.). De nombreux établissements de taille modeste ne disposent pas, au sein de leur effectif, de personnel correspondant à tous les profils requis et ont recours aux professionnels de proximité.

D'autres entreprises bénéficient aussi de cette activité d'hébergement en proposant des prestations de restauration ou de blanchisserie, ou des activités socio-éducatives ou de loisirs (hippothérapie, centres aquatiques, etc.).

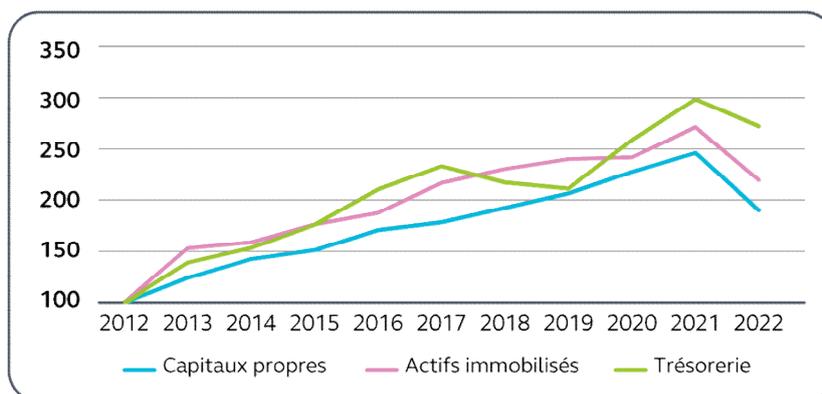
¹⁰⁷ La méthode d'analyse des comptes d'un échantillon d'établissements est présentée dans l'annexe n° 1.

¹⁰⁸ Publiés sur le site de la Centrale des bilans de la Banque nationale de Belgique.

Le poids économique global de cette activité est ainsi plus important que les seuls emplois directs qu'elle génère mais n'a pas pu être évalué.

Le secteur des établissements wallons accueillant des Français en situation de handicap s'est distingué par une prospérité soutenue jusqu'en 2022. Cette année a en effet été marquée par un alourdissement généralisé des charges dû essentiellement à l'inflation et à ses conséquences sur les charges de personnel du fait de l'indexation automatique des salaires applicable au secteur du handicap¹⁰⁹ et sur les tarifs de l'énergie. Son chiffre d'affaires, ainsi que la masse de ses capitaux propres, actifs immobilisés et trésorerie, ont augmenté en moyenne de 10 % tous les ans depuis 2012.

Graphique n° 10 : évolution des principales masses financières du secteur des établissements wallons accueillant des Français (base 100 en 2012)



Source : Cour des comptes d'après un échantillon de comptes publiés à la Centrale des bilans de Belgique (base 100 en 2012)

Sur la même période, les établissements wallons ont enregistré une multiplication de leurs capitaux par deux et de leur trésorerie par trois.

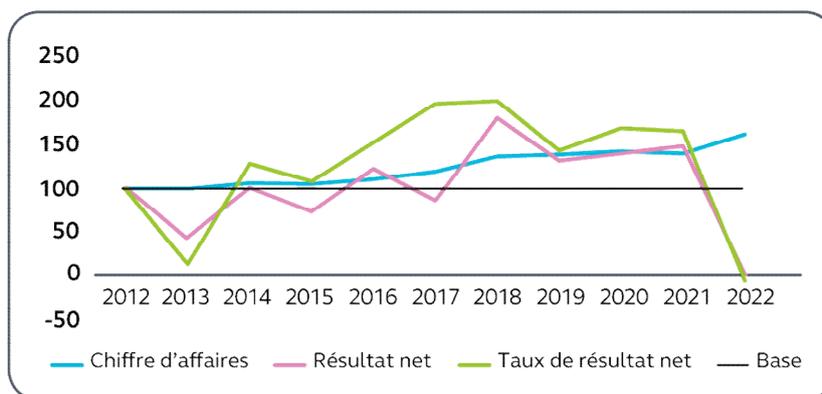
Le niveau d'agrégation des comptes publiés ne permet pas cependant d'analyser plus précisément ces évolutions.

La pérennité de ces progressions n'est toutefois pas garantie, en raison notamment de la conjoncture économique évoquée plus haut.

¹⁰⁹ Mise en place en Belgique en 1919 dans un contexte de forte croissance des prix, l'indexation automatique des salaires n'est pas établie par la loi mais discutée par les partenaires sociaux au sein de commissions paritaires. Elle prend donc différentes formes selon les secteurs concernés. Pour le secteur du handicap, qui dépend de la sous-commission paritaire 319.02, l'année 2022 a été marquée par six indexations automatiques des salaires pour presque + 13 %.

Le taux de résultat net moyen¹¹⁰ enregistré par établissement est d'ailleurs passé de + 5 % à - 2 % entre 2021 et 2022.

Graphique n° 11 : évolution des chiffres d'affaires, résultat nets et taux de résultat net (base 100 en 2012)



Source : Cour des comptes d'après un échantillon de comptes publiés à la Centrale des bilans de Belgique (base 100 en 2012)

L'environnement économique et social est devenu moins favorable ces dernières années. Les rapports d'inspections communes font fréquemment état de problèmes de recrutement ou d'un *turnover* élevé. Les revalorisations tarifaires que les financeurs français sont prêts à consentir sont jugées insuffisantes par les responsables d'établissements wallons.

Dans ce contexte, et après trois ans de mise en œuvre, le moratoire a figé les positions. Si la reconduction de l'occupation des places est assurée, le refus de financement de places médicalisées supplémentaires a mis un coup d'arrêt à la croissance du nombre d'établissements et a sans doute gelé de nouveaux projets dans le secteur.

¹¹⁰ Le taux de résultat net est un indicateur financier permettant d'effectuer des comparaisons entre une entreprise et ses concurrents. Il est calculé en rapportant le résultat net au chiffre d'affaires hors taxes.

B - Des anomalies relevées par les autorités de contrôle

L'encadrement réglementaire et les modalités allégées de création des établissements ont permis un développement rapide de l'offre wallonne. Ils ont aussi autorisé un fonctionnement sous une forme lucrative, inconnue en France dans le secteur du handicap. Une logique de « marchandisation » a pu être relevée¹¹¹ dans certains établissements.

1 - Des versements de dividendes et des rémunérations parfois très élevés

L'analyse des comptes des établissements a mis en évidence une pratique de versements de dividendes significative dans certains établissements. Cependant, tous les établissements lucratifs hébergeant des Français ne sont pas concernés et la majorité d'entre eux verse des dividendes modiques¹¹². Deux établissements ont distribué 25 % de leur chiffre d'affaires cumulés (2012-2022). Si l'un n'a fait l'objet d'aucune critique lors de son inspection conjointe, l'autre est sous le coup d'une mesure de suspension de toute nouvelle admission¹¹³.

Des rémunérations particulièrement élevées ont également été constatées dans au moins deux établissements ayant fait l'objet d'un audit financier (10 000 €¹¹⁴ mensuels dans un cas et 20 000 €¹¹⁵ dans l'autre). À titre

¹¹¹ Entretien donné par la ministre de la santé, de l'action sociale et l'égalité des chances de Wallonie, Mme Tillieux, au journal Libération le 29 avril 2014 ; déclaration de Mme Vandorpe, députée, sur « *la marchandisation de la place* » lors de la réunion de la commission de l'emploi, de l'action sociale et de la santé du 7 janvier 2020 du Parlement wallon (compte-rendu intégral de la commission n°60, p. 21).

¹¹² 63 des 73 établissements organisés sous un statut privé lucratif reversent des dividendes, soit 86 % d'entre eux.

¹¹³ Le rapport le plus récent (rapport intermédiaire d'audit de qualité de juin 2022) fait notamment état d'un sous-effectif important par rapport aux normes d'encadrement prévues.

¹¹⁴ Le rapport d'enquête spéciale de 2017 indique que : « (...) *l'intéressé perçoit une rémunération brute mensuelle de 11 563 €, ce qui représente plus du double du barème maximum de l'échelle 29 (...). En 2015, cela a représenté une charge globale annuelle de 201 409 €* ».

¹¹⁵ Le compte de résultat 2019 de l'établissement fait état du versement d'une rémunération annuelle au gérant de 284 540 €.

de comparaison, les barèmes conventionnels maximums fixés en France¹¹⁶ comme en Belgique¹¹⁷ se situent autour de 5 000 € bruts mensuels.

Le rapport précise à cet égard qu'il « *s'agit sans aucun doute de revenus confortables sans qu'ils semblent cependant être hors normes en regard des pratiques salariales en vigueur dans le secteur des services « APC¹¹⁸ » hébergeant des ressortissants français* ».

2 - Des montages financiers parfois complexes

Le recours par des Safaé à des prestataires externes a conduit certains gestionnaires à organiser leurs activités autour de montages juridiques complexes, parfois sous la forme de groupes ou de holdings, faisant intervenir diverses sociétés gérées par les mêmes gestionnaires. Sont le plus souvent concernés :

- des cabinets de soins paramédicaux ;
- des sociétés en charge de la gestion administrative ou de la restauration ;
- des sociétés de gestion immobilière détenant les bâtiments des établissements.

Les Safaé ne faisant pas l'objet d'analyse financière, sauf rares exceptions (cf. *infra*), il est impossible d'estimer l'ampleur des mouvements de fonds entre les différentes sociétés qui gravitent autour de ces établissements.

Seuls quelques loyers ont pu être analysés et rattachés aux sociétés propriétaires des locaux, pour une quinzaine d'établissements. Six établissements acquittent des loyers représentant plus de 10 % de leurs charges annuelles totales. L'ARS Hauts-de-France a proposé de suspendre toute nouvelle orientation vers deux de ces établissements.

¹¹⁶ Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 pour les titulaires d'un diplôme de niveau I.

¹¹⁷ Barème maximum de l'échelle 29 (directeur > 60 lits ou places) de la commission paritaire 319.02 (5 349 €).

¹¹⁸ Autorisation de prise en charge.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

81 % Les Français en situation de handicap hébergés en Wallonie se trouvent dans les services agréés et financés par une autorité étrangère (Safané). 19 % sont accueillis dans établissements hébergeant majoritairement des assurés wallons.

La tarification française des séjours dépend de l'orientation de la personne concernée et non du type d'établissement d'accueil. Les tarifs accordés pour une orientation en foyer de vie varient selon le département d'origine. S'agissant des orientations médicalisées, les tarifs entre établissements français et wallons ont évolué au même rythme pour les séjours en Fam mais ont divergé entre 2003 et 2023 pour les orientations en Mas. Les motifs de cet écart ne sont pas clairement établis. Une analyse partagée des structures de coût et des profils accueillis s'impose afin de faire la lumière sur un éventuel décrochage des ressources des établissements wallons.

Compte tenu des spécificités de l'organisation des établissements wallons et du type d'accompagnement qu'ils ont vocation à mettre en œuvre en faveur de leurs résidents, il est impératif que les cas les plus lourds d'un point de vue médical, nécessitant des soins quotidiens, ne soient orientés qu'à bon escient en Wallonie, dans des structures en capacité d'offrir la prise en charge en soins attendue.

À cet effet la Cour recommande de :

- 5. S'assurer, par l'échange de toutes les informations disponibles, que l'orientation dont bénéficie le demandeur est compatible avec l'accompagnement que l'établissement d'accueil peut lui proposer (MDPH, CPAM de Roubaix-Tourcoing, agences régionales de santé).*
-

Chapitre IV

Des dispositifs de contrôle à renforcer

Afin de garantir un accompagnement efficace et une prise en charge de qualité des Français en situation de handicap accueillis en Wallonie, l'accord-cadre conclu le 21 décembre 2011 entre la France et le Gouvernement de la région wallonne prévoit la mise en œuvre d'un « *système efficient d'inspection commune franco-wallonne* » relevant de l'Aviq et de l'ARS Hauts-de-France.

Pour assurer une meilleure identification des personnes en situation de handicap, le même accord-cadre prévoit également un dispositif particulier de suivi au travers d'un relevé d'information dénommé « *cadastre* » géré par l'ARS Hauts-de-France. Un dispositif de conventionnement a par ailleurs été mis en place dans le cadre du moratoire de 2021. Enfin, des actions de lutte contre les fraudes sont menées par le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) sur les facturations présentées à l'assurance maladie.

Essentiels au regard des zones de risques à couvrir, ces dispositifs n'en présentent pas moins d'importantes limites qui appellent la mise en place rapide de mesures correctives.

I - Des inspections communes perfectibles

Le cadre général des inspections communes qui donnent lieu à des « *investigations approfondies effectuées sur place dans les établissements agréés et/ou autorisés à prendre en charge des Français en situation de handicap* », a été précisé par une convention signée le 3 novembre 2014 et un guide méthodologique¹¹⁹ actualisé en dernier lieu en 2018.

Ces inspections sont toutefois perfectibles. Outre le caractère déséquilibré du dispositif de contrôle au détriment de l'ARS Hauts-de-France, leur montée en charge a en effet été très progressive depuis 2015 et les suites données apparaissent en partie inadaptées aux graves dysfonctionnements constatés dans certains établissements.

A - Un dispositif de contrôle déséquilibré au détriment de l'ARS Hauts-de-France

1 - Une visibilité réduite sur les situations préoccupantes, préjudiciable à la programmation des audits conjoints

Les inspections communes peuvent être diligentées à la demande expresse de l'administrateur général de l'Aviq ou du directeur général de l'ARS Hauts-de-France ainsi que des ministres wallon ou français chargés des personnes handicapées : soit en cas de « *menace grave pour la santé, la sécurité et le bien-être des personnes accueillies* », soit dans le cadre d'un programme de travail annuel arrêté d'un commun accord entre les deux autorités de tutelle.

En pratique, l'ARS présélectionne des établissements sur la base des critères suivants :

¹¹⁹ Élaboré conjointement par l'Aviq et l'ARS Hauts-de-France, ce guide intitulé *Méthodologie pour l'intervention des agents français en audit franco-wallon* vise à définir un cadre commun et des règles minimales pour la réalisation des inspections communes au sein d'établissements implantés en région Wallonne, agréés et/ou autorisés à prendre en charge des personnes handicapées françaises. Il décrit principalement les méthodologies d'intervention de l'Aviq et celles des agents français dans les différentes étapes d'une mission conjointe (déclenchement, préparation, investigations sur site, rédaction et suites du rapport).

- situations préoccupantes identifiées à la suite par exemple de la réception d'une plainte¹²⁰ ;
- dysfonctionnements graves et événements énumérés par l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales aux autorités administratives compétentes¹²¹ ou alerte d'un mandataire ;
- établissement faisant ou ayant récemment fait l'objet d'une mesure de suspension de toute nouvelle admission ;
- enquêtes ou audits intermédiaires à prévoir par l'Aviq et/ou dans le cadre du suivi d'un échéancier.

Ces propositions sont ensuite discutées avec l'Aviq afin de valider la liste définitive des établissements sélectionnés, le type d'audit à mener (audit complet ou intermédiaire, conclusion ou suivi de plainte, suivi d'échéancier, etc.) ainsi que la date prévisionnelle de la visite.

En principe, toute information susceptible de déclencher une inspection commune doit être retransmise à l'autre autorité. L'ARS Hauts-de-France indique cependant découvrir parfois l'existence d'événements préoccupants au cours des réunions mensuelles organisées conjointement avec l'Aviq ou de manière fortuite¹²².

L'ARS Hauts-de-France dispose en outre d'une visibilité réduite concernant les audits menés par l'Aviq de manière indépendante. Depuis 2022, la plate-forme de dépôt des rapports de l'Aviq n'est plus

¹²⁰ Au sens du droit wallon, les plaintes correspondent aux courriers signés évoquant une infraction à une norme wallonne devant être instruits dans un délai de six mois avec obligation de réponse au plaignant.

¹²¹ Sont notamment visés : les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance, les situations de perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches d'une personne prise en charge, ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure, les décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne, les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels, les situations de maltraitance à l'égard de résidents, les disparitions de personnes accueillies dans une structure d'hébergement ou d'accueil, dès lors que les services de police ou de gendarmerie sont alertés, les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure et les actes de malveillance au sein de la structure.

¹²² Cf. par exemple le courrier du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 26 juillet 2021 à l'administratrice générale de l'Aviq faisant état de quatre plaintes inconnues de ses services.

opérationnelle, contraignant l'ARS Hauts-de-France à solliciter leur envoi par courriel. Cette situation nuit à la qualité de la programmation des inspections communes ainsi que, plus globalement, à l'information disponible concernant ces structures. Il appartient en conséquence aux autorités concernées d'y remédier.

2 - Un rôle limité dans la préparation des audits

Pendant la phase préparatoire, les inspecteurs français doivent, en principe, être destinataires d'un document établi par l'Aviq précisant les bases juridiques applicables, l'objet et le contexte de la mission, ainsi que la date et le lieu d'intervention. Le guide méthodologique prévoit également que l'auditeur de l'Aviq transmet tous les documents utiles relatifs à la structure contrôlée avant la réunion préparatoire¹²³ et au moins huit jours avant l'inspection.

Or, les comptes rendus des réunions bilatérales organisées entre 2022 et 2023 font état d'une transmission tardive ou partielle voire d'un défaut de transmission de ces documents. Certaines inspections communes se déroulent sans réunion préparatoire faute de temps, ce qui pénalise les inspecteurs français placés dans une position d'asymétrie d'informations par rapport à leurs homologues de l'Aviq.

Durant les visites¹²⁴, les inspecteurs français disposent désormais de la même latitude que les auditeurs belges pour mener les entretiens avec les personnels des établissements wallons et participent régulièrement à des programmes de visite de plusieurs jours, dès lors que cela a été convenu avec l'Aviq. Sur ce point, le guide méthodologique n'a pas été actualisé¹²⁵.

¹²³ Cette réunion vise notamment à arrêter les modalités pratiques de la visite (liste des pièces à consulter, personnes à rencontrer, horaire d'arrivée, lieu de rencontre, principales caractéristiques de l'établissement, etc.).

¹²⁴ Les inspections commencent en général par une rencontre avec l'équipe de direction et une consultation des documents (projets de service, projets individualisés, organigramme, contrats, etc.). Cette première phase est suivie par une visite des locaux, globale ou ciblée selon les cas, et des temps d'échanges avec les résidents. Des entretiens sont également menés avec certains membres du personnel (infirmiers, éducateurs, etc.).

¹²⁵ Ce guide prévoit encore que les entretiens sont menés par l'auditeur de l'Aviq avec « *intervention possible* » des inspecteurs français et qu'ils ne se rendent sur place qu'une seule fois, y compris lorsque l'inspection se déroule sur plusieurs jours.

3 - Une contribution modeste aux suites données aux inspections communes

Lorsque des infractions ou des dysfonctionnements dans la gestion ou l'organisation d'une structure, susceptibles d'affecter la prise en charge ou le respect des droits des personnes accueillies, sont constatés, un rapport conjoint de l'équipe mixte doit être établi, selon une procédure contradictoire.

Le guide méthodologique précise pourtant que seul l'auditeur de l'Aviq prépare le rapport, l'équipe de contrôle française se contentant de relire et « *d'ajouts éventuels sur un point particulier* ». Avant même d'être communiqué à l'inspecteur français ayant participé à la visite, le projet de rapport d'audit est validé préalablement par le coordonnateur audit-qualité de l'Aviq. Le contrôleur français élabore de son côté une note à l'attention de sa hiérarchie qui peut être communiquée à l'Aviq en amont afin d'alimenter le projet de rapport.

Des rapports de conclusion ou de suivi de plainte n'ont pas été signés par les inspecteurs français alors qu'ils avaient participé au moins une journée aux visites sur place. D'autres ont été signés électroniquement sans l'accord de l'inspecteur français.

La gestion des suites des inspections communes appartient en principe à l'Aviq. Les établissements contrôlés relèvent en effet d'autorisations délivrées par le Gouvernement wallon et sont soumis au droit belge et non français. L'ARS Hauts-de-France est « *tenue informée* » des suites décidées¹²⁶.

L'agent français ayant participé à une inspection commune peut toutefois proposer à son autorité hiérarchique, en cas de menace grave pour la santé, la sécurité et le bien-être des résidents, et sur la base du rapport conjoint :

- soit la fin de la prise en charge d'un ou plusieurs résident(s) français ;
- soit une suspension provisoire des placements dans l'établissement.

La première procédure n'a cependant jamais été appliquée, tandis que la seconde présente d'importantes limites (cf. *infra*).

Le positionnement en retrait des inspecteurs français ne semble pas pleinement conforme à l'accord-cadre de décembre 2011, lequel visait à mettre en œuvre un système efficient d'inspection commune

¹²⁶ En particulier, l'Aviq rédige et signe seule les courriers consécutifs aux audits conjoints adressés aux gestionnaires et le cas échéant aux plaignants.

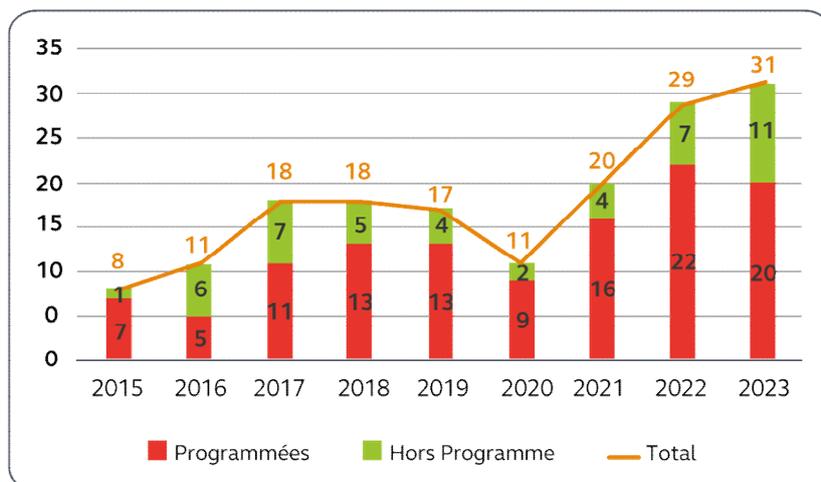
franco-wallonne. Le rôle de l'ARS dans le contrôle d'établissements accueillant des résidents français et financés exclusivement sur fonds publics français doit faire l'objet d'un rééquilibrage, impliquant de revoir la convention du 3 novembre 2014 ainsi que le guide méthodologique.

B - Une montée en charge des inspections communes très progressive

1 - Un nombre d'établissements contrôlés encore réduit

Depuis 2015¹²⁷, 163 inspections communes ont été réalisées soit une moyenne de 18 par an dont 71 % programmées, en progression de + 55 % depuis 2018.

Graphique n° 12 : évolution du nombre d'inspections communes réalisées (2015-2023)



Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Hauts-de-France

Quelques reports et abandons sont constatés chaque année du fait notamment d'indisponibilités d'agenda ou de procédures en cours au niveau de l'AviQ impliquant un espacement des dates d'audits. Malgré cela,

¹²⁷ La première inspection commune a fait suite à une série d'articles publiés dans le quotidien Libération relatant les conditions d'accueil indignes de Français en situation de handicap dans plusieurs établissements wallons. Elle s'est déroulée en avril 2014.

le taux d'exécution des inspections par rapport aux objectifs prévus est globalement satisfaisant. L'exercice 2020 fait exception en raison du contexte sanitaire (confinement des résidents pour éviter les contaminations, réaffectation des agents sur d'autres missions, etc.).

Tableau n° 10 : évolution du taux de réalisation des inspections communes (2015-2023)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>IC prévues</i>	9	9	20	20	20	20	20	20	30
<i>IC réalisées</i>	8	11	18	18	17	11	20	29	31
Taux de réalisation	89 %	122 %	90 %	90 %	85 %	55 %	100 %	145 %	103 %

Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Hauts-de-France

En revanche, le taux de couverture¹²⁸, bien que supérieur à celui des établissements sociaux et médico-sociaux français (8 % en 2022), apparaît globalement faible au regard des graves dysfonctionnements constatés dans certains établissements wallons. En effet, s'il a atteint 15 % en valeur absolue en 2023, il n'est plus que 7,5 % si l'on déduit du calcul les structures ayant fait l'objet de plusieurs visites depuis 2015 (trois établissements ont par exemple été audités six fois). Ainsi, depuis l'entrée en vigueur de l'accord-cadre du 21 décembre 2011, seuls 90 établissements ont fait l'objet d'une inspection commune, soit moins de 45 % du total des structures autorisées à accueillir des Français, tous types d'agréments confondus.

Les établissements faisant l'objet d'une suspension de toute nouvelle admission ou pour lesquels cette mesure vient d'être levée sont systématiquement inscrits au programme de l'année suivante. C'était le cas pour plus de la moitié des inspections communes réalisées en 2023 (14 mesures en cours et deux récemment levées).

Globalement, l'objectif cible d'inspections communes à réaliser dans l'année reste faible. Il a été progressivement revu à la hausse, passant de 9 en 2015 à 20 en 2017 puis à 30 à compter de 2023. Cependant il ne garantit toujours pas une couverture optimale des zones de risques (financiers, juridiques, prises en charge, etc.). Les visites réalisées par les services de l'ARS Hauts-de-France dans le cadre de la phase préparatoire au conventionnement post-moratoire ont confirmé ce point (cf. *infra*).

¹²⁸ Le taux de couverture correspond au nombre de structures ayant fait l'objet d'une inspection commune rapporté au total des établissements accueillant des Français en situation de handicap en Wallonie.

L'effectif de la cellule « *Affaires internationales* »¹²⁹, qui comprend actuellement 4,8 ETP, apparaît limité au regard des enjeux (entre trois et neuf audits par inspecteur depuis 2022). Les membres de la cellule exercent par ailleurs d'autres missions telles que le suivi de la mise en œuvre de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière conclue en 2005 et le suivi de programmes européens.

Il arrive que l'équipe fasse appel à d'autres services de l'ARS pour la réalisation de certains audits mais cet appui demeure modeste (en moyenne 3,5 interventions par an depuis 2015 et aucune en 2023).

2 - Une association des autres agences régionales de santé et des départements encore peu effective

Des partenariats ont été conclus avec les ARS Île-de-France et Grand Est ainsi que les départements du Nord et de la Somme afin d'associer d'autres agents aux inspections communes. Ces coopérations permettent à la fois d'enrichir le panel et le profil des agents participant aux inspections et d'acculturer d'autres autorités directement concernées par les séjours de personnes handicapées françaises en Wallonie. Elles sont toutefois d'une portée limitée.

En effet, depuis 2015, seules 31 inspections communes ont été réalisées sur délégation de l'ARS Hauts-de-France dont 27 sans son intervention, soit 16,6 % du total des audits menés.

Tableau n° 11 : répartition des inspections communes par autorité de contrôle (2015-2023)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>ARS HDF</i>	6	8	15	14	12	10	17	24	28
<i>ARS IDF</i>	2	2	2	2	2	1	2	2	1
<i>ARS GE</i>	0	1	1	2	2	0	2	2	2
<i>CD 59</i>	0	0	0	1	1	0	1	1	1

Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Hauts-de-France

Note : Les écarts avec le tableau précédent s'expliquent par le fait que plusieurs inspections communes ont été menées conjointement avec l'ARS Hauts-de-France.

¹²⁹ Créée à la suite des articles de presse publiés en 2014, cette cellule gère l'ensemble des dossiers transfrontaliers de l'ARS Hauts-de-France. Elle est rattachée directement au directeur général. Elle comptait 1,8 ETP jusqu'en 2019.

Les conventions d'association prévoient de ne confier les inspections communes à d'autres autorités qu'à la condition que la structure inspectée accueille majoritairement des résidents provenant de leur territoire. Cependant la pratique s'est affranchie de cette limitation¹³⁰.

Le nombre d'inspections communes planifié dans les programmes régionaux d'inspection-contrôle reste faible. En 2023, par exemple, quatre audits seulement sur les 23 programmés ont été confiés à l'ARS Grand Est et à l'ARS Île-de-France, dont un conjointement avec la cellule « *Affaires internationales* ».

Au-delà du renforcement de cette cellule, qui paraît nécessaire au regard notamment des besoins en termes de suivi médical et financier (cf. le point suivant), l'ARS Hauts-de-France gagnerait à s'appuyer davantage sur les autorités habilitées à participer aux inspections communes. La Cour invite aussi l'agence à conclure de nouveaux partenariats avec les départements les plus directement concernés par l'accueil de Français en Wallonie afin d'accroître encore le nombre d'inspections communes réalisées par an¹³¹.

3 - Des champs d'investigation limités

Les contrôles réalisés dans le cadre des inspections communes portent en principe sur les modalités d'accueil et d'hébergement et de prise en charge médico-socio-éducative des résidents, la promotion de la bientraitance et l'actualisation des connaissances des professionnels. Cependant, ils souffrent en pratique d'importantes limites.

a) Une présence médicale insuffisante

En premier lieu, alors qu'un nombre important de plaintes reçues concernent des insuffisances constatées en matière de traitements médicamenteux et des suspicions de maltraitance, nécessitant la consultation et l'analyse de dossiers médicaux, la majorité des inspections communes a été réalisées sans présence d'un médecin (127 sur 163 audits, soit environ 80 %).

¹³⁰ Sur les 12 établissements ayant fait l'objet d'un audit par l'ARS Grand Est, un seul hébergeait une majorité de résidents provenant de cette région. En 2021, l'inspection d'un établissement accueillant près de 120 résidents français et connaissant de graves dysfonctionnements depuis plusieurs années a été menée conjointement par des agents des ARS Île-de-France et Hauts-de-France, du département du Nord et de l'Avi.

¹³¹ Certains départements réalisent déjà des contrôles d'établissements wallons sur la base des conventions signées avec eux.

La cellule « *Affaires internationales* » qui réalise l'essentiel des inspections communes, ne comprend aucun médecin inspecteur. Elle est donc contrainte de solliciter des médecins relevant d'autres services de l'ARS Hauts-de-France ou d'autres agences régionales de santé. La plupart des médecins ayant participé à des inspections communes dépendent de l'Aviq (28 interventions depuis 2015). Or, ainsi que le souligne la Cour des comptes de Belgique, « *le médecin auditeur est rarement associé aux visites d'inspection. Ce type de profil est par ailleurs peu mobilisable dans la mesure où l'Aviq n'en compte que deux dans le cadre dédié au contrôle du secteur du handicap. L'équipe de contrôle ne compte d'ailleurs, pour l'heure, aucun médecin*¹³² ».

b) Un contrôle des casiers judiciaires défaillant

En deuxième lieu, alors que les personnels des établissements wallons doivent disposer d'un casier judiciaire exempt de condamnations pénales incompatibles avec leur fonction, les auditeurs et inspecteurs participant aux inspections communes s'abstiennent de procéder à ce contrôle depuis l'entrée en vigueur du règlement général sur la protection des données (RGPD¹³³). Ils limitent leur demande à la production par le gestionnaire d'attestations sur l'honneur. En tant qu'autorités d'inspection, ils relèvent pourtant selon le RGPD de la catégorie des « tiers autorisés », qui sont habilités à effectuer ce contrôle.

Le RGPD permet de restreindre la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de leurs données à caractère personnel dès lors que cette limitation constitue une « *mesure nécessaire et proportionnée dans une société démocratique pour garantir des intérêts spécifiques importants tels que la sécurité publique, ainsi que la prévention et la détection des infractions pénales, les enquêtes et les poursuites en la matière* », ce qui est précisément l'objet de ces contrôles.

c) Des contrôles financiers quasi-inexistants

En troisième lieu, l'accord-cadre du 21 décembre 2011 ne prévoit aucun contrôle financier des structures accueillant des Français en situation de handicap dans le cadre des inspections communes, alors que l'activité

¹³² Cour des comptes de Belgique, *L'accueil en Wallonie des personnes en situation de handicap - Cas particulier des Français hébergés en territoire wallon*, septembre 2024.

¹³³ Règlement n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

de ces établissements constitue une zone de risques importante eu égard à l'existence d'une pluralité de financeurs et de régimes juridiques applicables.

L'ARS Hauts-de-France a certes indiqué travailler à l'élaboration d'une procédure visant à harmoniser les pratiques (conversion des bilans comptables en bilans financiers, utilisation de documents budgétaires normalisés afin de proposer des ratios financiers, etc.) dans le cadre du suivi des conventionnements post-moratoire. Toutefois, à ce jour, elle n'a jamais réalisé de véritable analyse financière des établissements audités dans le cadre des inspections communes, faute notamment de disposer de moyens humains appropriés¹³⁴.

Les contrôles financiers réalisés par l'Aviq dans les établissements accueillant des Français ne portent, quant à eux, que sur les seuls subventionnements wallons. La Cour des comptes de Belgique souligne à ce sujet que : « *Dans les Safaé, s'agissant exclusivement de crédits alloués pour des prises en charge nominatives [d'assurés wallons] (...) le contrôle se limite à un relevé de présence sur pièce et, ponctuellement, sur place. Le bon usage des montants modiques octroyés au titre du non-marchand¹³⁵ est par ailleurs couvert par une déclaration sur l'honneur du service concerné¹³⁶* ». Les audits financiers de Safaé réalisés par l'Aviq, notamment à la demande de l'ARS Hauts-de-France, restent marginaux¹³⁷.

La Cour des comptes de Belgique ne dispose de son côté d'aucune compétence propre pour contrôler directement les opérateurs privés accueillant des personnes en situation de handicap en Wallonie.

Il en résulte une quasi absence de contrôle de l'utilisation des fonds publics français malgré les anomalies relevées dans plusieurs rapports de l'Aviq.

¹³⁴ Un travail d'analyse des comptes sera néanmoins mené en 2024 afin d'objectiver les alertes reçues des établissements wallons sur la dégradation de leur situation financière dans le contexte inflationniste lié à la crise énergétique.

¹³⁵ Ces accords, conclus entre le Gouvernement et les partenaires sociaux wallons, permettent de financer une amélioration des conditions de travail au sein des services concernés.

¹³⁶ *L'accueil en Wallonie des personnes en situation de handicap - Cas particulier des Français hébergés en territoire wallon*, op. cit.

¹³⁷ Cf. par exemple le courrier du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 18 novembre 2021 regrettant le refus de l'Aviq de faire droit à une demande d'audit financier de deux établissements wallons.

Deux audits financiers (« *rapport d'enquête spéciale* ») de Safaé réalisés en 2017 et 2019 ont ainsi mis en évidence des montages juridiques particulièrement favorables aux promoteurs¹³⁸. Les intéressés ont en effet perçu des revenus et des avantages financiers ou en nature conséquents au titre de leurs fonctions de directeur (versement de dividendes substantiels, achat de véhicules de fonction de luxe, valorisation du patrimoine sans commune mesure avec les apports en propre, etc.) mais également d'administrateur ou de bailleur de sociétés anonymes directement financées par les structures d'accueil de personnes handicapées.

De même, l'analyse financière d'un établissement, réalisée en décembre 2018, a révélé l'existence de charges sans lien direct avec l'accueil des résidents français (rémunération supérieure à 210 000 €, versement au gérant de 39 000 € de dividendes en fin d'exercice¹³⁹, location à l'année d'une propriété au Maroc pour 50 000 €, attribution de véhicules de fonctions de luxe aux gérants de l'établissement, etc.). Le rapport conclut que « *le caractère non raisonnable de ces charges indirectes liées aux gérants pourrait conduire les autorités françaises à estimer que les subsides ne sont pas utilisés pour leur objet* ». Fin 2023, l'établissement également connu pour de graves dysfonctionnements dans la prise en charge de ses résidents accueillait toujours une vingtaine de Français.

Il est par conséquent urgent de remédier à ce type de situation. Après révision de l'accord-cadre de décembre 2011, l'analyse financière devrait figurer au titre des champs d'investigation couverts par les inspections communes. D'un point de vue pratique, une telle extension nécessiterait également d'étoffer la cellule « *Affaires internationales* » de l'ARS afin d'y intégrer un auditeur financier, compétence dont l'agence ne dispose pas pour l'instant.

4 - Des rapports conjoints rendus tardivement et au contenu perfectible

Les délais de production des rapports consécutifs aux inspections communes sont globalement longs et variables d'un contrôle à l'autre. En 2022, le délai moyen constaté s'est ainsi élevé à 2,7 mois avec un

¹³⁸ Les deux rapports évoquent notamment des « *revenus fastueux pour ne pas dire indécents* » ainsi qu'une « *véritable ingénierie destinée à enrichir de manière particulièrement « grasse » le promoteur de ce montage* ».

¹³⁹ Le rapport précise que ces montants ne prennent pas en compte la rémunération et les dividendes reversés à la femme du gérant qui assure les fonctions de directrice de la structure.

maximum de sept mois et un minimum de 12 jours. Ces délais, qui s'expliquent pour partie par des difficultés de coordination entre les services de l'Aviq et ceux de l'ARS Hauts-de-France¹⁴⁰, sont peu compatibles avec le degré d'urgence de certaines situations constatées au cours des visites sur site. Ils doivent être améliorés.

Le contenu de ces rapports est très hétérogène du fait des différents motifs de visite (audits complets ou intermédiaires, suivi d'échéancier, conclusion ou suivi de plainte, enquête spéciale, mission conseil, etc.) et comporte pour certains d'entre eux des lacunes.

Le cadre de l'intervention n'est pas toujours rappelé¹⁴¹, non plus que les précédentes visites effectuées et par conséquent les principaux constats formulés et les éventuelles suites données. Les sujets évoqués donnent lieu le plus souvent à des développements descriptifs et assez succincts (une dizaine de pages en moyenne). Les constats critiques sont évoqués en quelques lignes dans la conclusion

Les informations relatives aux plaintes ne sont pas toujours exhaustives. Par exemple, un rapport de septembre 2023 évoque un « *suivi lacunaire au niveau des soins de santé* » sans mention du décès de la résidente intervenu du fait précisément de négligences et d'une inadéquation des soins prodigués. De même, un autre rapport d'octobre 2018 indique que l'établissement n'a pas fait l'objet de plainte alors qu'un rapport de conclusion de plainte (non fondée en l'espèce) a été rendu en mars 2017 concernant le décès suspect d'un résident.

S'agissant des inspections réalisées à la suite d'une plainte, plusieurs rapports (« *Conclusion de plainte* ») font état du caractère « *invérifiable* » d'un nombre significatif de griefs évoqués. En outre, la plupart des rapports de suivi, qui ont pourtant pour objet de s'assurer du respect des demandes de mise en conformité et recommandations formulées à la suite de l'instruction d'une plainte, se contentent de quelques développements généraux sans les reprendre expressément une à une et en rajoutant parfois de nouvelles.

Le contrôle exhaustif des mesures et plans d'actions prévus à la suite des inspections communes réalisées dans les établissements ne peut être garanti. L'ARS Hauts-de-France doit participer à l'amélioration de la

¹⁴⁰ Cf. le courrier du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 18 novembre 2021 à l'administratrice générale adjointe de l'Aviq soulignant l'importance des délais pour disposer des projets de rapport.

¹⁴¹ Par exemple, sur les 25 rapports d'audit de qualité complet consultés, seuls trois comportaient un encadré intitulé « *Cadre de l'intervention* » décrivant en une ou deux lignes l'objet de l'audit.

qualité des rapports qu'elle co-signe en veillant à ce qu'ils offrent une traçabilité et permettent un suivi renforcé des constats effectués à l'occasion des inspections communes.

C - Des suites en partie inadaptées aux situations constatées

1 - Des inspections communes ayant révélé de nombreuses situations préoccupantes

Plus de 150 rapports rédigés entre 2015 et 2023 ont été communiqués par l'ARS Hauts-de-France. Leur examen fonde les analyses ci-dessous présentées ainsi que les constats dont il est fait état. Ces rapports ont révélé l'existence de graves dysfonctionnements dans une trentaine d'établissements, parfois depuis plusieurs années. Des *verbatim*, figurant ci-après ainsi que dans l'annexe n° 2, illustrent les problèmes rencontrés lors des inspections.

Des cas de maltraitance avérés ont en particulier été constatés. Outre l'application de sanctions inadaptées à l'encontre des résidents, telles que des privations de nourriture ou d'effets personnels, les auditeurs ont relevé des enfermements, des violences verbales ou physiques et des attitudes humiliantes comme le fait de laisser des résidents s'uriner dessus ou déambuler nus dans les couloirs.

Exemples de cas de maltraitance

Établissement A, rapport de conclusion de plainte, décembre 2022 :
« Une vidéo, visionnée par les auditrices, montre un résident enfermé sur la terrasse extérieure, sans possibilité d'entrer au sein de l'établissement malgré ses cris de détresse. Cette vidéo dure quelques minutes ».

Établissement B, rapport d'audit qualité spécifique, mars 2022 :
« (...) nous observons la mise en place de pratiques de sanction maltraitante, infantilisante et totalement injustifiée. Ces pratiques privent les résidents de leurs effets personnels, de leur liberté, de moments privilégiés et de soins personnels et alimentaires. (...) Nous observons également la privation de petit déjeuner ou de café ».

Établissement C, rapport de conclusion de plainte, février 2021 :
« B est violemment mis à terre et subi des coups de poing au visage de la part du directeur (ce résident est souvent violent mais l'équipe est choquée de la manière utilisée pour le « calmer ») ».

Établissement D, suivi d'échéancier, février 2021 : « *Altercation violente entre un éducateur et un bénéficiaire (« plaqué contre la fenêtre » et « passant son coude dans la gorge du résident »)* ».

Établissement E, rapport de conclusion de plainte, juillet 2019 : « *Des incidents liés à de la maltraitance ou de la négligence ont lieu (ex : gifle d'une éducatrice sur L., coups sur J. par un éducateur, défenestration de J...) et ne sont pas signalés aux autorités (Aviq/ARS)* ».

Établissement F, rapport de visite, août 2018 : « *Madame C. indique que les résidents sont changés deux fois par semaine, sauf si les vêtements présentent des taches ou odeurs particulières* ».

S'agissant des conditions hôtelières, de nombreux rapports font état de bâtiments vétustes ou mal entretenus. Plusieurs visites ont également mis en évidence des carences en matière de nettoyage, se traduisant par exemple par des odeurs nauséabondes dans les lieux de vie ainsi que dans certaines chambres ou encore des sanitaires sales. Sur le plan alimentaire, des denrées périmées ou avariées ont été retrouvées à plusieurs reprises dans les frigos et les stocks de cuisine. Certains rapports mettent aussi en évidence des stratégies de rationnement des repas conduisant les résidents à ne pas manger à leur faim¹⁴².

Exemples de problématiques liées aux conditions d'accueil

Établissement A, rapport d'évaluation complète, juillet 2023 : « *Lors de la visite du 21 décembre 2022, les auditeurs constatent la présence d'aliments périmés (pommes de terre, crèmes et flans au caramel) dans le frigo dont certains depuis 12 jours. Cette problématique avait déjà été constatée lors de la visite inopinée en septembre 2021 (...). Une des boîtes de conserve de pois/carottes était abîmée et du jus collant suintait. La viande prévue décongelait à température ambiante dans deux grandes bassines recouvertes d'un essuie-main. La chaîne du froid n'est pas respectée* ».

Établissement B, rapport d'enquête spéciale, octobre 2019 : « *Présence de chiens qui urinent partout et montent dans les chambres (...). Hygiène déplorable du bâtiment (traces de selles sur les murs et matelas moisis). Une odeur d'urine est présente dans le couloir et les chambres. Le service n'est pas aéré. De l'urine est également observée par terre dans une chambre. Les toilettes sont sales. Chasses non tirées* ».

¹⁴² Les deux auditrices financières présentes lors d'une inspection ont calculé que le coût moyen journalier par résident devant couvrir trois repas était inférieur à 5 € dans un établissement connaissant par ailleurs de graves dysfonctionnements.

Établissement C, rapport d'enquête spéciale, février 2019 : « *L'état de certaines chambres est toujours choquant : une chambre vide avec un matelas au sol et une chaise percée, pas d'occultation possible, pas d'aération possible pour tous les locaux* ».

Établissement D, rapport de conclusion de plainte, décembre 2018 : « *Pour éviter tout gaspillage, la nourriture qui n'est pas mangée lors d'un repas est obligatoirement resservie au repas suivant. Des témoignages rendent compte de l'utilisation de nourriture avariée. Lors d'une visite, une courgette prévue pour la préparation du repas du jour n'était pas propre à la consommation* ».

Établissement E, rapport d'instruction de plainte, octobre 2015 : « *Il règne une odeur d'urine et d'excréments* ».

Certaines inspections communes ont par ailleurs mis en exergue des défauts de surveillance ayant eu des conséquences graves pour la santé et la sécurité des résidents :

- brûlures au deuxième degré sur tout le dos ayant entraîné une hospitalisation ;
- embrasement des vêtements avec une cigarette ayant conduit au décès ;
- absorption de produits de toilette ;
- présence de bouteilles de vin à portée de main de personnes atteintes du syndrome de Korsakoff pour lesquelles l'absorption est une contre-indication absolue ;
- agression sexuelle suite au regroupement de résidents majeurs avec des mineurs ;
- ingurgitation de gants en latex ayant entraîné une hospitalisation ;
- défenestration dans un contexte de prise de drogue ayant entraîné la fracture des deux pieds.

Un audit mentionne également le cas d'un résident décédé laissé plusieurs jours à température ambiante dans sa chambre avant intervention des pompes funèbres.

En matière de respect de l'intimité et de la vie privée, outre des cas fréquents de fermeture des chambres sans mise à disposition des clés, des caméras de vidéosurveillance ont été découvertes dans les lieux de vie et des chambres sans consentement des résidents. Ont aussi été relevés dans plusieurs établissements des affichages de traitements médicamenteux ou de prises en charge nominatifs dans des espaces collectifs.

Pour ce qui concerne le suivi médical, plusieurs rapports font état d'erreurs de diagnostic, de négligences dans la qualité des soins ou de réponses médicamenteuses inadéquates, dont certaines ont conduit à des hospitalisations ou à des décès dans des conditions que l'on peut qualifier d'inhumaines. Nombre de ces agissements sont le fait d'un même psychiatre français, qui est mentionné dans une demi-douzaine de rapports¹⁴³. Des cas de contentions sans prescription médicale ont aussi été identifiés dans de nombreux établissements. Les dossiers médicaux des résidents sont souvent incomplets. Quant aux traitements, qui sont régulièrement administrés par des éducateurs sans supervision, voire même par les gestionnaires, la présence de médicaments périmés ou non étiquetés a été constatée lors de plusieurs visites.

Exemples de défaut de suivi médical

Établissement A, rapport de conclusion de plainte, novembre 2021 :
« À leur arrivée à la clinique de S., ils ont appris que leur fille était arrivée inconsciente, qu'elle avait dû être intubée et mise dans un coma artificiel étant en grand mal épileptique (...). Cette mauvaise gestion prend ses sources dans un dysfonctionnement général : absence d'identification des besoins ; mauvaise transmission interne des informations ; absence de coordination médicale ; mauvaise communication avec la famille ; absence de définition des modalités de suivi médical dans la convention ; dossier médical incomplet ».

Établissement B, rapport de conclusion de plainte, juillet 2021 :
« Le manque de réaction adéquate quant aux symptômes du patient par le psychiatre le Dr A., le manque de suivi médical, le manque de considération de l'examen clinique du patient et le défaut de prudence par rapport à l'escalade médicamenteuse, les conséquences de celle-ci, tous ces éléments témoignent d'un manquement grave dans la gestion de la maladie et des symptômes depuis le 18 novembre 2019. L'arrivée aux urgences avec ce délai relève également d'un manquement grave de prise en charge ».

Établissement C, rapport de conclusion de plainte, juin 2021 :
« La patiente souffrait d'un fécalome important, diagnostiqué par sa gynécologue, à plusieurs reprises depuis juillet 2020 (...). Il s'avère que le traitement « per os¹⁴⁴ » de laxatifs au long cours n'a jamais été donné à titre préventif (...). La patiente n'a pas été examinée, un traitement a été ordonné oralement par le docteur R. et appliqué par le service. Le médecin prévoit de voir la patiente une semaine plus tard (...). Aucun autre médecin n'a été demandé au chevet de la patiente. La patiente décède dans un vomissement fécaloïde le 09/03/2021 ».

¹⁴³ Ce médecin a fait l'objet depuis 2015 de plusieurs plaintes et de signalements de la cellule « Affaires internationales » au procureur du Roi ainsi qu'au procureur de la République française.

¹⁴⁴ Par voie orale.

Établissement D, rapport d'enquête spéciale, octobre 2019 :
« *Non-respect du traitement médical lors de retour en famille (les médicaments ne sont pas fournis). Dégradation de l'état médical de certains bénéficiaires (dont perte de poids). Soins inadaptés ou insuffisants (langes pas assez souvent changés, ce qui provoque des escarres). Erreur au niveau de la médication (manquement) (...). Manque de suivi médical (fécalome dû à une absence de suivi). Dénutrition chez certains (...). Partage des médicaments et des outils médicaux (exemple : sondes) ».*

Établissement E, rapport d'enquête spéciale, novembre 2017 :
« *Depuis deux mois, J. avait été mis sous Leponex (Clozapine) par le Docteur A. et depuis lors il avait le teint blanchâtre et pouvait se montrer plus apathique (comme d'autres dans le service sous cette même médication). Le mercredi avant son décès, J. était étendu immobile sur la pelouse ».*

Enfin, concernant les personnels, au-delà des nombreuses situations de népotisme, plusieurs rapports soulignent l'absence de respect des normes d'encadrement ainsi que la présence de professionnels ne disposant pas des compétences ou des formations requises pour la prise en charge des publics handicapés sous leur surveillance.

Pour autant, ces situations ne doivent pas jeter l'opprobre sur l'ensemble du secteur wallon de l'accueil des personnes en situation de handicap. Comme il se doit, les inspections ont en effet été prioritairement réalisées dans des établissements sur lesquels pesait une suspicion de dysfonctionnement. Selon plusieurs interlocuteurs rencontrés au cours de l'enquête, la majorité des établissements du secteur propose des prises en charge de qualité.

2 - Des enjeux majeurs appelant des réponses adaptées

Comme évoqué *supra*, la gestion des suites à donner aux inspections communes relève en principe de l'Aviq. Pour remédier aux dysfonctionnements observés, elle peut notamment formuler des demandes de mise en conformité et des recommandations accompagnées au besoin d'un échéancier, limiter temporairement la durée de l'agrément accordé¹⁴⁵ ou, dans les cas les plus graves, proposer au Gouvernement wallon, seul compétent pour procéder au retrait d'agrément, la fermeture de la structure.

Ainsi que le précise l'encadré « *Méthodologie de l'audit* » figurant en tête de tous les rapports, la démarche d'audit consiste à vérifier le respect des normes réglementaires par l'opérateur agréé et à évaluer la qualité du

¹⁴⁵ Dans ce cas, l'Aviq prend un nouvel agrément provisoire d'une durée d'un à trois ans.

service offert aux personnes. Pour ce faire, l'Aviq met en œuvre depuis plusieurs années une doctrine fondée sur la concertation avec les gestionnaires et les professionnels concernés et l'accompagnement dans l'élaboration de plans d'action visant à soutenir les démarches d'amélioration continue de la qualité, plutôt que sur une approche coercitive.

Une fois la sanction prononcée par le ministre wallon compétent (sur proposition de l'Aviq), le gestionnaire peut déposer un recours suspensif auprès d'une commission compétente en matière d'action sociale et de santé, puis devant le Conseil d'État de Belgique¹⁴⁶.

Depuis l'entrée en vigueur de l'accord-cadre du 21 décembre 2011, six limitations temporaires d'agrément¹⁴⁷, dont une encore pendante, et trois retraits d'agrément¹⁴⁸ ont été prononcés.

Dans son rapport précité, la Cour des comptes de Belgique mentionne « *deux cas de figure où des dysfonctionnements graves ont été sanctionnés plus de deux ans après leur détection au détriment de la santé et de la sécurité des résidents*¹⁴⁹ ». S'agissant du premier, qui a fait l'objet de nombreuses visites et mesures d'accompagnement, ainsi que de plaintes fondées, faisant état de négligences, de maltraitance, de carences au niveau de l'encadrement et de la qualité des soins, elle souligne que « *le retrait effectif n'est intervenu que plus d'un an après le rapport d'audit spécifique le recommandant* ».

Elle recommande en conséquence de renforcer le cadre juridique afin que des sanctions intermédiaires puissent être mises en œuvre rapidement et de diminuer les délais d'application des mesures de sanctions existantes.

Les deux établissements concernés accueillait environ 90 résidents français avant leur fermeture.

De son côté, en cas de menace grave pour la santé, la sécurité et le bien-être des résidents français accueillis en Wallonie, l'ARS Hauts-de-France peut proposer aux MDPH et à l'assurance maladie (et non

¹⁴⁶ Le rapport de la Cour des comptes de Belgique précise que le gestionnaire : « (...) dispose d'un délai de 30 jours pour déposer un recours auprès de la commission d'avis sur les recours en matière d'action sociale et de santé (CAR). Cette commission rend son avis au gouvernement dans les 35 jours de sa saisine. L'Aviq dispose alors de 30 jours pour préparer l'avis et le gouvernement statue dans les trois mois. Cette décision est soumise à recours auprès du Conseil d'État ».

¹⁴⁷ Trois décisions ont également été prononcées à l'encontre d'établissements wallons n'accueillant aucun résident français.

¹⁴⁸ Trois procédures sont encore en cours.

¹⁴⁹ *L'accueil en Wallonie des personnes en situation de handicap - Cas particulier des Français hébergés en territoire wallon*, op. cit.

prononcer) des suspensions provisoires de toute nouvelle orientation vers les établissements en cause, qui se traduisent notamment par un refus par la CPAM de Roubaix-Tourcoing de délivrer tout nouvel accord de prise en charge.

En pratique, le directeur général de l'agence arrête sa décision sur la base des rapports ou des notes établis par ses services faisant état de dysfonctionnements graves observés au cours d'une inspection commune ou, depuis 2022, d'une visite dans le cadre du dispositif de conventionnement.

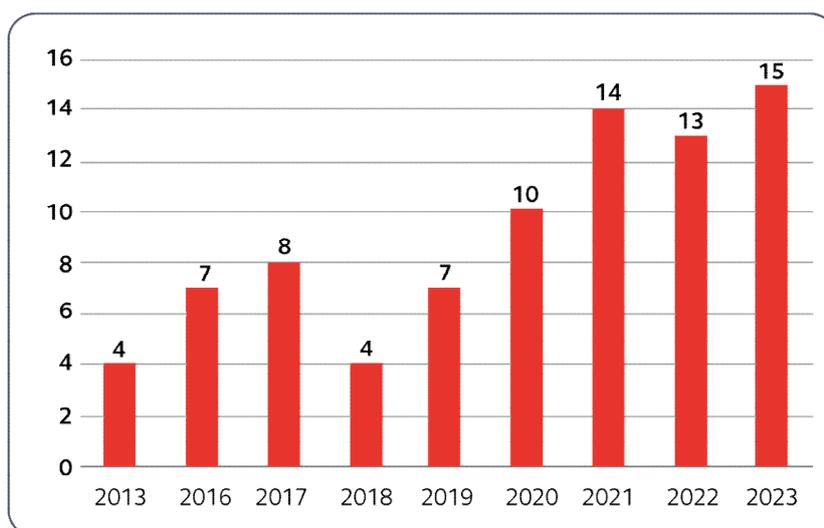
Réévaluées chaque année, ces suspensions peuvent être levées, totalement ou partiellement, en fonction des progrès constatés au cours des audits de suivi. Le cabinet de la ministre déléguée française chargée des personnes en situation de handicap peut être préalablement consulté en fonction du contexte. Les propositions de suspension de toute nouvelle admission sont partagées sur un espace collaboratif commun aux principales autorités concernées (MDPH, départements et ARS).

Selon les données transmises par l'ARS Hauts-de-France, 32 établissements ont déjà fait l'objet d'une telle procédure, dont 15 étaient pendantes au 31 décembre 2023, accueillant environ 330 Français. Le nombre de décisions est en progression de + 275 % depuis 2018¹⁵⁰, illustrant selon l'ARS Hauts-de-France une « *dégradation de la qualité de prise en charge dans les établissements wallons* »¹⁵¹.

¹⁵⁰ Au total, depuis 2015, près de 800 français ont été accueillis dans un établissement ayant fait l'objet d'une procédure de suspension de toute nouvelle admission.

¹⁵¹ Cf. le courrier précité du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 18 novembre 2021.

Graphique n° 13 : nombre d'établissements concernés par une suspension provisoire au 31/12 (2015-2023)



Source : Cour des comptes d'après données de l'ARS Hauts-de-France

Ces sanctions comportent néanmoins d'importantes limites. Les propositions de suspension de toute nouvelle admission sont certes le plus souvent suivies par les partenaires institutionnels et financiers de l'ARS Hauts-de-France (MDPH, départements, CPAM). Mais ces derniers demeurent en théorie libres de ne pas y faire droit. Avant la mise en œuvre du moratoire, plusieurs départements et CPAM ont ainsi accepté de financer les séjours de nouveaux résidents malgré la mesure de suspension.

La centralisation des accords de prise en charge par la CPAM de Roubaix-Tourcoing rend ce cas de figure plus improbable, du moins pour les séjours médicalisés. Des accords directs entre établissements psychiatriques français et établissements wallons pour l'accueil de patients français en « période d'essai », avant même le dépôt d'une demande d'orientation et donc sans accord de financement, sont en revanche toujours constatés par l'agence à l'occasion d'inspections conjointes.

En outre, certains établissements sont sous le coup de cette procédure depuis plusieurs années malgré la persistance de situations que l'on peut qualifier de préoccupantes (problèmes d'hygiène et d'entretien, activités proposées limitées, défaut de surveillance, etc.). C'est le cas notamment de deux établissements qui ne peuvent plus admettre de nouveaux résidents depuis 2017, mais qui continuaient à accueillir au 31 décembre 2022 respectivement 25 et 24 Français. Certains établissements alternent également régulièrement depuis 2015 procédure de suspension et levée partielle ou totale.

Enfin, les effets concrets de ces mesures apparaissent assez théoriques, en particulier pour les publics adultes, en raison du faible taux de *turnover* des résidents au sein des établissements.

L'ARS Hauts-de-France a également proposé une réduction temporaire de la capacité conventionnée d'un établissement faisant l'objet d'une mesure de suspension de toute nouvelle admission dans l'attente de la réalisation d'un audit conjoint visant à évaluer les progrès réalisés.

Une quarantaine de signalements au procureur du Roi concernant des faits susceptibles de recevoir une qualification pénale (violences physiques, viols entre résidents, fraudes financières, etc.) ont, en parallèle, été effectués par l'ARS Hauts-de-France depuis 2020. Outre les faits graves déjà évoqués dans le cadre des inspections communes, ont notamment été signalés un décès par étranglement, une agression sexuelle par un éducateur, la situation de résidents baignant dans leurs excréments ou encore un « tatouage » forcé au moyen d'une aiguille à coudre.

Au vu de ce qui précède, la Cour invite l'ARS Hauts-de-France à proposer sans délai une fin de prise en charge anticipée, dès lors qu'une situation impliquant une menace grave pour la santé ou le bien-être est constatée dans un établissement accueillant des Français en situation de handicap.

Une telle mesure implique une association le plus en amont possible des commissions départementales des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, seules compétentes en application du code de l'action sociale et des familles pour se prononcer sur l'orientation des personnes en situation de handicap, mais également des familles.

L'ARS Hauts-de-France a en effet souligné, outre l'existence de difficultés pour trouver une solution de réorientation de cas complexes, les « résistances » de certains parents concernant la mise en œuvre des sanctions envisagées¹⁵².

¹⁵² Dans sa réponse à la Cour du 18 mai 2024, l'ARS Hauts-de-France indique notamment que « *Certaines familles, même parfaitement informées des graves dysfonctionnements qui existent dans l'établissement qui accueille leur proche, continuent de « s'accrocher » à cette solution, voir à soutenir l'établissement dans sa lutte pour conserver son agrément et à refuser toute réorientation, ne souhaitant pas connaître le parcours d'obstacles et d'échecs connu avant l'arrivée en Wallonie. Souvent, une relation de confiance se tisse avec le personnel et la direction de l'établissement auquel le proche est confié* ».

II - Des outils de contrôle complémentaires à conforter

D'autres dispositifs de contrôle ont été mis en place afin d'assurer un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes handicapées, de favoriser l'échange et le transfert de connaissances et de bonnes pratiques et de s'assurer du bon emploi des deniers publics versés aux établissements wallons. C'est le cas notamment de la démarche de conventionnement post-moratoire et du suivi du cadastre assuré par l'ARS Hauts-de-France ou encore des actions contre la fraude menées par le Centre national des soins à l'étranger.

Comme les inspections communes, ces dispositifs essentiels demeurent susceptibles d'améliorations.

A - Des conventionnements post-moratoire à repenser

1 - Une démarche intéressante

La signature des conventions qualitatives et financières précitées a été menée par l'ARS en deux ans, avec priorisation des établissements accueillant le plus grand nombre de résidents orientés en maisons d'accueil spécialisé (Mas). Elle a conduit à la signature de 130 conventions représentant 164 établissements et 4 353 places.

Le conventionnement qualitatif et financier a été précédé de déplacements sur site qui ont permis d'évaluer les conditions d'accueil des résidents français au moyen de grilles d'audit *ad hoc* (166 structures visitées entre juin 2021 et décembre 2022).

Environ deux tiers de ces visites ont révélé des insuffisances et près de 20 % des situations que l'on peut qualifier de « *préoccupantes* », identiques à celles déjà évoquées au titre des inspections communes (ex : vétusté importante des locaux, manque d'hygiène, utilisation de caméras de vidéosurveillance dans les lieux de vie, suivi médical lacunaire, facturation indue avec les cartes Vitale des résidents, fermeture des chambres à clé la nuit, contention sans protocole ni prescription médicale, absence d'intimité, etc.).

À la suite de ces visites, une quinzaine d'établissements ont été destinataires d'un courrier du directeur général de l'ARS Hauts-de-France formulant plusieurs « *préconisations* » à mettre en place dans

le cadre de l'exécution de la convention qualitative et financière. Sept d'entre eux ont été revisités l'année suivante dans le cadre d'un suivi rapproché.

Ce dispositif a également permis de faire le lien avec les inspections communes. Sept structures ont ainsi été inscrites au programme de l'année suivante, conduisant à ce stade à une seule¹⁵³ nouvelle proposition de suspension de toute nouvelle admission, venant s'ajouter à celles toujours pendantes (cf. *supra*).

Au vu du nombre important d'anomalies constatées, la Cour recommande à l'ARS Hauts-de-France de renouveler ces visites sur site au moins une fois tous les deux ans, en complément des inspections communes menées avec l'AviQ.

Par ailleurs, les établissements wallons accueillant exclusivement des Français bénéficiant d'une orientation en foyer de vie ne sont pas concernés par le conventionnement qualitatif et financier avec l'ARS Hauts-de-France. Compte tenu du nombre de personnes concernées (environ 350) et de la visibilité limitée des autorités françaises sur les conditions d'accueil proposées par les 30 structures les hébergeant, une réflexion pourrait également être menée en partenariat avec les départements concernés afin de mettre en place un conventionnement tripartite comportant des exigences équivalentes en matière notamment de qualité des prises en charge. Cette démarche pourrait aussi s'accompagner de visites préalables identiques à celles réalisées dans le cadre du conventionnement post-moratoire. Elle pourrait s'accompagner de la désignation d'un département pivot en charge des opérations, désigné d'un commun accord par les départements concernés.

2 - Des exigences conventionnelles difficilement applicables

Conclues pour une durée de cinq ans renouvelables, les conventions « *qualitatives et financières* » comportent des articles mêlant droit français (ex : conditions d'admission des bénéficiaires français, modalités de prise en charge financière et de remboursement, dispositif d'évaluation interne/externe) et droit wallon (ex : conditions techniques à remplir¹⁵⁴). Elles appellent plusieurs observations critiques.

¹⁵³ Deux autres établissements ayant fait l'objet d'une proposition de suspension de toute nouvelle admission à la suite de la visite de conventionnement ont vu ensuite la mesure levée.

¹⁵⁴ Documents obligatoires, bâtiments, personnels.

En premier lieu, alors qu'une dénonciation de la convention est prévue en cas de non-respect de la capacité agréée et/ou du nombre de places médicalisées conventionnées, l'ARS Hauts-de-France ne dispose pas d'une visibilité en temps réel sur le nombre de places effectivement agréées.

En deuxième lieu, sur le modèle des ESMS français, les établissements wallons doivent transmettre chaque année différents documents budgétaires dont notamment :

- avant le 31 octobre : le « *cadre normalisé de présentation du budget prévisionnel* » ;
- avant le 31 mai de l'année n+1 : le « *compte administratif* » reprenant le plan comptable défini par la nomenclature budgétaire et comptable M22¹⁵⁵.

Par ailleurs, les dotations globalisées issues du prix de journée versées par l'assurance maladie aux établissements wallons sont calculées en partie à partir de l'activité prévisionnelle. Les gestionnaires doivent donc communiquer, avant le 31 octobre, le nombre de journées prévues pour l'année à venir, réparties par type d'accueil (internat, semi-internat et externat) et d'orientation (Fam et Mas) et tenant compte des absences pour convenance personnelle (retour famille) ou hospitalisations.

L'ARS Hauts-de-France peut moduler le montant des dotations globalisées en fonction de la différence constatée entre l'activité prévisionnelle et celle effectivement réalisée. Avant toute reprise, l'ARS applique un seuil de tolérance de 5 % en général, sauf cas particulier (ex : 100 % pour l'exercice 2021 compte tenu de la crise sanitaire et 7 % pour 2022 en raison du contexte inflationniste).

La mise en œuvre de ces stipulations apparaît complexe. Ainsi, en 2023, sur les 164 établissements ayant signé une convention, 125 ont effectivement transmis leur budget prévisionnel pour 2024, dont 71 dans les temps. La qualité de ces documents demeure pour une grande majorité d'établissements très relative, impliquant pour l'ARS Hauts-de-France un important travail de pédagogie. Quant aux modulations, 21 établissements¹⁵⁶ accueillant des publics adultes ont fait l'objet en 2023 d'une reprise partielle de dotation, pour un montant total de 1,2 M€.

¹⁵⁵ Ces documents constituent des versions simplifiées des états des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et des états réalisés des recettes et des dépenses (ERDD) désormais utilisés par la plupart des ESMS français.

¹⁵⁶ Au total, 35 établissements (21,3 %) n'ont pas atteint l'activité prévisionnelle retenue par l'ARS dans le cadre de leur convention et dépassé la « *marge de tolérance* » de 5 %.

En troisième lieu, les conventions prévoient l'obligation de faire réaliser des évaluations internes et externes par un prestataire habilité par la Haute autorité de santé, dont les résultats doivent être transmis respectivement avant le 30 juin 2026 et 2027.

Or, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a mis fin à la distinction entre évaluation interne et externe pour les ESMS français. La nouvelle procédure d'évaluation repose sur un référentiel publié en mars 2022 par la Haute autorité de santé. Une procédure différente a été mise en place pour les établissements wallons en raison des problèmes techniques rencontrés pour les intégrer à la plateforme Synaé consacrée à la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'évaluation. La difficulté serait en cours de résolution et des avenants portant sur cette procédure devraient être signés par l'ARS et les établissements d'ici la fin de l'année 2024.

Cette exigence risque néanmoins de s'avérer délicate à respecter par les établissements dans la mesure où de nombreux critères prévus n'ont pas d'équivalent wallon. En réponse aux observations provisoires de la Cour, l'ARS Hauts-de-France a précisé qu'une démarche similaire avait déjà été menée pour les établissements du secteur « enfants » et que les retours étaient positifs.

Plus globalement, la Cour s'interroge sur la capacité juridique des autorités tarifaires françaises (ARS Hauts-de-France et CPAM de Roubaix-Tourcoing) à imposer à des établissements wallons le respect de normes spécifiquement françaises plus strictes et potentiellement divergentes de celles de « *l'État sur le territoire duquel sont prodigués les services* ». Et ce même dans un but d'intérêt public consistant à garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des Français en situation de handicap accueillis en Belgique.

Certes, l'arrangement administratif figurant en annexe de l'accord-cadre du 21 décembre 2011 prévoit la possibilité de signer des conventions de coopération avec les établissements d'accueil définissant le droit applicable aux obligations qu'elles contiennent.

Mais ces derniers n'étant pas localisés en France, ils demeurent soumis au droit wallon sous le contrôle de l'Aviq, seule autorité à disposer de moyens de sanctions à leur encontre. La maquette des conventions qualitatives et financières a d'ailleurs fait l'objet d'un travail de relecture avec les services de l'Aviq visant à supprimer les stipulations litigieuses. Dans tous les cas, la réglementation wallonne prévaut sur la française.

Au vu de ce qui précède, la Cour recommande à l'ARS Hauts-de-France de revoir le contenu des maquettes des conventions « *qualitatives et financières* » et de conclure avec les établissements wallons accueillant des Français en situation de handicap des avenants visant à actualiser la liste des obligations leur incombant.

B - Une gestion lacunaire des cadastres recensant les Français accueillis en Wallonie

Le défaut de déclaration dans le cadastre des enfants confiés à l'Ase hébergés dans les établissements wallons, examiné dans le chapitre I, conduit à fausser l'appréciation du nombre total de ressortissants français accueillis à un titre ou à un autre en Wallonie.

Or, le moratoire de 2021 contribue d'une certaine façon à ancrer les établissements wallons dans l'offre médico-sociale globale en faveur des Français en situation de handicap. Cela impose aux établissements de fiabiliser les relevés annuels d'informations sur leurs résidents et aux financeurs de suivre les orientations de leurs ressortissants afin de s'assurer de l'exactitude de la facturation réglée aux établissements wallons.

Des anomalies persistantes dans le cadastre 2022

Les données du cadastre 2022 n'ont été que très tardivement disponibles¹⁵⁷. Une comparaison avec les données du millésime précédent a mis en évidence la persistance de lacunes et d'erreurs (résident renseigné en nouvel arrivant pourtant présent en 2021, numérotation des services différente d'une année sur l'autre, résident présent depuis 2016 mais non déclaré l'année précédente, etc.).

S'agissant de populations remarquablement stables¹⁵⁸, au turnover faible, la répétition de ces erreurs d'année en année n'est pas satisfaisante.

La mise en œuvre d'un nouvel outil automatisé de déclaration des données relatives aux résidents français devrait améliorer la qualité de ces informations. Elle ne doit cependant pas faire peser sur les établissements wallons la charge d'une saisie multiple pour leurs différents interlocuteurs. La Cour recommande à l'ARS Hauts-de-France de travailler avec tous ses partenaires à la mise en œuvre d'une procédure sécurisée et partagée de déclaration des Français accueillis en Wallonie.

¹⁵⁷ Le cadastre 2022 a été communiqué à la Cour le 30 janvier 2024.

¹⁵⁸ La Cour a estimé les sorties à 313 en 2022 et les entrées nettes (hors entrées-sorties dans l'année et transferts depuis un autre établissement wallon) à 223 soit 3 % de l'effectif présent.

De façon plus générale, l'exploitation des données disponibles est apparue insuffisante au regard de ces enjeux, notamment financiers. Une intégration des informations relatives à ces établissements dans les outils de gestion à disposition des acteurs français du secteur du handicap (dont notamment ViaTrajectoire¹⁵⁹) faciliterait ce suivi et ces vérifications. Elle donnerait également de la visibilité sur les listes d'attente et les places disponibles. De façon plus générale, le suivi et la supervision de ces établissements gagneraient à être assurés à partir des outils de pilotage de droit commun applicables aux établissements français.

C - Des actions de lutte contre la fraude à l'assurance maladie à poursuivre

Le recours des établissements Safaé à des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux contribue à minorer leurs dépenses médicales internes lorsque les professionnels consultés facturent non l'établissement mais directement l'assurance maladie grâce à la carte européenne d'assurance maladie des résidents. La dépense incombe alors à l'assurance maladie belge (l'Institut national d'assurance maladie invalidité - Inami), laquelle refacture ensuite les soins dispensés à l'assurance maladie française. La carte Vitale peut également être utilisée par des professionnels de santé français¹⁶⁰.

Toutes les facturations ne sont pas illégales, qu'il s'agisse de la facturation de soins pour les résidents en foyer de vie, de la prise en charge de soins nécessités par des pathologies autres que celles qui ont motivé l'orientation médicalisée d'un résident ou encore des hospitalisations. Dans certains cas, cependant, les soins ainsi facturés sont déjà pris en charge par les forfaits médicalisés que perçoivent les établissements. Cela se traduit donc par une double dépense pour l'assurance maladie française.

¹⁵⁹ ViaTrajectoire est un outil d'aide à la gestion des orientations et des parcours en structures médico-sociales déployé dans les MDPH depuis 2017. Sa finalité est avant tout opérationnelle. Il met en relation des individus formulant des demandes d'orientation en ESMS avec des MDPH et des ESMS qui accueilleront les usagers orientés.

¹⁶⁰ Soit en achetant des médicaments dans des pharmacies françaises à la frontière, soit par des professionnels qui facturent des soins (infirmiers et de kinésithérapie) après avoir traversé la frontière. Or la carte Vitale ne doit pas être utilisée à l'étranger.

Le contrôle de la validité de ces facturations est assuré par le CNSE, qui mène des actions de lutte contre la fraude¹⁶¹.

La dernière action menée en 2022¹⁶² par le CNSE a décelé près de 400 000 € d'indus perçus dans neuf établissements au titre de soins dispensés en 2019 à 91 assurés, correspondant principalement à des soins infirmiers et à des frais de pharmacie. Même si les montants relevés demeurent relativement limités au regard des budgets totaux des établissements concernés, ils témoignent de l'existence de risques financiers significatifs. La Cour invite donc le CNSE à poursuivre et à approfondir ces actions contre les fraudes en étendant le nombre de structures contrôlées.

¹⁶¹ Réalisées une à deux fois par an, elles consistent en la récupération des numéros de sécurité sociale (NIR) des résidents d'un établissement et la vérification des dépenses présentées au remboursement en sus du forfait déjà versé.

¹⁶² Étude des soins dispensés en 2019 et facturés en sus du forfait placement.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Organisé pour garantir un accompagnement efficace et une prise en charge de qualité des Français en situation de handicap en Wallonie, le dispositif d'inspection conjointe franco-wallonne apparaît déséquilibré au détriment de l'ARS Hauts-de-France (visibilité réduite sur les situations préoccupantes, rôle limité dans la préparation des audits, contribution modeste aux suites données).

Bien qu'en constante progression, le nombre d'établissements contrôlés demeure encore limité au regard des graves dysfonctionnements constatés dans certains d'entre eux (maltraitance, défauts de soins, rationnement des repas, bâtiments mal entretenus ou vétustes, défauts de surveillance avec mise en danger de résidents, etc.). Les suites données à ces constats se sont également révélées inadaptées dans plusieurs situations

Malgré d'importants risques liés à l'existence d'une pluralité de financeurs et de régimes juridiques applicables, seuls quelques audits financiers ciblés ont été réalisés depuis 2015. La Cour des comptes de Belgique ne disposant par ailleurs d'aucune compétence pour contrôler directement les opérateurs privés accueillant des personnes en situation de handicap en Wallonie, il en résulte une quasi absence de contrôle de l'utilisation des moyens financiers versés par les pouvoirs publics français.

Les autres dispositifs de contrôle mis en œuvre afin de s'assurer du bon emploi des deniers publics versés aux établissements wallons sont aussi perfectibles. C'est le cas notamment de la démarche de conventionnement post-moratoire, dont l'enquête a mis en évidence l'intérêt mais qui doit être approfondie. Les visites de pré-conventionnement ont permis d'identifier un certain nombre de dysfonctionnements non relevés dans le cadre des inspections communes et de mettre en place des plans d'actions afin d'y remédier. Elles n'ont cependant pas concerné les établissements accueillant exclusivement des Français bénéficiant d'une orientation non médicalisée. En outre, les exigences conventionnelles prévues, dont certaines sont plus strictes et potentiellement divergentes des normes wallonnes, apparaissent difficilement applicables.

La gestion du cadastre, qui permet de recenser le nombre de résidents français accueillis en Wallonie, doit également être améliorée. Au-delà des importants délais nécessaires pour disposer d'une base fiable, l'exploitation des données disponibles est apparue insuffisante au regard des enjeux en présence, notamment financiers.

La Cour recommande en conséquence de :

6. *en partenariat avec les autorités wallonnes, créer une nouvelle plateforme franco-belge permettant aux autorités habilitées à réaliser des inspections communes d'accéder à l'ensemble des documents (rapports, conventions, décisions d'agrément, notes financières, arrêtés de tarification, etc.) concernant les établissements wallons accueillant des Français en situation de handicap (ARS Hauts-de-France) ;*
 7. *conclure de nouveaux partenariats avec les départements les plus directement concernés par l'accueil de Français en Wallonie afin d'accroître le nombre d'inspections communes réalisées chaque année (ARS Hauts-de-France) ;*
 8. *permettre aux autorités françaises de contrôler l'utilisation des fonds publics qu'elles versent aux établissements wallons accueillant des Français en situation de handicap, notamment en négociant un avenant à l'accord-cadre du 21 décembre 2011 (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
 9. *proposer une fin de prise en charge anticipée sans délai dès lors qu'une situation impliquant une menace grave pour la santé ou le bien-être est constatée dans un établissement accueillant des Français en situation de handicap (ARS Hauts-de-France, MDPH) ;*
 10. *en partenariat avec les départements concernés, instaurer une démarche de conventionnement précédée de visites sur site avec les établissements accueillant exclusivement des résidents bénéficiant d'une orientation non médicalisée (ARS Hauts-de-France, départements) ;*
 11. *revoir le contenu des maquettes des conventions qualitatives et financières et conclure des avenants avec les établissements wallons accueillant des Français en situation de handicap afin d'actualiser la liste des obligations leur incombant (ARS Hauts-de-France) ;*
 12. *intégrer les données relatives aux établissements wallons dans les outils français de gestion ou de supervision des établissements et services sociaux et médico-sociaux de droit commun au fur et à mesure de leur déploiement afin de fiabiliser et de partager les informations les concernant (ministère du travail, de la santé et des solidarités, CNSA, ARS Hauts-de-France)*
-

Liste des abréviations

AESH	Accompagnant d'élève en situation de handicap
AMI.....	Appel à manifestation d'intérêt
ARS.....	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
AVIQ.....	Agence pour une vie de qualité
AVS.....	Auxiliaire de vie scolaire
AWIPH.....	Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées
CASF.....	Code de l'action sociale et des familles
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CMP	Centre médico-psychologique
CNSE	Centre national des soins à l'étranger
CNH	Conférence nationale du handicap
CNR	Crédits non reconductibles
CNSA.....	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAI.....	Centre régional d'études, d'actions et d'informations
DASMO	Dispositif d'accompagnement et de soins en milieu ordinaire
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
EAM.....	Établissement d'accueil médicalisé
EANM.....	Établissement d'accueil non médicalisé
EEAP.....	Établissement et service pour enfants et adolescents polyhandicapés
EPS.....	Établissement public de santé
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ESPO.....	Établissement et service de pré-orientation
FAM.....	Foyer d'accueil médicalisé
FIR	Fonds d'intervention régional
FV	Foyer de vie
FH	Foyer d'hébergement
GOS.....	Groupe opérationnel de synthèse

HDJ	Hospitalisation de jour
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IME	Institut médico-éducatif
INAMI.....	Institut national d'assurance maladie invalidité
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAH	Maison d'accueil et d'hébergement
MAS.....	Maison d'accueil spécialisé
MECS.....	Maison d'enfants à caractère social
MDPH.....	Maison départementale des personnes handicapées
OGD.....	Objectif global de dépenses
ONDAM.....	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PSH	Personne en situation de handicap
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RPT	Rapport public thématique
RQTH.....	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAFAE.....	Service agréé et financé par une autorité étrangère
SAMSAH.....	Service d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées
SAN.....	Service agréé et non subventionné
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD.....	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGMAS.....	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TCC.....	Trouble du comportement et de la conduite
TED.....	Trouble envahissant du développement
TSA.....	Troubles du spectre de l'autisme

Annexes

Annexe n° 1 : analyse des comptes d'un échantillon d'établissements.....	128
Annexe n° 2 : suite des verbatims issus des rapports d'inspections communes	129

Annexe n° 1 : analyse des comptes d'un échantillon d'établissements

Les documents publics disponibles sur les Safaé sont peu nombreux et limitent l'analyse financière à quelques grands agrégats.

La Cour a ainsi examiné les comptes de 99 Safaé, publiés sur le site de la Centrale des bilans de Belgique pour la période 2012 à 2022, dans l'objectif de mettre en évidence les particularités de ce secteur. L'échantillon représentait 70 % de ces structures.

Différents critères ont concouru à la sélection de cet échantillon, parmi lesquels leur date de création, leur mode de fonctionnement familial ou leur taux de dépendance à un département ou à un établissement public de santé mentale (EPSM) français.

L'analyse des comptes a ensuite permis de cibler 30 établissements sur la base de neuf critères financiers jugés opportuns afin de caractériser leur mode de fonctionnement.

Cette deuxième étape a conduit à une analyse détaillée du fonctionnement de ces établissements sur la base :

- de tous les documents à disposition de l'ARS Hauts-de-France tels que rapports d'inspections ou cadres budgétaires normalisés ;
- des résultats des actions de lutte contre les fraudes menées par le CNSE à leur encontre le cas échéant.

Annexe n° 2 : suite des verbatims issus des rapports d'inspections communes

Les cas de maltraitance :

- Établissement A, rapport de conclusion de plainte, juillet 2023 : *« Attitudes jugées inadéquates de la part d'une éducatrice lors de la mise aux toilettes des résidents lors des activités le jour de la visite (appel les résidents depuis les WC, refus d'accompagner une résidente qui dit « avoir pipi » sous prétexte qu'elle a une protection...) ».*
- Établissement B, rapport d'évaluation complète, juillet 2023 : *« De plus, une forme de maltraitance semble présider dans la gestion de l'incontinence des résidents. Les PV de réunion, attestent de l'usage des protections pour l'incontinence extrêmement limité (maintien d'une protection en place pendant plusieurs jours si elle n'est pas souillée, consignes de restriction au personnel etc.). Selon les témoignages recueillis en novembre 2022, le veilleur de nuit refuse, pour des raisons confessionnelles, d'effectuer les changes des personnes de sexe féminin. Ces éléments relatifs aux soins d'hygiène sont intolérables ».*
- Établissement C, rapport de conclusion de plainte, décembre 2022 : *« (...) une formation sur les techniques physiques de « gestion de la violence » a été organisée pour l'ensemble des professionnels (Krav Maga). La directrice explique que tous les membres du personnel (excepté une éducatrice arrivée en 2022) sont formés à ces pratiques et qu'il arrive, effectivement, qu'ils doivent maîtriser un bénéficiaire au sol en cas de « crise ».*
- Établissement D, rapport d'enquête spéciale, août 2016 : *« Des comportements inadaptés de la part de l'équipe présente ont été remarqués : bousculade de certains bénéficiaires, obligation de faire asseoir une personne par terre alors qu'elle cherche à se lever parce que l'éducatrice est occupée avec son téléphone, membres du personnel qui discutent entre eux sans se soucier des bénéficiaires, crème solaire vite mise sur les résidents suite à la réclamation des auditrices ».*

Les difficultés hôtelières :

- Établissement A, suivi d'échéancier, mars 2023 : *« Trois matelas posés à même le sol dans le réfectoire permettent à des personnes ayant besoin de repos sous surveillance accrue de s'y installer ».*

- Établissement B, rapport d'enquête spéciale, octobre 2022 :
« Une sonnerie se faisait en effet constamment retentir sans raison particulière. L'équipe explique également que la nuit du 5 au 6 octobre, l'alarme incendie n'a cessé de sonner à la suite d'un coup porté au système par une bénéficiaire. Le bénévole de nuit sur place n'a pu l'éteindre malgré les explications des éducatrices à distance, ce qui a provoqué une nuisance sonore telle que la plupart des résidents n'ont pu trouver le sommeil. Ce n'est que lors de l'arrivée de l'équipe de jour le lendemain matin que le système a pu être stoppé ».
- Établissement C, rapport d'audit qualité spécifique, mars 2022 :
« Présence de produits toxiques à disposition du résident (...). Présence de médicaments et de matériel d'injection à portée de tous ».
- Établissement D, rapport d'enquête spéciale, février 2021 : « Lors de la visite, nous observons la présence d'une litière sale dans une chambre engendrant une odeur nauséabonde ».
- Établissement E, rapport d'enquête spéciale, février 2019 : « Certains sanitaires sont sales : planches de WC avec traces de matières fécales et d'urine, chaises percées non vidées ».
- Établissement F, rapport d'enquête spéciale, juin 2016 : « Au deuxième étage, une des chambres sentait fortement l'urine (...) Une toilette est disponible à cet étage mais présentait, lors de la visite, une odeur nauséabonde. La toilette était bouchée par des selles et malgré la chasse enclenchée, les excréments n'ont pas été évacués ».

Les problématiques alimentaires :

- Établissement A, rapport de conclusion de plainte, juillet 2023 :
« Les écrits et les dires montrent que Monsieur X. et Madame Y. tiennent un discours directif et moralisateur sur les habitudes alimentaires, qu'ils mettent l'accent sur l'anti-gaspillage et qu'ils ne répondent pas favorablement aux demandes des bénéficiaires. Les menus visés montrent des repas peu variés. Certaines remarques dans les cahiers de communication montrent qu'il n'y a pas assez de denrées pour le déjeuner ou qu'ils donnent les restes le lendemain ».
- Établissement B, rapport de conclusion de plainte, juillet 2023 :
« Le frigo contenait deux yoghourts périmés, un paquet de jambon ouvert périmé ».
- Établissement C, rapport de conclusion de plainte, décembre 2022 :
« L'audit complet réalisé au premier semestre 2022 avait déjà permis

de pointer un problème de gestion des stocks alimentaires. Le rapport d'audit du 15/09/2022 détaille le manquement suivant : des denrées périmées se trouvent dans le stock de la cuisine, le service doit revoir la gestion de son stock. Ce manquement était encore d'actualité lors de la visite du 25/10/22 : 13 pains présents dans le stock alimentaire avaient une date limite de consommation périmée ».

- Établissement D, rapport d'enquête spéciale, juin 2022 : « *Lors de la visite, nous observons la présence de denrées alimentaires périmées dans la chambre froide* ».
- Établissement E, rapport d'enquête spéciale, septembre 2021 : « (...) *lors de notre visite, nous avons pu constater la présence d'œufs périmés et de plats congelés sans date. Cela doit faire l'objet d'une plus grande attention* ».
- Établissement F, rapport de suivi de plainte, juin 202 : « *Au moment de l'audit les résidents mangeaient un plat de pâte aux trois fromages. Il n'y avait pas de viande pour accompagner les féculents ni de légumes. La présentation dans l'assiette était sommaire* ».
- Établissement G, rapport d'enquête spéciale, février 2021 : « *Un stock important d'aliments hyper protéinés est observé. Le service annonce en donner de manière aléatoire. La justification de la présence de ces produits est floue. (...) Nous nous posons dès lors la question d'un éventuel suivi diététique mis en place ? À quelle fréquence ces compléments sont-ils réellement donnés ? Ceux-ci remplacent-ils un repas ?* ».
- Établissement H, rapport d'enquête spéciale, octobre 2019 : « *La cuisine centrale n'est pas propre (sol et vaisselle sales, lave-vaisselles entartré). De nombreux produits, dont la date de péremption est dépassée, sont présents. Les denrées alimentaires sont rangées sans protection ; de la viande surgelée est trouvée non protégée dans un sac en plastique dans le congélateur* ».

Le manque de surveillance/réactivité :

- Établissement A, rapport d'évaluation complète, juillet 2023 : « *En date du 4 juillet 2022, le service a transmis à l'ARS et à l'Aviq une fiche de signalement d'incident grave concernant un résident qui « a pris feu » suite à la manipulation de sa cigarette. Une enquête spéciale a été réalisée sur site par les auditeurs. Monsieur X. a été hospitalisé le jour-même au CHU de L. et y est décédé en date du 13 août 2022, des conséquences de ses brûlures. L'incident a été*

filmé par les caméras de surveillance extérieures qui se trouvent à différents endroits du bâtiment ».

- Établissement A, rapport de conclusion de plainte, février 2023 : « *Le 4 octobre, une jeune-fille du groupe a renversé une cruche de café chaud sur le dos de Y.. Celui-ci a été hospitalisé : il présente d'importantes brûlures au 2nd degré sur le dos et le haut des fesses.* »
- Établissement F, rapport de conclusion de plainte, février 2021 : « *Un résident décédé a dû partir en décomposition 3 jours après son décès car la direction avait oublié de prévenir les pompes funèbres belges (...) outre le manque de respect à la personne, le risque sanitaire était bien réel vu la décomposition du corps. L'odeur envahissait le bâtiment* ».
- Établissement C, rapport de conclusion de plainte, décembre 2017 : « *Sur le site B, un résident a sauté par la fenêtre pour aller chercher sa drogue. Il s'est ainsi fracturé les deux pieds* ».
- Établissement D, rapport de conclusion de plainte, juillet 2019 : « *Un incident d'ordre sexuel a eu lieu au sein du site de B. entre un adulte hébergé à X. et un jeune de 8-10 ans du foyer A* ».

Établissement E, rapport d'enquête spéciale, juin 2016 : « *Après plusieurs jours de vomissements, T. est adressée à l'hôpital Notre-Dame de Charleroi. Un bilan médical est réalisé et met en évidence une péritonite perforée avec présence d'un corps étranger (gant en latex). T. est opérée d'urgence. (...) lors de la visite du 5 mai, T. était de nouveau hospitalisée suite à une récurrence de vomissements et lors de la journée, les auditrices apprennent qu'elle doit de nouveau être opérée* ».