RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé La Réunion

Fiches de cadrage

issues du diagnostic régional

Transformation de l'offre médico-sociale pour l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap à La Réunion



Novembre 2026

1 Axe 1 : Garantir une offre accessible, équitable et adaptée aux besoins sur l'ensemble du territoire

FICHE DE CADRAGE N° 1.1

Territorialiser l'offre médico-sociale pour améliorer sa lisibilité et son accessibilité

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Les personnes concernées et leurs aidants rapportent un manque de lisibilité de l'offre médico-sociale et une méconnaissance des ESMS et des dispositifs existants. La répartition de l'offre par type de structure, modalité d'accompagnement, typologie de public, tranche d'âge et zone d'intervention rend le maillage institutionnel complexe à décoder, y compris pour les professionnels.

L'implantation des ESMS est principalement regroupée près du littoral et des centres urbains ; les Hauts de La Réunion sont moins bien couverts. Rapportées à la population, les places installées pour enfants sont plus faibles dans l'Est (9,0 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans) et, dans une moindre mesure, dans le Nord (10,6 ‰), pour une moyenne régionale de 10,9 ‰. Dans le secteur adulte, l'Ouest apparaît le moins doté (4,3 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, contre 6,2 ‰ en moyenne régionale) (FINESS, places installées, octobre 2026 ; INSEE, recensement 2023).

La zone d'implantation ne suffit pas à définir les territoires ayant effectivement accès à une offre : les ESMS spécialisés pour certains publics interviennent sur une zone étendue, ce qui rend l'accueil de jour et l'hébergement plus difficilement accessibles. Les difficultés liées au réseau de transports, la situation socio-économique et la dépendance à la voiture individuelle majorent cette problématique.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Réinterroger la répartition géographique des réponses :** définir les complémentarités territoriales et les périmètres d'intervention, disposer d'une lecture partagée des besoins et des ressources.

> **Piste n°2 – Développer les interventions de proximité :** multiplier les antennes pour mieux tenir compte des bassins de vie, développer les compétences des acteurs afin d'éviter la concentration de certaines situations sur certaines zones.

> **Piste n°3 – Rendre plus lisible la gouvernance territoriale de l'offre médico-sociale :** clarifier auprès des acteurs du territoire les responsabilités respectives de l'ARS, du Conseil Départemental, de l'Éducation nationale et de la MDPH, renforcer le pilotage commun de l'offre par une feuille de route partagée, organiser des groupes de travail territoriaux.

Autres pistes identifiées : faciliter les déplacements vers les réponses existantes (cf. fiche 4.3) ; structurer la coordination territoriale entre institutions et acteurs (cf. fiche 1.4).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 2.1 « Assurer un maillage territorial équilibré de l'offre en établissements d'accueil non médicalisé et médicalisé » : programmation de places et développement de l'offre d'accueil pour les personnes vivant avec un handicap.
SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-2 : redéploiement des capacités d'internat en veillant au maintien d'une offre de proximité par territoire.

Plan « 50 000 solutions » (circulaire du 7 décembre 2023) : programmation conjointe du Conseil Départemental et de l'ARS visant à développer de nouvelles réponses pour les enfants et les adultes, en intégrant les objectifs des stratégies nationales relatives aux troubles du neurodéveloppement, à l'aide aux aidants, à l'appui à la scolarisation, aux enfants en situation de double vulnérabilité (ASE), au polyhandicap et à la réduction des situations relevant de l'amendement Creton.

Décret du 5 juillet 2024 relatif au fonctionnement en dispositif intégré (article L. 312-7-1 et annexe 2-12 du CASF) : le dispositif s'inscrit dans une responsabilité populationnelle et territoriale ; la coopération entre opérateurs vise notamment à améliorer la couverture territoriale. Une convention-cadre réunit au minimum l'ARS, l'IA-DASEN, la DRAAF, la MDPH, la CAF, la MSA, la CPAM et les organismes gestionnaires ; un dispositif partenarial peut être constitué par convention entre établissements et services, l'un d'eux étant désigné « ESMS porteur du dispositif ». Généralisation du fonctionnement en dispositif intégré pour les ESMS accompagnant des enfants, avec une échéance nationale au 31 décembre 2027.

INSTANCES :

Comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI) : coordonne et améliore le parcours scolaire des élèves vivant avec un handicap à l'échelle du département.

Conseil Départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) : instance consultative associant les personnes vivant avec un handicap et leurs aidants à l'élaboration des politiques publiques locales.
Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) : instance consultative de démocratie en santé participant à l'élaboration et au suivi de la politique régionale de santé.

ACTEURS POTENTIELS :

Conseil Départemental, MDPH, Éducation nationale, organismes gestionnaires

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental

FICHE DE CADRAGE N° 1.2

Organiser une gestion territoriale des besoins non couverts et des personnes en attente, fondée sur des données partagées

Axe 1 : Garantir une offre accessible, équitable et adaptée aux besoins sur l'ensemble du territoire

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Les données recueillies lors du diagnostic permettent d'apprécier un niveau de pression déclaré sur les différentes composantes de l'offre, mais pas un décompte consolidé des personnes en attente ou sans solution. Plusieurs limites sont relevées : les données de ViaTrajectoire ne sont pas toujours complètes ou à jour, une même personne peut être inscrite auprès de plusieurs ESMS, l'ESMS n'intervient pas toujours dans le secteur de la personne inscrite, les inscriptions peuvent être anciennes et non actualisées, et les personnes ne sont pas systématiquement recontactées pour confirmer leur souhait d'admission.

La démarche COMETA permet de dimensionner ces limites : sur environ 1 734 dossiers EAM/MAS traités, la population nette en attente est de 844 personnes. Parmi les 403 personnes ayant exprimé un premier choix, 33 % souhaitent en priorité le maintien à domicile.

Selon les données déclaratives, la liste d'attente compte en moyenne 112 personnes par ESMS. Les tensions sont plus marquées sur les SESSAD dans le secteur enfant et sur les SAVS, SAMSAH et ESAT dans le secteur adulte. Le Sud concentre les volumes déclarés les plus élevés, chez les enfants comme chez les adultes.

Les délais de contact des personnes inscrites sur liste d'attente vont de moins de trois mois à plus de cinq ans selon les ESMS et sont généralement plus longs dans le secteur adulte.

Les personnes concernées et leurs aidants signalent des difficultés à remplir des dossiers d'admission aux règles différentes et la nécessité de répéter les informations sur leur situation auprès de chaque acteur.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Actualiser les listes d'attente :** passer d'une liste administrative brute à une file active actualisée et interroger le souhait des personnes concernées au regard de leur orientation.

> **Piste n°2 – Développer une observation territoriale partagée des besoins :** mieux utiliser ViaTrajectoire, mieux repérer les personnes sans solution ou peu visibles, développer des outils communs de cartographie et de prospective et anticiper l'évolution des besoins.

> **Piste n°3 – Structurer une porte d'entrée simplifiée pour les admissions :** harmoniser les dossiers d'admission et multiplier les instances d'admission partagées.

Piste n°4 – Mieux transmettre les informations autour de la personne en attente : partager entre les acteurs de l'orientation et de l'admission les informations utiles, comme les bilans, sécuriser les transmissions et améliorer l'interopérabilité des systèmes d'information.

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026) : l'évolution des listes d'attente enfants et adultes (orientations MDPH rapportées aux capacités installées) figure parmi les indicateurs de résultats de la thématique consacrée aux personnes vivant avec un handicap.

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 2.3 : finaliser l'utilisation et l'exploitation de ViaTrajectoire Handicap pour permettre de réévaluer en continu la tension sur l'offre.

Décret du 5 juillet 2024 relatif au fonctionnement en dispositif intégré (article L. 312-7-1 et annexe 2-12 du CASF) : l'ESMS porteur du dispositif assure la circulation des informations entre les partenaires et avec les institutions ; le dispositif s'inscrit dans une responsabilité populationnelle et territoriale ; il affiche un objectif de porte d'entrée unique à l'admission. Généralisation du fonctionnement en dispositif intégré pour les ESMS accompagnant des enfants, avec une échéance nationale au 31 décembre 2027.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

ViaTrajectoire Handicap : portail d'orientation permettant à l'usager de rechercher les établissements ou services correspondant aux orientations de la CDAPH, de renseigner le dossier unique d'admission et de suivre l'avancement de ses demandes.

COMETA (Coordination multi-établissements de traitement des listes d'attente) : action démarrée en octobre 2025, à la suite de l'étude des listes d'attente confiée par l'ARS à la Communauté 360 en juillet 2024 ; conduite en lien avec la MDPH, elle vise à dresser un état des lieux quantitatif et qualitatif des listes d'attente EAM/MAS (situations individuelles, parcours, conditions de vie, attentes des personnes et de leurs aidants). Deux fiches action prévisionnelles portent sur l'harmonisation de la procédure d'admission, articulée avec ViaTrajectoire (juillet 2026 – février 2027), et sur des journées portes ouvertes.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Près de 3 ESMS sur 10 participent à des instances partagées d'admission, qui portent majoritairement sur quelques situations exceptionnelles.

ACTEURS POTENTIELS :

Communauté 360, MDPH, DAC, Conseil Départemental, organismes gestionnaires.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / MDPH / Conseil Départemental / Éducation nationale

FICHE DE CADRAGE N° 1.3

Rendre effectif l'accès à des accompagnements modulaires et diversifiés

Axe 1 : Garantir une offre accessible, équitable et adaptée aux besoins sur l'ensemble du territoire

1. Contexte et constats issus du diagnostic

La modularité des accompagnements est déjà largement engagée dans les ESMS. 79 % d'entre eux déclarent proposer des modalités d'accompagnement multiples (accueil de jour, accompagnement en milieu ordinaire, hébergement, accueil temporaire), en lien ou non avec d'autres ESMS. Parmi eux, 10 % organisent cette modularité exclusivement en interne et 22 % exclusivement au sein de leur organisme gestionnaire. Les parcours modulaires incluent de l'accueil de jour dans 77 % des cas, de l'accompagnement en milieu ordinaire dans 53 %, de l'hébergement temporaire dans 39 % et de l'hébergement dans 35 %. 94 % des ESMS intègrent les changements de modalité au PPA et 76 % les formalisent par un avenant en cours d'année.

95 % des ESMS enfants et 72 % des ESMS adultes fonctionnent en file active ; 95 % des établissements enfants et 76 % des établissements adultes proposent de l'accueil séquentiel. Cette évolution n'est pas totale : 23 % des ESMS répondants ne proposent pas d'accompagnement séquentiel et n'envisagent pas d'évolution en ce sens en 2027.

La palette mobilisable dépend de la composition de l'offre, différente entre les secteurs enfant et adulte. Chez les enfants, les places installées se répartissent entre accueil de jour (47,6 %), milieu ordinaire (39,4 %), dispositif intégré (6,4 %), hébergement (3,8 %) et accueil temporaire (2,8 %) ; chez les adultes, entre travail accompagné (35,4 %), hébergement (29,0 %), milieu ordinaire (19,6 %), accueil de jour (14,3 %) et accueil temporaire (1,8 %) (FINESS 2026).

Le besoin de réponses plus souples, modulaires et de proximité est particulièrement marqué dans le secteur adulte. Parmi les personnes en attente d'une place en EAM ou en MAS ayant exprimé un premier choix à travers la mission COMETA, le maintien à domicile arrive devant l'accueil de jour, l'accueil en internat et l'accueil temporaire : l'orientation ne se traduit pas systématiquement par un souhait d'hébergement permanent.

Les entretiens font apparaître une forte hétérogénéité entre ESMS et une personnalisation encore conditionnée par les places et capacités disponibles : les prestations ne peuvent pas toujours être combinées ou alternées au moment du besoin. Le principal risque relevé est que le séquentiel ou le temps partiel traduise une réduction de l'accompagnement liée à la saturation ou aux moyens plutôt qu'aux besoins, avec un report de charge sur les familles les jours non accueillis et une perte de sécurité ressentie. La multiplication des lieux et des intervenants peut également fragiliser les personnes qui ont besoin de repères stables.

Les cadres administratifs et financiers restent largement structurés autour des places, des notifications par modalité ou catégorie, des agréments et des journées de présence. Les acteurs signalent des changements administratifs lourds, des doubles notifications et doubles financements bloquants, un financement des parcours mixtes et du droit au retour insuffisamment clarifié, ainsi qu'une valorisation insuffisante de la coordination, du transport et des interventions hors les

murs. La crainte de perdre la place antérieure, un droit au retour dépendant des capacités disponibles et une information insuffisante sur les conséquences administratives et financières des changements (AEEH, PCH, AAH) freinent les essais et les évolutions de modalité.

L'effectivité de la modularité dépend aussi de conditions matérielles : personnels, véhicules et relais manquent pour les interventions hors les murs, et 14 % des ESMS estiment que les transports empêchent déjà, ou empêcheront, systématiquement la modularité des prestations pour les personnes accompagnées.

Le principe est largement partagé par les acteurs, à condition que la modularité soit choisie, progressive et réversible, et qu'elle ne se confonde pas avec une réduction ou une fragmentation de l'accompagnement.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

Piste n°1 – Fonder la modularité sur les besoins et le projet de la personne : construire les rythmes et l'intensité de l'accompagnement à partir des besoins plutôt que d'objectifs capacitaires, ne pas imposer le séquentiel, permettre une évolution des modalités dans les deux sens et les réévaluer régulièrement.

Piste n°2 – Organiser la palette de modalités entre ESMS et à l'échelle des territoires : formaliser la modularité dans les coopérations entre ESMS (accompagnements partagés, doubles accompagnements, mobilisation croisée des ressources), dimensionner les prestations à partir des besoins et développer les modalités manquantes, notamment dans le secteur adulte.

Piste n°3 – Garantir le droit à l'essai, à l'erreur et au retour : formaliser les immersions, périodes d'essai et paliers intermédiaires, maintenir les droits pendant les expérimentations et éviter qu'un essai n'entraîne la perte de la solution initiale.

Piste n°4 – Adapter les notifications, autorisations et financements à une logique de parcours : permettre plusieurs modalités dans un même parcours, clarifier les doubles accompagnements et les financements croisés, intégrer la coordination, le transport et les interventions hors les murs dans la mesure de l'activité et le financement.

Piste n°5 – Associer et informer les personnes et leurs familles : présenter suffisamment tôt les alternatives, les objectifs et les conséquences administratives et financières des changements, construire les évolutions avec elles et prévoir des solutions complémentaires pendant les jours non accueillis.

Piste n°6 – Développer les interventions hors les murs tout en maintenant les réponses spécialisées : renforcer les équipes mobiles et les personnels dédiés, soutenir les acteurs du droit commun, sans considérer le milieu ordinaire comme une réponse suffisante pour toutes les situations.

Autres pistes identifiées : renforcer l'accueil temporaire, le répit et les réponses d'urgence (cf. fiche 1.5) ; intégrer le transport dès la conception des parcours modulaires (cf. fiche 4.3) ; dimensionner la coordination des parcours modulaires et hors les murs (cf. fiche 2.1) ; sécuriser les transitions progressives (cf. fiche 2.3).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

Article L. 312-7-1 du CASF et décret du 5 juillet 2024 (annexe 2-12 du CASF) : fonctionnement en dispositif intégré des ESMS accompagnant des enfants et des jeunes, proposant les trois modalités d'accueil modulables et évolutives, directement ou en partenariat. Les changements de modalité peuvent intervenir sans nouvelle décision de la CDAPH dans les conditions prévues par les textes. Échéance nationale de passage en dispositif intégré : 31 décembre 2027.

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-2 « Accroître les capacités d'accompagnement en faisant le choix de l'inclusion » : fin de la distinction établissement/service pour les IME et SESSAD intégrés aux établissements scolaires, gestion des SESSAD en file active, redéploiement des capacités d'internat en maintenant une offre de proximité, EAM/MAS hors les murs, augmentation de l'accueil temporaire, développement de l'accompagnement en milieu ouvert (SAMSAH, SSIAD/SAD). Indicateur associé : part de l'offre des services dans les capacités médico-sociales.

SDOSMS PA-PH 2025-2030 : programmation de places d'EANM pouvant inclure une offre hors les murs et de places d'EAM pouvant inclure de l'accueil temporaire (fiche « Adapter l'accueil » PH 2.1) ; besoin de réponses modulaires et de proximité relevé en concertation et développement de l'accueil séquentiel et de jour en accueil familial (PH 2.2) ; étude de faisabilité d'une offre d'accueil de jour dans chaque micro-région (« Vivre à domicile » PH 1.1).

Plan « 50 000 solutions » (circulaire du 7 décembre 2023) : programmation conjointe ARS-Département visant à augmenter et diversifier l'offre ; le protocole ARS-Département relatif à l'amendement Creton (mai 2026) s'inscrit dans la création de places d'EAM, de SAMSAH, de SAVS, d'EANM et de MAS.

Réforme du financement SERAFIN-PH : pour les ESMS enfants, recueil 2026 en année blanche puis tarification à compter de 2027 ; une majoration « dispositif intégré » et un indicateur de modularité au sein de la modulation à l'activité. Le secteur adulte n'est pas concerné à ce stade.

INSTANCES :

Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) : décisions d'orientation ; l'entrée et la sortie d'un dispositif intégré restent soumises à une décision de la CDAPH.

Comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI) : instance devant laquelle sont portées les difficultés d'application de la convention-cadre des dispositifs intégrés.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Déploiement des dispositifs intégrés enfants (ARS) : cadre régional intégrant la modularité effective, l'un de ses principes structurants.

DITEP : les deux DITEP du territoire fonctionnent déjà en dispositif, avec des interventions modulables selon les besoins.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Quelques articulations sont testées entre IME/SESSAD chez les enfants, établissement et SAMSAH chez les adultes, SAVS et activité de jour, ESAT et SAVS ; immersions, périodes d'essai et appartements d'évaluation ; séquentiel et temps partiel (demi-journées, jours alternés, entrées progressives, alternance ESMS/milieu ordinaire).

ACTEURS POTENTIELS :

MDPH, Conseil Départemental, Rectorat, CAF, CGSS, organismes gestionnaires, associations d'usagers et d'aidants, CVS.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental / Éducation nationale

FICHE DE CADRAGE N° 1.4

Structurer la coordination territoriale entre institutions, ESMS et acteurs de droit commun

Axe 1 : Garantir une offre accessible, équitable et adaptée aux besoins sur l'ensemble du territoire

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Le diagnostic met en évidence, pour tous les âges et tous les handicaps, des responsabilités et une gouvernance territoriale insuffisamment clarifiées entre institutions, ESMS et acteurs de droit commun. Les coopérations sont nombreuses, mais leur formalisation et leur stabilité varient fortement : elles reposent souvent sur des relations locales ou individuelles, peuvent être fragilisées par les changements de professionnels et s'inscrivent dans des cadres, des circuits de décision et des interprétations des notifications ou des financements qui ne sont pas toujours partagés.

Le cloisonnement institutionnel, l'absence d'interlocuteur clairement identifié et la faible lisibilité de l'offre peuvent entraîner des pertes d'information, des renvois entre acteurs, des difficultés d'orientation et des ruptures de parcours. La responsabilité populationnelle reste inégalement connue et son périmètre n'est pas formalisé, notamment pour les personnes en attente, sans solution ou non admises. Les réunions, déplacements, interventions croisées et actions partenariales sont par ailleurs réalisés sans structuration visible.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

Piste n°1 – Stabiliser une gouvernance territoriale partagée : clarifier, pour chaque domaine de politique publique, les responsabilités, les circuits de décision et d'arbitrage, les portes d'entrée et les interlocuteurs, sans créer d'instances redondantes.

Piste n°2 – Formaliser un cadre commun de coopération : élaborer des conventions-cadres et des protocoles précisant les objectifs, les contributions, les limites d'intervention, les modalités de relais et le suivi des engagements, afin de sécuriser les coopérations entre organismes gestionnaires, ESMS, institutions et acteurs de droit commun au-delà des relations individuelles.

Piste n°3 – Clarifier la responsabilité populationnelle : définir le périmètre d'intervention auprès des personnes accompagnées, en attente, sans solution, non orientées ou éloignées des dispositifs ; préciser les contributions respectives du médico-social et du droit commun, reconnaître les interventions hors file active et auprès des personnes non admises, et définir les modalités d'appui permettant aux partenaires de droit commun d'exercer leurs responsabilités.

Piste n°4 – Développer une information et des repères communs : mettre à disposition un annuaire territorial partagé, identifier les référents et harmoniser les procédures d'orientation, de saisine et de transmission ; s'appuyer sur SERAFIN-PH pour décrire les prestations et repérer les complémentarités territoriales.

Piste n°5 – Reconnaître les moyens et mesurer l'effectivité des coopérations : prévoir les temps, fonctions et financements nécessaires aux réunions, déplacements, interventions croisées, sensibilisations et suivis partenariaux ; suivre non seulement les conventions signées, mais aussi les décisions effectivement mises en œuvre, les relais mobilisés et la continuité obtenue pour les personnes.

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-2 : installer une commission régionale de coordination des politiques publiques en matière de handicap.

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche 5.1 « Un pilotage intégré » : consolider la démarche de convergence des politiques publiques en faveur de l'autonomie.

Convention-cadre régionale des dispositifs intégrés : elle constitue un exemple de cadre multi-institutionnel formalisé avec au minimum l'ARS, l'IA-DASEN, la DRAAF, la MDPH, la CAF, la MSA, la CPAM et les organismes gestionnaires.

INSTANCES :

Conférence territoriale de l'autonomie (CTA) : instance de gouvernance stratégique du service public départemental de l'autonomie (SPDA).

Comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI) : coordonne et améliore le parcours scolaire des élèves vivant avec un handicap à l'échelle du département.

Conseil Départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) : instance consultative associant les personnes vivant avec un handicap et leurs aidants à l'élaboration des politiques publiques locales.

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) : instance consultative de démocratie en santé participant à l'élaboration et au suivi de la politique régionale de santé.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Des points d'appui existent : partenariats pérennes, collectifs inter-associatifs, comités de pilotage, rencontres territoriales et pratiques d'accompagnement partagé.

ACTEURS POTENTIELS :

Région, Conseil Départemental, MDPH, Éducation nationale, organismes de protection sociale, collectivités, organismes gestionnaires, acteurs de droit commun.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : Sous-préfecture à la cohésion sociale/ ARS / Conseil Départemental

FICHE DE CADRAGE N° 1.5

Améliorer l'accès et la mobilisation des solutions de répit, d'accueil temporaire et de relais

Axe 1 : Garantir une offre accessible, équitable et adaptée aux besoins sur l'ensemble du territoire

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Le diagnostic met en évidence, pour tous les âges et tous les handicaps, une offre de répit, d'accueil temporaire et de relais insuffisante ou inégalement accessible, particulièrement en situation d'urgence.

Plusieurs modalités existent : unités d'accueil temporaire, week-ends, séjours, nuitées, internat séquentiel, plateformes spécialisées, suppléance et relais à domicile. Leur mobilisation reste toutefois limitée par la saturation, l'éloignement, le transport, les critères d'admission, l'adaptation aux profils, le manque d'information et les incidences administratives ou financières.

Selon les données FINESS 2026, l'accueil temporaire représente :

- 79 places pour les enfants, soit 2,8 % de l'offre ;
- 49 places pour les adultes, soit 1,8 % de l'offre.

Dans le point d'étape COMETA d'octobre 2026 consacré aux listes d'attente EAM/MAS, des besoins de répit sont exprimés par les aidants et/ou les personnes, l'accueil temporaire arrivant en tête des modalités souhaitées (cf. tableau 46). Les besoins urgents, notamment lors de l'hospitalisation ou de l'indisponibilité soudaine de l'aidant, sont difficilement couverts ; un droit peut ainsi rester théorique faute de place ou de solution adaptée. L'accès au répit suppose également qu'une réponse soit prévue pour la personne accompagnée pendant les actions destinées à l'aidant.

Le territoire dispose néanmoins de points d'appui : la plateforme de répit Nord-Est, des actions en direction des aidants dans 90 % des ESMS enfants et 71 % des ESMS adultes, ainsi que des pratiques de courts séjours, d'ajustement des nuitées et de combinaison entre domicile, externat et accueil temporaire.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Renforcer, diversifier et territorialiser l'offre de répit :** augmenter les capacités d'accueil temporaire et séquentiel, conserver ou créer des places dédiées et développer des réponses de proximité ; combiner, selon les besoins et les choix, courts séjours, week-ends, nuitées, suppléance, relais à domicile et alternatives adaptées aux profils complexes.

> **Piste n°2 – Organiser l'accès planifié et les réponses urgentes :** prévoir des solutions rapidement mobilisables en cas d'hospitalisation ou d'indisponibilité de l'aidant, des relais pendant les périodes de fermeture et des solutions de repli avant la crise ; faciliter l'intégration de l'accueil temporaire dans les notifications et organiser des essais progressifs lorsque les changements de repères sont difficiles.

Piste n°3 – Rendre l'offre lisible et simple à mobiliser : centraliser l'information sur les solutions, les critères d'accès et les interlocuteurs, structurer les relais communaux et associatifs et développer l'« aller-vers » auprès des aidants isolés ; renforcer l'accompagnement aux démarches et clarifier les notifications, les doubles accompagnements, les règles financières et leurs effets sur les prestations.

Piste n°4 – Sécuriser les conditions concrètes d'accès et les relais à domicile : intégrer le transport dès l'organisation de la prestation, prévoir une solution pour la personne accompagnée pendant les actions destinées à l'aidant et renforcer des interventions à domicile stables, formées et adaptées aux besoins exprimés par chaque famille.

Piste n°5 – Anticiper les besoins et associer les personnes et les aidants : repérer précocement les situations de fragilité et programmer les relais avant l'épuisement ou l'urgence ; développer les espaces de dialogue et d'entraide, adapter leurs formats et horaires, associer les personnes et les familles à la conception des réponses et assurer le suivi des engagements pris.

Autres pistes identifiées : prévenir l'épuisement des aidants et anticiper l'après-aidant (cf. fiche 2.5) ; intégrer le transport à l'organisation de l'accueil temporaire (cf. fiche 4.3).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-5 « Soutenir les aidants » : soutenir le développement et la pérennisation des dispositifs de répit, faire connaître le relayage, développer l'accueil et l'hébergement temporaires ; l'OO 11-2 prévoit d'augmenter les capacités d'accueil temporaire pour les enfants et les adultes.

SDOSMS PA-PH 2025-2030, axe 3 « Soutenir les aidants » (fiche 3.1) : pérenniser, diversifier et développer les dispositifs de soutien aux aidants (places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, séjours de répit, relayage).

Dispositif intégré : l'accueil temporaire fait partie des modalités pouvant être combinées et ajustées au sein d'un même dispositif, sans nouvelle notification de la MDPH, avec l'accord de la personne.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Plateforme de répit Nord-Est : dispositif inter-associatif destiné aux proches aidants d'enfants et d'adultes (Nord et Est), mobilisant soutien psychologique, orientation vers l'accueil temporaire, suppléance, guidance, groupes de parole et ressources du territoire.

Places d'accueil temporaire dédiées aux enfants relevant de l'ASE : six places implantées dans l'Est, en expérimentation depuis 2023, dont trois pérennisées en 2025.

GIP SAP : ressource régionale intervenant auprès des adultes handicapés ou des personnes âgées vivant à domicile et de leurs proches aidants, et soutenant la structuration de l'aide à domicile.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Courts séjours, ajustement du nombre de nuitées, accueil séquentiel, guidance parentale, formations, ateliers de CAA, éducation thérapeutique, interventions professionnelles à domicile et combinaisons domicile / externat / accueil temporaire.

Espaces de soutien et partenariats : cafés des familles, groupes de parole, réseaux d'entraide et participation de certains aidants aux CVS et aux projets.

ACTEURS POTENTIELS :

GIP SAP, MDPH, DAC, CCAS, associations d'usagers et d'aidants.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental

FICHE DE CADRAGE N° 1.6

Structurer et rendre accessible la fonction ressource médico-sociale sur les territoires

Axe 1 : Garantir une offre accessible, équitable et adaptée aux besoins sur l'ensemble du territoire

1. Contexte et constats issus du diagnostic

La fonction ressource est déjà exercée dans de nombreux ESMS, mais elle reste rarement identifiée comme une fonction autonome, pilotée, tracée et communiquée : ses missions, ses limites et ses interlocuteurs sont peu lisibles. Les pratiques dépendent souvent d'initiatives individuelles et des risques de doublons existent entre dispositifs.

Les ESMS interviennent déjà auprès des écoles, des AESH, des structures de petite enfance, des employeurs, des associations, des collectivités, des transports, des loisirs, des services publics et des professionnels de santé. Ils mobilisent des outils, mallettes et supports de CAA, des formations, des immersions et des accompagnements techniques, ainsi que des mutualisations ponctuelles de professionnels, de locaux ou d'équipements.

Les quatre prestations ressources définies par l'ANAP sont réalisées dans des proportions variables en 2025 :

- 54 % des ESMS déclarent réaliser de l'appui-ressource ;
- 49 % de l'animation de réseau ;
- 34 % du soutien-expert ;
- 16 % du soutien au développement de projets.

L'expertise reste concentrée sur quelques professionnels, difficiles à mobiliser, tandis que les interventions hors les murs sont limitées par les déplacements et par le manque de professionnels mobiles, de véhicules ou de remplaçants.

Réalisées en complément des missions ordinaires, les prestations indirectes, hors file active ou auprès de personnes non admises sont peu reconnues dans le suivi et le financement, avec un risque de surcharge des équipes.

Au-delà des ESMS, certains dispositifs à vocation régionale réalisent plusieurs dizaines de prestations ressources chaque mois.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Formaliser, rendre lisible et accessible la fonction ressource :** définir ses missions, son périmètre, ses limites, son pilotage et ses référents ; harmoniser les procédures et les outils ; communiquer l'offre territoriale auprès des partenaires et des personnes concernées ; prévoir des modalités d'accès pour les personnes en attente ou sans solution, y compris pour des interventions ponctuelles de conseil, d'évaluation ou de préconisation.

Piste n°2 – Mutualiser les expertises et structurer les réseaux territoriaux : cartographier les compétences disponibles, développer des pôles ou réseaux ressources et identifier des interlocuteurs stables ; formaliser les coopérations, organiser le tutorat, les formations croisées, les échanges de pratiques et la production d'outils communs, et mieux articuler les dispositifs existants.

Piste n°3 – Développer l'appui au droit commun : renforcer les sensibilisations, les formations conjointes et les interventions hors les murs auprès des acteurs ordinaires ; organiser un appui progressif favorisant leur montée en compétences tout en maintenant un recours possible à l'expertise médico-sociale ; consolider, dans leur périmètre, les fonctions ressources auprès de l'école et du système de santé.

Piste n°4 – Renforcer les interventions hors les murs et financer les moyens nécessaires : prévoir des équipes, postes ou temps dédiés ainsi que les moyens de remplacement, de mobilité et de logistique ; définir un cadre financier intégrant les prestations indirectes, d'appui, hors les murs et hors file active.

Piste n°5 – Reconnaître et mobiliser le savoir expérientiel : développer la pair-aidance et associer les personnes accompagnées à la conception, à la mise en œuvre et à la coanimation des actions de sensibilisation, de formation et d'appui.

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-2 : promouvoir un modèle d'équipe médico-sociale ressource au service des élèves d'un même établissement ou groupe d'établissements scolaires ; encourager les dispositifs d'EAM/MAS hors les murs et le rôle de plateformes ressources de ces établissements.

Décret du 5 juillet 2024 relatif au fonctionnement en dispositif intégré (article L. 312-7-1 et annexe 2-12 du CASF) : le fonctionnement en dispositif intégré inclut une fonction d'appui-ressources, notamment auprès des établissements scolaires ; généralisation du fonctionnement en dispositif intégré pour les ESMS accompagnant des enfants, avec une échéance nationale au 31 décembre 2027.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

ERHR : apporte une expertise sur les handicaps rares, soutient les professionnels et les familles et facilite la mobilisation de ressources spécialisées.

Communauté 360 : informe, oriente et coordonne les acteurs face aux situations complexes ou aux risques de rupture.

PRH 974 : accompagne l'accueil et la participation des enfants de 0 à 12 ans dans les structures de droit commun de la petite enfance, de l'enfance et des loisirs.

EMAS et PAS : les équipes mobiles d'appui à la scolarisation mobilisent l'expertise médico-sociale au bénéfice des équipes scolaires ; les pôles d'appui à la scolarité apportent des réponses pédagogiques, éducatives et médico-sociales aux élèves à besoins éducatifs particuliers.

DAC La Réunion : intervient sur la coordination et les situations complexes.

PCPE : mobilise des prestations souples et coordonnées, notamment dans les lieux de vie ordinaires, afin de prévenir les ruptures et de répondre à des besoins insuffisamment couverts.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Des personnes concernées participent à certaines actions de sensibilisation ou de formation ; mutualisations ponctuelles de professionnels, de locaux ou d'équipements entre ESMS.

Acteurs potentiels : organismes gestionnaires, ERHR, acteurs de droit commun

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental

2 Axe 2 : Coordonner les parcours et prévenir les ruptures d'accompagnement pour les personnes et leurs aidants

FICHE DE CADRAGE N° 2.1

Structurer la coordination des parcours et le partage d'information autour de la personne

1. Contexte et constats issus du diagnostic

La coordination des parcours existe dans les ESMS, mais de façon très hétérogène et insuffisamment formalisée : la coordination du projet de la personne est davantage structurée que la coordination transversale de son parcours. 18 % des ESMS disposent de coordonnateurs de parcours à temps partiel (0,35 ETP en moyenne) et 13 % à temps plein. Un coordonnateur à temps plein suit en moyenne une trentaine de situations, avec de fortes disparités : d'une quinzaine dans certains SESSAD, SAMSAH ou IME à une centaine dans certains EANM, SAVS ou ESAT.

Les rôles et responsabilités restent parfois flous entre référent, coordonnateur de projet et coordonnateur de parcours, avec des fonctions souvent exercées sans poste ou temps spécifiquement dédié. Les associations représentant les usagers, les collectivités et les partenaires expriment une attente forte d'un coordonnateur de parcours unique et identifié, en particulier pour les situations complexes, les personnes sans solution, les périodes de transition, les personnes vieillissantes et les aidants.

Lorsque plusieurs services, modalités ou partenaires interviennent, le partage de l'information est irrégulier et les outils ne sont pas toujours interopérables. Les familles peuvent être amenées à répéter les informations et à assurer elles-mêmes l'articulation entre les acteurs.

La coordination représente également un temps important, souvent cumulé avec l'accompagnement direct et les autres missions des professionnels. Le développement des parcours modulaires et hors les murs renforce encore ces besoins de coordination.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Clarifier et professionnaliser la fonction de coordination du parcours :** définir les missions, responsabilités et niveaux de coordination, distinguer les fonctions de référent et de coordonnateur de parcours, formaliser les fonctions et développer une culture commune de la coordination.

> **Piste n°2 – Garantir un interlocuteur identifié et une continuité de la coordination :** identifier un coordonnateur stable, organiser les suppléances ou la co-référence et maintenir la coordination lors des transitions et des changements d'interlocuteurs.

Piste n°3 – Renforcer la coordination transversale autour de la personne : décloisonner les services et modalités d'accompagnement, tendre vers un projet personnalisé unique et mieux articuler les ESMS, le sanitaire et les acteurs de droit commun.

Piste n°4 – Structurer la coordination territoriale et inter-ESMS : formaliser les coopérations, clarifier les responsabilités entre institutions et acteurs, développer les instances et outils communs et renforcer le pilotage territorial.

Piste n°5 – Améliorer le partage et la continuité de l'information : développer des outils partagés et interopérables, harmoniser les dossiers et protocoles, faciliter la circulation du projet personnalisé d'accompagnement et limiter les ressaisies et répétitions pour les personnes et les familles.

Piste n°6 – Donner à la coordination les moyens nécessaires : prévoir des temps et postes dédiés, reconnaître et financer les activités de coordination et dimensionner les moyens dès la conception des parcours modulaires, hors les murs et des multi-accompagnements.

Piste n°7 – Associer les personnes et leurs familles à l'organisation de la coordination : accompagner leurs démarches et veiller à ce que la continuité du parcours ne repose pas sur leur seule capacité à relancer et à articuler les différents acteurs.

Autres pistes identifiées : coordination du parcours de soins (cf. fiche 3.4) ; coordination territoriale entre institutions (cf. fiche 1.4).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026) : OO 4-3 « Conforter les missions du Dispositif d'appui à la coordination (DAC) ».

Décret du 5 juillet 2024 relatif au fonctionnement en dispositif intégré (article L. 312-7-1 et annexe 2-12 du CASF) : le dispositif comprend une fonction de coordination de parcours clairement identifiée ; les changements de modalité sont formalisés par une fiche de liaison. Généralisation du fonctionnement en dispositif intégré pour les ESMS accompagnant des enfants, avec une échéance nationale au 31 décembre 2027.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Déploiement des dispositifs intégrés enfants (ARS) : le cadre régional pose une coordination clairement identifiée parmi ses principes ; il prévoit de définir les règles de coordination, la fiche de liaison et l'information des familles.

DAC La Réunion, PCPE et Communauté 360 : dispositifs déjà identifiés sur le territoire en matière de coordination, de réponses coordonnées ou de prévention des ruptures.

GCS TESIS : appui au développement des outils numériques de coordination et de partage d'information.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Réorganisations internes et création de postes de coordonnateurs de parcours ; référents de parcours ; réunions de synthèse et passations entre structures.

Acteurs potentiels : organismes gestionnaires, DAC, PCPE, C360, GCS TESIS

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental

FICHE DE CADRAGE N° 2.2

Garantir une réponse adaptée et réactive aux situations complexes et aux personnes sans solution

Axe 2 : Coordonner les parcours et prévenir les ruptures d'accompagnement pour les personnes et leurs aidants

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Les situations complexes ou sans solution peuvent conduire à des parcours durablement bloqués, à des ruptures d'accompagnement ou à un report de la réponse vers les familles, l'hôpital ou des dispositifs qui ne sont pas dimensionnés pour répondre durablement à ces besoins.

Les situations complexes sont inhérentes au secteur médico-social, qui doit pouvoir les prendre en compte par une offre souple, coordonnée et modulable. L'enjeu porte davantage sur les situations complexes qui deviennent critiques, lorsque les réponses existantes ne permettent plus d'éviter une rupture ou de sécuriser le parcours.

En 2025, 202 personnes ont été accompagnées dans le cadre d'une demande de Plan d'Accompagnement Global déposé auprès de la MDPH. Cette file active a fortement augmenté ces dernières années : + 33 % entre 2023 et 2024 et + 102% entre 2024 et 2025. Au 1er octobre 2026, 92 situations sont en phase d'instruction par la MDPH dans le cadre des PAG. Elles concernent principalement les moins de 20 ans (68%). Les personnes orientées vers les IME sont surreprésentées (31,5%), de même que les enfants présentant des besoins liés aux troubles du spectre de l'autisme (17%). Sur le territoire, elles se répartissent majoritairement sur le Sud (37%) et l'Est (30,4%). Certaines ruptures sont liées à des moments de transition : déscolarisation, passage au collège ou sortie de placement ASE sans solution médico-sociale.

Le volume des situations complexes et des personnes réellement sans solution reste difficile à mesurer : les listes d'attente ne peuvent pas être assimilées à un nombre de personnes sans solution et certaines situations complexes sont peu visibles dans les données quantitatives.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Développer une observation territoriale partagée des situations sans solution et des besoins :** actualiser les données, partager les informations utiles et améliorer la connaissance des solutions mobilisables.

> **Piste n°2 – Organiser une responsabilité réellement partagée face aux situations complexes :** éviter leur concentration sur quelques établissements spécialisés et renforcer la complémentarité entre acteurs.

> **Piste n°3 – Développer et mieux articuler des réponses souples et modulables :** notamment les accueils temporaires et les dispositifs relais mutualisés, en lien avec les capacités disponibles.

Piste n°4 – Mobiliser la fonction ressource des ESMS pour les situations complexes et les personnes sans solution : par des interventions ponctuelles d'évaluation ou de préconisation, au-delà des seules personnes admises.

Autres pistes identifiées : gestion territoriale des personnes en attente (cf. fiche 1.2) ; accès à la psychiatrie en situation de crise (cf. fiche 3.1).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-2 : mobiliser une réserve de financement annuel pour l'accompagnement des situations complexes et poursuivre le développement d'unités de vie résidentielles pour les personnes avec autisme en situation complexe.

PTSM 2025-2030 : FA 18 « Créer un centre expert des TND associés à des troubles psychiatriques » et FA 19 sur les modalités d'accueil et d'hébergement des personnes présentant des TND associés à des troubles psychiatriques.

INSTANCES :

Réponse accompagnée pour tous – MDPH : le PAG et le groupe opérationnel de synthèse (GOS) constituent le point d'appui pour organiser les réponses individuelles nécessitant la mobilisation de plusieurs acteurs.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Places dédiées aux situations critiques (ARS) : depuis 2024, 11 places pérennes sont prévues, dont 10 déployées : 7 places pour enfants (IME, IMP, IMPRO, IES, EEAP) et 4 places en MAS, une par micro-région, celle du Nord restant à ouvrir.

Communauté 360 / COMETA : étude des listes d'attente EAM/MAS confiée par l'ARS en juillet 2024 (plan de rattrapage « 50 000 solutions »), suivie de l'action COMETA depuis octobre 2025.

PCPE : dispositif à vocation régionale mobilisant des prestations souples et coordonnées, notamment dans les lieux de vie ordinaires, pour prévenir les ruptures et répondre à des besoins insuffisamment couverts.

Case Oxygène : projet innovant implanté à Bras-Panon, au Port et à Saint-Denis, destiné aux personnes de 15 à 30 ans sans solution, en accueil séquentiel ou relevant de l'amendement Creton, proposant un accompagnement de proximité autour du projet de vie et des différents domaines de la vie quotidienne.

DAC La Réunion : appui aux professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux confrontés à une situation complexe

ERHR : expertise sur le handicap rare

ACTEURS POTENTIELS :

DAC La Réunion, ERHR, MDPH, PCPE, organismes gestionnaires

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / MDPH / Conseil Départemental / Éducation nationale

FICHE DE CADRAGE N° 2.3

Anticiper et sécuriser les transitions tout au long du parcours de vie, avec une attention particulière au passage du secteur enfant au secteur adulte

Axe 2 : Coordonner les parcours et prévenir les ruptures d'accompagnement pour les personnes et leurs aidants

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Le passage du secteur enfant au secteur adulte constitue un point de vigilance particulier. En 2025, 321 jeunes adultes sont concernés par l'amendement Creton sur le territoire, dont 149 dans le Sud, 72 dans le Nord, 51 dans l'Est et 48 dans l'Ouest. Plus des trois quarts sont accueillis en IME. Les orientations attendues à leur sortie relèvent principalement des EANM (101), des EAM (95) et des ESAT (71, auxquels s'ajoutent 44 orientations vers un ESAT et un EANM). 46 sorties ont été déclarées en 2025.

Le maintien prolongé dans le secteur enfant affecte la fluidité des admissions et peut créer un décalage entre les besoins de jeunes adultes et le cadre d'accompagnement proposé. L'architecture de l'offre diffère entre les deux secteurs, en lien avec les besoins qui évoluent à l'âge adulte : l'accueil de jour et le milieu ordinaire prédominent chez les enfants, l'hébergement et le travail accompagné chez les adultes.

Au-delà du passage à l'âge adulte, les transitions entre ESMS et dans l'ensemble des domaines de vie (scolarité, emploi, logement, grand âge) sont insuffisamment anticipées : manque de solutions cibles, relais non identifiés, difficultés de coordination et de transmission entre acteurs, désaccords autour du projet de vie, réticences face au changement, risques de rupture de droits, de soins ou d'accompagnement lors des changements de dispositif. Les transitions les plus sécurisées reposent sur des étapes progressives : accueil temporaire ou séquentiel, stages, immersions, périodes d'essai et tuilage.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Anticiper et préparer les transitions en amont :** formaliser les étapes, engager suffisamment tôt les démarches et associer la personne, sa famille et les futurs partenaires.

> **Piste n°2 – Sécuriser le passage du secteur enfant au secteur adulte :** développer l'offre, les passerelles, les sas et les solutions intermédiaires permettant un passage progressif vers l'offre adulte.

> **Piste n°3 – Favoriser des transitions progressives et réversibles :** développer les immersions, périodes d'essai et possibilités de retour afin de limiter les ruptures.

Piste n°4 – Garantir la continuité de la coordination pendant les transitions : identifier les relais, clarifier les responsabilités et sécuriser les transmissions jusqu'à la stabilisation de la nouvelle situation.

Piste n°5 – Sécuriser les droits et démarches liés aux changements de situation : anticiper les notifications, éviter les ruptures de droits et mieux informer les personnes et les familles.

Autres pistes identifiées : droit à l'essai et au retour dans les parcours modulaires (cf. fiche 1.3) ; transitions liées au vieillissement (cf. fiche 2.6) ; continuité des soins lors des transitions (cf. fiche 3.4).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

Plan « 50 000 solutions » et protocole ARS / Département relatif à l'amendement Creton : vise à sécuriser les transitions vers le secteur adulte ; il s'inscrit dans le développement de nouvelles réponses, avec la création de 125 places d'EAM et 225 places de SAMSAH (cofinancées), 320 places de SAVS et 200 places d'EANM (financées par le Département) et 84 places de MAS (financées par l'ARS).

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-2 : déployer des programmes personnalisés d'accompagnement vers l'autonomie des jeunes relevant de l'amendement Creton, par autorisation de surcapacités temporaires des IME.

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 2.3 : lancer avec l'ARS un appel à manifestation d'intérêt pour un dispositif passerelle favorisant l'accès des sortants d'IME au milieu protégé ou ordinaire ; expérimenter des assistants au projet et au parcours de vie pour les jeunes de 16 à 25 ans sortant d'IME ou de l'ASE.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

COMETA (Communauté 360, en lien avec la MDPH) : qualification des situations et des attentes des personnes en attente d'une réponse EAM/MAS ; le point d'étape d'octobre 2026 identifie notamment 100 situations relevant de l'amendement Creton.

PALI – Plateforme d'appui au logement inclusif : dispositif destiné aux personnes relevant de l'amendement Creton, qui soutient leur famille ainsi que les professionnels qui les accompagnent dans les situations de transition vers le monde adulte. Il agit prioritairement sur l'accompagnement à l'autonomie résidentielle et l'inclusion sociale.

Case Oxygène : projet innovant destiné aux personnes de 15 à 30 ans sans solution, en accueil séquentiel ou relevant de l'amendement Creton, permettant de travailler le projet de vie et l'autonomie (scolarité, santé, logement, insertion professionnelle, démarches, participation sociale).

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Immersions, accueils temporaires ou séquentiels dans des structures adultes, visites, activités partagées, équipes mobiles et dispositifs passerelles ; unités de préparation à la vie d'adulte.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental

FICHE DE CADRAGE N° 2.4

Sécuriser les parcours des enfants en situation de double vulnérabilité

Axe 2 : Coordonner les parcours et prévenir les ruptures d'accompagnement pour les personnes et leurs aidants

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Les enfants relevant à la fois du handicap et de la protection de l'enfance présentent des besoins hétérogènes, pouvant associer difficultés sociales, traumatismes, troubles psychiatriques, comportements-défis ou problématiques sanitaires et judiciaires. Leur accompagnement nécessite une articulation étroite entre l'ASE, le médico-social, le sanitaire et l'Éducation nationale. Cette multiplicité rend parfois difficile l'identification de l'acteur devant porter la situation et peut mettre en difficulté les équipes lorsque les moyens ou compétences disponibles sont insuffisants.

Les données disponibles confirment l'importance de cet enjeu, tout en reposant sur des périmètres différents :

- selon le Contrat départemental de prévention et de protection de l'enfance adopté en 2025, 225 des 338 enfants confiés à des assistants familiaux disposent d'une notification MDPH, sans possibilité d'extrapolation à l'ensemble des enfants suivis par l'ASE ;
- selon le questionnaire adressé aux ESMS, 13 % des enfants accompagnés dans chaque ESMS enfants sont, en moyenne, également suivis par l'ASE ;
- les demandes d'accompagnement ou d'admission sont très inégalement réparties : 60 % des ESMS enfants traitent moins de trois situations par an, 29 % une dizaine et 7 % plus de cinquante.

La coordination entre protection de l'enfance et médico-social reste fragile dans certaines situations, avec des délais de conventionnement ou de délégation, de multiples relances et un risque que certains acteurs soient sollicités au-delà de leur périmètre. D'autres freins concernent le manque de familles d'accueil formées au handicap, les ruptures de placement, l'insuffisance de l'accueil temporaire ou du répit, ainsi que la difficulté à proposer une réponse adaptée aux profils situés à l'interface du social et du médico-social. La saturation de l'offre peut entraîner des orientations tardives ou inadéquates. Le passage à la majorité constitue également un point de rupture potentiel.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Renforcer la coordination entre les acteurs intervenant auprès de l'enfant :** mieux articuler protection de l'enfance, médico-social, sanitaire et autres partenaires, en clarifiant les responsabilités et les modalités de coopération ; développer des outils et documents de parcours partagés.

> **Piste n°2 – Renforcer les compétences autour des situations de double vulnérabilité :** former les équipes aux troubles psychiatriques, aux comportements-défis et aux profils complexes ; poursuivre la sensibilisation et la formation des familles d'accueil au handicap.

Piste n°3 – Diversifier les solutions d'accueil, d'hébergement et de répit : développer des familles d'accueil thérapeutiques spécifiquement formées, des séjours de rupture individualisés et de courte durée, des solutions de répit pendant les périodes de fermeture et des formes d'hébergement progressif ou accompagné.

Piste n°4 – Améliorer le repérage, l'orientation et l'admission : faciliter les premiers contacts et les admissions partagés et développer des réponses intermédiaires articulant les dimensions sociale et médico-sociale.

Piste n°5 – Renforcer le soutien aux familles : développer l'aide administrative, les interventions à domicile et le soutien à la parentalité, et intervenir plus précocement auprès des familles fragilisées.

Piste n°6 – Développer et encadrer la fonction ressource des ESMS auprès des acteurs de la protection de l'enfance : renforcer leur fonction d'appui tout en clarifiant précisément son périmètre et ses limites.

Piste n°7 – Anticiper et sécuriser le passage à l'âge adulte : préparer les transitions plusieurs années en amont, coordonner les différents champs avant la majorité et développer des solutions intermédiaires vers l'offre adulte.

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 2.3 « Assurer un accueil adapté des enfants protégés au titre de l'ASE vivant avec un handicap » : renforcer la coordination entre ASE, médico-social et sanitaire, élaborer un protocole interinstitutionnel de coopération et développer des réponses souples et mixtes, dont l'expérimentation avec l'ARS d'une structure de 12 places permettant un accueil permanent, séquentiel ou de rupture.

PTSM 2025-2030, FA 3 : renforcer et structurer la coordination entre la protection de l'enfance et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-2 : définir, avec la MDPH, les ESMS et le Département, un dispositif d'accès renforcé à l'accompagnement médico-social des enfants vivant avec un handicap et relevant de l'ASE.

Plan « 50 000 solutions » (ARS / Département) : la programmation régionale intègre explicitement le développement de solutions pour les enfants en situation de double vulnérabilité relevant de l'ASE.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

SESSAD dédiés aux enfants relevant de l'ASE (ARS / Département) : depuis 2021, 31 places réparties dans les quatre micro-régions (7 dans le Nord, 5 dans l'Est, 8 dans l'Ouest et 11 dans le Sud), pour une cible de 60 enfants accompagnés en file active ; dispositif en cours de consolidation (procédures d'orientation et d'admission, coopérations, extension aux plus jeunes enfants).

Places d'accueil temporaire dédiées ASE : six places implantées dans l'Est, en expérimentation depuis 2023, dont trois pérennisées en 2025.

ELIAS (EPSMR) : équipe à vocation régionale intervenant en appui de l'ASE, de la PJJ et de l'Éducation nationale, notamment pour prévenir les ruptures de placement et le décrochage scolaire.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Référents ou coordonnateurs de parcours assurant le lien avec l'ASE ; actions de soutien, de sensibilisation et de formation des familles d'accueil ; co-portages entre ESMS, places temporaires et solutions séquentielles dans certaines situations.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental / Établissements publics de santé

FICHE DE CADRAGE N° 2.5

Prévenir les conséquences de l'épuisement et du vieillissement des aidants et anticiper l'après-aidant

Axe 2 : Coordonner les parcours et prévenir les ruptures d'accompagnement pour les personnes et leurs aidants

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Le vieillissement des personnes accompagnées se conjugue fréquemment avec celui de leurs parents ou proches. Les aidants assurent une part importante de l'accompagnement, notamment à domicile, pour les déplacements, les soins et les démarches. Leur épuisement est particulièrement marqué en situation de forte dépendance, de maintien prolongé au domicile ou d'absence de solution. Les associations représentant les usagers, les collectivités et les partenaires des ESMS soulignent la difficulté des aidants vieillissants et l'absence d'anticipation de l'après-aidant.

L'hospitalisation, la perte d'autonomie ou le décès de l'aidant constituent des moments critiques. Les solutions sont encore parfois recherchées lorsque la rupture est proche ou déjà survenue. Certains projets personnalisés intègrent néanmoins progressivement l'après-parents, les relais et les anticipations juridiques ou financières.

Le repérage et l'anticipation de l'épuisement et du vieillissement des aidants restent insuffisants et l'après-aidant n'est pas préparé de manière systématique. La fatigue, l'isolement et la charge quotidienne peuvent conduire à l'abandon de démarches, voire à l'impossibilité de poursuivre l'accompagnement. L'absence de relais sécurisés et la recherche tardive d'une orientation, d'un logement ou d'une solution de repli augmentent le risque de décisions prises dans l'urgence et de ruptures de parcours.

Des actions en direction des aidants sont proposées par 90 % des ESMS enfants et 71 % des ESMS adultes. Cependant, seuls 26 % des ESMS menant ces actions font état de conventions de partenariat effectives.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Repérer précocement les situations de fragilité :** intégrer le vieillissement, l'épuisement et l'absence de relais dans les projets d'accompagnement.

> **Piste n°2 – Préparer l'après-aidant :** anticiper avec la personne et ses proches le logement ou l'hébergement, l'orientation, la protection juridique, les conséquences financières, les relais professionnels et les solutions de repli.

> **Piste n°3 – Sécuriser des transitions progressives :** développer les périodes d'essai, les solutions progressives et les relais temporaires afin d'éviter une orientation ou une entrée en hébergement décidée dans l'urgence.

Piste n°4 – Renforcer les relais professionnels : professionnaliser et stabiliser les interventions à domicile et permettre l'accès aux soins, aux démarches, aux loisirs et aux dispositifs de droit commun sans dépendre uniquement de la disponibilité familiale.

Piste n°5 – Structurer l'accompagnement des aidants isolés : développer l'« aller-vers », rendre les ressources plus lisibles, renforcer les espaces de dialogue, d'entraide et de soutien psychologique et mieux formaliser les partenariats.

Autres pistes identifiées : offre de répit, d'accueil temporaire et de relais (cf. fiche 1.5) ; adaptation des parcours au vieillissement des personnes (cf. fiche 2.6).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-5 « Soutenir les aidants » : communication sur les aides existantes, intégration du soutien aux aidants dans les missions des ESMS, dispositifs de répit, relayage, accueil temporaire, formation des aidants et actions de prévention en santé à leur intention.

SDOSMS PA-PH 2025-2030 : axe 3 consacré au soutien aux aidants (fiche 3.1) ; prise en compte du vieillissement des personnes vivant avec un handicap et information et soutien spécifique aux aidants (fiche PH 2.4).

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Plateforme de répit Nord-Est : soutien psychologique, orientation vers l'accueil temporaire, suppléance, guidance et groupes de parole pour les proches aidants.

GIP SAP : soutien aux aidants et appui à la structuration de l'aide à domicile.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Actions des ESMS à destination des aidants, principalement centrées sur l'accès aux droits et la protection juridique, la santé et le répit ; intégration progressive de l'après-parents dans certains projets personnalisés.

ACTEURS POTENTIELS :

Communes et CCAS, associations d'aidants, GIP SAP, MDPH, mandataires judiciaires.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental

FICHE DE CADRAGE N° 2.6

Adapter les parcours au vieillissement de la population vivant avec un handicap

Axe 2 : Coordonner les parcours et prévenir les ruptures d'accompagnement pour les personnes et leurs aidants

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Le vieillissement des personnes accompagnées est déjà engagé, avec des signes parfois observés dès 40 ans. Dans les ESMS adultes, en moyenne pour chacun d'entre eux, 33,8 % des personnes accompagnées ont 45 ans ou plus et 15 % ont 55 ans ou plus. La part moyenne des 55 ans ou plus est la plus élevée dans le Nord (20,6 %) et dans l'Ouest (17,1 %), tandis que le Sud associe une part élevée de 45 ans ou plus (36,5 %) et une part plus faible de 55 ans ou plus (11,6 %).

Cette évolution entraîne davantage de fatigabilité, de dépendance, de besoins de soins et d'adaptation des rythmes, des activités, des locaux et des compétences. Si 63 % des ESMS proposent des actions de prévention ou de dépistage des fragilités liées au vieillissement, seuls 30 % des ESMS adultes intègrent un plan de prévention personnalisé spécifique au vieillissement dans les projets personnalisés.

L'offre dédiée reste limitée : sur les 1 931 places recensées dans le champ des personnes âgées, seules 110 places d'EHPAD sont explicitement identifiées pour les personnes handicapées vieillissantes, dans l'Ouest et le Sud. L'offre générale pour personnes âgées ne peut donc pas être considérée comme intégralement accessible ou adaptée à ce public. Seuls 2 % des ESMS déclarent des conventions avec le secteur des personnes âgées.

Le vieillissement reste insuffisamment anticipé et les transitions sont encore souvent préparées dans l'urgence. Les cloisonnements entre les secteurs du handicap et des personnes âgées, la faiblesse des conventions, les critères d'âge, les démarches de réorientation et l'insuffisance de coordination exposent les personnes à des ruptures de droits, de soins, de lieu de vie ou de liens sociaux.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Anticiper le vieillissement et les transitions :** évaluer régulièrement l'évolution des besoins, intégrer explicitement le vieillissement dans les projets personnalisés, préparer les orientations en amont et développer des périodes d'essai et des transitions progressives.

> **Piste n°2 – Adapter la prévention, la médicalisation et les soins :** renforcer les ressources sanitaires, la prévention et les suivis spécialisés, mobiliser l'HAD et les SAMSAH, développer les équipements nécessaires et adapter les offres initialement non médicalisées lorsque la dépendance augmente.

Piste n°3 – Diversifier les réponses après 60 ans : développer les unités pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV), les places adaptées en EHPAD, les solutions intermédiaires et les passerelles entre ESMS et secteur des personnes âgées, tout en maintenant la personne dans son lieu de vie lorsque celui-ci peut être adapté.

Piste n°4 – Adapter les organisations et les moyens des ESMS : faire évoluer les espaces, les groupes, les rythmes et les activités ; renforcer les équipes et les compétences sanitaires ; réévaluer les ratios, les dotations et les organisations, notamment le week-end.

Piste n°5 – Sécuriser la coordination et les droits : identifier des coordonnateurs, renforcer les réévaluations MDPH, améliorer l'information, la circulation des données et les coopérations entre les secteurs du handicap, des personnes âgées et du sanitaire.

Autres pistes identifiées : anticipation de l'après-aidant (cf. fiche 2.5) ; prévention et suivi de santé (cf. fiche 3.3).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 2.4 « Diversifier l'offre d'accueil en faveur des PSH vieillissantes » : référentiel de repérage partagé du vieillissement, prévention des ruptures, expérimentation de deux unités pour personnes handicapées vieillissantes, dérogations d'âge pour l'accueil en ESMS pour personnes âgées et soutien spécifique aux aidants.

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-2 : évaluer les effets du vieillissement des personnes vivant avec un handicap sur leurs besoins d'accompagnement (enquête auprès des ESMS et étude avec la MDPH) et construire des dispositifs personnalisables garantissant la continuité des aides au quotidien.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Places d'EHPAD identifiées pour les personnes handicapées vieillissantes : 110 places, dont 60 à Saint-Paul (Ouest) et 50 à Saint-Louis (Sud).

Nouveaux projets d'EHPAD : intégration désormais prévue d'une unité pour personnes handicapées vieillissantes.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Actions de prévention et de dépistage des fragilités (autonomie, nutrition, douleur, santé psychologique) ; villas, unités davantage médicalisées et projets architecturaux ; quelques orientations vers des EHPAD, MAS ou résidences autonomie.

Acteurs potentiels : EHPAD, CHU, résidences autonomie, organismes gestionnaires.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental

3 Axe 3 : Garantir l'accès à la santé et la continuité des parcours de soins

FICHE DE CADRAGE N° 3.1

Améliorer l'accès à la psychiatrie, à la pédopsychiatrie et aux ressources de santé mentale, notamment en situation de crise

1. Contexte et constats issus du diagnostic

La psychiatrie, la pédopsychiatrie et la santé mentale constituent l'un des principaux points de tension relevés dans les quatre micro-régions, pour les enfants comme pour les adultes. 60 % des ESMS répondants signalent une difficulté d'accès à la psychiatrie pour leur public (au même niveau que les soins dentaires, spécialités les plus citées) et 48 % une difficulté d'accès aux psychologues.

Ces tensions s'inscrivent dans un contexte de sous-densité : La Réunion compte 6,4 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants contre 9,2 en France. Malgré le renforcement de l'offre hospitalière sur la période 2019-2024 (EPSMR, CHU, clinique Les Flamboyants), le PTSM 2025-2030 relève un taux d'équipement en lits inférieur à la moyenne nationale, une saturation des unités notamment dans le Sud, et l'engorgement de certains CMP qui reporte des patients vers les urgences.

Les difficultés rapportées portent sur le manque de psychiatres, de pédopsychiatres et de psychologues, les postes vacants, les délais et ruptures de suivi, les renvois entre sanitaire et médico-social, ainsi que sur les difficultés d'hospitalisation et de gestion des crises. Les professionnels interrogés expriment ces difficultés différemment selon les territoires : dans l'Est, une hospitalisation thérapeutique décrite comme quasi inaccessible pour les enfants dans un établissement, qui se substitue ponctuellement à l'hôpital ; dans le Nord, une rupture marquée à 18 ans ; dans l'Ouest, un suivi psychiatrique adulte parfois limité au renouvellement médicamenteux ; dans le Sud, la saturation des CMP, CMPEA et du CHU, l'absence d'interlocuteur de crise, des passages répétés aux urgences et des difficultés la nuit pour les adultes.

Les professionnels décrivent une complexification des profils : troubles du neurodéveloppement ou déficience intellectuelle associés à des troubles psychiatriques, comorbidités chez les personnes avec TSA, cumul du handicap et de la protection de l'enfance pour les enfants en situation de double vulnérabilité. Le suivi en CMPEA ou CMPP peut s'interrompre à l'entrée en ESMS.

Des coopérations existent (CMP et CMPEA, EPSMR, CRA, équipes mobiles, psychiatres conventionnés ou présents dans certains ESMS), mais elles restent dépendantes des personnes, peu réciproques et fragiles lors des changements d'équipe.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

Piste n°1 – Renforcer et stabiliser les ressources psychiatriques et psychologiques mobilisables par les ESMS : augmenter les temps de psychiatrie et de pédopsychiatrie, renforcer les temps de psychologue dans les structures adultes et la présence médicale dans certains ESMS enfants, organiser des ressources partagées lorsque le recrutement permanent n'est pas possible.

Piste n°2 – Structurer les relations entre la psychiatrie de secteur et les ESMS : identifier des interlocuteurs stables, formaliser des conventions pérennes (modalités de saisine, délais, partage d'information), organiser des concertations régulières entre sanitaire et médico-social.

Piste n°3 – Organiser une réponse partagée aux situations de crise : gestion précoce de la crise, interlocuteur de crise identifié, renforcement des capacités d'évaluation et d'hospitalisation (y compris pour ajustement thérapeutique), anticipation des hospitalisations et organisation du retour dans le lieu de vie.

Piste n°4 – Développer l'aller-vers : accompagnement psychiatrique de proximité dans les lieux de vie, équipes mobiles, y compris dans le secteur adulte.

Piste n°5 – Sécuriser la continuité du suivi en santé mentale lors des transitions : passage de la psychiatrie infanto-juvénile à la psychiatrie adulte à 18 ans, maintien des suivis CMPEA ou CMPP à l'entrée en ESMS.

Piste n°6 – Former les équipes : formation des équipes médico-sociales aux troubles psychiatriques et à la gestion de crise, et des équipes de psychiatrie et hospitalières aux spécificités du handicap ; formations croisées.

Autres pistes identifiées : accompagner les démarches de démédication et de réévaluation des traitements chez les adultes (cf. fiche 3.3).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), thématique « santé mentale » : OO 9-2 (réorganisation des CMP et CMPEA pour réduire les délais de première prise en charge, clarification des missions CAMSP, CMPEA, CMPP et PCO) ; OO 9-3 (accès aux soins psychiatriques non programmés ou urgents : SAS dédié à la psychiatrie, coordination territoriale des lits,

équipes de soins intensifs à domicile) ; OO 9-4 (consolider la coopération entre la psychiatrie et l'offre médico-sociale, notamment pour les prises en charge urgentes ou en situation de crise ; offre graduée pour les adolescents).

PTSM 2025-2030 : FA 1 équipes mobiles de pédopsychiatrie (pilote EPSMR) ; FA 3 coordination protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; FA 8 réponse graduée aux situations d'urgence et de crise (pilote ARS / CTSM 974) ; FA 17 liaison entre services de psychiatrie et établissements médico-sociaux (pilote CTSM 974 / FEHAP) ; FA 18 centre expert TND associés à des troubles psychiatriques (pilote CHU / collectif TND) ; FA 19 accueil et hébergement des personnes avec TND et troubles psychiatriques (pilote ARS) ; FA 34 SAS dédié à la santé mentale (pilote ARS / EPSMR).

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 2.3 (enfants protégés au titre de l'ASE vivant avec un handicap) : envisager avec l'ARS l'extension de l'équipe mobile de pédopsychiatrie ; élaborer un protocole interinstitutionnel de coopération avec les acteurs du médico-social et du sanitaire.

INSTANCES :

Contrat Territorial en Santé Mentale (CTSM) 974 : pilote ou copilote de plusieurs actions du PTSM, dont la liaison psychiatrie / médico-social.

Réponse accompagnée pour tous (PAG, GOS) – MDPH : le PTSM prévoit d'organiser la participation de la psychiatrie aux instances de concertation sur les situations complexes.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Unité de liaison médico-sociale de l'EPSMR et services ambulatoires du CHU et des Flamboyants : intervention de la psychiatrie auprès des ESMS, essentiellement sous forme d'avis d'expert (PTSM).

DETAK : accompagnement des personnes en souffrance psychique et de leurs proches, appuyé sur la pair-aidance, à Saint-Denis, Sainte-Marie et Sainte-Suzanne.

CRA, ERHR, Communauté 360, PCPE, DAC La Réunion, GEM : ressources mobilisables pour l'expertise, l'orientation, la coordination ou l'entraide.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Psychiatres conventionnés ou présents dans certains établissements ou services ; partenariats avec l'EPSMR et les CMP ; hospitalisations anticipées ; démarches de démédication suivies avec un médecin somaticien ; télédiagnostic du CRA.

ACTEURS POTENTIELS :

EPSMR, CHU, clinique Les Flamboyants, CTSM 974, CRA, MDPH, Conseil Départemental (ASE), DAC, Communauté 360, organismes gestionnaires, associations d'usagers et de familles.

> **Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Établissements publics de santé**

FICHE DE CADRAGE N° 3.2

Améliorer l'accès effectif aux soins et aux ressources de santé nécessaires aux personnes vivant avec un handicap

Axe 3 : Garantir l'accès à la santé et la continuité des parcours de soins

1. Contexte et constats issus du diagnostic

La Réunion est mieux dotée que la moyenne nationale en médecins généralistes (174 contre 146 pour 100 000 habitants), chirurgiens-dentistes (65 contre 54) et orthophonistes libéraux (52 contre 32). Cette offre est toutefois inégalement répartie : l'Ouest présente les densités les plus élevées, l'Est est nettement moins doté, suivi du Nord, et la concentration de l'offre sur le littoral conditionne l'accès aux soins à la mobilité dans les Hauts et les cirques.

Ces densités ne se traduisent pas par un accès effectif pour les personnes vivant avec un handicap. Les ESMS signalent des difficultés d'accès pour leur public en soins dentaires (60 %), gynécologie (51 %), ophtalmologie (42 %), médecine générale et ORL (27 % chacune), ainsi qu'auprès des orthophonistes (75 %) et des psychologues (48 %). Le baromètre Handifaction La Réunion (juillet 2025 – juin 2026, 1 730 réponses) indique que 17 % des répondants n'ont pas pu accéder aux soins dont ils avaient besoin et que 13 % déclarent un refus de soins.

Les difficultés tiennent à la disponibilité des professionnels (délais, offre libérale saturée, postes vacants, refus de certains praticiens), mais aussi à leur capacité à adapter le soin : professionnels peu formés au handicap, cabinets non accessibles, communication inadaptée, manque d'interprètes en LSF. Elles conduisent à des renoncements ou à des accès tardifs, au recours à l'anesthésie générale pour des soins dentaires ou des prises de sang, et à un faible recours au suivi gynécologique. Chez les enfants, les délais de bilans externes peuvent atteindre un à deux ans dans l'Est et la pénurie d'orthophonie est récurrente.

L'accès dépend également du transport, des restes à charge sur les équipements et de la capacité des familles à identifier les professionnels, souvent par le bouche-à-oreille. Il est relativement sécurisé lorsque l'ESMS dispose de ressources soignantes et de partenariats ; il devient fragile dès que la personne dépend du seul droit commun, avec un risque que la compensation par les ESMS devienne durable.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Rendre lisible et mobilisable l'offre de soins adaptés :** identifier des professionnels formés au handicap par spécialité et constituer un annuaire partagé accessible aux familles et aux professionnels.

> **Piste n°2 – Rapprocher les soins des lieux de vie :** développer les consultations et interventions sur site, les conventionnements avec les libéraux et spécialistes, la mutualisation de ressources médicales et paramédicales entre ESMS et des ressources sanitaires de proximité.

Piste n°3 – Adapter les soins aux différents handicaps : généraliser l'habituation aux soins, les consultations préparatoires ou « blanches » et les protocoles individualisés, les transmettre aux professionnels de droit commun, développer la CAA et l'accès à la LSF, rendre accessibles la téléconsultation et les outils numériques de santé.

Piste n°4 – Former et sensibiliser les professionnels de santé de droit commun : médecins, dentistes, paramédicaux, équipes hospitalières et services d'urgence ; formations croisées entre sanitaire et médico-social.

Piste n°5 – Améliorer l'accès aux rééducations et aux psychologues : soutenir l'installation de professionnels, développer les conventions avec les paramédicaux libéraux sans charge administrative pour les familles, organiser des ressources partagées.

Autres pistes identifiées : intégrer le transport dès la construction du parcours de soins (cf. fiche 4.3) ; faciliter le financement des matériels et aides techniques.

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-4 « Développer l'accès à la santé » : soutien au comité départemental de la Charte Romain Jacob, promotion d'Handifaction, formations croisées, référent handicap dans chaque établissement de santé, aller-vers pour l'habituation aux soins, médiation en santé pour les déficiences sensorielles, identification avec les CPTS de cabinets de ville à accessibilité renforcée, consultations spécialisées (Handisanté, Handiconsult, Handident, Handigynéco), protocoles d'accueil aux urgences, expérimentation Handibloc, transports mutualisés solidaires avec l'Assurance maladie. Indicateur associé : taux de refus de soins ressenti.

PTSM 2025-2030, FA 36 : élargir les dispositifs de consultations dédiées aux personnes souffrant de troubles psychiques sévères.

INSTANCES :

Comité départemental de la Charte Romain Jacob : partager l'évaluation des actions, communiquer aux autorités publiques compétentes.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

HANDI-ACCÈS : point d'entrée pour adapter et coordonner les parcours de soins, avec consultations adaptées et accompagnement renforcé des parcours complexes.

HANDIDENT La Réunion : unité de coordination des soins bucco-dentaires, prévention avec les structures médico-sociales, formation des chirurgiens-dentistes libéraux ; 46 signataires de la charte au lancement.

Handigynéco : consultations gynécologiques et ateliers collectifs depuis fin 2024 ; 7 EAM et 4 MAS concernés en 2025 (cf. fiche 4.8).

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : 6 CPTS couvrant l'ensemble du territoire depuis fin 2022.

Stratégie régionale d'habituation aux soins : protocoles issus des travaux du CHU Sud et du CRA, formation des professionnels des ESMS et diffusion de mallettes, extension prévue vers les établissements de santé et la ville.

Référents handicap : désormais présents dans la quasi-totalité des établissements publics de santé.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

81 % des ESMS ont conclu des conventions avec des acteurs de santé (une dizaine en moyenne). Consultations ou spécialistes sur site, dentistes adaptés ou conventionnés, salles et protocoles d'habituation, accompagnement physique aux rendez-vous. Une CPTS a engagé des réunions de concertation pluridisciplinaire réunissant CRA, PCO, MSP et libéraux, et un projet d'annuaire de professionnels formés aux TND.

ACTEURS POTENTIELS :

CPTS, URPS, CGSS, établissements de santé (CHU, CHOR, GHER), Planning familial, CRA, MDPH, organismes gestionnaires, associations d'usagers et d'aidants.

> **Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Établissements publics de santé**

FICHE DE CADRAGE N° 3.3

Généraliser une prévention, un dépistage et un suivi de santé adaptés aux besoins des personnes vivant avec un handicap

Axe 3 : Garantir l'accès à la santé et la continuité des parcours de soins

1. Contexte et constats issus du diagnostic

La Réunion présente une mortalité générale (1 109 décès pour 100 000 habitants, taux standardisé, contre 930 en France hexagonale) et une prévalence des affections de longue durée (28 418 contre 24 713 pour 100 000 habitants) supérieures aux niveaux nationaux, avec les taux les plus élevés dans l'Est. Le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers et les affections psychiatriques y contribuent. Le SRS souligne que les personnes vivant avec un handicap consultent plus tardivement et sont plus difficilement touchées par les campagnes de prévention.

Dans les ESMS, 92 % réalisent des actions de prévention (nutrition, obésité et diabète, hygiène, santé bucco-dentaire, sport-santé, vie affective et sexuelle, addictions, maladies chroniques). Le suivi reste cependant inégal entre secteurs : 74 % des ESMS enfants ont mis en place un bilan de santé annuel contre 42 % des ESMS adultes, et 64 % des ESMS enfants proposent des actions d'habituation aux soins en amont des consultations contre 31 % des ESMS adultes.

Les entretiens décrivent une prévention variable, parfois secondaire par rapport aux soins curatifs et, dans certaines situations, laissée à l'initiative des familles. Les bilans et réévaluations ne sont pas systématiques : prévention gynécologique, dentaire ou neurologique insuffisante, consultations tardives, traitements renouvelés sans réévaluation, personnes sans médecin traitant, vieillissement insuffisamment repéré. Chez les enfants, l'habituation reste souvent organisée en réponse à un soin déjà programmé plutôt que dans une démarche préventive globale.

Le médecin traitant apparaît comme un point d'appui déterminant : selon Handifaction, 84 % des répondants qui en disposent ont pu accéder aux soins, contre 54 % de ceux qui n'en ont pas.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Systématiser les bilans de santé et la réévaluation des traitements :** bilan médical régulier, en particulier dans le secteur adulte, suivi proactif, réévaluation périodique des traitements et information des familles ou des tuteurs.

> **Piste n°2 – Structurer des programmes de prévention coordonnés et adaptés :** accès aux dépistages et aux suivis gynécologique, bucco-dentaire et neurologique, éducation à la santé, prévention des addictions et des conduites à risque, avec des supports adaptés aux capacités de compréhension.

Piste n°3 – Inscrire l'habituation aux soins dans une démarche préventive : intégrer l'éducation à la santé et au soin dans les projets personnalisés, au-delà de la préparation d'un acte programmé.

Piste n°4 – Garantir l'accès à un médecin traitant : préparer le lien avec le médecin traitant et le droit commun avant les sorties d'ESMS et pour les personnes accompagnées en milieu ordinaire.

Piste n°5 – Repérer et anticiper les effets du vieillissement sur la santé : formation au repérage, programmes de prévention adaptés (cf. fiche 2.6).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-4 : intégrer la prévention et la promotion de la santé, l'accès à la vaccination et aux dépistages dans les accompagnements médico-sociaux via les CPOM ; encourager le recrutement d'infirmiers en pratique avancée en ESMS ; structurer une offre d'activités physiques adaptées. Indicateur de la thématique 11 : taux d'ESMS adultes mettant en œuvre annuellement des actions d'accès au dépistage des cancers (col de l'utérus, sein, colorectal).

SRS, OO 2-5 « Mobiliser les acteurs du soin au bénéfice de la prévention » : consultations de prévention aux âges clés de la vie, éducation thérapeutique du patient, programme M'T dents.

PTSM 2025-2030, FA 36 : traçabilité des bilans somatiques annuels via le DMP pour les personnes souffrant de troubles psychiques sévères.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

HANDIDENT : renforcement de la prévention bucco-dentaire en lien avec les structures médico-sociales.

Handigynéco : ateliers collectifs d'information et de sensibilisation et consultations gynécologiques en EAM et MAS.

Stratégie régionale d'habituation aux soins : formation des professionnels des ESMS et diffusion de mallettes d'habituation.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Bilans infirmiers et points santé internes, suivis médicaux réguliers dans certaines structures, actions diététiques et de prévention du diabète et de l'obésité, médecine du travail dans certains dispositifs.

ACTEURS POTENTIELS :

CGSS, médecins traitants, CPTS, MSP, URPS, acteurs de la prévention en santé, Planning familial, organismes gestionnaires.

> **Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Établissements publics de santé**

FICHE DE CADRAGE N° 3.4

Garantir la continuité effective du parcours de soins entre les différents acteurs

Axe 3 : Garantir l'accès à la santé et la continuité des parcours de soins

1. Contexte et constats issus du diagnostic

La coordination du parcours de soins est très hétérogène. Selon les structures, elle est assurée par des infirmiers, IDEC, médecins, cadres, éducateurs ou par les familles. Les structures non médicalisées sont logiquement beaucoup moins équipées. Le manque de relais de coordination est signalé après la sortie d'un service médico-social.

La circulation de l'information médicale est fragile : bilans hospitaliers et comptes rendus non transmis, dossiers incomplets à l'admission, changements de traitement mal relayés, DMP inégalement déployé. Les partenariats avec les établissements de santé existent partout mais restent peu formalisés et dépendants des personnes ; des difficultés de co-prise en charge et des cloisonnements sont relevés. Lors des hospitalisations, les personnels sont jugés insuffisamment préparés au handicap, en particulier pour les personnes non verbales ou polyhandicapées.

Les transitions constituent des moments de rupture : arrêt de suivis à l'entrée en ESMS, arrêt des rééducations, absence de médecin traitant ou interruption des traitements au passage à l'âge adulte, sorties d'hospitalisation. L'enquête « Bed Blockers » conduite par l'ARS en 2025 a identifié 295 patients médicalement sortants maintenus à l'hôpital faute de solution d'aval, dont 12,8 % relevaient d'un ESMS pour personnes vivant avec un handicap. En 2025, l'Observatoire des ruptures de parcours du DAC a recueilli 53 nouvelles situations de rupture, dont 41 concernant des personnes vivant avec un handicap.

La continuité repose encore largement sur les aidants : près d'une personne sur deux indique avoir besoin d'être accompagnée pour accéder aux soins, et cet accompagnement est assuré par un membre de la famille dans 59 % des situations (Handifaction). Dans le secteur adulte médicalisé, des difficultés de permanence des soins sont également signalées : couverture infirmière insuffisante la nuit et le week-end, pénuries de médicaments, remplaçants connaissant mal les personnes.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Identifier une fonction de coordination du parcours de soins :** IDEC, référents santé ou coordonnateurs dans les ESMS, fonctions de coordination accessibles hors ESMS et après la sortie d'un service, articulation avec le médecin traitant.

> **Piste n°2 – Systématiser la transmission des informations de santé :** à l'admission, lors des hospitalisations, des sorties et des transitions ; usage du DMP et d'outils partagés sécurisés ; transmission aux soignants des modalités de communication et d'expression de la douleur propres à chaque personne.

Piste n°3 – Formaliser les coopérations entre ESMS et établissements de santé : conventions et protocoles (hospitalisations programmées, urgences, sorties, HAD), intégration des soignants aux synthèses et des ESMS aux synthèses sanitaires, clarification des responsabilités respectives.

Piste n°4 – Sécuriser les transitions du parcours de soins : anticiper les relais, organiser un tuilage entre secteurs enfant et adulte, maintenir les soins extérieurs nécessaires après la sortie, pérenniser les partenariats avec l'HAD et les équipes mobiles de soins palliatifs, renforcer la formation à la fin de vie.

Piste n°5 – Sécuriser les traitements et la permanence des soins : approvisionnement médicamenteux, continuité infirmière la nuit et le week-end, transmission des protocoles.

Piste n°6 – Réduire la charge de coordination reposant sur les aidants : organiser la coordination par les dispositifs selon les besoins et prévoir des relais lorsque l'aidant ne peut plus assurer cette fonction.

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), thématique « parcours coordonnés et accessibles » : OO 4-3 (conforter les missions du DAC, notamment l'analyse des ruptures de parcours) ; OO 14-5 (outiller la coordination : répertoire des ressources du territoire, messageries sécurisées, interopérabilité, avec l'appui du GCS TESIS) ; OO 11-4 (référent handicap en établissement de santé, accompagnement de la fin de vie en lien avec les établissements sanitaires et l'HAD).

PTSM 2025-2030 : FA 17 (mieux accompagner la sortie des patients hospitalisés vers les structures médico-sociales) et FA 38 (sécuriser les transmissions entre psychiatrie de secteur et professionnels de ville, usage du DMP).

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 2.3 : protocole départemental sur la santé des enfants confiés et formalisation d'une coordination du parcours de soins pour les enfants vivant avec un handicap.

Réforme des services autonomie à domicile : intervention conjointe possible d'un SAD et d'un établissement d'HAD, avec une organisation coordonnée entre les deux services.

INSTANCES :

Instances territoriales de concertation en santé (réunies en 2024 dans les quatre micro-régions)

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

DAC La Réunion et son Observatoire des ruptures de parcours : appui aux professionnels confrontés à des situations complexes, quel que soit l'âge.

HANDI-ACCÈS : accompagnement renforcé des parcours complexes, facilitation de l'accès aux plateaux techniques et de la préparation des soins.

Référents handicap des établissements publics de santé ; HAD ; Communauté 360.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Hospitalisations anticipées et accompagnement physique ; fiches de présentation, outils de CAA et d'évaluation de la douleur transmis à l'hôpital ; IDEC ou infirmiers coordonnateurs dans certains services ; DMP engagé dans plusieurs services ; COPIL et conventionnement en cours avec le GHER dans l'Est ; maintien de résidents dans leur lieu de vie jusqu'à la fin de vie avec l'HAD.

ACTEURS POTENTIELS :

Établissements de santé (CHU, CHOR, GHER, EPSMR), CLS, HAD, médecins traitants, CPTS, MSP, DAC, CGSS, GCS TESIS, Conseil Départemental, organismes gestionnaires.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Établissements publics de santé

4 Axe 4 : Garantir le pouvoir d'agir et la pleine participation à la société

FICHE DE CADRAGE N° 4.1

Améliorer l'accès à l'information, aux droits, aux démarches et aux dispositifs de compensation

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Au 31 décembre 2025, 76 238 personnes résidant à La Réunion disposent d'au moins un droit valide ouvert par la MDPH, soit 8,6 % de la population (9,4 % au niveau national fin 2024). Ce nombre a progressé de 21,8 % entre 2021 et 2024, contre 8,5 % au niveau national. L'augmentation entre 2024 et 2025 s'est poursuivie à hauteur de 5,6 %. Dans ce contexte, l'accès effectif aux droits suppose que les personnes et les familles puissent connaître, comprendre et mobiliser les aides et dispositifs auxquels elles peuvent prétendre.

Le diagnostic met en évidence, pour tous les âges et toutes les typologies de handicap, un manque d'information ainsi que des difficultés de compréhension et d'accessibilité des droits et des démarches. La connaissance des droits reste inégale et l'information dispersée : multiplicité des dispositifs, des sigles et des interlocuteurs, découverte tardive de certains droits, illettrisme, fracture numérique et exposition particulière des familles isolées. L'accès aux droits repose largement sur l'accompagnement administratif des professionnels, dont la disponibilité varie selon les structures. Certaines personnes et familles restent ainsi seules face à des démarches rendues difficiles, notamment par la dématérialisation et l'inaccessibilité de certains supports.

La PCH, l'AAH, l'AEEH, les prestations de la CAF et les autres ressources constituent des leviers importants pour sécuriser les parcours. Les acteurs rapportent toutefois des dossiers complexes, des délais longs, une évaluation des besoins parfois jugée insuffisante, des règles mal comprises et des restes à charge susceptibles de limiter le recours aux dispositifs ou d'entraîner un renoncement. Ces difficultés concernent notamment le répit, la mobilité, l'emploi, les aides techniques et l'adaptation du domicile. Des besoins d'information sont également relevés sur les mesures de protection juridique, lors du passage à l'âge adulte et du vieillissement des aidants.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Centraliser et rendre accessible l'information sur les droits :** organiser une information claire dès la reconnaissance du handicap et rendre plus lisibles les droits, les aides, les dispositifs, les démarches et les portes d'entrée ; développer le FALC, la CAA et les supports visuels et intégrer l'accessibilité dès la conception ; maintenir des modalités non numériques et proposer un accompagnement à l'utilisation des outils numériques.

Piste n°2 – Renforcer l'accompagnement administratif : renforcer les fonctions sociales et administratives, mieux articuler les ESMS avec les services sociaux de droit commun, soutenir l'autonomie administrative des personnes et démarrer l'accompagnement avant l'admission.

Piste n°3 – Développer l'aller-vers et les relais de proximité : mobiliser les visites à domicile, les informations collectives et les associations pour rejoindre les personnes peu connectées ou isolées des circuits d'information.

Piste n°4 – Mieux informer et accompagner sur les dispositifs de compensation : clarifier les possibilités offertes par la PCH et les autres prestations, les règles de cumul et les conséquences financières des changements de situation ; renforcer l'aide au montage des dossiers et fluidifier les relations entre ESMS, MDPH, CAF et autres organismes.

Piste n°5 – Documenter les obstacles et suivre l'accès aux démarches : identifier les démarches qui posent le plus de difficultés et préciser ce qui relève de la MDPH, de la CAF, de la CGSS, du Conseil Départemental ou d'autres administrations.

Autres pistes identifiées : information sur les conséquences des changements de modalité d'accompagnement (cf. fiche 1.3) ; sécurisation des droits lors des transitions (cf. fiche 2.3).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026) : OO 1-1 « Organiser une communication régulière à destination des usagers sur leurs droits » ; OO 11-3 : promouvoir la communication « facile à lire et à comprendre », étendre les dispositifs de conseil sur les aides techniques et intégrer l'accessibilité et le handicap dans les contrats locaux de santé.

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche 4.1 (axe 4 PA-PH) : s'assurer de l'accessibilité et de l'adaptation de la communication auprès des personnes âgées et des personnes vivant avec un handicap ainsi que de leurs aidants.

Contrats locaux de santé : 22 CLS sont signés à La Réunion, dont 16 intègrent explicitement la thématique du handicap.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Communauté 360 : point d'entrée territorial pour informer, orienter et coordonner les acteurs, notamment face aux situations complexes ou aux risques de rupture de parcours, sur l'ensemble de La Réunion.

COMETA : actualise et qualifie les listes d'attente EAM/MAS et recueille les choix d'orientation des personnes concernées, en lien avec la MDPH.

EQLAAT : accompagne l'évaluation des besoins, le choix, l'essai et l'appropriation des aides techniques adaptées au projet de vie.

PRH 974 : évalue les besoins des familles, les oriente vers les partenaires adaptés et les accompagne dans leurs démarches d'inscription et d'accueil des enfants de 0 à 12 ans ; anime un réseau départemental avec notamment la CAF, le Conseil Départemental et la MDPH.

Case Oxygène : accompagne notamment les démarches administratives des personnes de 15 à 30 ans sans solution, en accueil séquentiel ou relevant de l'amendement Creton, dans une logique de proximité et d'autonomie.

PALI : dispositif destiné aux personnes relevant de l'amendement Creton, soutient leur famille dans les situations de transition vers le monde adulte.

Pôles d'appui à la scolarité (PAS) : soutiennent les responsables légaux dans leurs démarches.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Utilisation du FALC, de la CAA, de supports visuels et d'appuis individuels aux démarches numériques dans certains services ; accompagnement administratif par les assistants sociaux, éducateurs, référents, coordonnateurs, mandataires, associations et CVS ; ateliers collectifs, cafés des parents et visites à domicile. Dans certains parcours, les doubles notifications ou le fonctionnement en dispositif intégré apportent davantage de souplesse.

Acteurs potentiels : MDPH, CAF, CGSS, C360, DAC, associations représentant d'usagers et d'aidants, organismes gestionnaires

> **Compétences institutionnelles pré-identifiées : MDPH / Conseil Départemental / ARS**

FICHE DE CADRAGE N° 4.2

Renforcer l'autodétermination et la participation effective des personnes aux décisions qui les concernent

Axe 4 : Garantir le pouvoir d'agir et la pleine participation à la société

1. Contexte et constats issus du diagnostic

La participation au projet personnalisé d'accompagnement existe, mais elle varie d'un simple recueil des souhaits ou d'une signature à une co-construction réelle : la personne peut être absente des réunions, ne pas comprendre suffisamment son projet, voir son avis devenir secondaire ou constater un décalage entre les objectifs inscrits et leur mise en œuvre. Le droit de dire non, le consentement, l'essai, l'erreur et la prise de risque sont pris en compte de manière inégale ; la surprotection et les impératifs de sécurité peuvent limiter les choix. En moyenne, 28 % des professionnels sont formés à l'autodétermination.

L'accessibilité de l'expression constitue une condition déterminante :

- 26 % des ESMS inscrivent de manière systématique une évaluation ou un objectif de communication alternative et améliorée (CAA) dans le projet personnalisé ;
- en moyenne, 23 % des professionnels de chaque ESMS sont formés à la CAA.

Les outils facilitant la communication existent mais restent hétérogènes, parfois non utilisés et peu transmis entre intervenants. Les personnes non verbales ou polyhandicapées sont moins associées. Les représentants légaux sont des ressources importantes, mais leurs attentes peuvent prendre le pas sur les choix de la personne. Les CVS, groupes d'expression et réunions de résidents sont présents, mais leur portée reste parfois symbolique ou consultative, sans suivi visible des demandes, avec une représentation surtout parentale et une participation moindre des personnes ayant les besoins de communication les plus importants.

Des évolutions sont engagées avec le passage progressif du « faire pour » au « faire avec » : formations, groupes de travail, réflexions éthiques, analyses de pratiques et outils d'aide à la décision. La pair-aidance est investie par 57 % des ESMS, principalement entre personnes accompagnées, mais reste inégalement développée.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

Piste n°1 – Rendre effectifs la co-construction du projet personnalisé, le choix et le droit à l'essai : renforcer la participation directe de la personne à la définition et à la présentation de son projet, réaliser le bilan annuel des objectifs, adopter une posture moins prescriptive et permettre des expérimentations fondées sur l'apprentissage par l'expérience, la responsabilité partagée et l'évaluation de la balance bénéfices-risques.

Piste n°2 – Garantir l'accessibilité et la continuité de l'expression : évaluer les besoins de communication de chaque personne ; généraliser et pérenniser la CAA, le FALC et les supports adaptés à ses capacités ; harmoniser les pratiques, former les professionnels, les familles et les partenaires et assurer la transmission des outils de communication tout au long du parcours.

Piste n°3 – Préserver l'expression et les choix propres de la personne dans la relation avec les proches et les représentants légaux : renforcer les échanges, la médiation et la sensibilisation afin de distinguer la parole de la personne de celle de son entourage, et informer sur ses capacités.

Piste n°4 – Promouvoir la participation collective et structurer la pair-aidance : renforcer le recueil direct de la parole dans les CVS et les espaces d'expression, former et soutenir les représentants, améliorer la représentation des personnes non verbales, pérenniser la pair-aidance et le recours au savoir expérientiel.

Piste n°5 – Créer les conditions organisationnelles d'un choix réellement possible : diversifier les modalités d'accompagnement et les activités, développer les interventions hors les murs, interroger les routines, l'organisation collective et les contraintes qui restreignent les choix ; déployer des formations harmonisées et communes à toutes les parties prenantes sur l'autodétermination, le pouvoir d'agir et l'accompagnement au changement ; mettre à disposition des outils partagés.

Autres pistes identifiées : choix des modalités d'accompagnement (cf. fiche 1.3) ; consentement et vie intime (cf. fiche 4.8).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026) : thématique 1 consacrée aux droits des usagers et à la démocratie en santé (OO 1-2 « Soutenir la représentation des usagers », OO 1-4 « Faire émerger la fonction de patient expert ») ; OO 11-3 : soutenir les dispositifs d'autorégulation pour développer la capacité d'agir, promouvoir le FALC et ouvrir de nouveaux GEM.

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 4.2 : autodétermination, concertation et pair-aidance ; favoriser l'expression et le libre choix des personnes.

PTSM 2025-2030 : FA 24 « Maintenir le développement de la pair-aidance » et FA 35 « Développer la communication alternative et améliorée (CAA) ».

Décret du 5 juillet 2024 relatif au fonctionnement en dispositif intégré (article L. 312-7-1 et annexe 2-12 du CASF) : le dispositif prévoit l'information, la participation et le recueil de l'avis ou de l'accord de l'enfant ou du jeune et de sa famille comme principes du fonctionnement.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Case Oxygène : permet à la personne de travailler sur son projet de vie et de développer son autonomie, avec des temps d'échanges et d'entraide.

GEM : collectifs de personnes concernées se soutenant mutuellement, implantés sur les cinq intercommunalités.

DETAK : espace d'écoute s'appuyant sur la pair-aidance et accompagnement réactif au lieu choisi par la personne.

DAPV 974 : met à disposition des professionnels appelés Assistants au Projet et Parcours de Vie (APPV) pour aider les bénéficiaires à concrétiser leurs choix et aspirations.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Médiateurs pairs et participation de personnes accompagnées à des sensibilisations, formations ou instances ; pictogrammes, CAA et FALC ; réflexions éthiques, analyses de pratiques et outils d'aide à la décision.

Acteurs potentiels : GEM, associations représentant d'usagers et d'aidants, DAPV 974, organismes gestionnaires.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental

FICHE DE CADRAGE N° 4.3

Garantir une mobilité permettant l'accès effectif aux différentes dimensions de la vie

Axe 4 : Garantir le pouvoir d'agir et la pleine participation à la société

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Le contexte réunionnais est marqué par une forte dépendance à la voiture individuelle et des difficultés de déplacement dans les Hauts et les territoires enclavés (Mafate, Cilaos, Hauts de Saint-Joseph, Saint-Philippe, Sainte-Rose, Plaine-des-Palmistes), où mobilité et accessibilité freinent l'accès aux accompagnements.

De nombreuses autorités portent la question du transport : les établissements publics de coopération intercommunale, la Région pour la mobilité régionale, le Département pour le transport des élèves et étudiants vivant avec un handicap, ou encore la CGSS autour des soins.

Les transports sont identifiés comme une problématique transversale qui affecte l'accompagnement des personnes dans tous les domaines et l'organisation de l'activité des ESMS. Le diagnostic fait état d'une disponibilité, d'une amplitude horaire et d'une fiabilité insuffisantes des transports adaptés, de réservations contraintes, d'annulations ou de refus de certaines courses, ainsi que d'obstacles d'accessibilité des véhicules et des arrêts. L'adaptation aux différents handicaps et la formation des chauffeurs et accompagnateurs sont également questionnés.

Ces difficultés entraînent des activités annulées, des ruptures ou renoncements aux soins, des obstacles à la scolarité, aux stages ou à l'emploi, et peuvent rendre inutilisables des solutions de modularité, d'accueil temporaire ou d'accompagnement en milieu ordinaire : 14 % des ESMS estiment que les transports empêchent déjà, ou empêcheront, systématiquement la modularité des prestations et 27 % relèvent un impact négatif régulier sur la mise en place de prestations en milieu ordinaire. Une part importante des déplacements est reportée sur les familles, avec des effets sur l'emploi et la fatigue des aidants, accentués par leur vieillissement. Des difficultés de financement d'un véhicule adapté familial sont aussi relevées, notamment pour le polyhandicap.

Les ESMS développent des réponses : 81 % soutiennent l'inscription aux services de transport adapté et 38 % prévoient systématiquement une évaluation ou un objectif d'apprentissage des transports en commun dans le projet personnalisé.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Organiser et mutualiser les solutions de mobilité à l'échelle territoriale :** coordonner les autorités et les acteurs compétents, développer les réseaux, adapter les dessertes, les lignes ; associer les personnes vivant avec un handicap et leurs aidants aux groupes de travail ; adapter les circuits des ESMS et les horaires aux bassins de vie ; organiser le partage de véhicules entre ESMS et développer un outil territorial de réservation.

Piste n°2 – Renforcer la disponibilité, l'accessibilité et la sécurisation des transports : développer et renouveler les flottes adaptées, élargir les plages horaires (soirées, week-ends) et les territoires desservis (transitions entre intercommunalités), sécuriser les réservations ; améliorer l'accessibilité des véhicules, des arrêts, des trottoirs et des outils numériques d'information et de réservation, activer les annonces sonores ; former les chauffeurs et les accompagnateurs, recenser les transporteurs formés et formaliser des protocoles partagés avec les prestataires.

Piste n°3 – Développer l'autonomie dans les déplacements : intégrer au projet personnalisé l'évaluation des capacités de mobilité et, lorsque cela est pertinent, des apprentissages progressifs et répétés du bus, des trajets, du vélo ou du permis, en associant les familles.

Piste n°4 – Intégrer la mobilité dans la conception des parcours et des prestations : anticiper les besoins, les circuits, les horaires et les coûts de transport pour la modularité, l'accueil temporaire, le répit, les soins, la scolarité, la formation, l'emploi et la participation sociale ; faire découler l'organisation du transport du besoin de la personne.

Piste n°5 – Rapprocher les réponses des lieux de vie : développer des alternatives aux déplacements longs : consultations sur site, équipes mobiles, interventions hors les murs et activités de proximité.

Piste n°6 – Réduire la charge supportée par les personnes et les familles : développer des solutions collectives ou individualisées, améliorer l'information et l'accès à la PCH transport, aux Pass et aux aides à l'aménagement des véhicules ; adapter les horaires, les équipements et les solutions à la fatigabilité et au vieillissement des personnes et de leurs aidants ; faire évoluer le financement des trajets courts qui ne sont plus effectués par les taxis.

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 4.5 « Faciliter l'accès aux transports des personnes vivant avec un handicap » : optimisation des Pass Transports, plateforme de gestion des transports scolaires « Transcolaire » et simplification des démarches.
SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026) : OO 5-2 « Faciliter les déplacements vers les structures de soins » ; OO 11-4 : promouvoir, avec l'Assurance maladie, des dispositifs de transports mutualisés solidaires pour accéder aux structures de soins.

États généraux des mobilités de La Réunion (2023) : cadre territorial de connaissance et de concertation sur les mobilités, incluant l'accessibilité des transports aux personnes à mobilité réduite et vivant avec un handicap.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Transports directs ou circuits par secteur, apprentissage du bus, des trajets ou du permis, interventions à domicile ou hors les murs, consultations sur site, mutualisations ponctuelles.

ACTEURS POTENTIELS :

EPCI et autorités organisatrices de la mobilité, Région, Conseil Départemental, CGSS, services de transport adapté et prestataires, organismes gestionnaires.

> **Compétences institutionnelles pré-identifiées : Collectivités territoriales / CGSS / ARS / Conseil Départemental**

FICHE DE CADRAGE N° 4.4

Favoriser l'accès à une scolarisation inclusive, adaptée et suffisamment soutenue

Axe 4 : Garantir le pouvoir d'agir et la pleine participation à la société

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Le nombre d'élèves vivant avec un handicap augmente fortement avec + 7,4 % en moyenne par an sur les deux dernières années alors que les effectifs totaux diminuent. 9 315 enfants et jeunes disposent d'un droit à une aide humaine à la scolarisation. Près d'un tiers de ces droits sont attribués en attendant une place en ULIS ou en IME. Un plan de formation « école pour tous » se déploie actuellement.

Le lien entre ESMS et établissements scolaires se décline à travers différentes modalités et dispositifs qui apportent différents niveaux de réponse. Les accompagnements autour de la scolarisation en milieu ordinaire s'organisent : 38 PAS sont déployés, articulés avec des EMAS, qui interviennent auprès de tous les élèves présentant des besoins éducatifs particuliers. 244 ULIS et 69 UEE, dont 10 spécialisées, sont installées sur le territoire. Un premier DAR ouvrira en février 2027 dans un collège de Saint-André, et deux services médico-sociaux dans l'école sont confirmés, à Saint-Denis et à Saint-André.

Parmi les jeunes de moins de 16 ans accompagnés par un ESMS, 80 % sont scolarisés. En moyenne par ESMS :

- 17 % sont scolarisés en ULIS, avec environ 13 heures de classe par semaine et 6 h 30 d'inclusion en classe ordinaire ;
- 18 % sont scolarisés en unité d'enseignement externalisée, avec environ 13 heures de classe et 1 h 45 d'inclusion en classe ordinaire.

Le diagnostic souligne que la présence dans un dispositif ou dans un établissement ordinaire ne garantit pas à elle seule les apprentissages, les relations avec les pairs et l'inclusion sociale. Les parcours sont notamment fragilisés par la disponibilité et la stabilité des AESH, l'ajustement des orientations et des compensations, l'accessibilité physique, sensorielle et organisationnelle des établissements, les situations de stigmatisation ou de harcèlement et les changements de niveau ou de dispositif.

Les modalités d'ULIS, d'unité d'enseignement externalisée, de temps partagé, de scolarisation séquentielle ou d'intervention médico-sociale dans l'école permettent d'individualiser les réponses, à condition d'être choisies selon les besoins et évaluées avec le jeune et sa famille. Hors unités d'enseignement externalisées, 44 % des ESMS déclarent disposer de conventions avec des établissements scolaires pour leurs interventions.

La coopération entre l'Éducation nationale, les ESMS, la MDPH et les familles demeure déterminante. Lorsqu'elle repose sur des relations individuelles ou sur la seule mobilisation des familles, la continuité du parcours est moins sécurisée.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

Piste n°1 – Diversifier et individualiser les parcours scolaires et les orientations : développer les UEE, les ULIS, les temps partagés, les transitions entre dispositifs et les interventions médico-sociales à l'école ; moduler le temps de scolarisation, l'orientation et les compensations selon les besoins, les capacités et le projet du jeune.

Piste n°2 – Sécuriser l'accompagnement humain et renforcer les compétences de la communauté scolaire : renforcer les effectifs d'AESH, assurer la continuité de l'accompagnement lors des transitions et développer des formations régulières à leur intention ; former et outiller les équipes éducatives sur les différents handicaps et les adaptations pédagogiques ; sensibiliser les personnels et les élèves, prévenir la stigmatisation et le harcèlement.

Piste n°3 – Structurer la coopération entre l'Éducation nationale, la MDPH, le médico-social et les familles : mettre en place des conventions-cadres, clarifier les responsabilités, améliorer l'évaluation pour ajuster les orientations et les compensations, développer les équipes mobiles et médico-sociales ressources dans l'école et organiser la transmission des informations nécessaires au parcours.

Piste n°4 – Rendre l'inclusion effective dans des environnements scolaires accessibles et de proximité : améliorer l'accessibilité physique, sensorielle et organisationnelle des établissements, favoriser la participation aux activités scolaires et périscolaires ainsi que les relations avec les pairs, développer l'appui médico-social.

Piste n°5 – Anticiper les transitions et associer les jeunes et leurs familles aux décisions : préparer les passages entre l'école primaire, le collège, le lycée, les dispositifs et la fin de scolarité en sécurisant la place et l'accompagnement nécessaires ; associer davantage le jeune et sa famille aux réunions, évaluations, décisions et choix relatifs à son parcours.

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-2 : renforcer l'accompagnement médico-social à l'inclusion scolaire : intégration des IME et SESSAD dans les établissements scolaires selon un modèle d'équipe médico-sociale ressource, ouverture de nouvelles unités d'enseignement externalisées, renforcement des SESSAD en file active, capacités de repli médico-social temporaire en cas d'échec du projet d'inclusion scolaire.

Décret du 5 juillet 2024 relatif au fonctionnement en dispositif intégré (article L. 312-7-1 et annexe 2-12 du CASF) : articulation du dispositif avec la scolarisation ; les évolutions de modalité de scolarisation relevant du dispositif sont formalisées par une fiche de

liaison. Généralisation du fonctionnement en dispositif intégré pour les ESMS accompagnant des enfants, avec une échéance nationale au 31 décembre 2027.

Plan « 50 000 solutions » (ARS / Conseil Départemental) : intègre les objectifs de la stratégie nationale relatifs à l'appui à la scolarisation.

INSTANCES :

Comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI) : coordonne et améliore le parcours scolaire des élèves vivant avec un handicap à l'échelle du département ; instance devant laquelle sont portées les difficultés d'application de la convention-cadre des dispositifs intégrés.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Pôles d'appui à la scolarité (PAS) : 38 PAS à la rentrée 2026, portés conjointement par l'Éducation nationale et l'ARS, associant un enseignant et un éducateur spécialisé pour apporter des réponses aux élèves à besoins éducatifs particuliers, avec ou sans reconnaissance de handicap, et soutenir leurs responsables légaux.

Équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS) : interviennent en articulation avec les PAS, de la maternelle au lycée, pour apporter une expertise aux équipes, prévenir les ruptures de scolarisation et mener des actions de sensibilisation.

Unités d'enseignement externalisées : 59 UEE complétées par des unités spécialisées (5 UEMA, 4 UEEA, 1 UEEP).

Dispositif d'autorégulation (DAR) : un premier dispositif de 10 places notifié dans un collège de Saint-André, ouverture à la rentrée de février 2027.

Services médico-sociaux dans l'école : deux dispositifs confirmés, à Saint-Denis (expérimentation 2026-2027) et à Saint-André.

Compétences institutionnelles pré-identifiées : Éducation nationale / ARS

FICHE DE CADRAGE N° 4.5

Améliorer l'accès à l'emploi et sécuriser les parcours professionnels

Axe 4 : Garantir le pouvoir d'agir et la pleine participation à la société

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Près de 8 000 demandeurs d'emploi inscrits à France Travail bénéficient d'une reconnaissance administrative de handicap, soit 5,1 % des demandeurs d'emploi des catégories A, B et C. Parmi ceux ayant fait l'objet d'un diagnostic en 2024 :

- huit sur dix présentent au moins un frein périphérique à l'emploi, contre 43 % des autres demandeurs d'emploi ;
- 53 % déclarent ne pas pouvoir se déplacer à plus de 30 minutes ou 14 kilomètres de leur domicile pour occuper un emploi.

Le dispositif d'emploi accompagné et l'offre de travail accompagné en ESAT sont sous tension. La Réunion compte 11 ESAT représentant 986 places, soit un taux d'équipement de 2,2 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, contre 3,6 pour 1 000 au national en 2023. Le diagnostic recense 1 355 inscriptions déclarées sur les listes d'attente des ESAT. 314 personnes étaient en attente de l'emploi accompagné pour 280 personnes accompagnées en 2024.

Les stages et les immersions constituent la principale modalité de confrontation au monde du travail, mais les acteurs rapportent un écart important entre leur réalisation et l'accès à un emploi durable. Les ESMS déclarent 103 sorties vers un emploi ou une formation en 2025 ; en moyenne par ESAT, 11 % des travailleurs ont réalisé une mise à disposition l'année précédente et seulement 1 % sont en temps partiel partagé avec une entreprise du milieu ordinaire.

Les employeurs restent peu préparés et les réseaux partenariaux, souvent construits par les professionnels eux-mêmes, demeurent hétérogènes et souvent informels. Seuls 21 % des ESMS déclarent disposer de conventions avec des acteurs du droit commun dans le domaine de l'insertion professionnelle, et les fonctions d'insertion ne sont pas généralisées.

Enfin, les changements de statut fragilisent les parcours : crainte de perdre l'AAH, récupération des droits jugée difficile après un contrat court et retour en ESAT parfois difficile.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Renforcer les stages, les immersions et l'accès à un emploi durable :** développer des immersions plus longues inscrites dans une perspective d'emploi, renforcer la prospection, accompagner l'entreprise au-delà du stage et assurer un suivi au démarrage et après l'embauche.

Piste n°2 – Sécuriser les parcours entre ESAT, entreprise adaptée et milieu ordinaire : garantir les possibilités d'aller-retour et le droit au retour, faciliter la double activité, maintenir une diversité de solutions et individualiser les orientations selon les capacités, les besoins, les souhaits et le rythme de la personne.

Piste n°3 – Structurer les partenariats territoriaux et accompagner les employeurs : formaliser les coopérations, constituer un annuaire ou une plateforme d'entreprises volontaires et des outils de repérage, sécuriser la transmission des contacts lors des changements d'intervenants ; sensibiliser et former les employeurs et les conseillers, développer une fonction d'appui-ressource, soutenir l'adaptation des postes et des supports et mobiliser les expertises spécialisées.

Piste n°4 – Consolider les fonctions d'insertion et la continuité de l'accompagnement : prévoir des professionnels et des temps dédiés à la prospection, à l'accompagnement en entreprise, à la coordination et au suivi ; développer les équipes mobiles et les services de suite et organiser la continuité de l'accompagnement après l'entrée en emploi.

Piste n°5 – Sécuriser les droits, les ressources et les démarches lors des changements de statut : simplifier les procédures, renforcer l'accompagnement administratif et clarifier les conséquences financières du passage vers l'emploi ou de la fin d'un contrat court ; anticiper la RQTH, sécuriser la double activité, le maintien ou la récupération des droits et les possibilités de retour ; préparer la sortie d'ESAT et la retraite en adaptant le rythme et le contenu du travail, et prévoir un suivi après la sortie.

Autres pistes identifiées : mobilité vers l'emploi (cf. fiche 4.3).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-3 : fluidifier les parcours entre emploi protégé ou adapté et milieu ordinaire et renforcer les capacités du dispositif d'emploi accompagné.

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 4.3 « Mobiliser le secteur de l'emploi en faveur de l'insertion professionnelle des PSH » : accès et maintien dans l'emploi, diversification du milieu protégé, formation et insertion professionnelle.

PTSM 2025-2030, FA 11 : consolider et développer les dispositifs de maintien et d'accès à l'emploi.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Emploi accompagné : dispositif sur prescription des services publics de l'emploi, en plein essor (280 personnes accompagnées en 2024).

COMÈTE France : dispositif implanté en soins médicaux et de réadaptation pour prévenir la désinsertion professionnelle liée à la maladie ou au handicap.

Case Oxygène : accompagne notamment les projets d'insertion professionnelle des personnes de 15 à 30 ans sans solution, en accueil séquentiel ou relevant de l'amendement Creton.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Passerelles entre ESAT, entreprises adaptées et milieu ordinaire et situations de double activité ; chargés d'insertion, éducateurs techniques et coordonnateurs assurant la prospection, l'accompagnement en entreprise et le suivi ; sensibilisations, évaluations fonctionnelles, adaptations de postes et expertises spécialisées auprès des employeurs ; actions de pair-aidance portant sur l'emploi.

ACTEURS POTENTIELS :

France Travail, Cap Emploi et les missions locales, AGEFIPH, FIPHFP, organismes de formation, agences d'intérim, Région, organisations patronales et entreprises du territoire, organismes gestionnaires.

> **Compétences institutionnelles pré-identifiées : DEETS / AGEFIPH / ARS / Conseil Départemental**

FICHE DE CADRAGE N° 4.6

Diversifier les solutions d'habitat, d'hébergement et d'accompagnement à domicile

Axe 4 : Garantir le pouvoir d'agir et la pleine participation à la société

1. Contexte et constats issus du diagnostic

L'accès au logement ordinaire se heurte à la pénurie de petits logements accessibles, aux délais, aux coûts et à la mobilisation encore limitée des bailleurs.

La palette de solutions d'habitat apparait réduite, parfois trop homogène ou insuffisamment adaptée aux personnes très dépendantes. La liste publique des habitats inclusifs de 2024 recense 17 projets, dont 11 ouverts et 6 en cours ; l'offre existante représente 119 places, dont 46 places destinées aux personnes vivant avec un handicap.

En 2022, le Département recensait 696 accueillants familiaux représentant 1 600 places agréées ; 1 231 personnes étaient accueillies, dont 534 personnes vivant avec un handicap. Cette modalité constitue une alternative au domicile personnel et à l'hébergement collectif.

Les appartements-écoles, logements d'évaluation, studios de mise en situation et autres expérimentations résidentielles permettent de préparer les changements, mais restent peu nombreux, et la saturation rend le droit au retour difficile.

À domicile, les SAVS, SAMSAH, équipes mobiles et interventions hors les murs soutiennent les parcours, mais les relais restent variables et peuvent être interrompus les week-ends ou pendant les vacances, avec un report important de la charge sur les proches. Les services à domicile sont peu spécialisés pour les personnes vivant avec un handicap ; le déploiement des nouveaux SAD prévoit des places dédiées.

Seuls 6 % des ESMS déclarent avoir formalisé des conventions dans le champ de l'habitat. 55 % des ESMS assurent une mission d'accompagnement du choix d'habitat ; parmi eux :

- 89 % informent sur les différents modes d'habitat ;
- 81 % ont déjà accompagné une personne vers un habitat en dehors d'une transition entre ESMS ;
- 57 % inscrivent systématiquement le choix d'habitat dans le projet personnalisé.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Diversifier et territorialiser l'offre résidentielle en garantissant le choix du lieu de vie :** développer un continuum allant du domicile à l'établissement (studios, petites unités, appartements accompagnés, villas, habitat inclusif ou partagé, accueil familial, solutions multimodales) ; adapter les réponses aux capacités, aux besoins et aux souhaits de la personne et programmer les solutions au plus près des bassins de vie, de l'entourage, du travail, des soins et des services.

Piste n°2 – Préparer des parcours résidentiels progressifs et réversibles : anticiper le passage du secteur enfant vers l'offre adulte et, plus largement, les changements de lieu de vie ; développer les appartements-écoles, les visites et les périodes d'essai ; formaliser le droit au retour afin d'éviter les changements brutaux.

Piste n°3 – Sécuriser le maintien à domicile sans transférer la charge aux proches : renforcer et mieux articuler les SAVS, SAMSAH, SESSAD, services à domicile, de soins, équipes mobiles et interventions hors les murs ; développer les réponses combinant domicile, accueil de jour et répit, assurer la continuité des interventions et prévoir une aide humaine extérieure à la famille lorsque cela correspond au projet ; former les intervenants à domicile.

Piste n°4 – Garantir l'accessibilité, l'intimité et l'inclusion dans l'environnement de vie : rénover et adapter les hébergements vieillissants ; développer les studios, les petites unités et les espaces privatifs ; développer l'offre de petits logements, renforcer l'évaluation ergonomique, la domotique et l'accessibilité du parc, prendre en compte le handicap dès l'attribution du logement et mieux accompagner les adaptations du domicile.

Piste n°5 – Prévenir l'isolement et préserver les liens : intégrer la sécurité du quartier, l'accès aux services, la prévention de l'isolement et le maintien des liens familiaux et sociaux dans l'évaluation du projet résidentiel.

Piste n°6 – Structurer la coordination et sécuriser les conditions administratives et financières : rendre l'offre plus lisible, identifier des interlocuteurs ou référents logement et formaliser les relations entre ESMS, services à domicile et autres partenaires ; garantir un accompagnement continu des démarches, assouplir les notifications et les passerelles entre dispositifs, sécuriser le financement des expérimentations et des solutions hybrides et réduire les obstacles liés aux doubles financements et aux restes à charge.

Autres pistes identifiées : solutions résidentielles liées au vieillissement (cf. fiche 2.6).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026) : OO 11-3 : accroître les capacités d'accompagnement vers le logement autonome et la domotique ; OO 11-2 : encourager les dispositifs d'EAM/MAS hors les murs et améliorer l'offre d'accompagnement en milieu ouvert (SSIAD/SAD et SAMSAH).

SDOSMS PA-PH 2025-2030 : fiche PH 2.2 « Développer les offres intermédiaires : habitat inclusif / accueil familial » ; fiche PH 2.1 (programmation de places EANM pouvant inclure

une offre hors les murs et de places d'EAM pouvant inclure de l'accueil temporaire) ; fiche PH 1.1 « Mobiliser les partenaires du secteur social et médico-social en faveur d'une vie au domicile choisie ».

PTSM 2025-2030, FA 10 : consolider et développer les dispositifs de maintien et d'accès au logement.

Réforme des services autonomie à domicile : regroupement des anciens SAAD et SSIAD au sein des services autonomie à domicile, priorité transversale aux secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées en 2026.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

PALI : accompagne l'autonomie résidentielle et l'inclusion sociale, appuie les ESMS dans l'évaluation des projets d'inclusion dans la cité et peut assurer un accompagnement dans le logement ou en accueil familial dans l'attente de l'ouverture des droits nécessaires.

Services et soins à domicile : la création de 88 places de prestations de soins à domicile, dont 16 destinées aux personnes vivant avec un handicap ; l'HAD peut compléter ces ressources lorsque des soins hospitaliers doivent être réalisés sur le lieu de vie.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Appartements-écoles, logements d'évaluation, studios de mise en situation, colocations et appartements relais ; partenariats habitat principalement orientés vers la recherche de logements autonomes et l'habitat inclusif, avec les familles d'accueil, les bailleurs sociaux et d'autres ESMS.

Le retour d'expérience d'un CCAS montre que des projets peuvent s'appuyer sur le parc social existant, des espaces de vie sociale et partagée et une démarche d'« aller-vers ».

ACTEURS POTENTIELS :

Accueillants familiaux, bailleurs sociaux, CCAS, collectivités, acteurs de l'accompagnement à domicile, organismes gestionnaires

> **Compétences institutionnelles pré-identifiées : Conseil Départemental / Collectivités territoriales / ARMOS – OI / ARS**

FICHE DE CADRAGE N° 4.7

Développer l'accès à une vie sociale, culturelle, sportive et de loisirs choisie et diversifiée

Axe 4 : Garantir le pouvoir d'agir et la pleine participation à la société

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Le diagnostic identifie, pour tous les âges et toutes les typologies de handicap, un accès inégal à une vie sociale, culturelle, sportive et de loisirs diversifiée, ordinaire, adaptée et individualisée. Selon les données déclaratives, en moyenne, 7 % des personnes accompagnées par chaque ESMS adhèrent à une association de lien social, culturelle, sportive ou de loisirs.

Des activités sportives, culturelles, artistiques et des séjours existent, mais l'offre peut rester principalement interne et collective. Les activités sont peu renouvelées et parfois inadaptées à l'âge, aux capacités, aux centres d'intérêt et à l'évolution des personnes. Les contraintes organisationnelles et collectives peuvent primer sur les choix individuels, et certaines activités réalisées dans des équipements ordinaires ne produisent pas toujours de mixité avec les autres publics.

Les loisirs sont toutefois intégrés aux projets personnalisés et des projets sont co-construits avec des acteurs du droit commun ; des clubs, piscines, restaurants et structures culturelles ont engagé des démarches d'adaptation à la suite d'actions de sensibilisation.

63 % des ESMS ont conclu des conventions dans ce domaine, pour une moyenne de 3,6 conventions par ESMS. La PCH, les pass loisirs et des aides spécifiques sont mobilisés.

L'accès effectif dépend également de la préparation des structures de droit commun, de l'accessibilité des locaux, de la voirie, des équipements et des environnements, ainsi que de la disponibilité d'un accompagnement humain, notamment pour les personnes polyhandicapées ou très dépendantes. Les coûts d'adhésion, de licence, de transport ou d'accompagnement peuvent aussi limiter la participation. Enfin, la vie sociale est plus difficile à assurer le soir, le week-end, pendant les vacances ou lorsque l'accompagnement par l'ESMS prend fin.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Diversifier et individualiser les activités à partir des choix des personnes :** recueillir systématiquement les souhaits et centres d'intérêt et les intégrer au projet personnalisé ; développer des activités variées, de découverte, de proximité, en petits groupes ou individualisées ; adapter les propositions aux capacités, au rythme, à l'âge, à la fatigabilité et à l'évolution des personnes.

> **Piste n°2 – Rendre effectifs l'accès au droit commun, la mixité et l'accessibilité :** sensibiliser et former en amont les clubs, associations, structures sportives et culturelles et autres acteurs ordinaires ; développer des passerelles et un appui technique permettant d'adapter les locaux, les équipements, les matériels et les horaires aux différents handicaps ; accompagner les premières participations puis organiser un retrait progressif de l'accompagnement professionnel afin de favoriser l'autonomie et la participation avec les autres publics.

Piste n°3 – Sécuriser les moyens humains et financiers nécessaires à la participation : dégager du temps professionnel pour les activités hors les murs et mobiliser, si pertinent, des intervenants ou prestataires dédiés ; prévoir des budgets, des tarifs adaptés et une meilleure mobilisation de la PCH, des pass loisirs et des autres aides existantes ; organiser l'accompagnement individuel et le développement de l'autonomie sans faire reposer la participation exclusivement sur les familles.

Piste n°4 – Structurer les partenariats territoriaux et rendre l'offre lisible : formaliser les partenariats et identifier des interlocuteurs pour travailler avec les fédérations et réseaux ; développer la fonction ressource des ESMS auprès du droit commun ; cartographier les ressources, créer des annuaires territoriaux et mieux partager avec les personnes, les familles et les professionnels l'information sur les activités, les aides et les dispositifs mobilisables.

Piste n°5 – Garantir la continuité de la vie sociale hors des temps institutionnels : développer les possibilités d'activités le soir, le week-end et pendant les vacances, les séjours, l'accueil temporaire, les échanges inter-établissements et les relais vers le droit commun lorsque l'accompagnement de l'ESMS diminue ou cesse ; prévoir une guidance parentale.

Autres pistes identifiées : mobilité vers les activités (cf. fiche 4.3).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026), OO 11-3 : faciliter l'accès aux lieux de culture, de loisirs et aux activités sportives ; soutenir les projets favorisant l'inclusion dans le champ périscolaire ; ouvrir de nouveaux GEM.

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 4.4 « Santé, sport, culture, loisirs pour tous » : orientations en faveur de l'accès à la santé, au sport, à la culture et aux loisirs ; ces thèmes figurent également dans la fiche consacrée au handicap des contrats locaux de santé.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Loisir' Handicap 974 (La Réunion pour tous) : propose, dans l'Ouest et le Sud, un accompagnement individualisé aux enfants et adultes rencontrant des difficultés d'accès aux loisirs, afin de faciliter une participation adaptée, inclusive et durable.

Autisme & Sport 974 et DI & Sport 974 (AFL) : accompagnent, sur l'ensemble de La Réunion, l'accès au sport en club des personnes présentant respectivement un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience intellectuelle.

PRH 974 : soutient l'accueil et la participation des enfants de 0 à 12 ans dans les structures de droit commun de la petite enfance, de l'enfance et des loisirs.

GEM : collectifs d'adultes concernés favorisant les échanges, les activités, les rencontres, le lien social et l'entraide entre adhérents.

Case Oxygène : propose des activités individuelles et collectives ainsi que des temps d'échange et d'entraide pour des personnes de 15 à 30 ans sans solution, en accueil séquentiel ou relevant de l'amendement Creton, notamment autour de l'accès aux loisirs, à la culture et à la vie sociale.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Participation à des événements publics ; professionnels formés au sport adapté et animateurs intervenant dans certaines structures pour accompagner les premières séances, sensibilisations auprès des clubs de loisirs ou de sports

ACTEURS POTENTIELS :

Collectivités, acteurs culturels, sportifs, de loisirs et leurs représentants, organismes gestionnaires

Compétences institutionnelles pré-identifiées : DRAJES, DAAC, Conseil Départemental, ARS, Collectivités territoriales

FICHE DE CADRAGE N° 4.8

Garantir les conditions d'une vie intime, affective et sexuelle choisie, accompagnée et sécurisée

Axe 4 : Garantir le pouvoir d'agir et la pleine participation à la société

1. Contexte et constats issus du diagnostic

Le diagnostic met en évidence, dans les ESMS pour enfants et adultes, une structuration hétérogène de l'accompagnement à la vie intime, affective et sexuelle (VIAS) :

- en moyenne, 20 % des professionnels de chaque ESMS sont formés sur ce sujet ;
- 34 % des ESMS prévoient systématiquement une évaluation ou un objectif relatif à la VIAS dans les projets personnalisés.

Des programmes, chartes, ateliers, référents et instances dédiées existent, mais les actions peuvent rester ponctuelles et dépendantes de quelques professionnels. Le sujet demeure tabou au sein de certaines équipes, en particulier pour les personnes très dépendantes, et des réponses médicamenteuses inadaptées sont décrites.

L'accès à l'information, à l'expression des besoins et à l'éducation à la sexualité varie selon les capacités de compréhension et de communication, notamment pour les personnes non oralisantes, présentant une déficience intellectuelle, un TSA, un polyhandicap ou des besoins sensoriels spécifiques. Des difficultés de compréhension, d'expression ou d'évaluation du consentement sont relevées.

Les contraintes institutionnelles, les réticences familiales, un cercle social restreint ou la solitude affective peuvent limiter le respect de l'intimité, les rencontres, la vie de couple et l'exercice des choix, avec un risque d'infantilisation pour les jeunes adultes maintenus dans le secteur enfant. La parentalité, l'assistance sexuelle et la situation des jeunes adultes maintenus en secteur enfant sont identifiées sans réponse opérationnelle par les personnes interrogées.

Il existe des partenariats fréquents : Planning familial (46 % des ESMS), Intim'Agir (40 %), Handigynéco (14 %), PMI (8 %) et majoritairement conventionnés (61 % des ESMS formalisent leurs partenariats VIAS par des conventions). La mobilisation reste toutefois variable, les initiatives sont souvent propres aux établissements et certains n'identifient aucune ressource spécifique.

2. Pistes d'actions issues du diagnostic

> **Piste n°1 – Structurer l'accompagnement à la VIAS dans les ESMS :** inscrire la VIAS dans les projets d'établissement et formaliser une politique institutionnelle précisant les principes, les responsabilités et les modalités d'accompagnement ; déployer des actions régulières, intégrer plus systématiquement la VIAS aux projets personnalisés en associant davantage les personnes et assurer la continuité des pratiques dans les équipes.

Piste n°2 – Former et outiller les professionnels et rendre l'expression des besoins accessible : former les équipes aux pratiques et aux outils VIAS et au repérage des besoins ; adapter les formations et les supports aux personnes non oralisantes et aux spécificités du secteur adulte ; développer, selon les besoins, la CAA, le FALC, les supports visuels, les objets sensoriels et les espaces de parole, en tenant compte des spécificités (culture sourde, interprètes) ; soutenir la pair-aidance et les actions coanimées avec des personnes concernées.

Piste n°3 – Développer l'information, l'éducation, la prévention et l'accès à la santé sexuelle : proposer des actions individuelles et collectives adaptées à l'âge, aux capacités de compréhension et aux modes de communication ; prévenir les risques liés à la sexualité, à la santé sexuelle et reproductive, aux réseaux sociaux et aux addictions ; identifier des professionnels de santé formés au handicap et organiser un suivi gynécologique préventif et proactif.

Piste n°4 – Renforcer le travail sur le consentement et la protection contre les violences : développer des outils accessibles permettant de comprendre, d'exprimer et de réévaluer le consentement ; former les professionnels au repérage des signes de violence ; prévoir des réponses individualisées et la mobilisation d'intervenants spécialisés selon la situation.

Piste n°5 – Accompagner l'exercice effectif de la vie relationnelle et affective : développer les possibilités de rencontres, de socialisation et de participation à des activités hors établissement ou entre ESMS ; accompagner les relations et les projets de couple ; adapter la posture professionnelle aux droits et aux besoins des adultes maintenus dans le secteur enfant ; proposer aux familles des espaces non jugeants, des médiations et des cafés éthiques, dans le respect de l'expression et de l'autodétermination de la personne.

Piste n°6 – Structurer les partenariats et les ressources territoriales : formaliser les coopérations avec les ressources spécialisées, cartographier ces ressources et organiser le partage de pratiques entre établissements ; recourir à des intervenants en capacité d'adapter leurs supports aux différents handicaps ; étudier la mise en place d'un groupe territorial ou d'une communauté de pratiques VIAS.

Autres pistes identifiées : accès au suivi gynécologique (cf. fiche 3.2) ; autodétermination et participation (cf. fiche 4.2).

3. Cadre, acteurs et initiatives existants

CADRES STRATEGIQUES :

Recommandation de bonnes pratiques de la HAS « Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESMS – volet 1 : socle transversal ».

SRS 2023-2028 (révisé au 6 janvier 2026) : OO 11-3 : renforcer l'accompagnement et l'éducation à la vie relationnelle, affective et intime et développer l'offre d'accompagnement à la parentalité des adultes vivant avec un handicap (en lien avec la circulaire du 5 juillet 2021 relative à l'intimité et aux droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées) ; OO 1-5 « Renforcer la prévention de la maltraitance et promouvoir la bientraitance » ; OO 6-3 et 6-4 relatifs à la prévention des violences intrafamiliales et à la prise en charge des victimes.

SDOSMS PA-PH 2025-2030, fiche PH 4.2 : autodétermination, expression et libre choix des personnes.

DISPOSITIFS, EXPERIMENTATIONS ET PROJETS :

Handigynéco : consultations gynécologiques individuelles et ateliers collectifs d'information et de sensibilisation, déployés depuis la fin de l'année 2024 ; en 2025, le programme a concerné 7 EAM et 4 MAS identifiés comme prioritaires.

Cap Parents : accompagnement à la périnatalité et à la parentalité des parents et futurs parents vivant avec un handicap, du désir d'enfant jusqu'aux 18 ans de l'enfant.

PRATIQUES DES ESMS ET PARTENAIRES :

Structuration : programmes VIAS, chartes, comités ou COPIL VIAS, référents VIAS, protocoles, ateliers réguliers et temps individuels ou collectifs selon les structures ; la VIAS figure parmi les thèmes les plus abordés par les prestations d'appui-ressource et d'animation de réseau.

Prévention et protection : sensibilisations au consentement et aux droits, entretiens individualisés, protocoles de signalement.

Familles et vie relationnelle : espaces d'échange, médiations, cafés des familles et journées thématiques ; projets de couple, visites, séjours et vies communes parfois accompagnés ; accompagnements individualisés à la parentalité et partenariat avec la PMI.

ACTEURS POTENTIELS :

Planning familial, Intim'Agir, Handigynéco, PMI, CPTS, URPS, associations représentant d'usagers et d'aidants, organismes gestionnaires

Compétences institutionnelles pré-identifiées : ARS / Conseil Départemental

Glossaire des sigles et acronymes

A

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AESH	Accompagnant d'élève en situation de handicap
AFL	Association Frédéric Levavasseur
AGEFIPH	Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARMOS-OI	Association régionale des maîtres d'ouvrage sociaux et aménageurs Océan Indien
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance

C

C360	Communauté 360
CAA	Communication alternative et améliorée
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA	Conseil Départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CDSEI	Comité départemental de suivi de l'école inclusive
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CHOR	Centre Hospitalier Ouest Réunion
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLS	Contrat local de santé
CMP	Centre médico-psychologique
CMPEA	Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
COMETA	Coordination multi-établissements de traitement des listes d'attente
COPIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRA	Centre ressources autisme
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CTA	Conférence territoriale de l'autonomie
CTSM	Contrat territorial en santé mentale
CVS	Conseil de la vie sociale

D

DAAC	Délégation académique à l'éducation artistique et à l'action culturelle
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DAR	Dispositif d'autorégulation
DEETS	Direction de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DITEP	Dispositif d'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
DMP	Dossier médical partagé
DRAJES	Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports

E

EAM	Établissement d'accueil médicalisé
EANM	Établissement d'accueil non médicalisé
EEAP	Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELIAS	Équipe de liaison et d'intervention auprès d'adolescents en souffrance
EMAS	Équipe mobile d'appui à la scolarité
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
EPSMR	Établissement public de Santé Mentale de La Réunion
EQLAAT	Équipe locale d'accompagnement sur les aides techniques
ERHR	Équipe relais handicaps rares
ESAT	Établissement et service d'accompagnement par le travail
ESMS	Établissement ou service médico-social
ETP	Équivalent temps plein

F

FALC	Facile à lire et à comprendre
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

G

GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHER	Groupe Hospitalier Est Réunion
GIP	Groupement d'intérêt public
GIP SAP	Groupement d'Intérêt Public des Services à la Personne

H

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé

I

IDEC	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État coordonnateur/trice
IES	Institut d'éducation sensorielle
IME	Institut médico-éducatif
IMP	Institut médico-pédagogique
IMPRO	Institut médico-professionnel
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques

L

LSF	Langue des signes française

M

MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle

O

OI	Océan Indien

P

PAG	Plan d'accompagnement global
PALI	Plateforme d'appui au logement inclusif
PAS	Pôle d'appui à la scolarité
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PPA	Projet personnalisé d'accompagnement
PRH	Pôle ressources handicap
PTSM	Projet territorial de santé mentale

R

RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

S

SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAD	Services autonomie à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SDOSMS	Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2025-2030
SERAFIN-PH	Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SPDA	Service public départemental de l'autonomie
SRS	Schéma régional de santé 2023-2028
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

T

TND	Troubles neurodéveloppementaux
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

U

UEE	Unité d'enseignement externalisée
UEEA	Unité d'enseignement élémentaire autisme
UEEP	Unité d'enseignement externalisée polyhandicap
UEMA	Unité d'enseignement maternelle autisme
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UPHV	Unité pour personnes handicapées vieillissantes

V

VIAS	Vie intime, affective et sexuelle