

## Rapport Groupe de Travail n°4

# « Prévention des départs non souhaités en Belgique »

## Conférence Nationale du Handicap

## Sommaire

- 1- Cadrage de la mission/Méthodologie
    - 1.1.-Le contexte de la mission
    - 1.2 – Les objectifs de la mission, la méthodologie adoptée
  - 2- Données disponibles
    - 2.1 Données quantitatives secteur adulte
    - 2.2 Données qualitatives secteur adulte
    - 2.3 Données quantitatives secteur enfant
    - 2.4 Données qualitatives secteur enfant
  - 3- Causes et motivations des départs en Belgique
  - 4- Vers un conventionnement du secteur adulte
    - 4.1 – Rappel des modalités de régulation actuelles
    - 4.2 – Etat des lieux et caractéristique de l’offre wallonne
    - 4.3 – Objectifs et avantages du conventionnement en secteur adulte
    - 4.4 – Proposition de convention-type
    - 4.5 – Périmètre et hypothèses
    - 4.6 – Propositions de calendrier et méthodologie
    - 4.7 – Impact au niveau des ressources humaines
  - 5- Alternatives mobilisables en France
    - 5.1 L’impératif de la transformation de l’offre
    - 5.2 Un renforcement ciblé de l’offre institutionnelle inévitable
    - 5.3 Des leviers à mobiliser
    - 5.4 De premières initiatives permettant de faciliter les retours en France
- Conclusion

## Annexes

- Lettre de mission
- Liste des personnes rencontrées
- Projet de convention-type

## **1- Cadrage de la mission/Méthodologie**

### **1.1 – Le contexte de la mission**

L'accueil, en Wallonie, de personnes handicapées françaises, fait l'objet d'un accord-cadre conclu le 21 décembre 2011 entre la France et la Wallonie. Cet accord est entré en vigueur le 1er mars 2014.

Sa mise en œuvre a permis des avancées substantielles dans l'accueil en Wallonie des personnes handicapées en ouvrant aux ARS et aux départements la faculté d'assurer un contrôle conjoint, avec l'AVIQ (l'Autorité wallonne pour une Vie de Qualité en charge des personnes handicapées), des établissements et des conditions d'accueil des personnes, et la négociation de conventions permettant de garantir des conditions d'accueil et de sécurité similaires aux normes minimales françaises.

Le suivi de l'accord franco-wallon est assuré par l'ARS Hauts-de-France, ARS pivot désignée par l'accord et la commission mixte réunissant les signataires. L'ARS réalise en lien avec l'AVIQ, les ARS Ile-de-France et Grand-Est qui ont signé à cet effet un accord spécifique et le département du Nord, un programme de contrôle des établissements, complété en tant que de besoin de visites liées à des signalements.

L'accueil de personnes handicapées en Belgique concerne à la fois des enfants et des adultes titulaires d'une orientation de la MDPH aussi bien vers un établissement financé par l'Assurance maladie que vers un établissement relevant de la compétence départementale.

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

Les adultes avec orientation vers un établissement médico-social financé par l'Assurance maladie et accueillis en Belgique ressortissent au dispositif du centre national des soins à l'étranger (CNSE), sans contingentement particulier. Ils font l'objet d'accords de prise en charge au coup par coup.

On constate ces dernières années une augmentation du nombre d'accueils, permise par l'accroissement du nombre d'établissements wallons dédiés à cette activité. Au 31 décembre 2017, 6 109 personnes handicapées adultes étaient accompagnées par une structure wallonne, dont 3 188 relevant d'un financement par l'Assurance maladie. 190 établissements wallons accueillent majoritairement une population de personnes adultes handicapées françaises (financements AM et départements confondus).

Dans l'objectif de permettre à toute personne handicapée de bénéficier d'une solution d'accompagnement en proximité, un plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique a été mis en place par l'instruction ministérielle du 22 janvier 2016. Ce plan a bénéficié en 2016 de crédits d'amorçage de 15 M€, répartis entre les régions les plus concernées, pour financer des solutions de proximité sur le territoire national (pôles de compétences et de prestations externalisées, renforts de personnels et créations de places adaptées dans des établissements et services médico-sociaux). Le dispositif a été abondé de 15 M€ en 2018 et à nouveau de 15 M€ en 2019.

Une note complémentaire à l'instruction de 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé, diffusée en février 2018, a invité les ARS à repérer, dans le cadre de la planification de l'offre régionale, 100% des personnes originaires de leur territoire qui seraient accueillies en Belgique, afin de vérifier leur souhait de prise en charge et d'organiser pour celles qui le souhaiteraient, et dans le cadre de leur compétence, une réponse alternative mieux adaptée.

Le rapport IGAS n°2015-173 de décembre 2016 préconisait de conventionner progressivement des établissements pour adultes pour :

- encadrer le nombre de places et imposer des conditions qualitatives de fonctionnement,
- définir des modalités et des niveaux de financement,
- disposer d'une meilleure connaissance des effectifs adultes accueillis,
- intégrer les dépenses du CNSE dans l'ONDAM médico-social et l'objectif géré par la CNSA.

### **1.2 – Les objectifs de la mission, la méthodologie adoptée**

Dans ce contexte, la lettre de mission adressée par madame la Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées aux deux co-pilotes du groupe de travail fixe les objectifs suivants :

- Construire un dispositif de conventionnement pour les adultes à l'image de celui mis en place pour les enfants ;
- Travailler sur les causes et les motivations des départs en Belgique;
- Travailler sur les alternatives disponibles en France en lien avec la démarche « Réponse Accompagnée pour Tous ».

Les travaux du groupe de travail se sont articulés autour des réunions suivantes :

- Réunions inter-administrations (DGCS, CNSA)/Assurance maladie (CNAM, CNSE, CPAM), les 24 janvier, 5 et 21 mars
- Réunions régionales ARS/CD/MDPH dans les trois principales régions d'origine des personnes accueillies en Wallonie :
  - Hauts-de-France : mardi 26 mars précédée d'une rencontre avec le Directeur général adjoint par intérim de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France ;
  - Grand-Est : jeudi 28 mars ;
  - Ile-de-France : mardi 2 avril.

- Réunions inter-administrations (DGCS, CNSA, DSS)/Assurance maladie élargie aux représentants de CD et MDPH (Nord, Oise, Seine-Saint-Denis, Ardennes) et à des représentants d'usagers (CNCPH) le 30 avril.

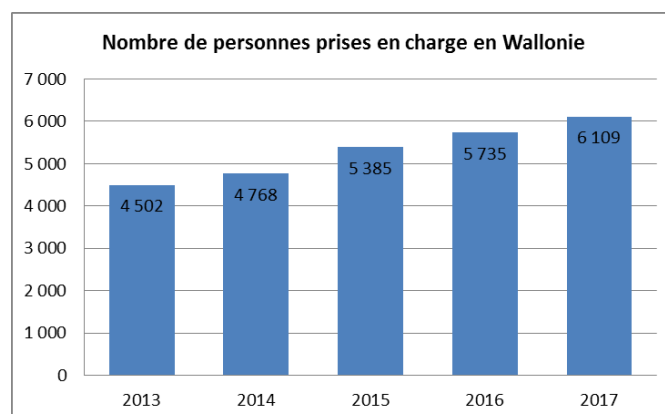
La liste des personnes ayant participé aux différents échanges figure en annexe.

## 2- Données disponibles

### 2.1 Données quantitatives secteur adulte

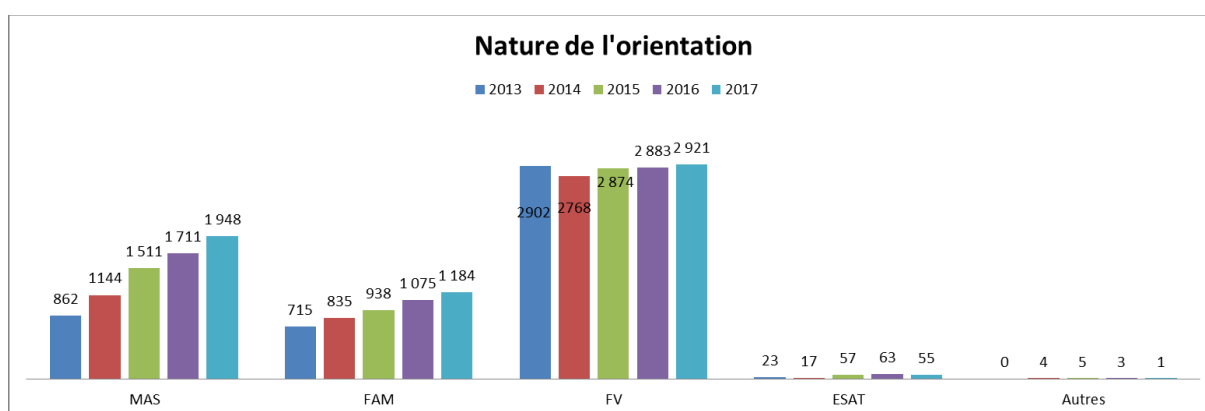
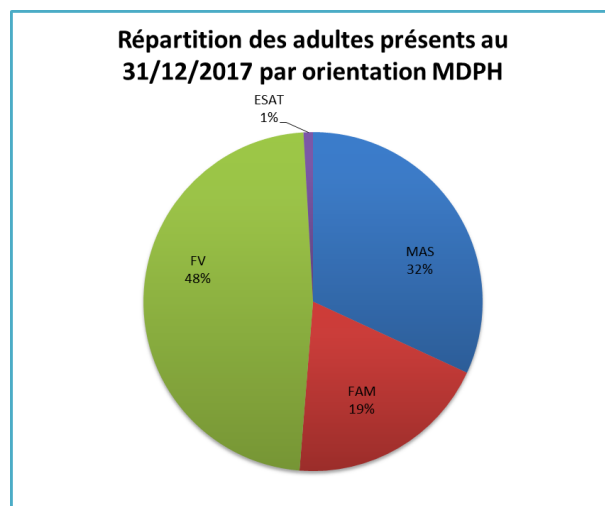
- Nombre d'adultes accueillis en Belgique

L'accord-cadre franco-wallon prévoit que les autorités wallonnes établissent un relevé d'informations pour permettre une meilleure identification des personnes handicapées (noms, prénoms, date de naissance, date d'entrée/sortie, nationalité, sexe, département d'origine, autorité responsable de l'orientation, autorité responsable du financement). Ce relevé d'information, consolidé par l'ARS Hauts-de-France, montre la constante évolution du nombre de français accueillis en établissement wallon. 5 385 personnes étaient concernées par cet accueil au 31 décembre 2015, 5 735 personnes au 31 décembre 2016 (+350) et 6 109 personnes au 31 décembre 2017 (+374).



- Orientations de ces adultes

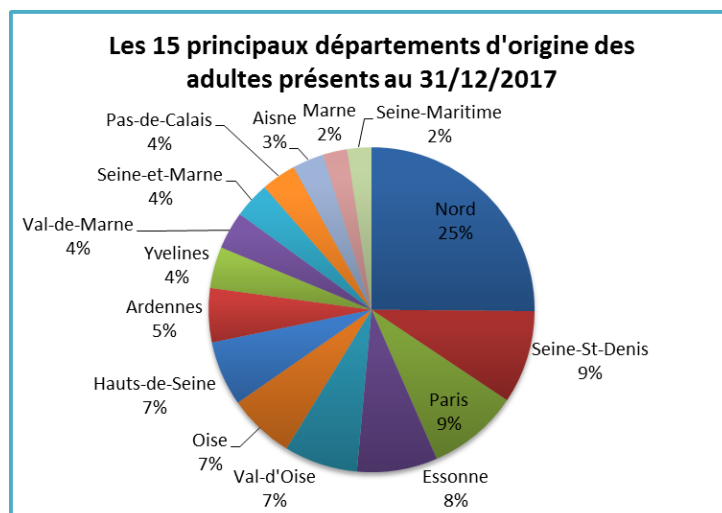
L'orientation MDPH des personnes accueillies en Wallonie est principalement de type Foyer de Vie. 2 921 personnes accueillies en Wallonie fin 2017 bénéficient de ce type d'orientation dont le financement relève intégralement des Conseils départementaux. La progression est stable (+1.63% par rapport à 2015) contrairement aux orientations en Maison d'Accueil Spécialisée en forte progression de 28.9% entre fin 2015 (1 511 personnes concernées) et 2017 (1 948 personnes concernées). Les orientations en Foyers d'Accueil Médicalisé connaissent, elles aussi, une hausse importante de 26.2 % (938 personnes concernées fin 2015 et 1 184 fin 2017).



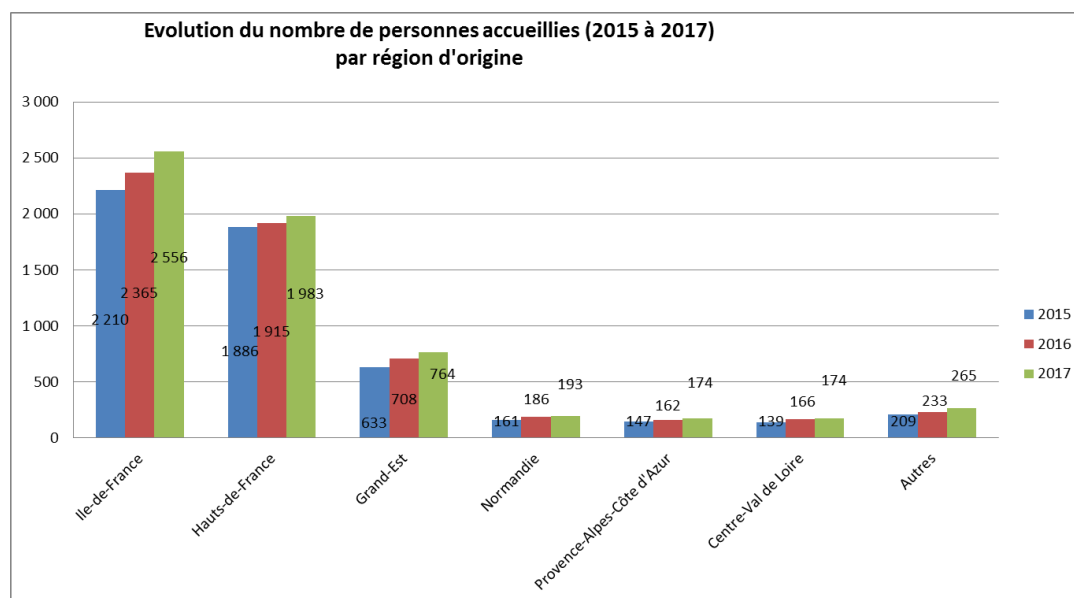
A noter que le relevé d'informations - établi sur la base des déclarations des établissements wallons - présente un décalage avec les données du Centre National de Soins à l'Étranger qui assure le financement au titre de l'Assurance maladie pour les orientations MAS et FAM. Si le chiffre de personnes orientées en MAS accueillies en Wallonie est identique (1 948 personnes) le nombre de personnes avec orientation FAM ne l'est pas (1 088 personnes financées par le CNSE contre 1 184 personnes accueillies selon le relevé d'informations).

#### - Origine des personnes accueillies en Belgique

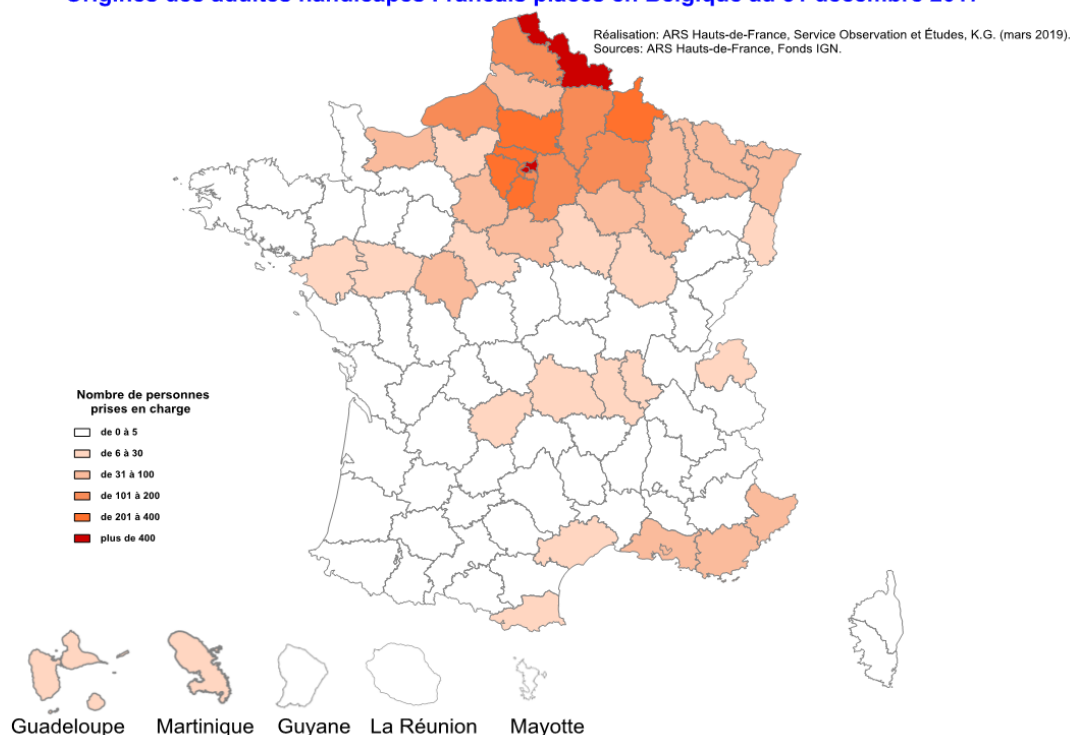
Au total, 88 départements ont des ressortissants adultes accueillis en Wallonie. En 2017, le principal département d'origine, qui s'explique de par sa proximité géographique mais aussi par le rattachement de mesures de protection de personnes de toutes origines à des organismes de ce département, est le Nord avec 1 247 personnes (25%). Suivent des départements d'Ile-de-France (459 personnes originaires de Seine-Saint-Denis, 449 originaires de Paris, 398 personnes d'Essonne, 363 du Val-d'Oise) ce qui place cette région en première position des régions d'origine des personnes accueillis en Wallonie depuis 2015. Les trois quarts des adultes accueillis en Wallonie fin 2017 sont originaires soit d'Ile-de-France (42%) soit de la région Hauts-de-France (32%).



Le nombre de personnes originaires d'Ile-de-France accueillies en Wallonie a augmenté de 346 entre 2015 (2 210 personnes) et 2017 (2 556 personnes), soit une augmentation de 15.6 % sur la période. Suit la région Hauts-de-France avec 1 983 personnes accueillies en Wallonie fin 2017 contre 1 886 personnes en 2015. La progression est moindre que pour l'Ile-de-France avec un taux de progression limité à 5.14%. Enfin, se démarque, en troisième position, la région Grand-Est passée de 633 personnes accueillies en Wallonie fin 2015 à 764 fin 2017. Cette région est celle qui a donc connu la plus importante évolution : 20.7%.



## Origines des adultes handicapés Français placés en Belgique au 31 décembre 2017



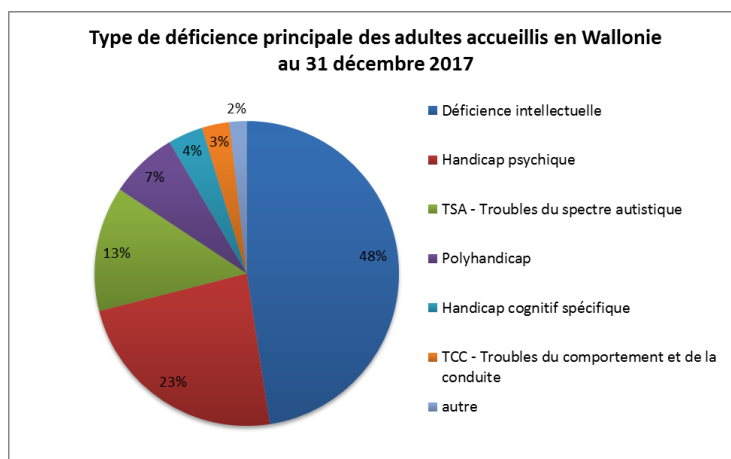
### 2.2 Données qualitatives secteur adulte

Fin 2017, les personnes accueillies en établissement wallon sont âgées de 16 à 77 ans, la moitié y est présente depuis moins de 5 ans et près de 20% depuis plus de 15 ans.

- Les déficiences accompagnées : déficiences principales

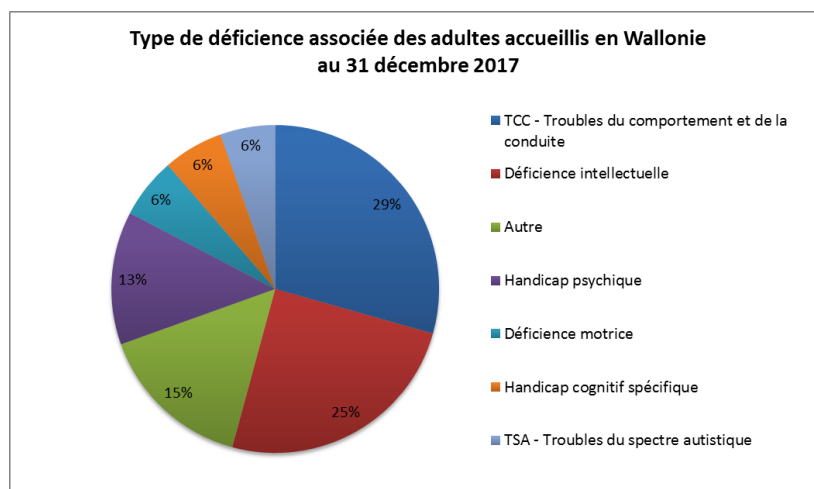
Suite aux recommandations de la Commission mixte réunie le 16 novembre 2016 afin d'améliorer le recueil d'informations, le relevé 2017 comporte des informations sur le type de handicap des personnes françaises accueillies en Wallonie. Ainsi, il apparaît que la déficience principalement présentée est intellectuelle (2 875 personnes), vient ensuite le handicap psychique (1 417 personnes), puis les troubles du spectre autistique (801 personnes), le polyhandicap (437 personnes), le handicap cognitif spécifique (224 personnes), les troubles du comportement et de la conduite (177 personnes). A la marge quelques personnes présentent une déficience principale motrice (37 personnes), auditive (21 personnes) ou visuelle (9 personnes). Le handicap principal de 11 personnes a été considéré comme « autre » par les établissements wallons.





- Les déficiences accompagnées : déficiences associées

Les déficiences associées identifiées sont les suivantes : troubles du comportement et de la conduite (1 312 personnes), déficience intellectuelle (1 110 personnes), handicap psychique (586 personnes), déficience motrice (267 personnes), handicap cognitif spécifique (265 personnes), trouble du spectre autistique (243 personnes). Viennent ensuite la déficience visuelle associée (78 personnes), le polyhandicap (66 personnes), la déficience auditive (51 personnes). Aucune déficience associée n'est identifiée pour 1 448 personnes et une déficience « autre » concerne 683 personnes.



- Caractérisation du parcours

Sur les 688 entrées enregistrées en cours d'année 2017, 43.5% des personnes étaient antérieurement prises en charge par le secteur psychiatrique (299 personnes), 22% étaient suivies par le secteur médico-social français (154 personnes), 17% par le secteur médico-social wallon (120 personnes), près de 13% étaient en famille (89 personnes), quelques-unes (4 personnes) étaient suivies par le secteur sanitaire hors psychiatrie. Le lieu de vie précédent n'est pas connu pour 22 personnes.

En parallèle, 329 sorties ont été enregistrées. 43% des personnes sorties ont été orientées vers une autre structure wallonne (142 personnes), 14% ont été orientées vers une structure française (46 personnes), 10% sont retournées en famille (33 personnes), 5% vers un autre secteur (18 personnes), moins d'1% est retourné vers le secteur psychiatrique (2 personnes). Dans 26% des situations, la sortie est liée au décès du résident (87 personnes décédées au cours de l'année 2017).

### 2.3 Données quantitatives secteur enfant

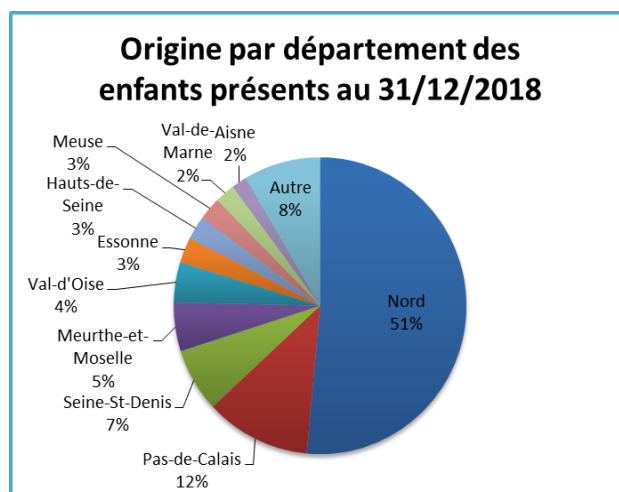
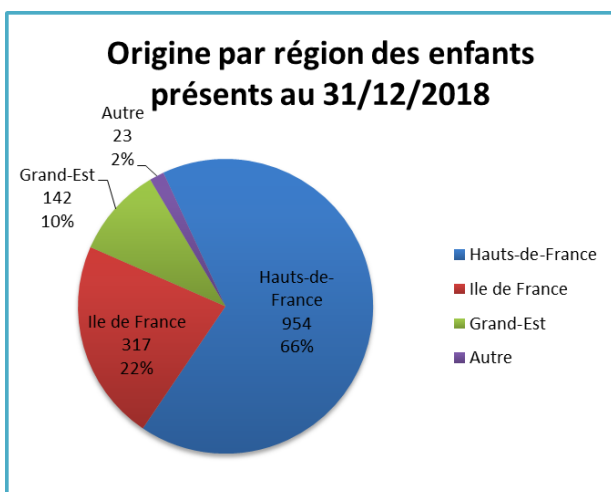
Les données disponibles sur le secteur enfant sont plus récentes puisque les établissements ont l'obligation de retourner trimestriellement à la CPAM de Roubaix-Tourcoing leur relevé d'activité.

- Nombre d'enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis en Belgique

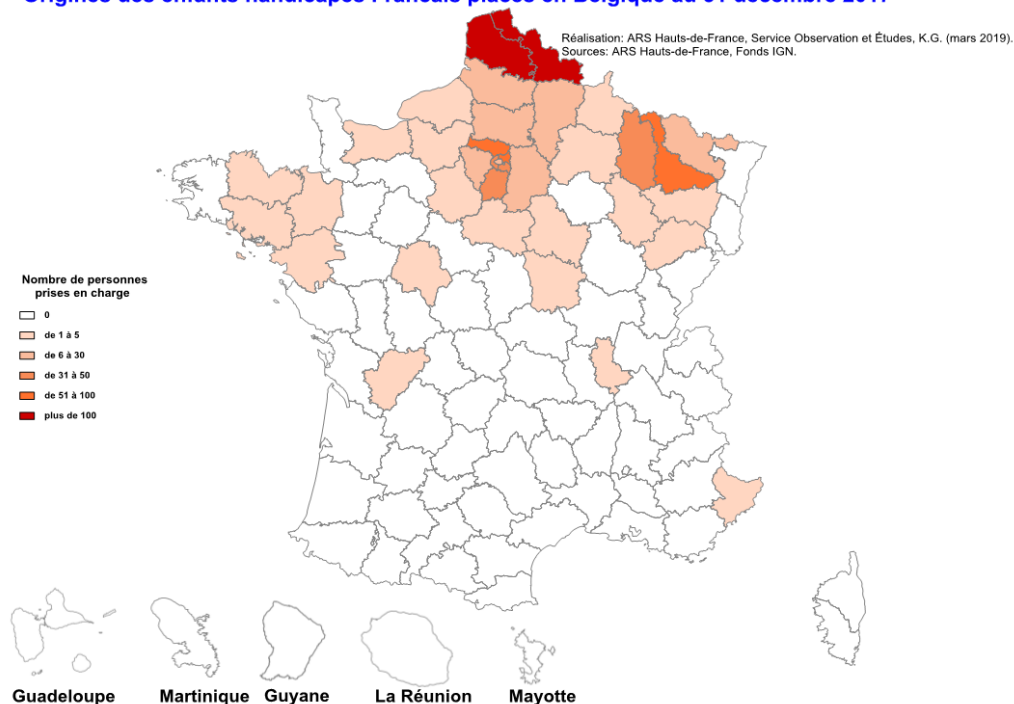
Les établissements conventionnés accueillent des enfants ainsi que des adolescents et adultes maintenus par amendement Creton. Au 31 décembre 2018, 1 436 personnes sont accueillies dans les établissements conventionnés : 1 225 ont moins de 20 ans (19 enfants de 0 à 6 ans ; 239 enfants de 7 à 12 ans ; 412 adolescents de 13 à 15 ans ; 555 adolescents de 16 à 19 ans) et 211 ont plus de 20 ans (109 adultes de 20 à 25 ans, 54 adultes de 26 à 40 ans et 48 de plus de 40 ans).

- Origine des personnes accueillies en Belgique

Les personnes sont principalement originaires de la région Hauts-de-France (954), d'Ile-de-France (317) et de Grand-Est (142). Les autres régions comptent moins de 10 jeunes accueillis en Wallonie. Le département du Nord est très largement en tête avec 739 personnes accueillies en établissement conventionné, suit le Pas-de-Calais avec 167 personnes accueillies puis la Seine-Saint-Denis (100 personnes), la Meurthe-et-Moselle (76 personnes) et le Val-d'Oise (63 personnes). Les autres départements comptent moins de 50 ressortissants en établissement conventionné.



## Origines des enfants handicapés Français placés en Belgique au 31 décembre 2017



### - Orientations/profil des personnes accueillies

Près de 54% des jeunes ont une orientation MDPH en IME (771 jeunes), 24% en ITEP, près de 8% en MAS, 3% en FAM, quelques jeunes sous amendement Creton disposent d'orientations en ESAT.

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

## 2.4 Données qualitatives secteur enfant

### - Scolarisation

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

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

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

Mai 2019

Page 11

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

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

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

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

- Jeunes adultes sous amendement Creton

Une enquête annuelle est également réalisée concernant les adultes maintenus en établissement enfant au titre de l'amendement Creton. 206 personnes étaient dans cette situation au 1<sup>er</sup> septembre 2018. Ces personnes présentent principalement une déficience intellectuelle (106), viennent ensuite un polyhandicap (37), un handicap psychique (30), des troubles du spectre autistique (22), une déficience motrice (7), des troubles de la conduite et du comportement (4).

En conclusion, ce sont près de 7 600 français, enfants et adultes, qui sont accueillis dans des établissements wallons, on note sur les trois dernières années une évolution constante du nombre des adultes (+ 374 personnes en 2017) alors que le nombre d'enfants est stabilisé. Les trois régions les plus concernées par les accueils en Belgique sont respectivement l'Ile-de-France, les Hauts-de-France et le Grand-Est.

### **3- Causes et motivations des départs en Belgique**

La Belgique accueille depuis très longtemps des personnes handicapées venant de France et les premiers « placements » financés par l'Assurance maladie datent de 1954.

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

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

éloignées, «pour des personnes qui ne trouvent pas en France de solutions adaptées à leur handicap souvent grave, cumulant plusieurs pathologies et troubles psychiques voire physiques après des ruptures de parcours ».

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

La mise en œuvre de la politique de prévention des départs non souhaités vers la Belgique s'est traduite par une bonne mobilisation conjointe des acteurs territoriaux et a permis d'améliorer la situation, notamment au niveau des enfants. Toutefois, on constate un flux annuel d'environ 350 adultes qui partent en Belgique.

Les échanges au cours des différentes réunions conduites dans le cadre de ce groupe de travail ont cherché à approfondir les causes et les motivations actuelles des départs en Belgique. Cinq motifs principaux ont été identifiés.

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

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

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

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

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

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

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

- Des liens directs existants entre les opérateurs français et belges

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

Par ailleurs, il est constaté, comme cela avait déjà été relevé dans le rapport IGAS en 2016, que les orientations en Belgique concernent particulièrement les personnes les plus vulnérables n'ayant plus d'attaches familiales, jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance et majeurs sous tutelle. Deux départements de la région Grand-Est ont pointé les pratiques d'associations tutélaires qui recherchent directement des solutions d'hébergement en Belgique, amènent la personne visiter l'établissement belge, voire y faire un stage, cela avant même que la situation ne soit traitée par la MDPH. Ces pratiques ne semblent pas avoir été observées dans les autres régions.

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

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

- L'attractivité de certains établissements wallons

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

Il faut aussi souligner la polyvalence des établissements wallons qui peuvent accueillir des publics hétérogènes et qui fonctionnent par degré d'autonomie. Ils sont en outre ouverts 365 jours par an.

Les établissements wallons ont également le souci de maintenir les liens familiaux et organisent des retours au domicile, souvent une fois par mois ainsi que pour les vacances ; sur ce point toutefois, leurs pratiques ne sont pas harmonisées.

Par ailleurs, il est constaté un effet filière des enfants accueillis en Wallonie qui deviennent adultes et ensuite restent en Belgique où ils ont acquis leurs repères.

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

Enfin, il faut également noter la facilité de création de nouveaux établissements en Belgique, qui s'explique en particulier par des exigences en terme de normes assez faibles et par le fait que le gouvernement wallon ne finance pas du tout les établissements qui accueillent uniquement des français. De plus, des démarchages importants sont réalisés par les sociétés commerciales belges, souvent en amont des autorisations d'ouverture de structures délivrées par l'AVIQ.

En conclusion, même si certains placements en Belgique résultent d'un libre choix des personnes lié à la proximité ou à une qualité jugée meilleure, il apparaît que la Belgique constitue majoritairement, tant pour les professionnels, pour les usagers que pour les familles, une solution de dernier recours faute d'avoir pu trouver une solution adaptée sur le lieu de vie de la personne handicapée.

#### **4- Vers un conventionnement du secteur adulte**

L'accord-cadre franco-wallon et son arrangement administratif donnent la possibilité à l'ARS Hauts-de-France, à la CPAM de Roubaix-Tourcoing et aux Conseils départementaux de passer des conventions avec les établissements wallons d'accueil. Ces conventions sont chargées de prévoir les conditions et modalités d'intervention des structures médico-sociales et des organismes de prise en charge des personnes handicapées.

##### **4.1 – Rappel des modalités de régulation actuelles**

###### **- Secteur enfants/adolescents**

Entre 1996 et 2010, un dispositif conventionnel a progressivement été mis en place sur le secteur enfant et adolescent. 25 établissements belges ont signé des conventions avec la Caisse Régionale d'Assurance maladie Nord-Picardie pour la prise en charge théorique de 1828 ressortissants français. Ces établissements, agréés et/ou autorisés de prise en charge par l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH devenue AViQ), étaient financés par un prix de journée fixé dans les conventions. En 2010, cette dépense est identifiée dans une sous-enveloppe de l'ONDAM gérée par la CNSA.

Les effets juridiques de ces conventions se sont poursuivis jusqu'au renouvellement au 1<sup>er</sup> janvier 2015 des conventions par l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais (devenue ARS Hauts-de-France) avec l'appui de la Caisse Primaire d'Assurance maladie de Roubaix-Tourcoing, caisse pivot. Les tarifs n'avaient pas été revus depuis 2010. Le re-conventionnement a permis le passage d'un prix de journée à une dotation globale de financement dans le cadre d'une enveloppe fermée. En 2018, le montant est de 72.8 millions d'euros pour 25 établissements conventionnés représentant 1 498 places, couverts par l'enveloppe fermée dédiée de l'objectif de dépenses géré par la CNSA.

La convention, initialement prévue pour durer 5 ans (du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 décembre 2019), a été prorogée d'une année afin de laisser le temps aux établissements de mener une démarche d'évaluation de la qualité interne puis externe. Cette obligation a été imposée par l'avenant 2017 à la convention. Les résultats de ces évaluations seront déterminants pour le renouvellement des conventions au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

###### **- Secteur adultes**

Les établissements accueillant des adultes n'ont pas fait l'objet de la régulation quantitative et qualitative dont a bénéficié le secteur enfant.

Le financement des prises en charge des adultes accueillis en Wallonie dépend du type d'orientation MDPH dont ils relèvent. Les orientations de type MAS sont financées exclusivement par l'Assurance maladie via le Centre National de Soins à l'Etranger (185€25 par jour et 20€ de forfait journalier hospitalier). Les orientations de type FV sont intégralement prises en charge par les Conseils départementaux. Les orientations de type FAM font l'objet d'un financement mixte constitué d'un

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France



forfait hébergement versé par les Conseils départementaux et d'un forfait soins (76€83 au 1<sup>er</sup> janvier 2019) versé par l'Assurance maladie via le CNSE.

Les dépenses validées par le CNSE pour les placements en FAM et MAS en Wallonie représentent pour l'année 2016 : 136 451 803 € et pour l'année 2017 : 153 201 751 € (en date de soins). Il convient en outre de préciser que ces sommes ne prennent pas en compte les dépenses de santé effectuées directement avec la carte vitale ou la carte européenne d'assurance maladie dont les montants n'ont pas pu être évalués.

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

Le montant alloué aux prises en charge en Wallonie par les Conseils départementaux est estimé entre 200 et 250 millions d'euros. L'enquête menée auprès des Conseils départementaux dans le cadre des présents travaux de la CNH ont permis d'identifier une enveloppe départementale de 198 millions d'euros dédiée en 2018 aux prises en charge en Wallonie (FV et forfaits hébergement des FAM), mais tous les départements n'ont pas souhaité participer à cette enquête (31 départements ayant près de 700 ressortissants en Wallonie - 465 FV et 234 FAM selon les données du relevé d'informations - n'ont pas répondu).

- Une stricte régulation des orientations en établissements et services d'aide par le travail  
Au 31 décembre 2017, 55 personnes accueillies en Wallonie disposent d'une orientation en ESAT contre environ 300 à la fin des années 1990. 45 personnes sont originaires du Nord, 4 des Ardennes, 4 d'Ile-de-France, une du département de l'Eure et une d'Eure-et-Loir. Des conventions signées entre la DDASS du Nord et les entreprises de travail adapté wallonnes en 2004 prévoyaient qu'« à partir de la signature de la présente convention, l'entreprise de travail adapté belge n'est plus habilitée à recevoir de nouveaux travailleurs handicapés ressortissants français ». Ainsi, depuis 2004 le nombre de personnes avec ce type d'orientation a fortement diminué. En 2018, seuls trois ESAT wallons accueillent des français. Le budget qui leur est alloué, un peu plus de 624 000 € en 2018, est géré par l'ARS Hauts-de-France. Jusqu'en 2010 les moyens financiers récupérés suite aux départs des travailleurs étaient redistribués aux établissements de la région Hauts-de-France. Depuis 2010 les places laissées vacantes en Wallonie sont recréées sur le territoire des Hauts-de-France avec les moyens correspondants.

Face à l'absence de régulation des pouvoirs publics français concernant les orientations FAM, MAS et FV, l'offre wallonne n'a eu de cesse de croître.

## **4.2 – Etat des lieux et caractéristique de l’offre wallonne**

En 2010, il existait 74 établissements dits « APC » pour « autorisés à prendre en charge » dédiés à l’accueil de français. Fin 2018 ils sont 166 établissements de ce type. Entre 2009 et fin 2017, il s’est créé en moyenne 340 nouvelles places par an. Ces établissements font l’objet d’une réglementation distincte et plus souple que celle des établissements historiquement « agréés » par l’autorité wallonne compétente et dédiés à l’accueil de wallons. L’arrêté du gouvernement wallon adopté le 31 mai 2018 et entré en vigueur le 3 août 2018 met un terme au sigle « APC » remplacé par « SAFAE » : Services résidentiels Agréés dont le Financement et la décision de prise en charge sont assurés par une Autorité publique Etrangère.

Contrairement aux établissements français, les établissements wallons peuvent accueillir tout type d’orientation MDPH. Ainsi, en cas de changement d’orientation la personne peut continuer à être accueillie au sein du même établissement.

Il faut souligner la rapidité des délais dans lesquels un établissement peut voir le jour en Wallonie du fait du peu de formalisme et d’exigences requis mais aussi des courts délais d’instruction des autorités wallonnes.

En effet, il faut compter au maximum une année entre le dépôt de la demande d’accord de principe et l’obtention de l’agrément. A réception du dossier complet de demande d’accord de principe (qui doit contenir un projet de service, un règlement d’ordre intérieur, une convention d’accueil, une note indiquant les types de situation de handicap, sexe et âge, le numéro d’entreprise du gestionnaire), l’AViQ dispose d’un délai de 6 mois pour se prononcer. Le délai est identique (6 mois), pour se prononcer sur le dossier de demande d’agrément (qui requiert l’identité du directeur, une copie de ses diplômes, un extrait de casier judiciaire, une délégation de pouvoirs, un rapport du service conseil en accessibilité, un rapport de service communal ou de service régional incendie qui stipule la capacité d’accueil de la structure).

## **4.3 – Objectifs et avantages du conventionnement en secteur adulte**

La démarche de conventionnement, prévue par l’accord-cadre et mise en œuvre sur le secteur enfant, peut être élargie au secteur adulte. Une annonce en ce sens avait d’ailleurs été faite par Madame Ségolène Neuville lors de la Commission mixte réunie le 16 novembre 2016.

Notre lettre de mission nous invite à réfléchir et à proposer une méthodologie de conventionnement des établissements pour adultes s’appuyant sur des critères, un projet type de convention et un calendrier.

- La régulation quantitative

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

- La régulation qualitative

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

- L'efficacité tarifaire

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

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

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

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

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

#### **4.4 – Proposition de convention-type**

Le projet de convention-type s'inspire du modèle existant sur le secteur enfant avec l'ensemble des adaptations nécessaires à son application sur le secteur adulte. Cette convention tripartite a vocation à être signée par l'ARS Hauts-de-France, la caisse pivot désignée par l'Assurance maladie et l'établissement concerné.

La convention fixe la capacité autorisée, la répartition par orientation MDPH et par origine géographique. Il faut en effet figer ces répartitions dans la perspective d'une tarification unique. Des conventions passées entre l'ARS Hauts-de-France et les Conseils départementaux volontaires seront nécessaires et pourront détailler les modalités concrètes de fonctionnement, notamment si un Conseil départemental souhaite diminuer le nombre de places qu'il finance en Wallonie à l'occasion

des sorties de ses ressortissants. A contrario un département pourrait demander à disposer de places supplémentaires en établissement wallon.

La convention détaille les frais couverts par le prix de journée. Les frais de transports quotidiens sont par exemple pris en charge.

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

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

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

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

## 4.5 – Périmètre et hypothèses

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

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

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

### 4.5.1 Hypothèse 1

Il a été décidé de proposer une démarche progressive :

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

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

#### 4.5.2 Hypothèse 2

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

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

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

Pour calculer l'enveloppe dédiée aux nouvelles orientations, une observation des flux entre 2016 et 2017 a été réalisée. Le nombre de personnes avec orientation MAS et FAM a respectivement augmenté de 242 et 112. Sur la base du forfait soins FAM 2019 (76€83), du forfait MAS (185€25), du forfait hospitalier (20€) et en considérant que les personnes sont présentes 365 jours par an et que l'assurance maladie prend en charge tous les forfaits hospitaliers le surcoût – ainsi estimé a maxima – est de 21 270 542€.

La région dans laquelle le surcoût entre 2016 et 2017 est le plus important est la région Ile-de-France (10 654 912€ soit 50.09 %), vient ensuite la région Hauts-de-France (4 981 322€ soit 23.42 %) puis la région Grand-Est (2 817 964€ soit 13.25 %). Le surcoût pour les autres régions est de 2 816 343€ soit 13.24 %.

Au total l'enveloppe annuelle dédiée aux adultes supplémentaires est donc estimée à 18 454 199€ pour les trois principales régions concernées (57.74 % Ile-de-France, 26.99 % Hauts-de-France, 15.27 % Grand-Est).

Une enveloppe pérenne annuelle d'environ 20 millions d'euros visant à renforcer l'offre sur les territoires pourrait ainsi être versée aux trois principales ARS concernées le temps de la montée en charge du conventionnement, soit une enveloppe pérenne supplémentaire de 60 millions d'euros.

## 4.6 - Propositions de calendrier et méthodologie

Comme indiqué précédemment, il est proposé de procéder progressivement au conventionnement des établissements wallons du secteur adulte. Une période transitoire de trois à quatre ans est envisagée. Le rapport IGAS de 2016 préconisait de conventionner en priorité les établissements qui accueillent des personnes avec une orientation de type MAS ; néanmoins il est également proposé de conventionner, dans ces établissements, la partie forfait soins des orientations FAM, qui relève d'un financement de l'Assurance maladie.

### 4.6.1 Hypothèse 1

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

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

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

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

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

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



Du point de vue financier, le transfert de la prise en charge par le CNSE vers l'ONDAM médico-social s'effectuera progressivement suivant la montée en charge proposée ci-dessus. En considérant les 1 184 personnes orientées FAM et les 1 948 orientées MAS accueillies en Wallonie au 31 décembre 2017, un coût MAS de 77 000 € (220€/jour sur 350 jours de présence) et un coût FAM de 31 500 € (90€/jour sur 350 jours de présence) cela représente des transferts de :

- 126 millions € en phase 1
- 50 millions € en phase 2
- 12 millions € en phase 3

Il s'agit d'estimations qui ne tiennent pas compte des entrées en établissement wallon réalisées après le 31 décembre 2017.

#### **4.6.2 Hypothèse 2**

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

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

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

#### **4.7 – Impact au niveau des ressources humaines**

L'ARS Hauts-de-France est désignée pivot pour assurer la déclinaison de l'accord-cadre franco-wallon. A ce jour c'est la Cellule Affaires Internationales qui assume ce rôle à travers :

- le suivi du dispositif conventionnel et de la tarification sur le secteur enfant (25 établissements et 1500 places conventionnées),
- l'élaboration, la coordination et la contribution au programme d'audits-conjoints,
- la réalisation de travaux statistiques tant sur le secteur enfant qu'adulte.

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

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

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

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

En parallèle, sous réserve des effectifs mobilisables, il peut être envisagé un appui à l'ARS Hauts-de-France par les deux autres ARS les plus concernées par les départs en Wallonie (Ile-de-France et Grand-Est), le temps de la montée en charge du conventionnement. Une coopération est déjà mise en œuvre pour que ces ARS contribuent à la réalisation du programme d'audits-conjoints.

## **5- Alternatives mobilisables en France**

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

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

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

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

De plus, comme évoqué au chapitre précédent, ces nouvelles réponses devront se déployer dans le même calendrier que celui de la fixation d'un plafond de capacitaires mobilisable pour les adultes en Belgique.

Il est donc suggéré qu'une dynamique territoriale forte soit rapidement engagée par les ARS et les CD pour conduire cette politique de transformation de l'offre qui pour réussir, devra faire l'objet d'une concertation étroite avec l'ensemble des acteurs concernés au niveau territorial, en particulier l'Education Nationale, les collectivités territoriales, les MDPH, les organismes gestionnaires et les représentants d'usagers. Cette démarche est bien engagée dans un certain nombre de territoires. Sa mobilisation en réponse à la problématique des départs non souhaités en Belgique suppose toutefois que l'ensemble des acteurs en fassent un réel objectif partagé.

La politique d'évolution de l'offre est dotée d'une enveloppe nationale de 180 millions d'euros destinée aux ARS pour le développement quantitatif de l'offre et l'accompagnement de la transformation de l'offre (stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021). S'ajoute à cette enveloppe les crédits 2016, 2018 et 2019 du plan de prévention des départs en Belgique cité supra au chapitre 1 (15 M€ par année ciblée).

La mobilisation de ces crédits vers une diversification de l'offre permet de travailler sur les réponses à apporter à l'ensemble des besoins des personnes handicapées d'un territoire donné, dans l'objectif « gagnant-gagnant » de la bonne personne accompagnée par les opérateurs adéquats en respect de ses aspirations réelles et de celles de sa famille.

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

En Ile-de-France, dans le cadre de la transformation de l'offre, ont été créées des plateformes FAM/SAMSAH/PCPE (pour profils TED et handicap psychique) qui répondent ainsi à l'évolution attendue des ESMS et qui ciblent les publics prioritairement orientés en Belgique. Ce type de réponses est à développer dans les territoires les plus concernés par les départs non souhaités en Belgique.

Les représentants des usagers insistent sur la nécessité de développer la guidance et les solutions de répit pour les aidants afin d'éviter les situations d'épuisement des aidants qui constituent un des motifs d'orientation vers la Belgique. Certaines MDPH, comme celle des Ardennes, indiquent qu'elles ont commencé, dans le cadre de l'axe 4 de la Réponse Accompagnée pour Tous, à travailler sur la

pair-aidance et sur l'expertise d'usage des familles, afin notamment d'améliorer l'évaluation des situations.

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

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

## **5-2. Un renforcement ciblé de l'offre institutionnelle inévitable**

Les nouveaux flux vers la Belgique concernant essentiellement des orientations en MAS et FAM pour des situations complexes, il est considéré que le développement de nouvelles réponses inclusives ne suffira pas pour répondre aux besoins de proximité et qu'un renforcement de l'offre institutionnelle est nécessaire, dans les trois régions les plus concernées par les départs en Belgique.

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

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

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

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

### **5.3 Des leviers à mobiliser**

Au-delà de l'adaptation et du renforcement des réponses pouvant être proposées, certains leviers sont considérés comme devant être mobilisés afin d'améliorer l'efficacité collective ainsi que la qualité des prises en charge, notamment pour les situations complexes ou critiques.

- Un renforcement de la formation des professionnels nécessaire :

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

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

- Une évolution des pratiques des ESMS à poursuivre :

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

- Une amélioration du suivi des orientations :

Le déploiement en cours du système d'information de suivi des orientations va permettre aux MDPH de suivre de manière effective la mise en œuvre des orientations, de faciliter les parcours des personnes en situation de handicap et d'améliorer la connaissance de l'offre disponible. La MDPH pourra identifier en temps réel les places vacantes dans les ESMS. Toutefois, il faut pour cela que les établissements traitent au fil de l'eau les décisions d'orientations qu'ils reçoivent. Or dans les départements qui ont déployé l'outil, il est noté des disparités de mobilisation au niveau des ESMS. Un suivi attentif doit donc être mis en place et ce point pourrait faire l'objet d'un objectif contractualisé dans les CPOM.

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

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

- Une levée de certains freins :

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

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

#### **5.4 De premières initiatives permettant de faciliter les retours en France**

La politique impulsée depuis 2016 vise avant tout à prévenir tout nouveau départ non souhaité vers la Belgique ; toutefois certains départements ont initié des bonnes pratiques ou expérimentations visant à faciliter les retours en France des personnes qui le souhaitent.

Certaines MDPH, comme celle des Ardennes, effectuent un suivi attentif de la situation des personnes orientées en Belgique, et, au moment du renouvellement de l'orientation, elles les questionnent systématiquement sur un éventuel souhait de leur part de revenir en France.

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

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

---

Pilotes :  
Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est  
Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

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

La MDPH a adressé un courrier d'information sur la démarche aux familles concernées, 26 personnes lui ont donné leur accord pour qu'une étude des conditions d'un retour en France soit effectuée et 38 ont refusé. Une quinzaine de familles a été rencontrée par les partenaires associatifs et les premières propositions de réponse sont en cours de finalisation.

L'ARS Grand-Est a réservé un fonds d'amorçage sur ses crédits pour pouvoir accompagner le démarrage de cette expérimentation. En effet, le conventionnement des établissements wallons accueillants des adultes, lorsqu'il sera mis en place, donnera la possibilité, grâce à l'intégration des crédits correspondants dans l'ONDAM (enveloppe CNSA) de réorienter les crédits tarifés par l'ARS Hauts-de-France vers les dotations des ARS qui seront en capacité de proposer des réponses de proximité sur leur territoire pour accompagner les retours souhaités par les personnes. Il s'agit donc d'un principe vertueux.

Une évaluation qualitative de cette expérimentation est prévue afin de pouvoir déterminer les conditions d'une modélisation.

## Conclusion

Près de 7 600 français, 1 500 enfants et 6 100 adultes, sont accueillis dans des établissements wallons, originaires majoritairement des régions Ile-de-France, Hauts-de-France et Grand-Est.

La mise en œuvre depuis 2016 de la politique de prévention des départs non souhaités vers la Belgique, associée au déploiement de la démarche de Réponse Accompagnée pour Tous a permis de limiter les départs vers la Belgique, notamment au niveau des enfants, et de proposer des solutions alternatives en France. Cependant, on constate sur les trois dernières années une évolution constante du nombre des adultes qui partent en Belgique, représentant un flux annuel d'environ 350 personnes.

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

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

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

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

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

---

Pilotes :  
Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est  
Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France





PREMIER MINISTRE  
SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES

*Le Ministre*

*Paris, le 15 FEV. 2019*

Madame la Directrice de l'autonomie,  
Madame la Responsable de cellule Affaires Internationales,

Treize ans après la loi du 11 février 2005 et huit ans après la ratification par la France de la convention internationale des droits des personnes en situation de handicap, la place de nos concitoyens en situation de handicap s'est améliorée mais le fonctionnement de notre société reste encore trop souvent source d'exclusion et de discrimination envers eux.

S'il revient au politique d'impulser une dynamique, de fixer un cap, la réussite repose aussi sur son appropriation par l'ensemble des acteurs territoriaux, publics et privés, et sur la participation effective des personnes en situation de handicap.

Parce que l'engagement inclusif est l'affaire de tous et que la société à laquelle nous aspirons n'est pas hors de portée, mais nécessite une transformation profonde, la prochaine Conférence nationale du handicap (CNH) ne sera pas un événement unique et isolé mais une construction de plusieurs mois qui sera clôturée par le Président de la République en juin 2019.

Cette grande CNH s'appuiera d'abord sur les plusieurs événements territoriaux : il nous faut en effet partir des initiatives territoriales et des expériences locales pour avancer concrètement. Elle sera ainsi marquée par des déplacements ministériels qui iront à la rencontre de pratiques exemplaires, et pour débattre avec les citoyens dans toute la France.

**Edith CHRISTOPHE**  
Directrice de l'autonomie  
Agence Régionale de Santé Grand Est  
3, Boulevard Joffre  
CS 80071  
54036 NANCY CEDEX

**Marine DUPONT-COPPIN**  
Responsable de cellule affaires internationales  
Agence Régionale de Santé Hauts-de-France  
556, Avenue Willy Brandt  
59777 EURALILLE

14 AVENUE DUQUESNE - 75350 PARIS SP  
TÉLÉPHONE: 01 40 56 48 88 / 01 42 75 80 00

Dans le même temps, 5 grands chantiers de travail seront ouverts et conduits sur des thèmes nécessitant une concertation approfondie avec les parties prenantes pour permettre des avancées concrètes au profit de l'inclusion et de l'amélioration de la vie quotidienne des personnes :

- Mettre en œuvre une meilleure compensation du handicap par une prestation de compensation du handicap renouvelée afin de mieux prendre en compte les besoins des personnes,
- Mieux prendre en charge les besoins de compensation des enfants en revisitant les dispositifs actuels,
- Trouver des alternatives au départ non souhaité de nos concitoyens en Belgique,
- Interroger le statut et la gouvernance des Maisons départementales des personnes handicapées pour un pilotage plus efficient de la réponse aux personnes,
- Assurer une pleine représentation des personnes en situation de handicap dans la construction des politiques publiques.

Je vous remercie d'avoir bien voulu accepter de co-piloter le groupe de travail relatif à la prévention des départs non souhaités en Belgique. L'objectif est de construire un dispositif de conventionnement pour les adultes à l'image de celui mis en place pour les enfants. En parallèle, il conviendra de travailler sur les causes et motivations des départs en Belgique, sur les alternatives disponibles en France en lien avec la démarche « réponse accompagnée pour tous ».

Vous trouverez joint à ce courrier une première fiche de cadrage du groupe de travail, sur laquelle vous pourrez vous appuyer pour engager vos travaux.

Je souhaite pouvoir disposer de vos propositions et recommandations d'ici fin mai 2019.

Veillez croire, Mesdames, à l'assurance de toute ma considération.



Sophie CLUZEL

## Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Hammadi ABHIZAT, CNSA

Auriane ARNOUD, CD 67

Marc BARBEY, CD 59

Pascale BARINCOU, MDPH 93

Véronique BATOUL-DIOP, CNAM

Louis BERTRAND, EHESS

Frédérique BOITARD, CNSE

Augustin BOUSBAIN, CNCPH

Marlène BOUTIN, CD 60

Cyril CARBONNEL, CD 59

Frédérique CHAUSSIN, MDPH 08

François COLIN, CNAM

Clotilde COTTINEAU, CD 93

Marion COURBIL, DTARS 08

Laure DE COLIGNY, MDPH 57

Laudia DE DAMBA, CD 77

Olivier DARDAINE, DTARS 54

Anne-Sophie DELADERIERE, CD 62

Georges DIANOUX, CD 94

Virginie DOYON, CD 52

Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, DGCS

Anne DUMAY, MDPH 08

Magalie DURIEZ, ARS HDF

Stéphane DUSSINE, MDPH 54

Laura ETIENNE, MDPH 55

Charlotte FAISSE, ARS IDF

Alain FAURE, CNCPH

Charlotte GALLAND, MDPH 92

Patricia GENARD, CD 02

Laure GERVASONI, CD 55

Luc GINDREY, MDPH 62

Clémence GIROUX, DTARS 52

Brigitte GODARD, MDPH 80

Dorothee GRAMMONT, ARS HDF

Marie HARDY, CD 08

Marie-Annick HELFER, CD 54

Serge KALICKI, Réseau Bulle France

Siham KHOUADHRIA, DDARS 93

Marion LAMBOLEZ, ARS IDF

Danièle LANGLOYS, Autisme France

Garmenick LEBLANC, CNAM

Fabrice MASI, MDPH 75

Catherine MATHIEU-CHAMPEVAL, CD 57

Christine MEIGNIEN, Sésame Autisme

Raymond MENDY, CD 93

Myriam MESBAH, CNSA

Marjolaine MORIOT, CD 91

Ismaël NORDINE, CD 02

Jean-Pierre PICHOCKI, CD 62

Emmanuelle REMOND, UNAFAM

François RICHIR, Apim HF

Charles RIGAUD, DSS

Catherine RIGAULT-COMBES, ARS HDF

Caroline ROUSSE, MDPH 55

Philippe SACERDOTI, MDPH 93

Yahya SAID, DTARS 08

Hervé SCHMITT, CD 51

Christine SELSKI, MDPH 52

André SZMETANA, CPAM Roubaix-Tourcoing

Alice SIMON, DTARS 57

Dominique SPRIET, CLAPEAHA

Marie-Christine TEZENAS, Groupe Polyhandicap France

Gaëlle TURAN-PELLETIER, CD 75

Jean-François VEQUES, MDPH 60

Raphaëlle VERNIOLLE, CNAM

Isabelle VILLE, EHESS

Christine VUILLAUME, DDARS 78

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

**Convention de coopération transfrontalière relative à l'accueil et l'accompagnement par Etablissement d'adultes reconnus handicapés par l'institution française compétente**

*Vu l'accord cadre du 21 décembre 2011 entre le Gouvernement de la république française et le Gouvernement de la Région wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes handicapées (Journal Officiel du 14/11/2013)*

*Vu l'arrangement administratif du 21 décembre 2011 entre le Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale de la République Française, le Ministre-Président de la région Wallonne du Royaume de Belgique et le Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des Chances de la Région wallonne du Royaume de Belgique concernant les modalités d'application de cet accord-cadre du 21 décembre 2011*

**ENTRE**

- l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France (ARS HDF), sise 556 Avenue Willy Brandt 59777 EURALILLE, représentée par sa directrice générale/son directeur général, Madame/Monsieur

- (L'assurance maladie)

**Et**

- Etablissement wallon, sis adresse, représenté par dénomination

**IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :**

**Préambule :**

Depuis plusieurs décennies, un nombre important de personnes handicapées françaises sont accueillies dans des établissements belges situés en Wallonie

Dans le cadre du développement des relations transfrontalières, les autorités françaises et wallonnes ont signé le 21 décembre 2011 un accord-cadre qui a pour objet de renforcer la coopération médico-sociale entre la France et la Région Wallonne du Royaume de Belgique dans la perspective :

- d'assurer un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes handicapées ;
- de garantir une continuité de cet accompagnement et de cette prise en charge ;
- d'optimiser les réponses aux besoins médico-sociaux en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens et matériels ;
- de favoriser l'échange et le transfert de connaissances.

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

Aussi, pour l'application de l'accord, les autorités compétentes peuvent conclure avec les établissements d'accueil des conventions qui doivent prévoir les conditions et les modalités d'intervention des structures médico-sociales qui servent des prestations à toute personne reconnue comme handicapée par l'institution française compétente et bénéficiaire à ce titre d'une prise en charge financière accordée selon la législation française.

### **Article 1 : Objet de la convention**

La présente convention transfrontalière est applicable aux seuls adultes handicapés bénéficiaires, à quelque titre que ce soit, des régimes obligatoires français d'assurance maladie et dont le droit aux prestations en nature est ouvert auprès de leur caisse d'affiliation.

La présente convention a pour objet de définir et fixer les conditions d'accueil et d'accompagnement des personnes visées à l'alinéa précédent par l'*établissement*. La convention fixe également les modalités de prise en charge financière et de remboursement des frais à l'établissement d'accueil. Elle définit les obligations respectives des parties.

### **Article 2 : Agrément et/ou autorisation de prise en charge de l'établissement**

Par décision de l'Agence wallonne pour une Vie de Qualité (AVIQ) en date du (...), l'*établissement* est autorisé à prendre en charge (...) adultes, sans intervention financière de l'AVIQ. Sous réserve de l'évolution de la réglementation wallonne, l'établissement s'engage à accueillir, au maximum, (...) bénéficiaires d'un régime obligatoire français d'assurance maladie.

Le non-respect de la capacité autorisée entraînera une dénonciation de la convention dans les conditions prévues à l'article 12 de la présente convention.

### **Article 3 : Elaboration et mise à jour du Relevé d'informations**

Pour permettre une meilleure identification et un meilleur recensement des personnes handicapées visées au troisième alinéa de l'article 2 de l'accord-cadre du 21 décembre 2011, l'AVIQ établit un relevé d'informations. L'Agence régionale de santé Hauts-de-France est chargée de centraliser les données contenues dans le Relevé d'informations.

L'*établissement* doit communiquer à l'AVIQ et à l'ARS Hauts-de-France avant le 31 mars de l'année N les données suivantes relatives aux personnes accueillies du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre N-1 correspondant au relevé d'informations : nom, prénom(s), date et lieu de naissance, date d'entrée, motif d'entrée, établissement d'origine ou famille, date de sortie, motif de sortie, nationalité, sexe, département d'origine, autorité (s) responsable(s) de l'orientation en établissement, nature de l'orientation, autorité(s) responsable(s) du financement, identification de l'établissement.

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

---

Pilotes :  
Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est  
Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

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

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

Soit :

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

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

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

Cette orientation motivée préalable est le fondement principal de la prise en charge financière. Elle est notifiée par la MDPH au bénéficiaire, à l'organisme d'affiliation du bénéficiaire à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, en tant que caisse pivot et le cas échéant, à l'établissement. En l'absence de décision motivée d'orientation vers la Belgique, (l'assurance maladie) peut refuser toute demande de prise en charge.

Le directeur informe la personne accueillie, ses représentants légaux, la MDPH et l'ARS Hauts-de-France ([ars-hdf-affaires-internationales@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-affaires-internationales@ars.sante.fr)) des modifications des conditions d'accueil, de l'échéance de l'accueil ou de la sortie de l'établissement **6 mois** avant la date effective de l'événement et du motif de celui-ci.

Toutes les demandes de placement initial ou demandes de prolongation devront parvenir à (l'assurance maladie), caisse pivot pour les paiements, avec les documents suivants :

- Si la CPAM d'affiliation dépend du Régime Général d'une CPAM des Hauts-de-France il convient de fournir :

- La demande écrite de placement
- L'avis motivé de la MDPH en cours de validité

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

- Le jugement de tutelle le cas échéant

- Si la CPAM d'affiliation ne dépend pas du Régime Général (MSA, SNCF...) ou dépend du Régime Général mais d'une autre région de France (Ile-de-France, Normandie...), il convient de fournir :

- La demande écrite de placement

- L'avis motivé de la MDPH en cours de validité

- L'attestation d'affiliation en cours de validité du régime concerné

- Le jugement de tutelle le cas échéant

Les entrées et sorties devront être précisément inscrites sur le tableau de suivi trimestriel qui est transmis à (l'assurance maladie).

### **Article 5 : Conditions techniques à remplir par l'établissement pour assurer la prise en charge des adultes.**

Sans préjudice de la législation wallonne en vigueur, la prise en charge des adultes placés au sein de l'établissement est globale. L'établissement accueille et héberge, y compris en court séjour, les personnes visées dans son agrément, fournit une prise en charge individuelle éducative, médicale, thérapeutique, psychologique et sociale adaptée à leurs besoins et vise à une intégration, sociale, culturelle ou professionnelle de la personne handicapée.

#### **Article 5.1 : conditions relatives au projet d'établissement et à la prise en charge des personnes accueillies**

##### Le projet d'établissement

L'établissement élabore un projet d'établissement qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Le projet est élaboré, évalué et mis à jour en concertation avec l'équipe sociale, éducative et thérapeutique de l'établissement.

Ce projet est établi pour une durée maximale de 6 ans après consultation du conseil des usagers ou toute autre forme de participation. L'établissement pourra s'appuyer sur le modèle a minima annexé à la présente convention (**annexe n°1**).

Ce projet, son évaluation ainsi que ses mises à jour sont remis à tous les membres du personnel de l'établissement.

##### Le projet personnalisé d'accompagnement (ou projet individuel)

L'établissement met en place un projet personnalisé d'accompagnement (PPA) pour chaque personne accueillie. Ce PPA est élaboré en concertation avec l'ensemble des intervenants

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France



internes et externes, notamment la personne handicapée, sa famille et ses représentants légaux. Il contient au minimum :

- l'identification du bénéficiaire ;
- les objectifs à atteindre ;
- la méthodologie utilisée et les moyens concrets mis en œuvre pour atteindre ses objectifs en intégrant une composante thérapeutique, éducative et pédagogique ;
- la ou les personnes ressources ;
- la procédure d'évaluation et la date d'échéance de celle-ci.

Il est établi dans un délai de trois mois à dater de l'admission dans l'établissement. Il se construit sur la base d'une évaluation globale de la personne abordant les domaines de vie suivants :

- l'autonomie ;
- les habiletés domestiques ;
- les habiletés préscolaires et scolaires ;
- les habiletés professionnelles ;
- les comportements défis ;
- le sensori-moteur ;
- la socialisation ;
- la santé et l'hygiène ;
- la communication ;
- la vie affective et sexuelle ;
- la volonté et les préférences de la personne.

#### Le dossier médico-social individuel

L'établissement tient un dossier médico-social individuel.

Le dossier comprend :

- une analyse des besoins de la personne accueillie ;
- un bilan des connaissances, aptitudes, potentialités et aspirations de la personne ;
- un bilan psychologique ;
- un bilan médical ;
- une anamnèse sociale ;
- une évaluation de l'autonomie.

Le bilan médical contient les attestations médicales et protocoles d'examen médicaux ou documents utiles à sa prise en charge fournis par la personne handicapée lors de l'admission ainsi que toutes les pièces établies durant son séjour dans l'établissement. Le dossier médical est consultable par l'inspection médicale de l'AVIQU, par les médecins des autorités françaises compétentes en matière de contrôle et par le Service médical de chaque régime d'assurance maladie pour ses propres ressortissants.

#### Une direction effective

L'établissement assure en permanence une direction effective. A défaut de la présence du directeur, un membre du personnel délégué à cet effet doit être en mesure de prendre les dispositions utiles en cas d'urgence et répondre aux demandes tant extérieures qu'intérieures. Les modalités d'organisation d'astreinte et d'intérim de direction doivent être formalisées par écrit.

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France



La tenue d'un registre des personnes accueillies

L'établissement tient un registre où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie définitive et la destination après la sortie. Ce registre est tenu en permanence à la disposition des autorités administratives compétentes et notamment de l'ARS des Hauts de France et de la (l'assurance maladie).

Le plan de formation du personnel de l'établissement

L'établissement établit un plan de formation du personnel qui s'étend au moins sur deux années et dont le financement représente au moins 1% du budget de l'établissement. Ce plan détermine les objectifs poursuivis. Il décrit les liens entre l'environnement global de l'établissement, la dynamique du projet d'établissement et le développement des compétences du personnel. L'établissement doit disposer dans son plan de formation d'un volet relatif à l'amélioration de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance.

Protocole de signalement aux autorités administratives des événements indésirables et des situations exceptionnelles ou dramatiques dans l'établissement

Le terme de « signalement » s'applique aux informations apportées par des professionnels dans l'exercice de leur fonction.

Afin de garantir la protection des personnes prises en charge dans l'établissement et, en particulier, de prévenir les risques de maltraitance, l'établissement doit informer les autorités administratives compétentes (ARS Hauts-de-France) de tout événement ayant pour conséquence de menacer ou compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies ou de perturber l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement avec des conséquences néfastes sur la prise en charge des personnes et le respect de leurs droits.

Les dysfonctionnements et événements relèvent des catégories suivantes :

1° Les sinistres et événements météorologiques exceptionnels ;

2° Les accidents ou incidents liés à des défaillances d'équipement techniques de la structure et les événements en santé environnement ;

3° Les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines ;

4° Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance ;

5° 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 ;

6° Les décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne ;

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

7° Les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels ;

8° Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge ;

9° Les disparitions de personnes accueillies en structure d'hébergement ou d'accueil, dès lors que les services de police ou de gendarmerie sont alertés ;

10° 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, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers ;

11° Les actes de malveillance au sein de la structure.

Le signalement doit être adressé aux autorités administratives dans les 48 heures suivant l'incident à l'adresse(s) suivante(s) : [ars-hdf-affaires-internationales@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-affaires-internationales@ars.sante.fr)

La nature des informations à transmettre ainsi que la forme et le contenu de cette transmission sont rappelés en annexe 7 jointe au présent avenant.

## **Article 5.2 : conditions relatives aux bâtiments**

L'établissement doit respecter a minima les conditions relatives aux bâtiments telles que fixées dans l'**annexe n°2** de la présente convention ou s'engage à y parvenir selon un échéancier négocié avec l'ARS Hauts-de-France.

## **Article 5.3 : conditions relatives au personnel**

L'établissement tient à la disposition des services d'inspection de l'AVIQ et des autorités françaises compétentes en matière de contrôle les copies certifiées conformes des diplômes des membres du personnel.

Tous les membres du personnel de l'établissement doivent fournir, lors de l'engagement, un extrait de casier judiciaire exempt de condamnation à des peines correctionnelles concernant des délits incompatibles avec la fonction ou criminelles.

Pour mettre en œuvre la prise en charge globale de la population accueillie, l'établissement doit disposer d'une équipe interdisciplinaire qui comporte :

Une équipe médicale, paramédicale et psychologique qui :

- dresse dès l'admission un bilan de santé puis veille à son actualisation pour chaque adulte accueilli
- assure une fonction générale de surveillance de la santé physique et psychologique des adultes accueillis ;
- Veille à la réalisation du projet d'établissement dans sa dimension thérapeutique ;

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

- En lien avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires extérieurs, notamment les médecins traitants, met en œuvre au sein de l'établissement, et veille à la délivrance, à l'extérieur de celui-ci, de toute forme de soins et de soutien psychologique ;

L'équipe médicale, paramédicale et psychologique comprend :

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

En fonction du projet d'établissement, l'équipe médicale, paramédicale et psychologique comprend ou associe tout ou partie des professionnels suivants :

- Orthophonistes ;
- Psychomotriciens ;
- Les auxiliaires médicaux requis

L'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un des médecins. Il coordonne les actions. Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a pas été prescrit par un médecin. Un registre de l'état sanitaire mentionne tous les incidents et accidents intervenus ainsi que les hospitalisations effectuées.

Une équipe éducative qui veille au développement de la personnalité et à la socialisation des adultes, les suit dans leur vie quotidienne et dans la réalisation de leur projet personnalisé d'accompagnement, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

La fonction de référent est assurée au sein de l'équipe éducative. Elle favorise pour chaque adulte accueilli et sa famille la continuité et la cohérence de l'accompagnement. Ses modalités de mise en œuvre sont prévues par le projet d'établissement conformément à l'article 5.1 de la présente convention.

La surveillance de nuit des adultes participe à l'exercice de la fonction éducative.

L'équipe éducative comprend les professionnels ayant une qualification exigée du personnel des services résidentiels conformément à l'annexe 98 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.

L'établissement recourt aux compétences d'un service social.

## **Article 6 : Garantir le respect des droits des usagers**

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par l'établissement qui doit assurer aux personnes accueillies :

- Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et la sécurité ;

- Une prise en charge individualisée et de qualité, respectant un consentement éclairé ;
- La confidentialité des données ;
- L'accès à l'information ;
- L'information sur les droits fondamentaux et les voies de recours
- La participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Pour assurer un exercice effectif des droits énumérés ci-dessus, l'établissement, en sus de l'élaboration d'un projet d'établissement tel que défini à l'article précédent :

Remet un livret d'accueil à la personne prise en charge ou à son représentant légal lors de l'accueil dans l'établissement. Ce livret comporte obligatoirement la charte des droits et libertés des personnes accueillies qui est annexée à la présente convention (**annexe n°3**) ainsi que le règlement de fonctionnement de l'établissement. Il précise également les actions menées par l'établissement en matière de lutte contre la maltraitance et les coordonnées des autorités administratives compétentes wallonne et française. L'établissement adapte le reste du contenu, la forme et les modalités de communication du livret d'accueil en tenant compte, notamment de son organisation générale, de son accessibilité et de la nature du handicap des personnes accueillies.

Le livret d'accueil comprend également les éléments d'information sur l'organisation administrative locale et les coordonnées des autorités, services, auprès de qui se renseigner.

Conclut un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge avec la personne accueillie. Ce document est élaboré lors de l'admission avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document, signé et remis à la personne ou son représentant légal dans le mois qui suit l'admission et précise :

- les objectifs de la prise en charge ;
- la description des conditions de séjour et d'accueil ;
- la participation financière, y compris en cas d'absence du résident ou d'hospitalisation ;
- la liste des prestations offertes (logement, restauration, blanchissage, surveillance médicale, animations...)

Un avenant est élaboré, selon les mêmes modalités, dans un délai maximal de six mois. Il précise les objectifs et prestations adaptées à la personne.

Institue a minima un conseil des usagers ou un conseil de la vie sociale afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service. La composition et le fonctionnement du conseil des usagers sont précisés à **l'annexe n°4** de la présente convention.

Elabore un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de la vie collective au sein de l'établissement ou du service. Il est arrêté par l'instance compétente de l'organisme

gestionnaire, après consultation du conseil des usagers et instances représentatives du personnel. Il est modifié selon une périodicité qui ne peut être supérieure à 5 ans. Le règlement de fonctionnement doit être affiché dans les locaux et être remis à chaque personne qui est pris en charge ou qui exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public soit à titre libéral, ou qui intervient à titre bénévole.

Le règlement de fonctionnement :

- indique les principales modalités concrètes d'exercice des droits énoncés au premier alinéa du présent article ;
- indique l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ;
- précise les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;
- prévoit les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;
- fixe les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues ;
- précise les dispositions relatives aux transferts et déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur.
- Rappelle que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires.

Dans le respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie annexée à la présente convention, le règlement énumère les règles essentielles de la vie collective.

#### **Article 7 : Dispositions spécifiques pour les personnes majeures sous protection juridique accueillies par l'établissement**

Si l'établissement héberge une ou plusieurs personnes ressortissantes françaises majeures sous protection juridique, il doit conventionner avec chaque mandataire judiciaire à la protection des majeurs concernés (MJPM) les modalités pratiques permettant la bonne activité du MJPM auprès du ou des usagers hébergé(s) protégés dans l'établissement. Un modèle type de convention de partenariat est annexé à la présente convention (**annexe n°5**).

Cette convention de partenariat doit viser à faciliter la prise en charge de la protection juridique au sein de l'établissement par le / les MJPM(s) et à garantir que les droits collectifs et individuels du majeur, dans le cadre de cette protection, seront respectés par l'ensemble des acteurs impliqués dans sa prise en charge complexe.

L'établissement doit s'assurer que le ou les MJPM puisse(nt) réaliser leur mission et tout particulièrement faciliter leur accueil au sein de la structure lorsqu'il(s) visite(nt) les majeurs dont il(s) exerce(nt) la mesure de protection.

Dans cet esprit, l'établissement doit s'engager à informer<sup>1</sup> ses personnels et intervenants extérieurs sur la situation spécifique (droit des protégés et rôle du MJPM) des majeurs protégés hébergés dans l'établissement.

L'établissement d'hébergement devra aussi veiller pour les ressortissants français majeurs sous protection juridique à rendre compatible et à coordonner tout projet ou contrat de séjour de l'usager protégé avec le document de prise en charge individuel du majeur protégé conventionné entre ce dernier et le MJPM.

## **Article 8 : contrôles et inspections de l'établissement par les autorités wallonnes et françaises**

Sans préjudice de la législation wallonne, l'établissement peut faire l'objet d'inspections portant sur les modalités de prise en charge sur place dans les conditions fixées par la convention relative à la mise en œuvre d'inspections communes conformément à l'article 4 de l'accord du 21 décembre 2011 des contrôles spécifiques portant notamment sur le présentisme, ainsi que des contrôles sur pièce peuvent être également effectués par des agents missionnés par (l'assurance maladie) et plus généralement pour les régimes obligatoire français de sécurité sociale dont les ressortissants sont accueillis dans l'établissement.

## **Article 9 : Dispositions budgétaires et financement**

### **9.1 Autorité compétente**

La tarification des prestations fournies par l'établissement est arrêtée par la directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France qui fixe le tarif dans les limites des crédits budgétaires arrêtés alloués chaque année par l'arrêté interministériel prévu au I de l'article L.314-3 du code de l'action sociale et des familles.

La décision de tarification de la directrice générale de l'ARS Hauts-de-France est notifiée à l'établissement et transmise à (l'assurance maladie).

L'exercice budgétaire et comptable couvre la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre d'une même année, sauf dans le cas d'une première mise en exploitation ou d'une cessation définitive d'activité.

### **9.2 Prix de journée globalisé**

#### Définition

La tarification de l'établissement prend la forme d'un prix de journée globalisé qui couvre les différentes prestations que requièrent les personnes handicapées dans le cadre de la prise en charge de leurs déficiences et, par conséquent, les prestations de soins et de suivi

---

<sup>1</sup> Une information gratuite et complète est disponible via le site ressources régional sur la protection juridique <http://protection-juridique.creainpdc.fr>

fournies par les intervenants extérieurs lorsqu'elles sont liées au handicap qui a motivé le placement.

Le montant global versé s'entend comme le montant destiné au financement de toutes les places autorisées et installées au titre de la présente convention.

#### Prestations couvertes par le prix de journée globalisé

Le prix de journée globalisé recouvre notamment :

- l'ensemble des frais de pension et de régime (nourriture, boissons, entretien, couchage, chauffage, éclairage, blanchissage du linge de maison et du linge personnel, alaise, frais de nursing) ;
- les rémunérations des différentes catégories de personnel chargé des soins et traitements, de l'observation, de la réadaptation et de l'éducation des pensionnaires ;
- les frais de transports quotidiens (dans le cadre des activités ou des soins) des adultes ressortissants d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- tous les frais médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques afférents aux soins courants qui correspondent à la destination de la structure.

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

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

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

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

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

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

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

Il faut noter que :

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

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

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

### Les soins complémentaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France



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

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

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

#### Montant de la dotation globalisée issue du prix de journée globalisé

A la signature de la présente convention, il est convenu d'un niveau de dotation correspondant au prix de journée globalisé sur l'année, égal au prix de journée multiplié par le nombre prévisionnel de journée au titre de cet exercice. Ce montant est de (...) en année pleine.

Compte tenu de l'entrée en vigueur de la convention au (.....) le montant du prix de journée globalisé pour l'année 20xx est de (.....) €

Le budget autorisé des années suivantes sera établi à partir des règles d'actualisation fixées chaque année pour les établissements et service médico-sociaux relevant de l'objectif général de dépenses (OGD) personnes handicapées géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de l'activité réelle et de l'évolution de la capacité conventionnelle, actée par avenant à la convention.

#### Taux d'occupation et modalités d'actualisation annuelle :

Une attention particulière est portée à l'occupation réelle des places conventionnées.

Avant le 31/10/N-1 de chaque exercice, l'établissement s'engage à remettre à l'ARS des Hauts de France pour le calcul du prix de journée globalisé de l'année N, le tableau d'activité prévisionnelle conformément à **l'annexe 6** de la présente convention, distinguant l'activité par modalités d'accueil (internat et semi-internat) répartis par type d'orientation.

Ce tableau transmis par voie électronique doit proposer des niveaux d'activités comparables à ceux d'établissements similaires.

L'ARS et l'établissement conviennent en début d'année N des niveaux d'activités retenus. En cas de désaccord, l'ARS arrêtera, à périmètre constant, le niveau d'activité en s'appuyant sur la capacité conventionnelle et la moyenne des 3 dernières années (base comptes administratifs) de l'établissement dans la limite de la dotation de la CNSA.

*Pour les adultes handicapés relevant d'une orientation foyer de vie ou occupationnel ou foyer accueil médicalisé, le financement par le Conseil Départemental concerné par des séjours relevant de sa compétence constitue une recette en atténuation pour le calcul de la dotation. En effet, l'établissement ne peut percevoir un financement par l'Assurance Maladie au titre de la place occupée et une recette supplémentaire constituée de la participation de l'adulte (forfait journalier acquitté par l'assuré en cas d'orientation en MAS par exemple) et du prix de journée (hors participation de l'utilisateur) acquitté par le Conseil Départemental concerné en cas d'orientation vers un établissement pour adultes relevant de la compétence du Conseil Départemental.)*

*Pour les adultes handicapés relevant d'une orientation foyer de vie ou occupationnel ou foyer accueil médicalisé, le financement par le Conseil Départemental concerné par des séjours relevant de sa compétence est dorénavant inclus dans le calcul de la dotation. En effet, la dotation se substitue à tout autre moyen de financement côté français, l'établissement ne peut plus percevoir un financement par l'Assurance Maladie au titre de la place occupée, forfait de soins ou une recette supplémentaire constituée de la participation de l'adulte (forfait journalier acquitté par l'assuré en cas d'orientation en MAS par exemple) ou du prix de journée (hors participation de l'utilisateur) acquitté par le Conseil Départemental concerné en cas d'orientation vers un établissement pour adultes relevant de la compétence du Conseil Départemental.*

En d'autres termes, la dotation globalisée de financement constitue une dotation maximale et unique, qui varie annuellement en fonction de l'activité dédiée à la prise en charge d'adultes.

La dotation globalisée de financement concerne :

- la prise en charge de **xx** personnes relevant d'une orientation Maison d'Accueil Spécialisée (forfait journalier compris) ;
- le forfait soins de **xx** personnes relevant d'une orientation Foyer d'Accueil Médicalisé ;
- le forfait hébergement de **xx** personnes relevant d'une orientation Foyer d'Accueil Médicalisé originaires des départements suivants : **xx**
- la prise en charge de **xx** personnes relevant d'une orientation Foyer de Vie ou Occupationnel originaires des départements suivants : **xx**

Sur la base des tableaux d'activités prévisionnels retenus et après application du taux annuel d'actualisation, l'ARS HDF procédera à la modulation annuelle du prix de journée globalisé.

L'établissement s'engage à différencier, dans les comptes administratifs, les produits de la tarification issus de l'Assurance Maladie et ceux issus des autres financeurs.

*Il est procédé à la comparaison entre l'activité prévisionnelle de l'année N et l'activité réelle dans le cadre de l'étude des comptes administratifs, soit en N+2. Cette étude intervient sur l'exercice au cours duquel l'activité réelle est constatée ou l'exercice suivant*

*L'éventuel différentiel sera valorisé budgétairement sur la base du même mode de calcul que celui retenu lors de la détermination du prix de journée globalisée de l'année N. Cet écart financier est incorporé lors de la détermination du prix de journée globalisé en N+2 de l'exercice aux cours duquel ce différentiel est constaté.*

### **9.3 Documents à transmettre par l'établissement**

L'établissement doit transmettre à l'ARS au plus tard le 31 octobre de l'année N-1 les documents suivants :

- le cadre budgétaire normalisé français (M22) pour l'année N ;
- état des recettes avec distinction par financeurs ;
- évaluation des frais de transports pour retour en famille engagés des années N-3 à N-1 (réels) et prévisions pour l'année N (coût du personnel et autres charges) ;
- rapport budgétaire du directeur pour l'année N-1
- organigramme chiffré du personnel, avec mention du temps de travail pour chaque agent, pour les années N-3 à N ;
- Bilan et compte d'exploitation en N-3 et N-2 de l'ensemble des structures financées ou non par l'Assurance-Maladie française ainsi que ses annexes.

Le rapport du réviseur d'entreprise entérinant ces documents ;

- Les prévisions d'investissements et détail des amortissements pour les années N à N+2.

Au plus tard, le 31 mai de l'année N+1, l'établissement transmet son compte administratif pour l'année N conformément au cadre normalisé fourni à la signature de la présente convention.

### **Article 10 : modalités de prise en charge financière et de remboursement**

L'organisme de financement procède au versement du prix de journée globalisé qui est égal au prix de journée multiplié par le nombre prévisionnel de journées.

Le règlement de cette dotation est effectué par douzièmes mensuels, le vingtième jour du mois ou si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

Le prix de journée globalisé, à la charge de l'Assurance Maladie, de chaque établissement est réparti selon les modalités suivantes entre les différents régimes d'assurance maladie, au prorata du nombre de pensionnaires pris en charge par chacun d'eux. L'établissement dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de pensionnaires pris en charge par chaque régime. Ce tableau est transmis à (l'assurance maladie). Il doit indiquer les données suivantes : nom, prénom(s), date de naissance numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) de l'assuré, l'organisme de rattachement de sécurité sociale présent sur l'attestation vitale, le

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

département d'origine, le code gestion présent sur l'attestation vitale, la date d'entrée, l'établissement d'origine, la nature de l'orientation, l'autorité responsable de l'orientation, la date de début et de fin de l'orientation figurant sur l'avis de la CDAPH, la date de sortie définitive, le motif de sortie définitive, nom et adresse du nouvel établissement ou retour famille, l'état des flux (nombre de jours de présence par mois dans chaque trimestre).

Les informations transmises dans le tableau de suivi trimestriel doivent être vérifiées en amont de l'envoi par l'établissement (les dates doivent être correctes, toutes les entrées et sorties survenues durant le trimestre doivent figurer, le nombre de journées de présence doit être contrôlé).

A défaut de transmission du tableau chaque trimestre, (l'assurance Maladie) se réserve le droit de suspendre le paiement mensuel.

### **Article 11 : Assurance responsabilité civile de l'établissement**

Conformément aux dispositions de l'article 8 de l'accord cadre du 21 décembre 2011, l'établissement à l'obligation de souscrire une assurance responsabilité civile qui couvre les éventuels dommages qui pourraient être causés par son activité dans le cadre de cette convention.

Préalablement à tout accompagnement d'un adulte handicapé, l'établissement souscrit à une police d'assurance qui :

- couvre la responsabilité de l'établissement ou des personnes dont il doit répondre pour tout dommage survenu à un bénéficiaire de la prise en charge ou causé par celui-ci. L'assurance doit préciser que le bénéficiaire garde la qualité de tiers et couvrir les dommages jusqu'à concurrence d'un minimum de 2.479.000 euros pour les dommages corporels et 247.900 euros pour les dommages matériels, par sinistre ;
- couvre tout dommage causé par un bénéficiaire qui ne mettrait pas en cause sa responsabilité civile ou tout dommage dont il aurait été victime pendant l'accompagnement.

Dans ce cas, l'assurance doit couvrir le décès d'un montant minimum de 2.479 euros, l'incapacité permanente à concurrence d'un montant minimum de 12.394 euros et les frais de traitement à concurrence d'un montant minimum de 2.479 euros.

### **Article 12 : Date d'effet, durée, résiliation**

La convention est conclue pour une durée de cinq ans, à compter de sa signature. Son renouvellement, pour une durée égale à cinq années, est conditionné à :

- une demande explicite de l'établissement formulée trois mois avant l'échéance ;
- l'analyse et l'appréciation par l'ARS des évaluations interne et externe de l'établissement réalisées au cours du cycle de conventionnement.

Le renouvellement sera effectif sous réserves que :

- l'établissement continue de disposer d'un agrément par l'AVIQ qui précise expressément la capacité d'accueil de la totalité des personnes pouvant être pris en charge par l'établissement ;

- l'établissement réalise une évaluation interne dont les résultats seront transmis avant le 30 juin 20xx puis fait réaliser une évaluation externe - par un prestataire habilité par la Haute Autorité de Santé (HAS) - dont les résultats seront transmis avant le 30 juin 20XX.

La convention peut être dénoncée à l'échéance par l'une des parties contractantes, moyennant un préavis de 3 mois par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'ARS et (l'assurance maladie) se réservent le droit de mettre fin à la présente convention pour le cas où l'établissement viendrait à manquer à ses engagements, ce à tout moment et moyennant un préavis de 3 mois.

La présente convention deviendrait également caduque en cas de retrait de l'agrément/autorisation de prise en charge de l'établissement par l'AVIQ.

#### **Article 13 : Révision de la convention**

La convention est modifiable par avenant, à tout moment, sous réserve de l'accord de l'ensemble des parties contractantes.

#### **Article 14 : Evaluation**

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de l'accord-cadre sur l'accueil des personnes handicapées, l'établissement s'engage à collaborer à tout dispositif d'évaluation réalisé par des prestataires dûment mandatés par la commission mixte ou par les institutions visées à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrangement administratif.

#### **Article 15 : Entrée en vigueur**

La présente convention, y compris l'ensemble des annexes, entre en vigueur le (...).

#### **Article 16 : Litiges et droit applicable**

Les éventuels litiges seront soumis à la commission de suivi transfrontalière qui s'efforcera de les résoudre à l'amiable.

Toute difficulté d'interprétation ou d'exécution de la présente convention qui ne pourrait être résolue à l'amiable entre les parties, sera soumise au tribunal du lieu où l'obligation a été ou doit être exécutée.

A (...), le (...)

La Directrice générale/le directeur général de l'ARS Hauts-de-France ou son représentant

Le Directeur de (l'assurance maladie) ou son représentant

Le (a) Directeur (trice) de l'établissement ou son représentant

### **Annexes**

- annexe n°1 : modèle type a minima d'un projet d'établissement (projet médico-socio-pédagogique)
- annexe n°2 : conditions relatives aux bâtiments de l'établissement
- annexe n°3 : la charte des droits et libertés de la personne accueillie
- annexe n°4 : composition et fonctionnement du conseil des usagers.
- annexe n°5 : modèle type de convention de partenariat relative à l'accueil d'une personne ressortissante française majeure sous protection juridique
- annexe n°6 : tableau d'activité prévisionnelle du cadre budgétaire normalisé

## **Annexe n°1 : modèle type a minima d'un projet d'établissement**

### **I. PROJET INSTITUTIONNEL**

#### **1. HISTORIQUE/FINALITE**

Histoire du projet

Valeurs qui fondent le travail

Références théoriques

Population cible

Références théoriques du service et méthodologie de prise en charge des personnes en situation de handicap.

Finalités du service proposé et besoins à rencontrer...

#### **2. POPULATION ACCUEILLIE**

Nombre/sexe/âge

Catégories de handicap/pathologies

Type et lieu

Origine géographique

Durée du séjour

Parents (en vie, présents ou absents, profil d'âge, profil socio-culturel,...)

#### **3. ADMISSIONS ET REORIENTATIONS**

Procédure et critères d'admission

Procédure et critères de réorientation.

#### **4. MODE DE STRUCTURATION**

a) Inventaire et mode d'utilisation des ressources

Infrastructure

Lieu d'implantation, type d'environnement

Structuration de l'espace (unités de vie, locaux réservés à l'hébergement, aux activités,...)

Ressources extérieures

Commerces, services

Sportives

Culturelles

Collaborations avec d'autres services spécialisés ou non

Personnel

Volume d'emploi par fonction

Définition des rôles

Politique de recrutement: niveau de qualification, diversité des ressources (pluridisciplinarité), équilibre hommes/femmes,...

Politique de formation (interne et externe): comment est-elle organisée, quelle participation de l'institution dans les frais de formation, qui est sollicité

Horaires: logique de structuration des horaires

b) Mode de fonctionnement

Organigramme fonctionnel et hiérarchique

Structuration des activités:

\* quels projets d'activités, avec quelles finalités, pour qui...

\* structuration temporelle (durée, rythme, régularité,...)

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

Détermination des indications thérapeutiques: selon quels critères et quelle logique, procédure et délais de révision

Répartition des bénéficiaires dans les groupes: selon quels critères et quelle logique, procédure de révision de la répartition

Traitement des réclamations

c) Procédures de coordination et de concertation

– entre travailleurs: différents types de réunions, rythme, objet, avec quels intervenants

– avec l'extérieur (partenaires): quels partenaires, quels intervenants assurent les contacts

– avec les parents: quel mode de collaboration est prévu, avec quels objectifs, à quel rythme, quels intervenants assurent les contacts

– entre résidents: quel mode de concertation est prévu, à quel rythme, qui assure la gestion des réunions

## **5. MODE D'ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DU PROJET INSTITUTIONNEL**

Qui, quand et avec quel mandat

Quelle formalisation en est faite (rédaction du projet institutionnel) par qui

## **II. MODES D'ÉLABORATION ET DE SUIVI DES PROJETS INDIVIDUELS**

\* mode d'évaluation des compétences et des besoins de chaque personne handicapée compte tenu de son projet de vie

\* mode d'élaboration et de suivi des actions (partenaires, responsabilités, délais)

\* mode d'évaluation des résultats atteints et des stratégies choisies pour ces trois phases de travail

– quelle place est réservée concrètement à la personne et à sa famille

– quels sont les intervenants impliqués prioritairement

– quels sont les outils utilisés

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France



## **Annexe n°2 : conditions relatives aux bâtiments de l'établissement**

### **I. Mesures générales de prévention, de sécurité et de salubrité**

1. Toutes les précautions sont prises pour prévenir, combattre l'incendie et protéger les résidents.
2. Les flammes ouvertes, dégagements de gaz et poussières sont interdits.
3. Les systèmes de chauffage d'appoint sont interdits.
4. L'enveloppe extérieure et la structure portante ne présentent aucun signe de défectuosité et sont régulièrement entretenues.
5. À l'exception des points d'eau techniques, La température de l'eau sanitaire est régulée contre tout risque d'hyperthermie ou d'hypothermie et limitée en tout temps à 40°C au maximum au point de puisage. L'eau y est obligatoirement potable.
6. Un système anti-légionellose est mis en place sur le réseau sanitaire et n'affecte en rien la température de l'eau aux différents points de puisage.
7. Les produits dangereux sont obligatoirement mis sous clefs.
8. Tous les châssis de fenêtres présentent une fonction de verrouillage à l'ouverture.
9. Dans chaque local utilisé par les résidents, au moins un châssis de fenêtre présente la possibilité à son occupant d'accéder à la fonction tombant, en toute autonomie, sans pour autant ôter la fonction de verrouillage à l'ouverture.
10. Les garde-corps sont obligatoires pour toutes baies d'étage ouvrante dont l'allège se situe à moins de 80 centimètres du plancher ou toute surface de plancher accessible située à plus de 80 centimètres du niveau du sol. Ils sont largement ajourés ou vitrés jusqu'à minimum 90 centimètres du sol.
11. Tous nouveaux vitrages sont choisis dans le respect de la dernière norme en vigueur.
12. Les portes et parois vitrées sont repérées visuellement entre 85-100 centimètres et 140-160 centimètres du sol.
13. Les portes de garage débordantes sont interdites.
14. La porte des WC ne peut s'ouvrir vers l'intérieur.
15. Dans les locaux d'activités, les locaux d'hébergement, les locaux sanitaires et les zones de circulations qui y conduisent, une température de min. 22°C peut être atteinte entre 6.00h et 22.00h. Cette température ne peut jamais être limitée sous les 18°C à toute heure sauf dans les locaux d'activités entre 18h00 et 8.00h.
16. En cas de canicule, un lieu de vie doit permettre de maintenir une température maximale de 27°C et être dimensionné pour pouvoir accueillir les résidents.

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

17. Tout escalier intérieur ou extérieur emprunté par les résidents, y compris les escaliers de secours, présentent une hauteur de marches de maximum 19 centimètres avec une largeur de giron de minimum 26 centimètres, soit un maximum de 36°.

18. La ventilation de tous les locaux est obligatoire et assurée conformément aux dernières normes en vigueur.

19. Des amenées d'air passives sont prévues dans tous les locaux de vie, d'hébergement et d'activités.

20. La ventilation des locaux sanitaires et wc est assurée au minimum par une ventilation mécanique.

21. Les sols et murs et portes des locaux sanitaires sont imputrescibles et lavables jusqu'à minimum 200 centimètres du sol.

22. Le revêtement de sol des locaux sanitaires est anti-dérapant.

23. Tous les locaux sont nettoyés au savon et à l'eau au minimum une fois par semaine.

24. L'eau chaude sanitaire est suffisante pour assurer l'ablution de tous les résidents.

25. Les abords, bâtiments et locaux sont en tout temps propres. Ils sont entretenus régulièrement et protégés de toute humidité et/ou infiltrations d'eau. Les insectes, nuisibles, champignons ou tout autre parasite sont combattus tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du service.

26. Toutes les précautions spécifiques sont prises afin d'assurer la sécurité des résidents, en fonction de la configuration des abords privatifs du service.

27. Les dispositifs d'éclairage répondent aux exigences suivantes:

a) Les cheminements qui mènent aux entrées principales des bâtiments sont pourvus d'un éclairage permanent ou par détection. En tout temps, l'éclairage sera de minimum 50 à 100 lux, renforcé à 300 lux au droit des marches et escaliers.

b) Les locaux sanitaires sont pourvus d'un éclairage sans réverbération, non-éblouissant, continu et uniforme de minimum 500 lux.

c) Les zones de circulation et les locaux techniques sont pourvus d'un éclairage sans réverbération, non-éblouissant, continu et uniforme de minimum 200 lux. Un renforcement à 300 lux au droit des marches et escaliers est prévu. L'éclairage est permanent ou sous détection automatique la nuit dans les zones de circulation horizontale et verticales empruntées par les résidents.

d) Les zones de travail sont pourvues d'un éclairage sans réverbération, non-éblouissant, continu et uniforme de minimum 500 lux. Un renforcement à 1500 lux est assuré aux zones destinées à des travaux de précision.

e) S'il présente un risque pour les résidents, l'éclairage par le sol est interdit en extérieur comme en intérieur.

28. Les parkings et garages répondent aux caractéristiques techniques suivantes:

Ils sont signalés.

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

□ Ils disposent d'une zone d'embarquement des usagers protégée de la pluie et de la circulation.

29. Le réseau d'égouttage général est approprié, en bon état de fonctionnement et régulièrement entretenu.

30. Au moins une terrasse ou cour privative ou, à défaut, une zone verte publique est accessible en toute sécurité et autonomie. Elle est protégée de la circulation et est aménagée de manière conviviale. Une zone d'ombre y est prévue.

## **II. Normes spécifiques en matière de locaux**

Les services d'accueil et/ou d'hébergement disposent au moins de lieux d'activités, de vie et de repos en ce qui concerne l'hébergement, de thérapies et de soins, et de locaux techniques et professionnels.

### 1. Les lieux d'activités

1.1 Les services d'accueil et/ou d'hébergement disposent au moins de locaux d'activités distincts répondant aux conditions suivantes:

1.2 La surface au sol des locaux d'activités est de minimum 6 m<sup>2</sup> par usager. Les locaux d'activités sont compris au sens strict du terme (déduction faite des couloirs, sanitaires, des locaux de vie, de thérapies et de soins, et des locaux techniques et professionnels).

Au moins un WC par dix résidents, une salle de douche ou de bain ainsi qu'une zone de repos sont implantés à proximité immédiate des locaux d'activités.

1.3 L'éclairage naturel est obligatoire dans chaque local d'activité. La surface totale des baies vitrées de ces locaux atteint minimum 1/6 ème de la surface du plancher du local.

### 2. Les lieux de vie

2.1. On entend par lieux de vie, les locaux affectés aux périodes hors activités. Par unité de vie, ils se composent au minimum d'une kitchenette, d'un salon, d'une salle- à-manger, d'une salle de bain adaptée aux besoins des usagers et d'un wc adaptable aux personnes à mobilité réduite.

2.2. La surface au sol de la salle à manger et du salon est de minimum 6 m<sup>2</sup> par usager.

2.3. Les kitchenettes des unités de vie se composent à minima d'un frigo, d'un four à micro-onde, d'un plan de travail et d'un évier et d'une hotte raccordée à l'extérieur du bâtiment si une plaque de cuisson est installée.

2.4. L'éclairage naturel est obligatoire dans le salon et la salle-à-manger. La surface totale des baies vitrées d'un local atteint minimum 1/6 ème de la surface du plancher du local. Les fenêtres permettent une vision normale de l'environnement extérieur en position assise.

### 3. Les lieux de repos

3.1. La surface au sol des chambres est de minimum:

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

- 6 m<sup>2</sup> par usager de - de 3 ans.
- 9 m<sup>2</sup> par usager de 3 à 8 ans.
- 12 m<sup>2</sup> par usager de plus de 8 ans

3.2. Les chambres répondent aux caractéristiques suivantes:

- Un lavabo y est mis à disposition de la personne à moins d'en prouver l'incompatibilité vis-à-vis de son handicap. Dans ce cas, les amenées d'eau chaude et froide et l'évacuation seront au minimum prévues en attente à l'arrière d'une paroi de la chambre.
- La chambre est cloisonnée du sol au plafond.
- Une isolation acoustique suffisante y est assurée.
- Les lits superposés sont proscrits.
- Le lit est adapté aux mensurations de la personne.
- L'occultation des baies de fenêtres y est assurée quel que soit le handicap du résident.
- Une plaque de porte est prévue afin de matérialiser le caractère privatif de la chambre.
- L'éclairage naturel est obligatoire dans les chambres. La surface totale des baies vitrées d'un local atteint minimum 1/10e de la surface du plancher du local.
- Les fenêtres des chambres permettent une vision normale de l'environnement extérieur en position assise sans risque d'accidents.

#### 4. Les lieux de thérapies et de soins

Ils comprennent à minima:

- Un local polyvalent de consultation para-médical assurant l'intimité et la confidentialité des entretiens
- Un lavabo est prévu par lieu de thérapie et de soins

#### 5. Les locaux techniques et professionnels

Ils se composent à minima de:

- Une cuisine collective
- Un vestiaire homme et femme
- Un wc homme et femme à destination des visiteurs et du personnel
- Un local réservé aux tâches administratives du personnel d'accompagnement et le cas échéant à ses périodes de repos

#### 6. Mesures techniques générales

Les surfaces des lieux d'activités, de vie et de repos susvisées sont calculées nettes, hors murs et cloisons. Sous appentis de toiture, ces surfaces sont calculées à 75 % entre 180 et

200 centimètres du sol, 50 % entre 100 centimètres et 180 centimètres du sol et 0 % sous 100 centimètres.

### **III. Mesures d'humanisation de l'habitat**

1. Les capacités maximales d'accueil et/ou d'hébergement des résidents sont fixées en fonction des modes d'implantation des sites:

– Lorsqu'un site se compose d'un seul bâtiment, sa capacité maximale sera limitée à 40 personnes.

– Lorsqu'un site se compose de plusieurs bâtiments, un maximum de 80 personnes est accueilli et/ou hébergé sur ce site et les bâtiments qui le composent accueillent et/ou hébergent chacun un maximum de 20 personnes.

– Lorsqu'un site correspond à un projet urbanistique plus large, un maximum de 100 personnes en situation de handicap y est accueilli et/ou hébergé et les bâtiments qui le composent accueillent et/ou hébergent chacun un maximum de 20 personnes. Le projet doit amener la mixité entre personnes en situation de handicap et personnes sans handicap, à minima sur les aspects logements. Les personnes sans handicap représentent au minimum 20 % de la population globale de ce projet urbanistique.

2. Caractéristiques des sites en milieu urbain et en milieu rural

En zone urbaine, à savoir en agglomération, les sites ne peuvent être contigus. Ils sont séparés par de l'habitat, des zones d'équipements communautaires, d'activités économiques, de services publics ou de loisirs.

En zone rurale, les sites sont distants d'au moins 300 mètres.

3. L'unité de vie

L'unité de vie comprend maximum 10 personnes. Elle est constituée de chambres implantées à proximité d'un lieu de vie commun. Ce lieu de vie est lui-même constitué d'un salon, d'une salle à manger, d'un wc séparé, d'une salle de bain comprenant au moins un wc et d'une kitchenette.

4. Les chambres

- Les chambres sont individuelles.
- Sur base du projet de vie de résidents, la chambre double est autorisée.
- La chambre laissée libre reste alors obligatoirement à disposition du couple ou du duo.
- Le nombre de chambres doit toujours rester au minimum égal au nombre de bénéficiaires.

5. Les locaux d'activités

- Les locaux d'activités sont idéalement situés sur un autre site
- S'ils sont situés sur le même site, ce sera dans un bâtiment différent de celui où se trouvent les unités de vie

– S'ils sont situés dans le même bâtiment, ces lieux doivent être clairement différenciés des unités de vie

#### 6. Accueil mixte de résidents majeurs et mineurs

Les résidents majeurs et mineurs sont accueillis et/ou hébergés dans des sites, des bâtiments ou des parties de bâtiments, physiquement scindés et clairement identifiés.

## **Annexe n°3 : la charte des droits et libertés de la personne accueillie**

### **Article 1er : Principe de non-discrimination**

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

### **Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté**

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

### **Article 3 : Droit à l'information**

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

### **Article 4 Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne**

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

### **Article 5 : Droit à la renonciation**

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

### **Article 6 : Droit au respect des liens familiaux**

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

### **Article 7 : Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

### **Article 8 : Droit à l'autonomie**

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.



Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

### **Article 9 : Principe de prévention et de soutien**

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

### **Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie**

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

### **Article 11 : Droit à la pratique religieuse**

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

### **Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

#### **Annexe n°4 : composition et fonctionnement du conseil des usagers**

Conformément à l'article 6 de la présente convention, l'établissement a l'obligation de créer un conseil des usagers représentant ceux-ci et, au besoin leurs représentants légaux.

Le conseil des usagers associe les bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement. Il a pour mission de formuler toutes suggestions relatives à la qualité de vie et à l'organisation pratique de l'accueil ou de l'hébergement des usagers.

Les responsables de l'établissement lui transmettent toute information utile à la participation des usagers au projet médico-socio-pédagogique.

Une concertation entre le conseil des usagers et l'établissement est organisée pour :

- les modifications du règlement de fonctionnement ;
- d'importantes modifications aux conditions générales de logement et de vie.

Les responsables de l'établissement veillent à la constitution du conseil des usagers. Ils doivent, en outre, assurer le fonctionnement régulier dudit conseil.

Un membre du personnel en assure le secrétariat.

Le conseil des usagers comporte au moins deux représentants des usagers et un représentant des familles ou des représentants légaux. Le président est élu parmi eux. Les membres sont élus par vote à bulletin secret, à la majorité des votants par et parmi les personnes accueillies et familles ou représentants légaux.

Des représentants du personnel élus par leurs pairs par vote à bulletin secret, à la majorité des votants peuvent également être désignés. Dans ce cas, le nombre des représentants des personnes accueillies, de leurs familles ou de leurs représentants légaux est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Les membres du conseil des usagers ne peuvent en aucun cas faire partie du pouvoir organisateur du service. La durée de leur mandat est d'un an minimum à trois ans maximum renouvelables.

Le conseil des usagers se réunit au moins trois fois par an ou à la demande des usagers, de leurs représentants légaux ou de l'établissement.

L'établissement veille à ce que la liste des membres du conseil soit communiquée aux usagers et à leurs représentants légaux au moyen d'un tableau d'affichage mis à jour régulièrement. Il veille également à ce que des procès-verbaux des réunions soient établis et soient consignés dans un registre prévu à cet effet.

## Annexe n°5 : modèle type de convention de partenariat relative à l'accueil d'une personne ressortissante française majeure sous protection juridique

### Convention de partenariat

Entre

**Nom Etablissement belge/ personne morale gestionnaire des établissements, dont le siège est établi ....., représenté par ... Directeur**

Et

**Nom MJPM, dont le siège est établi ..., représenté par ..., Directeur.**

Il est convenu ce qui suit :

#### **Article 1 :**

Les parties s'engagent à respecter les droits de la personne handicapée ou dépendante et protégée tels qu'ils sont définis par l'article 7 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que la loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

Les Chartes afférentes à ces droits sont annexées à la présente convention.

#### **Article 2 :**

Le contrat de séjour conforme à la loi du 2 janvier 2002 et la convention de prise en charge conforme à l'arrêté du Gouvernement Wallon du 14 Mai 2009, relatif à la prise en charge des personnes handicapées sont signées par les 2 parties. Ils sont élaborés par *Nom établissement belge* avec la participation de la personne protégée, quand son état le permet, et *Nom MJPM*. Est alors défini pour chaque Majeur Protégé l'accompagnement institutionnel proposé dans l'objectif de la promotion individuelle sous la forme d'un projet personnel individualisé.

#### **Article 3 :**

*Le délégué du mandataire judiciaire (si service MJPM) / (ou) Le Mandataire judiciaire* à la protection des majeurs (MJPM) dispose du droit de visite et d'entretien individuel avec la personne protégée sur son lieu de vie.

Afin de respecter l'organisation des activités de la personne et de l'établissement, le calendrier des visites courantes est établi en concertation avec les responsables de l'établissement d'accueil. Ce calendrier prévoit les thèmes de rencontre qui nécessitent la présence et la participation des représentants de l'établissement : synthèse, bilan, etc....

Cela n'empêche pas le mandataire ou le délégué de visiter à tout moment le résident en cas d'urgence et de nécessité.

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

Mai 2019

Page 67

#### **Article 4 (uniquement si service MJPM) :**

*Nom service MJPM* désigne pour chaque personne protégée un délégué du mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) référent. Le Service s'efforcera d'assurer la continuité du mandat de protection, en cas d'indisponibilité du référent.

#### **Article 5 :**

L'initiative et la responsabilité des procédures administratives relatives à la personne protégée sont organisées entre les deux parties selon le principe suivant :

- *Nom Etablissement belge* : procédures concernant l'accueil dans l'établissement, la prise en charge administrative et financière et les conventions individuelles conclues avec les départements et la CPAM ou tous autres organismes ou institutions pertinents.
- *Nom MJPM* : procédures relatives au statut de la personne (renouvellement des cartes d'identité, des cartes de séjour, des passeports, du dossier d'aide sociale, renouvellement MDPH, dossier sécurité sociale et mutuelle...).

Le calendrier des échéances administratives est établi par chacun en ce qui le concerne et communiqué à l'autre partie.

Chaque partie, sur demande et dans les délais appropriés, apporte à l'autre partie les éléments d'informations, dont elle dispose, nécessaires à ces procédures.

Pour les renouvellements relatifs aux décisions de la commission des droits et de l'autonomie, les dossiers sont présentés au moins 6 mois avant l'échéance afin d'éviter les ruptures de prise en charge.

#### **Article 6 :**

L'argent de Vie est versé en fonction des besoins et des moyens du Majeur Protégé à partir de son compte individuel. Cette démarche est validée dans le cadre du projet individualisé préalablement établi entre le résident, l'équipe de référence et le *délégué du mandataire / le MJPM*.

**OU** mais uniquement si l'article précédent ne peut pas convenir pour des modalités techniques avérées et réelles !

*Nom du MJPM* verse mensuellement une certaine somme à titre d'argent de vie, calculée en fonction des besoins de la Personne, sur un compte ouvert par *Nom Etablissement belge*.

En début d'année, *Nom établissement belge* remet l'état des comptes de l'année précédente au MJPM.

#### **Article 7 :**

*Nom établissement belge* fait parvenir les demandes de budget pour le résident au *délégué du Mandataire / au MJPM*. Celui-ci marque son accord et procède au virement de la somme sur le compte de *Nom établissement belge*.

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

*Nom établissement belge* fait parvenir les factures ou les tickets de caisse précisant les sommes et la date des achats effectués au sein de l'institution ou dans les commerces extérieurs dans un délai maximum de 6 mois en prévision du respect de la bonne transmission des CRG .

#### **Article 8 :**

En cas d'incident de paiement de la prise en charge, l'établissement en informe le *délégué du Mandataire / le Mandataire* judiciaire à la protection des majeurs et selon les causes les deux parties se concertent pour coordonner les démarches propres à rétablir le financement et assurer la continuité de l'accueil

#### **Article 9 :**

En cas de perspective de réorientation, la partie diligente en informe l'autre partie au minimum 3 mois avant l'échéance afin que l'action soit concertée pour transmission, le cas échéant à la Commission des Droits et de l'Autonomie Compétente (CDAPH)

La personne protégée concernée et sa famille est informée et préparée aux modalités concernant son éventuelle orientation.

L'information sera transmise au juge des Tutelles.

En cas de désaccord, chaque partie fait valoir ses arguments à la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH et/ou AVIQ).

#### **Article 10 :**

L'organisation des soins est concertée entre personne protégée, le *délégué du Mandataire / le MJPM* et *Nom établissement belge* en veillant, autant que faire se peut, au maintien des référents médicaux de la personne. Le dossier soin est tenu par le service médical *Nom établissement belge*.

Le *délégué du Mandataire / Le Mandataire* à la protection des majeurs est informé des modifications importantes de l'état de santé de la personne, des projets d'hospitalisation et se rapproche du service médical ou des médecins pour des informations complémentaires.

En cas d'hospitalisation d'urgence, le *délégué du Mandataire / le Mandataire* judiciaire à la protection des majeurs est informé sans délais.

En cas d'intervention chirurgicale, l'accord du majeur protégé sous tutelle est requis. En cas d'impossibilité, on recherchera celui du représentant légal. Pour les personnes en curatelle, le *délégué du Mandataire / le Mandataire* doit être informé de l'intervention et le majeur protégé signe seul les documents qui le concernent. Il peut être assisté d'une personne de confiance qu'il aura désignée.

**Le refus ou l'impossibilité du Tuteur à donner son consentement n'empêche pas le médecin d'agir si le refus ou l'impossibilité est susceptible d'entraîner des conséquences graves sur l'état de santé de la personne sous Tutelle.**

#### **Article 11 :**

Lorsque les liens familiaux sont maintenus ils sont forcément intégrés dans le projet de vie du Majeur Protégé. *Nom établissement belge* et *délégué du Mandataire / le Mandataire* se concertent alors sur

---

Pilotes :

Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est

Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

les modalités de relation avec la famille et sur les informations à transmettre en accord avec la personne protégée.

**Article 12 :**

Lorsqu'il y a décès dans l'établissement d'une personne sous mandat de protection, bien que le mandat cesse aussitôt, *Nom MJPM* reste partie prenante de l'organisation des funérailles en lien avec la famille et concertation avec *Nom établissement belge*. Les parties veilleront au respect des volontés de la personne.

**Article 13 :**

Chaque partie s'engage à développer et à maintenir avec l'autre des liens étroits de collaboration et de partenariat, passant notamment par la communication de toute information quant à des événements ou des faits ayant ou pouvant avoir une influence majeure sur la vie de la personne protégée (exemples : passage à l'acte, fugue, régression...).

**Article 14 :**

Au moins une fois par an, une rencontre entre les responsables de *Nom établissement belge* et *Nom MJPM* permet de faire le point sur la relation entre les deux parties de la convention. Des représentants de l'Agence Régionale de Santé des Hauts de France, de l'AVIQ, des juges des tutelles du tribunal de grande instance concerné ou de la cour d'appel de Douai et des représentants de la Direction Départementale de la Cohésion sociale des hauts de France peuvent être invités à assister aux échanges et à donner leur(s) avis et recommandation(s) pour la bonne mise en œuvre de cette convention.

Cette rencontre donne lieu à un relevé des questions abordées et propose des précisions et des améliorations de pratique qui peuvent faire l'objet de compléments à la convention.

La présente convention prendra effet au

En double exemplaires originaux dont l'un est remis à chaque partie.

Fait à .....le .....

Signataires :

*Signature*  
*MJPM*

*Signature*  
*Etablissement Belge*

---

Pilotes :  
Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est  
Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France

## Annexe n°6 : Tableau d'activité prévisionnelle du cadre budgétaire normalisé

| CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL<br>ET MEDICO-SOCIAL RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
|--|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------|
|  | Lits ou places réels n-2 | Lits ou places financés | Nombre de jours d'ouverture | Nombre de jours de présence des travailleurs | Nombre de journées théorique | Activité par dérogation |                              |                             |                         |      |
|  |                          |                         |                             |  |                              | Nombre de personnes     | Nombre de journées proposées | Nombre de journées allouées |                         |      |
| Activité théorique   | (1)                      | (2)                     | (3)                         | (4)  | 5 = (2) x (3)                | (6)                     | (7)                          | (8)                         |                         |      |
| <b>TOTAL</b>   |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
| Externat   |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
| Semi-internat  |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
| Internat   |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
| Autre  |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
| Autre  |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
|  | Nature                   | CA n-4                  | CA n-3                      | CA n-2                                       | Moyenne                      | BP n-1                  | BP proposé n                 |                             | retenu par tarificateur |      |
|  |                          |                         |                             |  |                              |                         | Nombre                       | Taux                        | Nombre                  | Taux |
| Activité prévisionnelle  | (9)                      | (10)                    | (12)                        | (13)   | (14)                         | (15)                    | (16)                         | (17)                        | (18)                    |      |
| <b>TOTAL en journées</b>   |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
| Externat   |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
| Semi-internat  |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
| Internat   |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
| Autre  |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |
| Autre  |                          |                         |                             |  |                              |                         |                              |                             |                         |      |

| CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL<br>ET MEDICO-SOCIAL RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES |              |  |                              |                                |
|--|--------------|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Activité de l'Etablissement ou du Service</b>   |              |  |                              |                                |
| <b>Accueil des plus de 20 ans dans les IME</b>   |              |  |                              |                                |
|  | <b>TOTAL</b> | <b>+ 20 ans orientés CAT, AP (1) et CDTD (2)</b> | <b>+ 20 ans orientés MAS</b> | <b>+ 20 ans orientés Foyer</b> |
| <b>Nombre de journées prévisionnelles</b>  | (de 1 à 3)   | (1)  | (2)                          | (3)                            |
| <b>TOTAL</b>   |              |  |                              |                                |
| Externat   |              |  |                              |                                |
| Semi-internat  |              |  |                              |                                |
| Internat   |              |  |                              |                                |
| Autres   |              |  |                              |                                |
| (1) Atelier protégé  |              |  |                              |                                |
| (2) Centre de distribution de travail à domicile   |              |  |                              |                                |

Pilotes :  
 Edith CHRISTOPHE, ARS Grand Est  
 Marine DUPONT-COPPIN, ARS Hauts-de-France