RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé La Réunion

Diagnostic régional

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



Novembre 2026

Sommaire

Préambule **1**

Remerciements **3**

1. Introduction **4**
1.1 Contexte de la transformation de l'offre médico-sociale 4
1.2 Objectifs du diagnostic régional 7
1.3 Gouvernance proposée 8
1.4 Méthodologie de la démarche diagnostique 8

2. Caractéristiques du territoire **13**
2.1 Repères clés 13
2.2 Accessibilité et mobilités 19
2.3 Logement 20
2.4 Offre de soins et accès à la santé 21
2.5 Les personnes vivant avec un handicap 27
2.6 La scolarité des personnes vivant avec un handicap 31
2.7 L'emploi des personnes vivant avec un handicap 32
2.8 Les professionnels médico-sociaux du champ du handicap 33

3. État des lieux de l'offre dans le champ du handicap **34**
3.1 Vue régionale de l'offre médico-sociale 34
3.2 Déclinaison de l'offre médico-sociale par micro-région 52
3.3 Les dispositifs médico-sociaux, projets innovants régionaux et les GEM 69
3.4 L'évolution programmée de l'offre médico-sociale 74

4. Regards des acteurs sur la transformation de l'offre Handicap **78**
4.1 Une transformation globalement partagée, mais inégalement appropriée 79
4.2 Les principes de transformation : convergences, réserves et points de vigilance 80
4.3 Les conditions de réussite de la transformation selon les acteurs 81
4.4 Le regard des usagers et familles à travers les situations vécues 83
4.5 Mise en perspective avec les piliers de transformation de l'ANAP 87

5. Analyse de l'offre d'accompagnement médico-sociale des personnes vivant avec un handicap et de leurs parcours de vie **90**
5.1 Politiques publiques et parcours de vie 90
Autodétermination 90
Accès aux droits 93
Aidants 96
Double vulnérabilité 98
École inclusive 100
Insertion professionnelle 103
Vie sociale 105
Accès aux soins 108
Mobilité et transports 112
Habitat 117
Personnes handicapées vieillissantes 120
Vie intime, affective et sexuelle 122
5.2 Organisation des parcours 126
Coordination 126
Transition des parcours 129
Modularité des prestations 131
Fonction ressource 134

Responsabilité populationnelle 138
Coopération 140
Ressources humaines 143

6. Des enjeux du diagnostic aux orientations stratégiques 146
6.1 Critères et méthode de hiérarchisation des enjeux 146
6.2 Les enjeux et leur niveau de criticité 148
6.3 La structuration en axes stratégiques et objectifs 150

7. Les fiches de cadrage 154
Axe 1 : Garantir une offre accessible, équitable et adaptée aux besoins sur l'ensemble du territoire 155
Axe 2 : Coordonner les parcours et prévenir les ruptures d'accompagnement pour les personnes et leurs aidants 172
Axe 3 : Garantir l'accès à la santé et la continuité des parcours de soins 189
Axe 4 : Garantir le pouvoir d'agir et la pleine participation à la société 201

Conclusion : Les suites du diagnostic 225

8. Glossaire des sigles et acronymes 226

9. Annexes 230
Annexe 1 : Catégorie d'ESMS et missions 230
Annexe 2 : Grilles d'entretiens semi-directifs 232
Annexe 3 : Questionnaires 237

10. Bibliographie et sources 249

Table des tableaux et des figures 253

Préambule

La transformation de l'offre médico-sociale ne commence pas aujourd'hui.

Depuis de nombreuses années, notre secteur porte les ambitions d'inclusion, d'autodétermination, de pouvoir d'agir, d'accès au droit commun et de participation pleine et entière des personnes vivant avec un handicap à la vie de la cité.

Ces principes sont désormais largement partagés.

Mais les avoir affirmés ne suffit plus. Il reste tant à faire.

Il nous faut aujourd'hui en tirer toutes les conséquences dans la manière dont nous organisons les réponses.

Le modèle médico-social qui s'est construit au fil des décennies a permis de protéger, d'accompagner, de développer des compétences et des expertises précieuses. Il a constitué une réponse nécessaire, à une époque où la société était encore largement inaccessible aux personnes vivant avec un handicap.

Mais les attentes ont changé. Les parcours ont changé. Les besoins sont devenus plus divers, plus évolutifs, parfois plus complexes. Et surtout, les personnes nous disent avec force qu'elles ne veulent plus que leur vie soit déterminée par les seules catégories administratives, par les frontières entre établissements et services ou par la disponibilité d'une place.

C'est là, au fond, que se situe le changement auquel nous devons répondre.

Il ne s'agit pas simplement de moderniser nos organisations. Il ne s'agit pas davantage de juxtaposer de nouveaux dispositifs à ceux qui existent déjà. Il s'agit de passer progressivement d'un système organisé autour de structures et de places à une organisation capable de mobiliser, autour d'une personne, les ressources dont elle a besoin, au moment où elle en a besoin et au plus près de son lieu de vie.

C'est tout l'enjeu de l'accessibilité.

Cette évolution est exigeante parce qu'elle nous oblige à déplacer notre regard.

Elle nous invite à ne plus partir seulement de ce que chaque établissement ou chaque institution sait proposer, mais de ce dont les personnes et les territoires ont besoin.

Elle nous oblige également à dépasser certaines frontières historiques : entre le médico-social et le sanitaire, entre l'accompagnement spécialisé et le droit commun, mais aussi entre organismes gestionnaires qui ont parfois grandi côte à côte sans avoir été conduits à penser ensemble une responsabilité à l'échelle d'un territoire.

La transformation de l'offre repose ainsi sur deux mouvements indissociables : une individualisation plus forte des réponses, pour respecter les choix, les aspirations et les parcours des personnes ; et une organisation plus collective et territoriale de nos ressources, parce qu'aucune institution ne peut, seule, répondre à la diversité des besoins.

L'autodétermination elle-même ne doit pas être comprise comme le fait de laisser chacun seul face à ses choix. Pouvoir choisir suppose de disposer de véritables possibilités, de soutiens, de ressources accessibles et d'un environnement capable de rendre ces choix effectifs. L'autonomie ne signifie pas l'absence de collectif : elle en dépend.

C'est précisément le sens du travail engagé à La Réunion.

Nous avons souhaité commencer non pas par dessiner une organisation cible depuis l'ARS, mais par regarder notre territoire tel qu'il est. Regarder les besoins, les parcours, les ressources existantes, les tensions, les réussites, les attentes des personnes et de leurs familles, mais aussi celles des professionnels et de nos partenaires.

Ce diagnostic est donc beaucoup plus qu'un état des lieux.

Il constitue un point de départ commun. Il nous oblige à objectiver ce que nous savons parfois intuitivement, à regarder nos fragilités sans les minimiser, mais également à identifier les nombreuses ressources sur lesquelles notre territoire peut s'appuyer.

Il nous rappelle surtout qu'une politique du handicap ne peut plus être seulement une politique du secteur médico-social. L'école, la santé, l'emploi, le logement, les transports, le sport, la culture, la vie sociale, la vie affective et sexuelle… participent tout autant de la possibilité, pour une personne, de construire son parcours de vie.

Notre ambition doit donc être claire : faire en sorte que l'offre médico-sociale de demain ne constitue pas un monde à part, mais une ressource pleinement inscrite dans son territoire, capable d'intervenir dans les lieux de vie, de soutenir les acteurs de droit commun, de coopérer et de prendre sa part d'une responsabilité collective à l'égard de la population.

Cette transformation pourra prendre du temps. Elle ne se décrète pas et elle ne pourra être menée par un acteur isolé.

Elle suppose des choix, des coopérations nouvelles, parfois des renoncements à des habitudes anciennes. Elle suppose aussi que nous sachions préserver ce qui fait la force du secteur médico-social : son expertise, son engagement et sa capacité à accompagner et à protéger les personnes dans les moments où elles ont le plus besoin de soutien.

L'enjeu qui est devant nous n'est donc pas de faire disparaître les institutions. Il est de faire en sorte que les institutions ne constituent jamais une limite au parcours des personnes.

C'est avec cette ambition que nous avons engagé ce diagnostic régional et que nous souhaitons désormais construire, avec l'ensemble des acteurs réunionnais et avec les personnes concernées, la transformation de l'offre médico-sociale à La Réunion.

Je sais pouvoir compter sur votre mobilisation et nous serons à vos côtés pour réussir.

Jean-Jacques COIPLET

Directeur général de l'ARS La Réunion

Remerciements

« Cap sur le mouvement. » Boris Gamaleya, poète réunionnais.

La transformation de l'offre médico-sociale en cours et à venir sur le territoire réunionnais ne peut se faire que grâce à la mobilisation de nombreux acteurs que nous souhaitons ici remercier chaleureusement.

Nous adressons tout d'abord nos sincères remerciements aux équipes de direction des organismes gestionnaires et aux établissements médico-sociaux qui nous ont ouvert leurs portes, ainsi qu'à leurs professionnels, personnes concernées, représentants des usagers et élus des Conseils de la Vie Sociale, pour leur disponibilité, leur confiance et la richesse des contributions apportées : Association Bel Avenir 974, Association Biotope Grand'Anse, Association Claire-Joie, ADAPEI, AFL, ALEFPA, APAJH, ASFA, IRSAM et Fondation Père Favron.

Nous remercions tout particulièrement la MDPH pour la mise à disposition des précieuses données qui ont constitué un appui essentiel à l'objectivation des besoins du territoire, l'ensemble des partenaires institutionnels, les associations, acteurs du droit commun ayant participé à cette démarche. Leurs pratiques et connaissance des réalités de terrain ont permis d'enrichir le regard porté sur les besoins, les difficultés de parcours et les coopérations à développer.

Des remerciements sont adressés au Groupement de coopération sanitaire de moyens (GCS) TESIS Réunion-Mayotte, à l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) et au centre de ressources national de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine pour leur accompagnement et soutien apportés à l'équipe projet en amont de la démarche, contribuant ainsi à la préparation et à la qualité de ce travail.

1. Introduction

1.1 Contexte de la transformation de l'offre médico-sociale

Le paysage du médico-social se trouve à un tournant décisif porté par une refonte de la politique nationale du handicap : la transformation de l'offre médico-sociale.

La transformation de l'offre engage un passage d'une logique de places à une logique de parcours personnalisés, modulables et évolutifs, centrés sur les besoins, les choix et la participation des personnes concernées[1]. Celle-ci repose notamment sur l'autodétermination, l'inclusion en milieu ordinaire, l'accès au droit commun et la co-construction des parcours avec les acteurs du territoire.

Le constat d'un modèle à bout de souffle

La façon dont la société répond au handicap a profondément changé en cinquante ans. Un premier temps, ouvert par la loi d'orientation de 1975, a consisté à créer des institutions spécialisées : face à une société qui n'accueillait pas les personnes handicapées, on a construit à côté d'elle des établissements capables de le faire. Ces institutions ont été organisées par catégories de publics et capacités autorisées. Ce modèle a permis le développement d'expertises reconnues et la structuration progressive d'une offre sur l'ensemble du territoire.

Un deuxième temps, porté par la loi du 11 février 2005 puis par la Convention des Nations unies ratifiée par la France en 2010, a déplacé le regard : le handicap n'est plus seulement une déficience à compenser, c'est le résultat de la rencontre entre une personne et un environnement inadapté. Ce sont donc aussi l'école, les transports, le logement, l'emploi et les soins qui doivent évoluer.

Le troisième temps est celui que nous vivons : rendre la société effectivement accessible, en permettant à chacun de choisir sa vie et de vivre au milieu des autres, avec l'appui d'un secteur médico-social qui n'est plus un lieu à part mais une ressource mobilisable au plus près des lieux de vie.

Les parcours sont devenus plus diversifiés, plus évolutifs au fil du temps. Ils nécessitent une mobilisation simultanée de ressources relevant du médico-social, du sanitaire, de l'école, de l'emploi, du logement et de l'ensemble des dispositifs de droit commun.

À La Réunion, les difficultés liées à ce modèle historique sont identifiées comme les tensions persistantes sur l'offre, l'importance des listes d'attente, les difficultés de transition entre l'enfance et l'âge adulte, l'épuisement des aidants, le manque de lisibilité exprimé par les usagers et leurs aidants. À cela s'ajoute la complexification des profils accompagnés remontée par les ESMS.

Aujourd'hui, l'enjeu n'est donc plus uniquement d'orienter une personne vers une place disponible mais de construire, à l'échelle d'un territoire, une réponse adaptée à l'évolution des besoins de la personne concernée tout au long de son parcours.[2]

Vers une transformation structurelle du secteur médico-social à l'échelle nationale

La transformation de l'offre s'articule autour de plusieurs directives et politiques majeures :

[1]HAS, Évaluer la coordination territoriale dans les accompagnements, 2026
[2] HAS, Évaluer la coordination territoriale dans les accompagnements, 2026

Figure 1 – Les grandes étapes de la transformation de l'offre médico-sociale



Source : élaboration ARS La Réunion à partir des documents suivants : rapport Piveteau (2014) ; CNSA – Réponse accompagnée pour tous et SERAFIN-PH ; CNH 2023 ; circulaire du 7 décembre 2023 relative aux 50 000 solutions ; décret du 5 juillet 2024 relatif au fonctionnement en dispositif intégré ; IGAS (2025).

Ces évolutions législatives et règlementaires se traduisent ainsi par un changement de paradigme : il ne s'agit plus seulement de proposer une place en établissement ou en service, mais de construire des réponses diversifiées, modulaires et coordonnées permettant aux les personnes vivant avec un handicap d'exercer leurs droits mais aussi de réaliser leurs parcours de vie dans les environnements les plus ordinaires possibles.

Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) relatives à la coopération et à la coordination du parcours de la personne vivant avec un handicap constituent à cet égard un cadre de référence important[3].

En pratique, il ne s'agit donc pas seulement de transformer les établissements, mais de faire évoluer l'ensemble du système pour éviter les ruptures de parcours et permettre à chacun de bénéficier du bon accompagnement, au bon moment et au plus près de son lieu de vie.

[3] HAS, Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap, 2018

Les principes socles de la transformation

Afin de permettre aux personnes vivant avec un handicap d'exercer leurs droits et de réaliser leurs parcours de vie dans les environnements les plus ordinaires possibles, la transformation de l'offre repose sur des principes socles récapitulés dans le schéma ci-dessous.

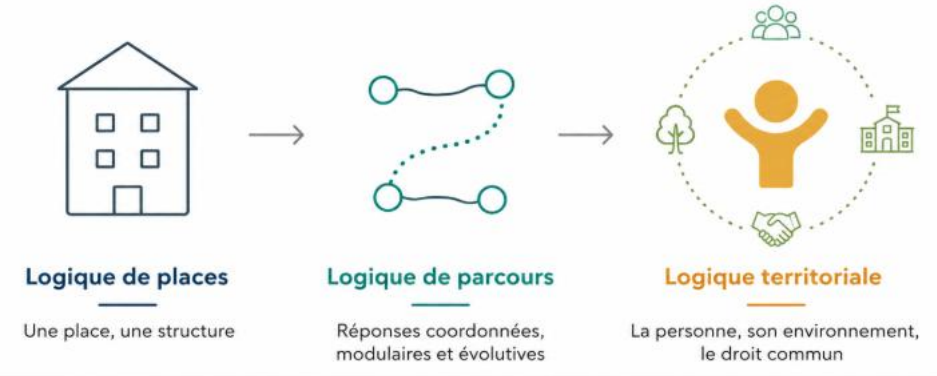
Figure 2 – Les principes socles de la transformation de l'offre médico-sociale



Source : Rapport IGAS 2025 Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?

Le secteur médico-social fait ainsi partie d'un écosystème contribuant à l'effectivité des droits des personnes et à mieux prévenir les ruptures des parcours de vie des personnes vivant avec un handicap devenus plus diversifiés, évolutifs et complexes.

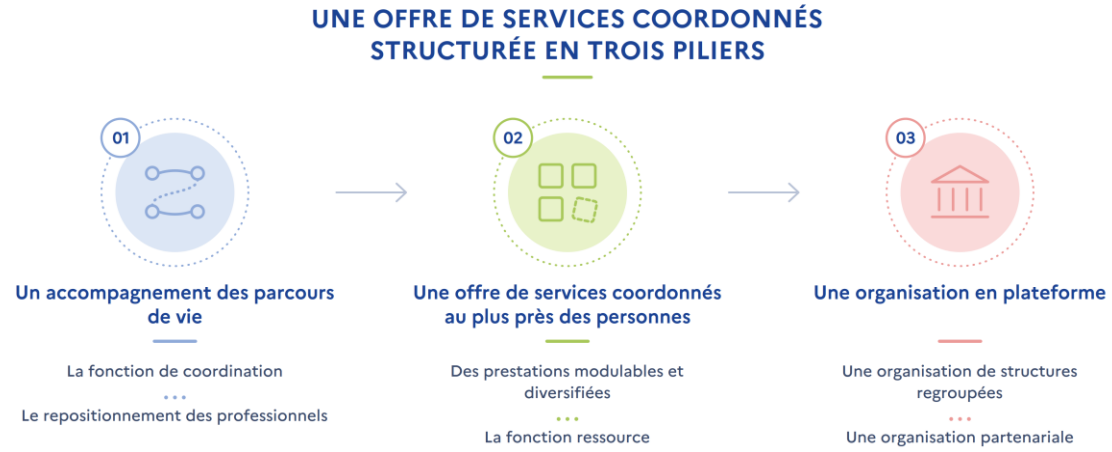
Figure 3 – D'une logique de places à une logique territoriale centrée sur la personne



L'accès à l'école, à la formation, à l'emploi, aux soins, au logement, aux transports, aux loisirs, à la culture et au sport est un indicateur de la capacité réelle des environnements à devenir accessibles et inclusifs. Dans cette perspective, l'autodétermination et le pouvoir d'agir occupent une place centrale : au-delà du fait d'être associée à son projet d'accompagnement, la personne doit pouvoir choisir et prendre des décisions dans ses différents domaines de vie.

Ce mouvement national se déploiera à terme vers l'évolution du fonctionnement des ESMS vers des offres de services coordonnées pour des réponses plus individualisées en proximité des lieux de vie.

Figure 4 – Une offre de services coordonnés / Piliers de l'ANAP



Source : ANAP, La transformation vers une offre de services coordonnés, 2025

Le dispositif intégré

L'année 2027 constitue un jalon majeur pour l'organisation de l'offre de services coordonnés. Les ESMS pour enfants seront spécifiquement visés par une généralisation nationale de fonctionnement en dispositif intégré[4]. Il vise principalement à permettre un accompagnement global et personnalisé de chacun.

Selon le décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux, le dispositif intégré pourra combiner les modalités d'accompagnement (milieu ordinaire, accueil de jour, hébergement ou accueil temporaire) et les ajuster plus rapidement, avec l'accord de la personne, au sein d'un même dispositif sans attendre une nouvelle notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Cette évolution repose sur une coopération renforcée entre les acteurs et sur une fonction d'appui-ressources, notamment auprès des établissements scolaires.

Cette dynamique s'inscrit dans un contexte sociétal lui-même en évolution sur la question du handicap nécessitant davantage de coordination entre les acteurs. Le développement des Pôles d'Appui à la Scolarité (PAS) portés conjointement par l'Éducation nationale et l'ARS, du service de repérage précoce, notamment dans le champ des troubles du neurodéveloppement, les centres ressources spécialisés, les politiques de soutien à la parentalité, à la pair-aidance, l'adaptation des interventions de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) pour les personnes vivant avec un handicap, le Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA) en sont de parfaits exemples. Ils témoignent d'une recherche de réponses plus précoces, coordonnées et décloisonnées.

1.2 Objectifs du diagnostic régional

Lancée officiellement en Conférence régionale du handicap (CRH) le 20 mai 2026 par l'ARS Réunion, la démarche de transformation de l'offre inclut la réalisation d'un diagnostic portant sur l'ensemble des ESMS de la Région Réunion. Il cherche à objectiver les besoins et attentes des personnes, de leurs aidants, des professionnels et des acteurs du médico-social, à analyser les pratiques, les coopérations et les parcours. Il vise à identifier les freins et leviers des parcours de vie des personnes vivant avec

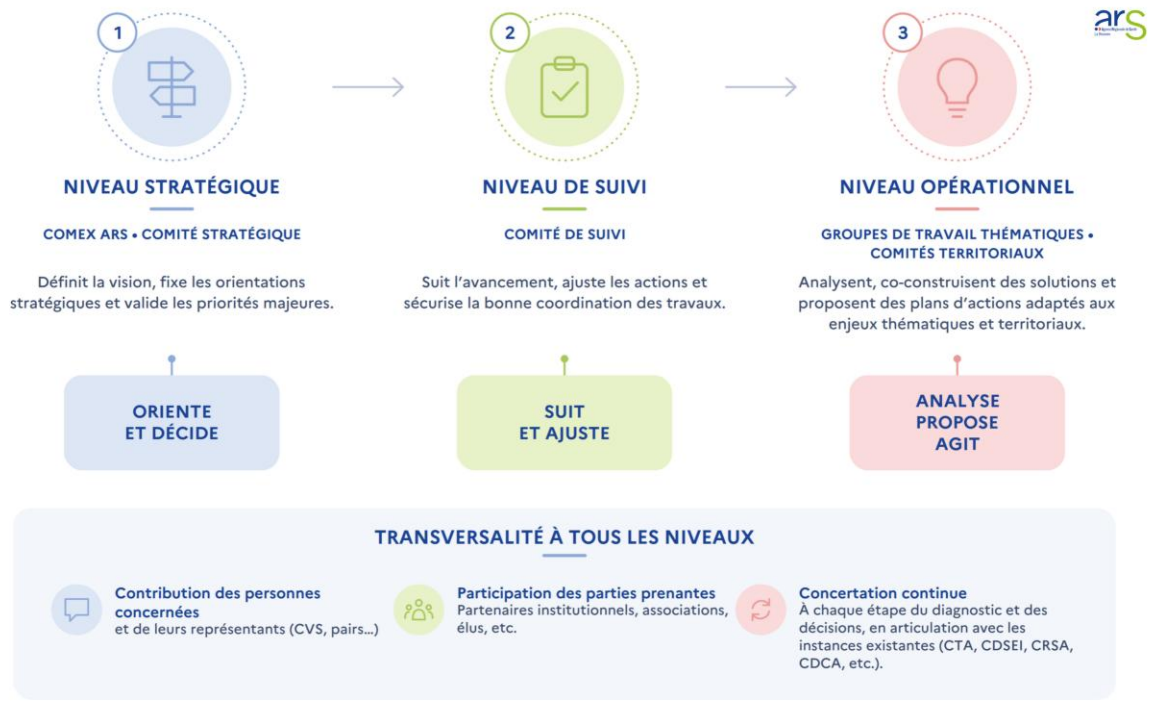
[4] Décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux

un handicap dans l'objectif d'une société plus inclusive. Le diagnostic croise l'état des lieux de l'offre existante, ses évolutions et des données qualitatives recueillies lors d'entretiens et de questionnaires au cours de l'année 2026. Il doit permettre d'éclairer la programmation et les décisions des institutions compétentes du territoire, dont les décisions stratégiques de l'ARS pour les années à venir.

1.3 Gouvernance proposée

La gouvernance de la transformation de l'offre à la suite du diagnostic repose sur une comitologie lisible, courte et orientée vers la décision. Elle articule les niveaux stratégiques, de suivi et opérationnel, en s'appuyant sur les instances dédiées (Comité exécutif ARS, Comité stratégique, comité de suivi, groupes de travail thématiques et comités territoriaux) tout en assurant leur articulation avec les instances existantes (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, Conseil Départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, Comité départemental de suivi de l'école inclusive, Réponse Accompagnée Pour Tous, etc.). L'objectif est de garantir une chaîne de pilotage cohérente, sans multiplier les instances, et de favoriser l'association effective des parties prenantes et des personnes concernées.

Figure 5 – Comitologie de la transformation de l'offre médico-sociale



1.4 Méthodologie de la démarche diagnostique

La méthodologie de recueil de données du diagnostic a reposé sur une approche mixte, croisant données qualitatives et quantitatives, afin de disposer d'une lecture à la fois objectivée et territorialisée de l'offre médico-sociale.

Le volet qualitatif s'est principalement appuyé sur des entretiens semi-directifs (cf. annexe 2) qui se sont déroulés auprès de 72 établissements et services médico-sociaux relevant de 10 organismes gestionnaires. Afin de faciliter l'expression de chacun, les entretiens ont été réalisés en groupes dédiés : groupe direction, groupe professionnels, groupe usagers et leurs aidants.

Modularité des prestations, autodétermination, fonction de coordination, fonction ressource, transitions de parcours, scolarité, insertion professionnelle, accès aux soins, aux loisirs, culture, sports, transport, habitat... sont autant de thèmes ayant structuré la grille d'entretien du diagnostic.

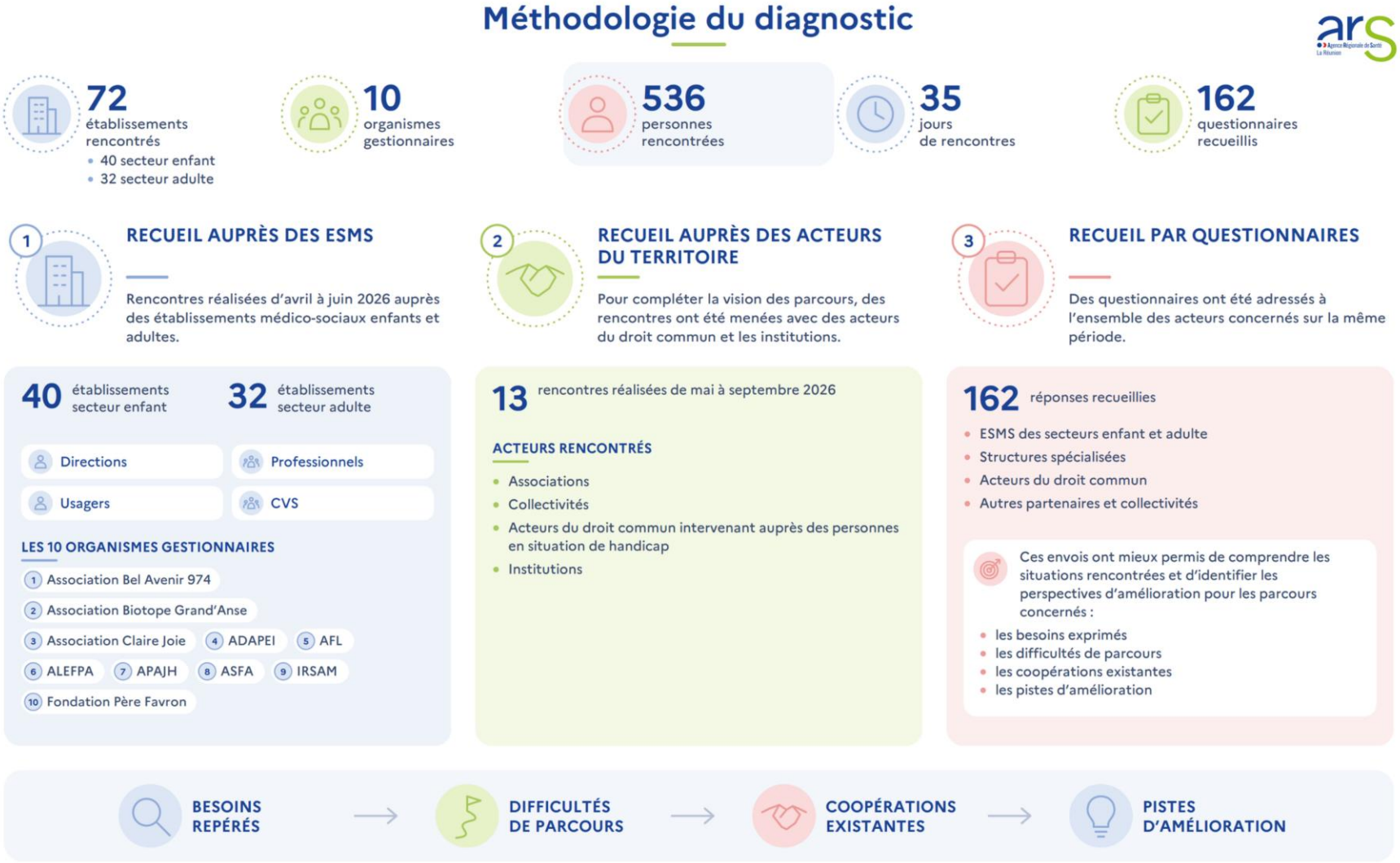
Le recueil de données qualitatives s'est poursuivi via des entretiens non directifs auprès de 13 acteurs du territoire : la MDPH, le Conseil Départemental, l'Éducation nationale, la CGSS, etc.

Au total, ce sont 536 personnes qui ont été interrogées au sein de leurs structures à travers l'ensemble des entretiens.

Cette analyse qualitative a été complétée par plusieurs sources de données quantitatives et documentaires dans le but de croiser les regards et de faire émerger les besoins, les difficultés de parcours ainsi que les leviers de transformation de l'offre.

De plus, des questionnaires en ligne (cf. annexe 3) ont été adressés, sur la même période, à l'ensemble des ESMS des secteurs enfant et adulte, ainsi qu'aux structures spécialisées de droit commun, représentants des usagers, associations et autres partenaires intervenant auprès des personnes vivant avec un handicap. Ces questionnaires ont permis de recueillir des données standardisées auprès des ESMS en fonction de leur typologie et de leur activité. Au total, 162 réponses ont été recueillies.

Figure 6 – Méthodologie du diagnostic régional



Le diagnostic s'est également appuyé sur les données quantitatives suivantes (non exhaustif) :

- Le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS), référence des personnes morales intervenant dans les domaines sanitaires, médico-social et social et de l'enseignement des professions sanitaires et sociales ;
- Les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), direction régionale de La Réunion. C'est un établissement public qui mesure, analyse et publie des chiffres sur l'économie et la société ;
- Les données de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). C'est le service statistique ministériel français qui a pour mission de fournir des informations fiables et des analyses objectives sur les populations et les politiques de santé et de solidarité ;
- Les données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). C'est un établissement public à caractère administratif. Il pilote et finance la cinquième branche de la Sécurité sociale, dédiée à l'autonomie ;
- Les données de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). C'est un Groupement d'Intérêt Public (GIP) national rattaché au ministère de la Santé qui a pour mission d'accompagner les acteurs en proposant des solutions concrètes pour optimiser l'organisation des établissements ;
- Les données de l'Observatoire régional de santé[5], qui a pour mission de produire et de mettre à disposition des indicateurs sur l'état de santé de la population réunionnaise ;
- Les données transmises par le Rectorat de La Réunion, les bilans du Comité Départemental de Suivi de l'École Inclusive (CDSEI) ;
- Les données transmises par la MDPH de La Réunion ;
- Les modalités pratiques opérationnelles (MOPOP), afin de décrire les activités réellement mises en œuvre par les structures spécialisées. Cette approche a permis de dépasser les seules catégories administratives pour prendre en compte la diversité des réponses effectivement proposées : accueil séquentiel, accompagnement ambulatoire, intervention hors les murs, soutien aux partenaires et réponses modulaires.

Le diagnostic a intégré les typologies d'ESMS et les volumes de population les plus importants. Il a veillé également à prendre en compte les publics à faible prévalence présentant des besoins complexes, notamment les personnes cérébrolésées ou vivant avec un handicap cognitif ;

Du croisement des données à la priorisation des actions

L'enjeu de cette démarche diagnostique ne réside donc pas dans l'analyse isolée de chacune des sources citées ci-dessus, mais dans leur croisement et leur mise en perspective. La confrontation des résultats des questionnaires, des enseignements issus des 167 heures d'entretiens et des données territoriales permettra d'identifier les convergences, les écarts, les tensions et les besoins insuffisamment couverts.

Ce croisement a constitué la base d'analyse et de hiérarchisation, permettant de passer du constat à la définition d'objectifs, en distinguant les enjeux selon leur niveau de criticité.

[5] L'ORS La Réunion (Observatoire Régional de la Santé) : portrait régional, juin 2026

Précautions de lecture générales

Les précautions ci-dessous valent pour l'ensemble du diagnostic. Elles ne sont rappelées ensuite que lorsqu'une donnée appelle une précaution particulière.

- Des sources et des dates différentes. Le diagnostic mobilise de nombreuses sources (Insee, MDPH, CAF, CNSA, ANAP, ORS, FINESS, questionnaires et entretiens de la mission transformation de l'offre…) dont les dernières données disponibles ne portent pas toutes sur la même année. Les chiffres ne sont donc pas toujours comparables à une même date ; chaque tableau indique sa source et son année.
- Des données non exhaustives. L'absence d'une donnée ou d'une offre dans un tableau ne signifie pas l'absence de besoin ou de réponse sur le territoire.
- L'offre est décrite par les places installées (FINESS, octobre 2026). Une place ne correspond pas à une personne : avec la file active et l'accompagnement séquentiel, une même place peut bénéficier à plusieurs personnes dans l'année.
- Les orientations MDPH sont des droits ouverts, pas une demande immédiate de place : une personne peut avoir plusieurs orientations, certaines ne souhaitent pas la solution proposée, et le non-recours n'y figure pas.
- Les listes d'attente déclarées par les ESMS comportent des doublons et des inscriptions non actualisées : elles mesurent une pression sur l'offre, pas un nombre de personnes en attente. ViaTrajectoire, insuffisamment complété, n'a pas été utilisé.
- Les questionnaires de la mission transformation de l'offre (TDO) reposent sur les déclarations des structures répondantes ; les entretiens restituent des regards d'acteurs, pas une mesure statistique.

2. Caractéristiques du territoire

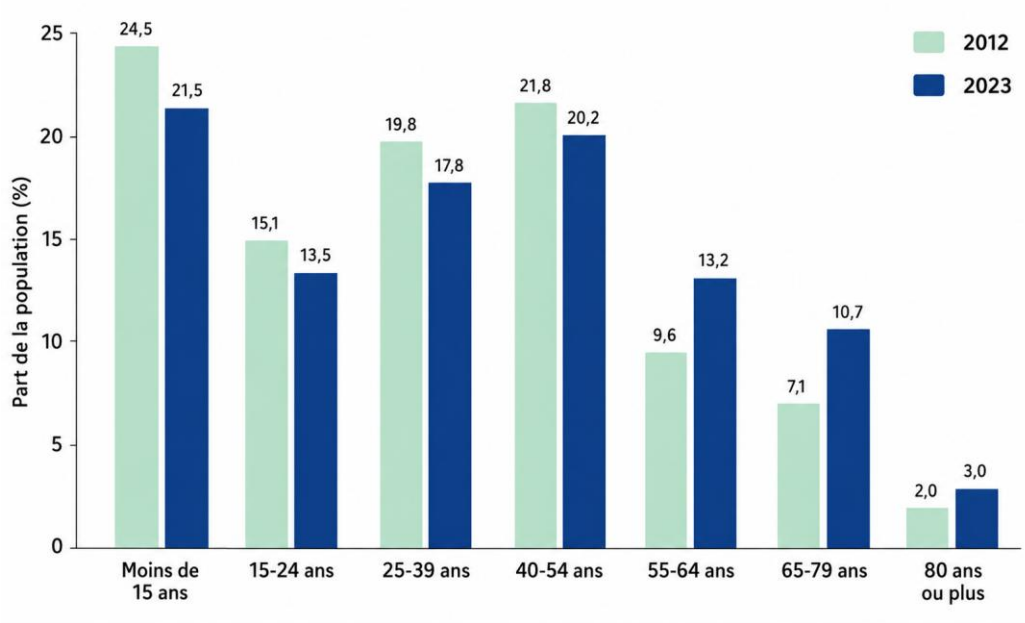
2.1 Repères clés

2.1.1 Données démographiques

Au 1er janvier 2023, 889 679 personnes vivent à La Réunion[6], sur un territoire de 2 504 km^2, réparti en 24 communes. La densité moyenne atteint 355,3 habitants/km^2 en 2023, contre 333 en 2012.

La population croît de 0,7 % en moyenne par an depuis 2017, plus vite qu'en France hexagonale (+0,4 %) et plus vite que sur la période 2012-2017 (+0,5 %). Cette croissance reste portée par le solde naturel, mais l'excédent des naissances sur les décès se réduit avec le vieillissement de la population, et les départs de l'île dépassent les arrivées depuis le milieu des années 2010. La fécondité diminue en 2025 (2,14 enfants par femme) tout en restant supérieure au niveau national (1,56).

Figure 7 – Structure par âge de la population réunionnaise, 2012 et 2023



Sources : Insee, RP2012 à RP2023, exploitations principales, géographie au 01/01/2026.

Tableau 1 – Population par tranche d'âge, 2012 et 2023 à La Réunion

Âge regroupé	2012	2023
Moins de 15 ans	204 542	191 713
De 15 à 24 ans	125 912	120 322
De 25 à 39 ans	165 230	158 252
De 40 à 54 ans	182 091	179 728
De 55 à 64 ans	80 080	117 370
De 65 à 79 ans	59 611	95 403
80 ans ou plus	16 479	26 892
Ensemble	833 944	889 679

[6] INSEE, Recensement de la population, populations de référence en vigueur à compter du 1er janvier 2026, décembre 2025

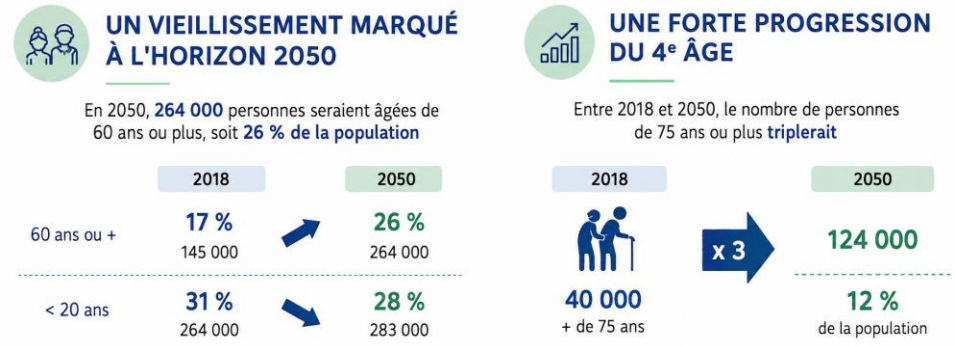
Sources : Insee, RP2012 au RP2023, exploitations principales, géographie au 01/01/2026.

La structure par âge illustre ce double mouvement : la part des moins de 15 ans recule de 24,5 % à 21,5 % entre 2012 et 2023, tandis que celle des 55 ans ou plus progresse nettement (de 18,7 % à 26,9 % cumulés). La population reste néanmoins jeune au regard de la moyenne nationale : pour 100 jeunes de moins de 20 ans, l'île compte 45 personnes de 65 ans ou plus.

Projection à l'horizon 2050

Selon l'Insee, La Réunion compterait 1,022 million d'habitants en 2050 dans le scénario de référence, avec une croissance annuelle moyenne de 0,6 % entre 2018 et 2050 (contre 0,1 % en France hexagonale). En 2050, la croissance varierait de 0,2 % dans l'Ouest à 0,9 % dans le Nord.

Figure 8 – L'essentiel sur La Réunion



Sources : Insee Analyses La Réunion n°77, novembre 2022.

Cette dynamique se traduit par un renversement du rapport entre générations : la part des 60 ans ou plus passerait de 17 % de la population en 2018 (145 000 personnes) à 26 % en 2050 (264 000 personnes), tandis que celle des moins de 20 ans reculerait de 31 % à 28 % sur la même période. Le grand âge progresserait plus vite encore : le nombre de personnes de 75 ans ou plus triplerait, passant de 40 000 en 2018 à 124 000 en 2050, soit 12 % de la population totale.

> **À retenir**
> La Réunion combine une croissance démographique toujours soutenue et un vieillissement progressif de sa population, appelé à s'accélérer nettement d'ici 2050, notamment pour le 4e âge, dont l'effectif triplerait. Ces dynamiques pèseront directement sur les besoins d'accompagnement des personnes âgées, sur l'anticipation du vieillissement des personnes vivant avec un handicap et de leurs aidants, et sur le renouvellement des publics accompagnés.

2.1.2 Situation socio-économique

Niveau de vie et pauvreté

En 2023, le niveau de vie médian à La Réunion s'établit à 19 110 € par an, soit environ 1 593 € par mois, contre 25 920 € en France hexagonale. Il représente ainsi environ 74 % du niveau de vie médian national. Le taux de pauvreté atteint 36,4 % à La Réunion, contre 15,9 % en France hexagonale. La pauvreté touche en premier lieu les plus jeunes : 44,3 % des moins de 18 ans vivent sous le seuil de pauvreté, contre 29,6 % des 30-39 ans.[7]

[7] Filosofi 2023 – Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA

Tableau 2 – Décomposition du revenu disponible des ménages

Composition du revenu disponible	2023 - La Réunion (%)	2023 - France hex. (%)
Revenus d'activité	74,3	72,4
Pensions, retraites et rentes	16,1	27,2
Revenus du patrimoine et autres revenus	8,0	12,2
Prestations sociales	14,7	4,9
dont prestations familiales	3,9	1,7
dont minima sociaux	8,1	2,2
dont prestations logement	2,7	0,9
Impôts	–13,0	–16,7

Champ : personnes appartenant à des ménages fiscaux en logement ordinaire. Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2023.

La composition du revenu disponible à La Réunion se distingue par une plus forte dépendance aux prestations sociales, qui représentent 14,7 % des revenus, contre 4,9 % en France hexagonale. Les minima sociaux y occupent une place beaucoup plus importante (8,1 % contre 2,2 %). À l'inverse, les pensions et retraites ainsi que les revenus du patrimoine contribuent moins fortement au revenu disponible des ménages réunionnais. Les revenus d'activité restent la principale source de revenus, à La Réunion, comme à l'échelle de la France hexagonale.

Composition des familles

Tableau 3 – Évolution de la répartition des familles selon leur composition entre 2012 et 2023

Type de famille	2012 - La Réunion (%)	2012 - France hex. (%)	2023 - La Réunion (%)	2023 - France hex. (%)
Couples avec enfant(s)	47,4	42,8	38,5	39,6
Familles monoparentales	29,5	14,3	34,9	16,8
dont femmes seules avec enfant(s)	26,0	11,8	29,8	13,5
Couples sans enfant	23,1	42,9	26,6	43,6

Sources : Insee, RP2012, RP2017, RP2023, exploitations complémentaires.

En 2023, la structure familiale réunionnaise se distingue surtout par une monoparentalité deux fois plus fréquente qu'au niveau national (34,9 % contre 16,8 %), tandis que les couples sans enfant restent nettement sous-représentés. En effet, les familles monoparentales représentent désormais plus d'un tiers des familles réunionnaises, en hausse continue depuis 2012, principalement portées par les femmes seules avec enfant(s).

Emploi, PIB et niveau d'éducation

Avec un PIB de 23,2 milliards d'euros en 2023, La Réunion reste marquée par un niveau de richesse par habitant inférieur à celui de l'Hexagone (9 400 € de moins qu'en Hexagone hors Île-de-France). Le contexte socio-économique est également caractérisé par un niveau de qualification plus faible : en 2022, seuls 40 % des habitants de 15 ans ou plus disposent d'un niveau baccalauréat ou supérieur,

dont 22 % d'un diplôme de l'enseignement supérieur. Le vieillissement de la population active constitue également un enjeu croissant. La part des 55-64 ans parmi les salariés est passée de 10 % en 2012 à 17 % en 2022[8].

Tableau 4 – Taux de chômage à La Réunion et en France hexagonale, en 2025

Taux de chômage (2025)	La Réunion (%)	France hex. (%)
Ensemble	16,3	7,5
15-24 ans	33,9	19,4
25-49 ans	16,7	6,7
50 ans ou plus	9,8	4,8

Source : Insee, taux de chômage localisés, moyenne annuelle 2025

Les difficultés d'accès à l'emploi sont marquées. En 2025, le taux de chômage s'établit à 16,3 % à La Réunion, contre 7,5 % en France hexagonale. Les jeunes sont particulièrement concernés : 33,9 % des actifs de 15 à 24 ans sont au chômage, contre 19,4 % en France hexagonale.

> **À retenir**
> La forte précarité, le poids croissant des familles monoparentales et un chômage structurellement élevé constituent des facteurs susceptibles de complexifier les parcours des personnes vivant avec un handicap, en particulier pour les familles jeunes et les aidants isolés.

2.1.3 Caractéristiques géographiques

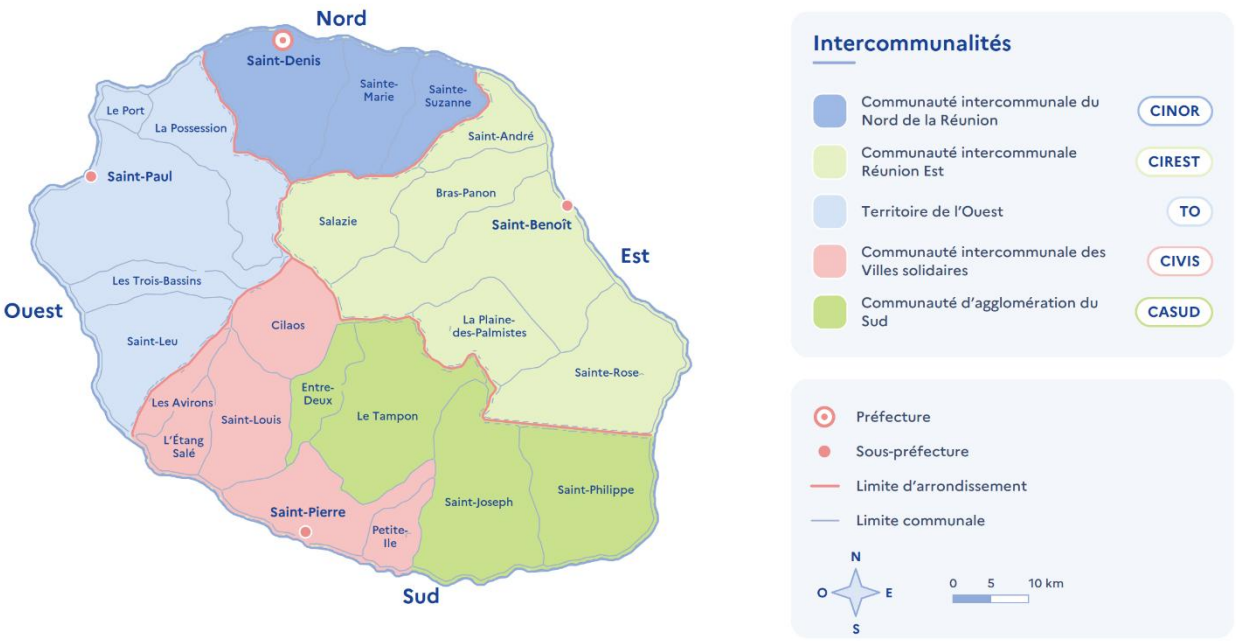
Organisation territoriale et micro-régions

La population réunionnaise évolue dans des contextes géographiques contrastés, du littoral aux Hauts de l'île. La présence de zones d'habitat parfois isolées contribue à des disparités d'accès aux services et aux infrastructures, notamment en santé.

Pour tenir compte de ces spécificités, le territoire est couramment découpé en quatre micro-régions (Nord, Est, Ouest, Sud), qui correspondent aux quatre arrondissements administratifs gérés par une sous-préfecture. Les cinq intercommunalités de La Réunion s'organisent ainsi sur le territoire : la Communauté intercommunale du Nord de La Réunion (CINOR) sur le Nord, la Communauté intercommunale Réunion Est (CIREST) sur l'Est, le Territoire de l'Ouest (TO) sur l'Ouest, la Communauté Intercommunale des Villes solidaires (CIVIS) et la Communauté d'agglomération du Sud (CASUD), qui composent ensemble la micro-région Sud.

Figure 9 – Les micro-régions

[8] Source : Insee, comptes régionaux 2023 ; Recensement de la population 2022 et 2012, exploitations principales.



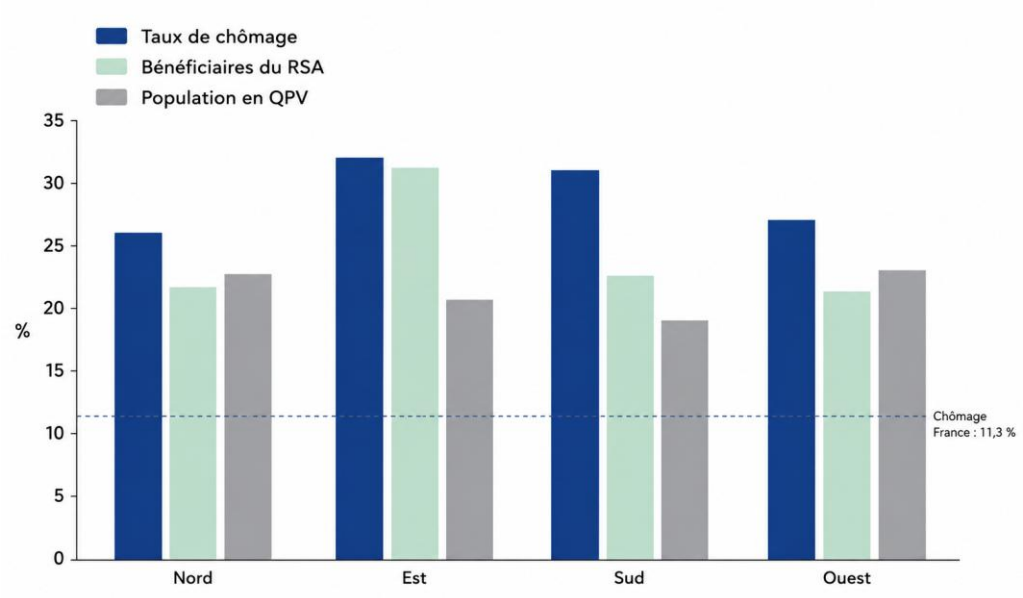
Source : cartographie des intercommunalités de La Réunion (adaptation de la cartographie IEDOM 2024)

Tableau 5 – Indicateurs détaillés par micro-région (2022)

Indicateur	Effectif région	Nord	Est	Sud	Ouest	Taux régional	France hex.
Population (densité hab./km²) au 1er janvier 2022	881 348	752,5	175,3	336,0	407,7	352,0	121,1
Natalité (pour 1 000 hab.)	12 876	15,3 ‰	16,7 ‰	13,8 ‰	13,9 ‰	14,6 ‰	9,7 ‰
Population de moins de 15 ans	192 432	21,6 %	24,5 %	21,4 %	21,1 %	21,8 %	17,2 %
Indice de vieillissement (65+/-20)	-	45,1 %	36,8 %	47,7 %	46,5 %	45,0 %	89,9 %
Enfants <18 ans en famille monoparentale	98 162	45,8 %	47,2 %	40,3 %	40,2 %	42,7 %	21,5 %
Population en Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville QPV (pour 100 hab.)	186 840	22,6 %	20,6 %	19,2 %	23,0 %	21,2 %	8,8 %
Chômage au sens du recensement des 15-64 ans - 2022	114 596	26,1 %	32,0 %	31,0 %	26,9 %	28,9 %	11,3 %
Bénéficiaires du RSA (pour 100 hab.)	205 915	21,6 %	31,0 %	22,8 %	21,4 %	23,4 %	5,1 %
Allocataires 100 % dépendants des prestations CAF (pour 100 allocataires)	96 438	30,5 %	38,8 %	33,5 %	33,8 %	33,5 %	12,0 %
Équipements sport/loisirs/tourisme (‰)	2 529	2,5 ‰	3,2 ‰	2,8 ‰	3,2 ‰	2,9 ‰	4,3 ‰

Sources : Insee RP2022 ; état civil 2023 ; QPV 2024 ; CAF Réunion 2024 ; CAF via OR2S au 31/12/2023 ; base des équipements 2024.

Figure 10 – Focus sur les indicateurs de fragilité socio-économique par micro-région à La Réunion (2022-2024)



Sources : Insee, RP2022 (QPV 2024) ; CAF Réunion 2024 ; CAF via OR2S au 31/12/2023.

Des réalités contrastées selon les micro-régions

Le Nord concentre la plus forte densité de population (752,5 hab./km^2). Il affiche certains indicateurs socio-économiques parmi les plus favorables de l'île (chômage 26,1 %, RSA 21,6 %).

L'Est se distingue par une population plus jeune (24,5 % de moins de 15 ans), la natalité la plus élevée (16,7 ‰) et l'indice de vieillissement le plus faible (36,8 %). Il concentre les fragilités sociales les plus marquées : chômage le plus élevé (32 %), RSA (31 %) et dépendance aux prestations CAF (38,8 %) les plus forts de l'île.

Le Sud présente le profil le plus vieillissant (indice de vieillissement de 47,7 %) et cumule des difficultés socio-économiques importantes : chômage (31 %) et RSA (22,8 %).

L'Ouest présente des indicateurs économiques qui se situent dans la moyenne régionale et un profil démographique assez équilibré. Il a la plus forte proportion de population en QPV (23,0 %).

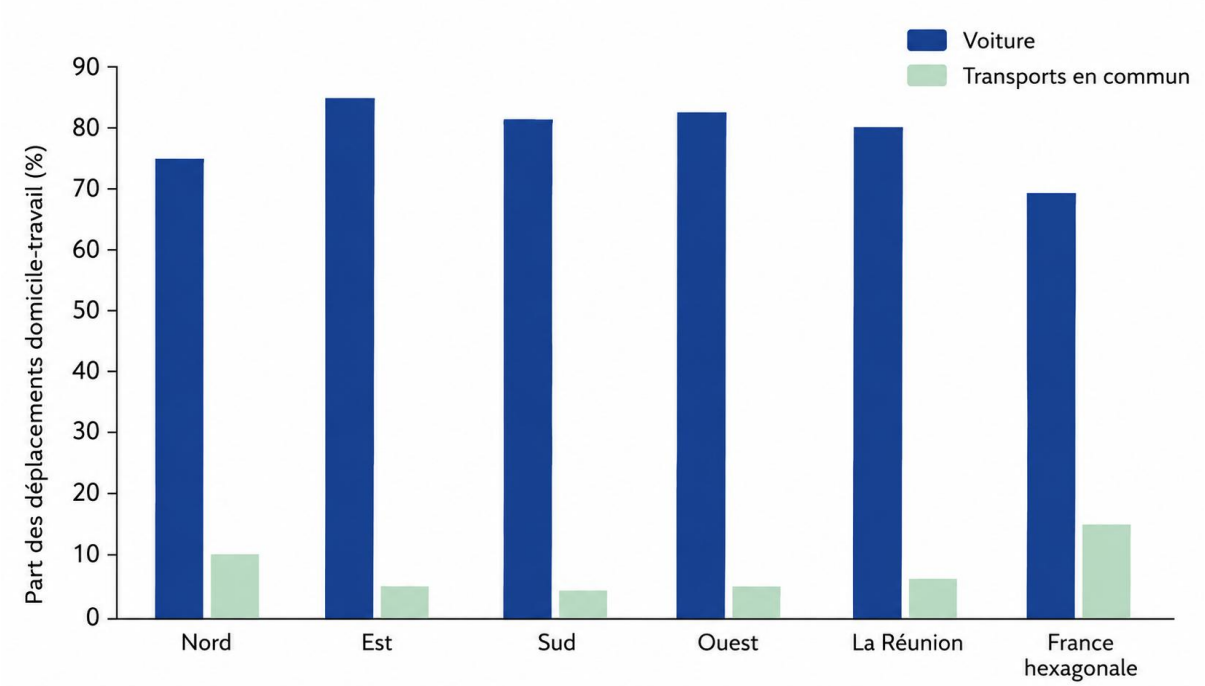
À retenir

À l'échelle régionale, La Réunion se caractérise par une population plus jeune que la France hexagonale mais aussi par des fragilités sociales marquées (42,7 % d'enfants en famille monoparentale, 16,3 % de chômage au sens du BIT, 23,4 % de bénéficiaires du RSA). Des écarts existent entre micro-régions : l'Est est plus jeune, le Sud plus vieillissant, les deux cumulent des fragilités sociales et économiques, le Nord et l'Ouest présentent de meilleurs indicateurs socio-économiques par rapport à l'Est et au Sud.

2.2 Accessibilité et mobilités

Le bilan des États Généraux des Mobilités (EGM) 2023 de La Réunion met en avant une forte dépendance à la voiture individuelle, devenue la principale réponse aux difficultés de déplacement mais également la principale source de congestion. Les transports collectifs restent peu utilisés et souvent jugés insuffisants en termes de fréquence, d'amplitude horaire, de fiabilité et de confort.

Figure 11 – Modes de déplacement domicile-travail par micro-région à La Réunion et en France hexagonale (2022)



Sources : Insee, RP2016 et RP2022.

Tableau 6 – Évolution des déplacements domicile-travail par micro-région à La Réunion et en France hexagonale (2016-2022)

Indicateurs	Nord	Est	Sud	Ouest	Taux régional	France hex.
Évolution des déplacements domicile-travail en voiture (2016-2022)	+0,6pt	+3,1pt	+0,9pt	+2,3pt	+1,5pt	-1,2pt
Évolution des déplacements domicile-travail en transport en commun (2016-2022)	+0,7pt	+0,7pt	+0,2pt	+0,2pt	+0,4pt	+0,3pt

Sources : Insee, RP2016 et RP2022.

La voiture reste, et de loin, le premier mode de déplacement domicile-travail à La Réunion (79,9 % contre 69 % en France hexagonale). Sa part continue de progresser, notamment dans l'Est (+3,1 points entre 2016 et 2022) et l'Ouest (+2,3 points). Les transports en commun progressent peu sur l'ensemble du territoire (+0,2 à +0,7 point), la hausse la plus marquée restant limitée au Nord et à l'Est (+0,7 point).

Cette dépendance croissante à la voiture entraine la congestion des axes routiers, et sans développement comparable de l'offre de transports collectifs, constitue un enjeu direct d'accessibilité aux services, en particulier en santé et dans le secteur médico-social.

Sur l'ensemble du territoire, les Hauts sont systématiquement identifiés comme les zones les plus fragiles en matière de mobilités, les constats des difficultés avec les transports en commun y sont majorés.

L'accessibilité aux Personnes à Mobilité Réduite et aux Personnes vivant avec un handicap est soulignée dans les EGM, avec des constats d'arrêts non conformes, de signalétique insuffisante, de véhicules parfois inadaptés, de manque de solutions coordonnées à l'échelle de l'île pour les transports adaptés, de correspondances multiples difficiles à réaliser.

Mission Expertise France à La Réunion

Dans le cadre du projet européen « instrument d'appui technique » sur la thématique

« Soutenir les choix de vie des personnes vivant avec un handicap », des ateliers ont été organisés à l'échelle nationale, puis à La Réunion sur les 4 micro-régions, en avril 2026 par Expertise France et l'ANAP, en collaboration avec l'ARS.

L'objectif de cette mission est d'appuyer la conception et la mise en œuvre de réformes structurelles visant à transformer l'offre médico-sociale et à promouvoir l'autodétermination des personnes vivant avec un handicap. Les conclusions de la mission seront communiquées à la fin 2027. À travers le recueil des situations vécues et des retours d'expérience des professionnels du secteur médico-social et des personnes accompagnées ainsi que de leurs aidants, des pistes simples ont pu être dégagées lors de la tenue d'ateliers.

Ces ateliers ont fait ressortir un constat partagé : l'accès aux transports reste insuffisant, inégal selon les territoires, avec des difficultés liées au coût, à l'organisation des trajets et au manque d'alternatives adaptées. Les principaux leviers identifiés portent sur :

- une accessibilité plus globale et inclusive ;
- une meilleure continuité des réseaux ;
- le développement de solutions mutualisées ;
- l'accompagnement à la mobilité et la formation des professionnels.

Enfin, les échanges soulignent l'importance de rapprocher les services des lieux de vie et de penser l'aménagement des territoires de manière inclusive.

> **À retenir**
> La mobilité constitue un enjeu majeur d'accessibilité aux services à La Réunion. La forte dépendance à la voiture, associée à une offre de transports collectifs encore insuffisamment adaptée, accentue les inégalités d'accès, notamment pour les habitants des Hauts, des territoires enclavés et les personnes vivant avec un handicap.

2.3 Logement

À La Réunion, les difficultés d'accès au logement se couplent à des situations de mal-logement. La Fondation pour le Logement des Défavorisés estime à près de 150 000 le nombre de personnes non ou mal logées en 2025[9]. En parallèle, 8,1 % de l'ensemble des logements sont vacants en 2023, contre 7,8 % en France hexagonale[10].

[9] Fondation pour le Logement, données 2025 publiées dans la Synthèse du rapport régional 2026
[10] Insee, La France et ses territoires, édition 2026 — Logement

La demande de logement social reste élevée, avec environ 51 000 ménages en attente fin 2025. Cette tension persiste malgré le poids du parc social, qui représente 24 % des résidences principales au 1er janvier 2025[11]. À cette date, La Réunion compte 948 logements sociaux pour 10 000 habitants, contre 785 en France hexagonale[12].

À plus long terme, l'étude Insee–DEAL publiée en novembre 2024 évalue à 172 500 le nombre de logements à construire entre 2021 et 2050, si les tendances démographiques et les modes de cohabitation se poursuivaient. Cette estimation couvre les besoins futurs et la résorption des situations actuelles d'absence de logement ou de mal-logement[13].

Pour les personnes vivant avec un handicap, l'enjeu porte aussi sur l'adaptation du logement aux besoins moteurs, sensoriels ou cognitifs. Le rapport régional 2025 de La Fondation pour le Logement des Défavorisés souligne que le recensement insuffisant des logements accessibles et adaptés dans le parc social complique leur attribution aux ménages concernés. Il illustre également, à travers le parcours d'un couple vivant avec un handicap, les difficultés de déplacement liées aux pannes d'ascenseur. Il relève aussi des freins à l'adaptation du parc privé : complexité des démarches, manque d'opérateurs qualifiés et restes à charge.

2.4 Offre de soins et accès à la santé

2.4.1 Un état de santé marqué par la surmortalité et les maladies chroniques

La Réunion présente une mortalité générale, une mortalité infantile et une prévalence des affections de longue durée (ALD) supérieures aux niveaux observés en France hexagonale. Les écarts territoriaux sont également marqués : l'Est présente les taux les plus élevés de mortalité générale et d'inscription en ALD. Le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers et les affections psychiatriques figurent parmi les pathologies contribuant fortement à la charge des maladies chroniques sur le territoire. Ces indicateurs sont à interpréter conjointement : l'état de santé de la population résulte de facteurs multiples, démographiques, socio-économiques, environnementaux et liés à l'accès aux soins, dont la prévalence des maladies chroniques n'est qu'une composante.

Tableau 7 – Indicateurs de mortalité et de prévalence des affections de longue durée par micro-région à La Réunion et en France hexagonale

Indicateur	Nord	Est	Sud	Ouest	Taux régional	France hex.
Décès toutes causes (taux std./100 000 hab.)	1 044	1 252	1 133	1 070	1 109	930
Mortalité infantile (‰ naissances vivantes)	7,0	7,4	5,9	6,2	6,5	3,8
ALD (prévalence/100 000 hab.)	26 909	30 004	27 800	28 667	28 418	24 713

Sources : Inserm, CépiDc 2021-2023 ; Insee RP2022 ; régimes d'assurance maladie 2023.

2.4.2 Un recours aux soins élevé, dans un contexte de forte vulnérabilité sociale

36,2 % de la population bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (contre 9,9 % en France hexagonale), soit plus de 319 000 personnes ; cette proportion dépasse 42 % dans l'Est. Le recours au

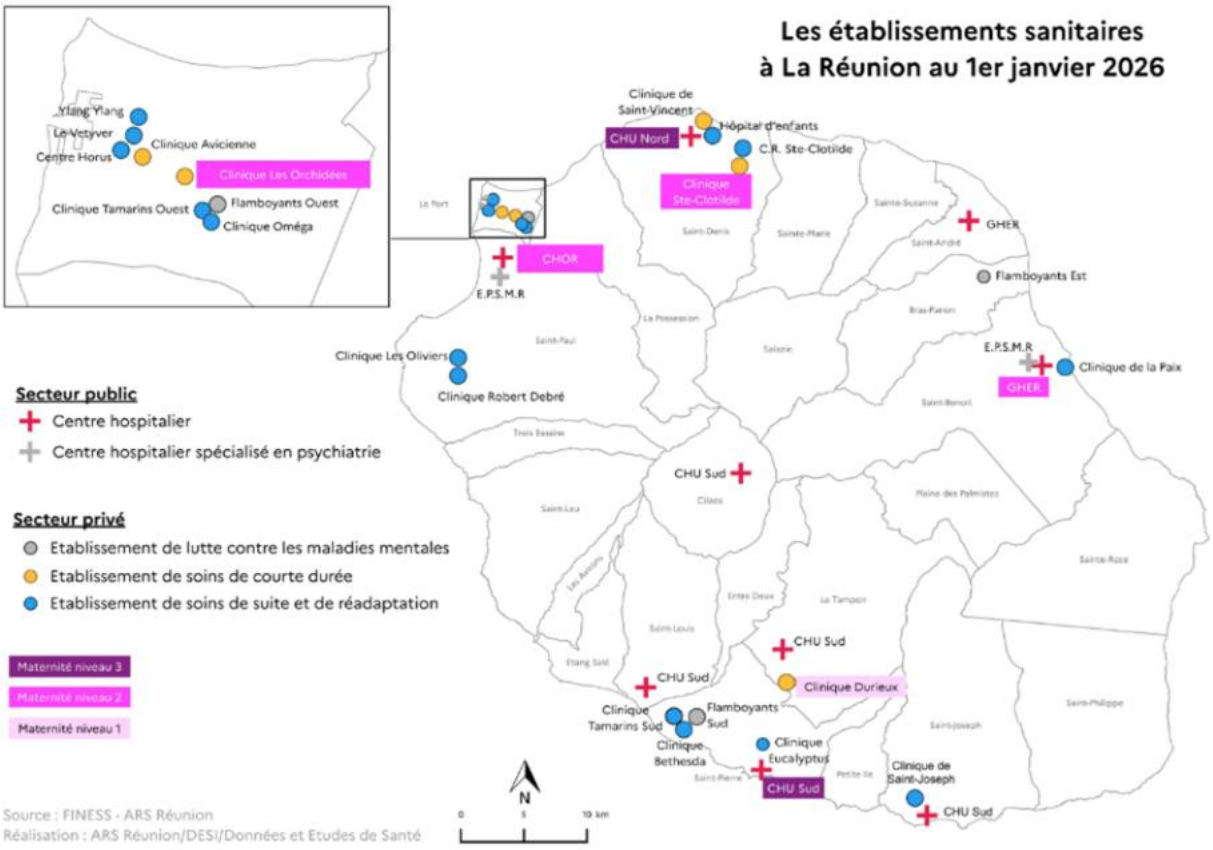
[11] Insee, La France et ses territoires, édition 2026 — Logement
[12] Insee, Logements sociaux au 1er janvier 2025
[13] Insee–DEAL, Insee Analyses Réunion n° 93, novembre 2024

médecin généraliste est également très supérieur à la moyenne nationale (99,4 % des bénéficiaires ont consulté au moins une fois dans l'année, avec 6,2 consultations en moyenne, contre 89 % et 4,1 consultations en France hexagonale).

Le recours hospitalier en médecine est particulièrement élevé avec un taux d'hospitalisation (147,9 pour 1 000 habitants) supérieur à la moyenne nationale (122,6 pour 1 000 habitants)[14]. Une explication possible de ce taux de recours est la prévalence des affections de longue durée.

2.4.3 Une offre de soins structurée mais concentrée sur certaines zones du territoire

Figure 12 – Les établissements sanitaires à La Réunion au 1er janvier 2026



Au 1er janvier 2026, l'offre hospitalière repose sur les deux sites du Centre Hospitalier Universitaire (CHU Nord et Sud), le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER), le Centre Hospitalier Ouest Réunion (CHOR), l'Établissement public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR), complétés par des cliniques privées de médecine-chirurgie-obstétrique, de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), et de santé mentale, principalement implantées dans le Nord, l'Ouest et le Sud.

À La Réunion, le nombre de lits et places installés est légèrement inférieur pour la médecine (224 par 100 000 habitants pour 234 au national), inférieur pour la chirurgie (78 par 100 000 habitants pour 113 au national) et largement supérieur pour la gynécologie-obstétrique (88 par 100 000 habitants pour 59 au national)[15]. La répartition de l'offre de soins est concentrée sur le littoral et à mettre en lien avec les difficultés d'accessibilité et de mobilité.

[14] L'ORS La Réunion (Observatoire Régional de la Santé) : portrait régional, juin 2026
[15] INSEE, Lits et places publics et privés installés au 31 décembre 2022 par discipline, 2025

L'offre de professionnels de santé libéraux est quant à elle la suivante :

Tableau 8 – Offre de professionnels de santé libéraux

	La Réunion (pour 100 000 habitants)	France (pour 100 000 habitants)
Médecins généralistes	174	146
Médecins spécialisés	205	201
Chirurgiens-dentistes	65	54
Psychiatres	6,4	9,2
Pharmaciens	97	109
Sages-femmes	79	56
Infirmiers	211	144
Kinésithérapeutes	188	120
Orthophonistes	52	32
Orthoptistes	11	5
Pédicures-podologues	9	19

Sources : Data Ameli Effectif par territoire professionnels de santé libéraux La Réunion 2024 ; Insee Professionnels de santé au 1er janvier 2025 ; ORS portrait 2026

La Réunion est mieux dotée en médecins généralistes libéraux, chirurgiens-dentistes et sages-femmes par rapport à la moyenne nationale ; l'écart se réduit pour les médecins spécialisés et est très hétérogène au sein de cette catégorie. Cependant, un sous-effectif est constaté en ce qui concerne les psychiatres et les pharmaciens.

Pour ce qui est des professionnels paramédicaux dont les données de recensement sont disponibles, tous sont surreprésentés hormis les pédicures-podologues.

Cette offre importante est à relativiser sur le territoire de La Réunion, car elle demeure inégalement répartie entre les micro-régions[16]. L'Ouest présente globalement les densités de professionnels de santé les plus élevées, tandis que l'Est apparaît largement moins doté, suivi par le Nord dans des proportions bien moins importantes.

2.4.4 L'exercice coordonné et la coordination territoriale

Le Projet régional de santé (PRS) 2023-2033 fait de la construction de parcours de santé coordonnés et accessibles l'une de ses orientations. Sa mise en œuvre prévoit notamment l'accompagnement à la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), la formation des coordonnateurs des structures d'exercice coordonné et l'appui aux parcours de santé complexes par le Dispositif d'appui à la coordination (DAC).

Le développement de l'exercice coordonné

L'exercice coordonné s'est développé à La Réunion au cours des dernières années. En 2025, le territoire compte 26 MSP, soit 2,9 pour 100 000 habitants contre 4,4 au national[17]. Le Portrait régional 2026 de l'ORS recense par ailleurs 7 centres de santé, soit 0,8 pour 100 000 habitants pour 4,2 au national[18].

[16] L'ORS La Réunion (Observatoire Régional de la Santé) : portrait régional, juin 2026
[17] Ministère de la Santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Les maisons de santé, 2026
[18] Ministère de la Santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Les centres de santé, 2025

Ces organisations permettent aux professionnels de santé de coordonner leurs interventions à différentes échelles. Les MSP et centres de santé organisent un exercice pluriprofessionnel autour de leurs patients, tandis que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) organisent la coopération des professionnels de santé à l'échelle d'un territoire plus large. Le PRS inscrit leur développement dans une logique d'amélioration de l'accès aux soins, de prévention et de fluidité des parcours.

Depuis la fin de l'année 2022, six CPTS sont en fonctionnement et couvrent l'intégralité du territoire réunionnais. Elles participent notamment à l'accès au médecin traitant et à l'organisation des soins non programmés et portent des actions relatives à la prévention et aux parcours de santé différents selon les territoires. Leur périmètre ne se limite pas aux professionnels libéraux : les établissements de santé ainsi que les acteurs médico-sociaux et sociaux peuvent également y participer.

Pour le secteur médico-social, cette structuration constitue ainsi un point d'appui possible pour renforcer l'articulation avec les ressources sanitaires de droit commun, notamment dans un contexte de développement des accompagnements en milieu ordinaire.

Des dispositifs complémentaires pour les parcours complexes et la territorialisation des politiques de santé

Le Dispositif d'appui à la coordination La Réunion propose un appui aux professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social confrontés à une situation complexe, quels que soient l'âge ou la pathologie de la personne. Il vise notamment à faciliter la coordination des interventions lorsque la multiplicité des acteurs ou des difficultés rencontrées rend le parcours difficile à organiser.

À une autre échelle, les Contrats locaux de santé (CLS) permettent de décliner les priorités de santé au niveau communal et de mobiliser les acteurs locaux autour d'actions adaptées aux besoins du territoire. En août 2026, 22 CLS sont signés à La Réunion. Parmi eux, 16 intègrent explicitement la thématique du handicap dans leurs axes ou objectifs stratégiques, souvent en articulation avec des enjeux plus larges d'autonomie. Cette donnée doit toutefois être interprétée avec prudence : la présence d'un axe consacré aux « personnes vulnérables » ou à l'autonomie ne traduit pas systématiquement une action spécifiquement orientée vers les personnes vivant avec un handicap. L'ARS encourage désormais une déclinaison plus opérationnelle de cette thématique dans les CLS, autour notamment de l'inclusion scolaire et sociale, de l'accès aux droits, du soutien aux aidants et de l'accessibilité, en identifiant également les ESMS comme ressources mobilisables par les communes.

Enfin, les Instances territoriales de concertation en santé (ITCS) ont été réunies en 2024 à l'échelle des quatre micro-régions dans le cadre de la mise en œuvre du PRS. Elles ont associé usagers, élus, établissements sanitaires et médico-sociaux, CPTS, MSP, centres de santé, services de l'État et Assurance maladie afin de partager les diagnostics territoriaux et de faire émerger des réponses adaptées aux enjeux locaux. Ces rencontres constituent ainsi un espace de concertation territoriale entre acteurs du sanitaire, du médico-social et du droit commun.

2.4.5 Santé mentale : un renforcement des articulations entre psychiatrie, ville et secteur médico-social

La santé mentale constitue l'une des priorités du PRS 2023-2033. À La Réunion, cette politique s'appuie notamment sur le Projet territorial de santé mentale (PTSM) 2025-2030, construit autour de 2 axes, 10 priorités et 41 actions. Il vise à organiser des réponses dépassant la seule prise en charge psychiatrique, en intégrant notamment le rétablissement, la citoyenneté, les démarches d'«aller-vers», la prévention, le soutien aux aidants, l'accès aux soins somatiques et la coordination entre acteurs.

Plusieurs orientations concernent directement les interfaces entre psychiatrie et secteur médico-social. Le PTSM prévoit notamment de renforcer la liaison entre les services de psychiatrie et les établissements médico-sociaux, de développer une expertise spécifique pour les personnes présentant des troubles du neurodéveloppement associés à des troubles psychiatriques et d'organiser des modalités d'accueil et d'hébergement adaptées à ces situations.

Cette logique de décloisonnement concerne également le milieu de vie ordinaire. Le PTSM prévoit des actions de soutien et de transfert de compétences auprès des aidants et des intervenants à domicile, le développement de la Communication alternative et améliorée (CAA), l'amélioration de l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques, ainsi que le renforcement de la collaboration entre psychiatrie de secteur, professionnels de ville et dispositifs territoriaux de coordination.

Ces orientations renforcent ainsi la place des coopérations entre psychiatrie, soins de ville, domicile et secteur médico-social dans l'organisation des parcours des personnes présentant des besoins de santé mentale.

2.4.6 Les ressources du domicile : une offre d'aide et de soins en recomposition

Le développement des accompagnements dans le milieu de vie ordinaire repose également sur la capacité à mobiliser des ressources d'aide et de soins au domicile. Cette offre est actuellement restructurée dans le cadre de la réforme nationale des Services autonomie à domicile (SAD)[19], qui vise à rapprocher les fonctions d'aide, d'accompagnement et de soins au domicile. Le cadre règlementaire prévoit ainsi que les SAD assurent des prestations d'aide et d'accompagnement, une réponse aux besoins de soins, une aide à l'insertion sociale et des actions de prévention et de soutien à l'autonomie. Selon leur organisation, ils peuvent assurer directement les soins ou organiser l'accès de la personne aux professionnels et services susceptibles d'y répondre.

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) peut être mobilisée pour les personnes vivant avec un handicap lorsque l'état de santé nécessite des soins hospitaliers pouvant être réalisés sur le lieu de vie. L'articulation entre les différents intervenants du domicile est également prévue par le cadre règlementaire : l'intervention conjointe d'un établissement d'HAD et d'un Service Autonomie à Domicile (SAD) est possible et doit faire l'objet d'une organisation coordonnée entre les deux services.

La structuration de ces ressources constitue ainsi un enjeu pour les parcours des personnes accompagnées vivant avec un handicap dans leur milieu de vie, en renforçant les possibilités d'articulation entre accompagnement médico-social, aide à domicile et soins de droit commun.

2.4.7 Des dispositifs dédiés à l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap

L'amélioration de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap constitue un objectif du Projet régional de santé 2023-2033. Celui-ci prévoit notamment de développer les consultations et dispositifs de soins dédiés, de soutenir l'accès aux soins de ville et de doter les établissements de santé d'un référent handicap. Cette dernière orientation a connu une traduction concrète à La Réunion : la totalité des établissements publics de santé dispose désormais d'un référent handicap. Le recrutement est en cours pour le CHOR et le GHER (fin 2026).

Une stratégie régionale d'habituation aux soins est en cours de déploiement. Elle s'appuie sur des travaux engagés à La Réunion par le CHU Sud et le Centre Ressources Autisme (CRA) autour de protocoles permettant de préparer progressivement les personnes présentant un trouble du spectre de

[19] Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile

l'autisme (TSA) aux consultations, examens et actes de soins. Ces outils visent également à accompagner les professionnels sanitaires et médico-sociaux dans l'adaptation de leurs pratiques. Elle cible dans un premier temps les ESMS, avec la formation des professionnels et la diffusion de mallettes d'habituation aux soins, tout en prévoyant une articulation avec les établissements de santé et une extension progressive vers les professionnels de ville.

Le programme Handigynéco, porté à La Réunion par le Planning familial, vise à améliorer l'accès des femmes vivant avec un handicap à la santé gynécologique, sexuelle et reproductive. Son déploiement a débuté à partir de la fin de l'année 2024, avec des consultations gynécologiques individuelles et des ateliers collectifs d'information et de sensibilisation. En 2025, le programme a concerné 7 établissements d'accueil médicalisé (EAM) et 4 Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) identifiés comme prioritaires.

En avril 2026, le CHOR a inauguré HANDI-ACCÈS, porté au sein de la Maison Pascal Jacob avec l'appui de l'ARS et en partenariat notamment avec des acteurs médico-sociaux. Le dispositif constitue un point d'entrée permettant d'adapter et de coordonner les parcours de soins des personnes vivant avec un handicap. Il prévoit deux niveaux d'intervention : des consultations adaptées, avec facilitation des rendez-vous, sensibilisation des équipes et mise à disposition de matériel adapté, et un accompagnement renforcé pour les parcours complexes, pouvant notamment faciliter l'accès aux plateaux techniques et la préparation des soins.

Le dispositif HANDIDENT La Réunion, inauguré en juin 2026 avec le soutien de l'ARS, répond plus spécifiquement aux difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires des personnes vivant avec un handicap et des personnes âgées en perte d'autonomie. Il repose sur une unité de coordination des soins bucco-dentaires qui s'appuie sur un parcours de soins gradué (ville-ESMS-hôpital). Il comprend également le renforcement de la prévention en lien avec les structures médico-sociales et la formation des chirurgiens-dentistes libéraux à l'accueil des personnes ayant des besoins spécifiques. Dès son lancement, 46 chirurgiens-dentistes avaient signé la charte HANDIDENT et pouvaient s'appuyer sur une cellule de coordination dédiée.

Ces dispositifs interviennent à des niveaux complémentaires, adaptation de l'accueil hospitalier, santé gynécologique et sexuelle, soins bucco-dentaires, coordination avec les professionnels de ville, et visent à faciliter l'accès des personnes vivant avec un handicap aux ressources sanitaires de droit commun.

2.4.8 Des difficultés d'accès aux soins et des ruptures de parcours qui persistent

Malgré le développement de dispositifs dédiés, les difficultés d'accès aux soins peuvent encore concerner une partie des personnes vivant avec un handicap.

Le baromètre Handifaction La Réunion, portant sur la période de juillet 2025 à juin 2026 et reposant sur 1 730 réponses, indique que 17 % des répondants n'ont pas pu accéder aux soins dont ils avaient besoin et que 13 % déclarent avoir subi un refus de soins. Le médecin traitant apparaît comme un point d'appui important : 98 % des répondants déclarent en disposer et, parmi eux, 84 % ont pu accéder aux soins, contre 54 % parmi les personnes sans médecin traitant. Près d'une personne sur deux indique par ailleurs avoir besoin d'être accompagnée pour accéder aux soins ; dans 59 % des situations, cet accompagnement est assuré par un membre de la famille.

Les travaux de l'Observatoire des Ruptures de Parcours (ORP) du DAC La Réunion complètent ces constats. En 2025, 53 nouvelles situations de rupture ont été recueillies ; 41 concernaient des personnes vivant avec un handicap.

Les principales causes identifiées relèvent de l'absence ou de l'insuffisance de professionnels ou de services, mais aussi des difficultés d'articulation entre acteurs et d'accès aux réponses disponibles. Les situations analysées mettent également en évidence des facteurs associés tels que les difficultés d'hébergement, l'isolement socio-familial, l'épuisement des aidants et le transport.

Les difficultés de sortie d'hospitalisation illustrent également ces interfaces. L'enquête «Bed Blockers» conduite par l'ARS en 2025 a identifié, à la date de l'enquête, 295 patients considérés comme médicalement sortants mais maintenus en hospitalisation faute de solution d'aval adaptée selon la définition retenue par leur établissement. Parmi eux, 12,8 % concernaient un ESMS pour personnes vivant avec un handicap. Ces situations ne relèvent toutefois pas uniquement de la disponibilité de places. Sur les 295 patients, seuls 17,3 % disposaient d'un logement adapté et 30,2 % étaient sans domicile ou avaient perdu leur logement.

À retenir

La Réunion dispose d'une offre de soins diversifiée, complétée par un développement de l'exercice coordonné, des dispositifs territoriaux de coordination et plusieurs réponses spécifiquement destinées à améliorer l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap. Les orientations récentes du PRS, du PTSM et le développement des SAD renforcent par ailleurs les logiques de parcours, d'intervention dans le milieu de vie ordinaire et d'articulation entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Cette structuration reste néanmoins confrontée à des inégalités territoriales de ressources et à des difficultés persistantes d'accès et de continuité des parcours. Les données Handifaction, de l'Observatoire des ruptures de parcours et de l'enquête Bed Blockers mettent notamment en évidence des situations associant insuffisance ou inadéquation des réponses, difficultés de coordination, transport, logement, isolement ou épuisement des aidants.

Dans un contexte de transformation de l'offre médico-sociale, l'enjeu porte ainsi autant sur l'évolution des réponses propres aux ESMS que sur leur capacité à mobiliser et à articuler les ressources sanitaires et de droit commun disponibles sur le territoire.

2.5 Les personnes vivant avec un handicap

À La Réunion, au 31 décembre 2025, il y avait 76 238 personnes reconnues vivant avec un handicap par la MDPH disposant d'au moins un droit valide, soit un taux[20] de prévalence de 8,6 % de la population réunionnaise pour 9,4 % au national[21] au 31 décembre 2024. Mais à La Réunion, ce nombre est en forte augmentation (+ 21,8 % entre 2021 et 2024) par rapport au national (+ 8,5 % sur la même période). De 2024 à 2025, le nombre de personnes reconnues vivant avec un handicap par la MDPH a encore progressé de 5,6 %.

Tableau 9 – Principaux indicateurs du handicap par micro-région à La Réunion (2025)

Indicateur	% Nord	% Est	% Sud	% Ouest	% régional	% national
Personnes vivant avec un handicap	8,4	8,4	8,7	7,9	8,4	9,4 (2024)
Part de personnes vivant avec un handicap parmi les moins de 20 ans	5,1	5,2	6,1	5,4	5,5	--

[20] MDPH, Population MDPH 974 2025, octobre 2026

[21] CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2026

Indicateur	% Nord	% Est	% Sud	% Ouest	% régional	% national
Part de personnes vivant avec un handicap parmi les 60 ans ou plus	11,2	11,7	11,2	10,2	11,1	--
Part d'allocataires AAH parmi les 20 à 59 ans	6,2	7,4	7,2	5,9	6,6	3,35
Part d'allocataires AEEH parmi les moins de 20 ans	4,1	4,3	5,1	4,4	4,5	3,3

Sources : MDPH, Population MDPH 974 2025 ; CNSA Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2026, CAF data Répartition des allocataires selon la prestation et l'âge 2026 ; INSEE RP 2023 Population détaillée par sexe, âge et catégorie – Données détaillées (POP2) La Réunion ; INSEE Pyramide des âges au 1er janvier 2026.

À La Réunion, la proportion de personnes reconnues vivant avec un handicap par la MDPH augmente avec l'âge, passant de 5,5 % chez les moins de 20 ans à 11,1 % chez les 60 ans ou plus.

En comparant au national, le nombre de bénéficiaires d'AAH et d'AEEH rapporté à la tranche d'âge de la population concernée, afin de neutraliser la structure démographique plus jeune de La Réunion, met en avant un taux largement supérieur de bénéficiaires localement : + 97 % de bénéficiaires de l'AAH et + 36 % de bénéficiaires de l'AEEH. Selon l'IGAS[22], les écarts du nombre de bénéficiaires entre départements s'expliquent à 75 % par les caractéristiques de la population (prévalences, niveau de vie, taux de pauvreté, taux d'urbanisation...) et du département. Pour le quart restant, l'IGAS met en avant qu'il est statistiquement possible de l'expliquer par les modalités de leur attribution et de leur gestion, propres aux MDPH.

Tableau 10 – Part de bénéficiaires d'un type de droit ouvert par la MDPH parmi la population régionale et nationale

Type de droit	% régional (2023)	% régional (2024)	% régional (2025)	% national (2023)
Carte Mobilité Inclusion (CMI)	3,66	3,99	4,07	7,00
Orientation médico-sociale pour ESMS enfants	0,50	0,54	0,57	0,46
Scolarisation de l'enfant vivant avec un handicap	1,05	1,13	1,24	1,14
Orientation médico-sociale pour ESMS adultes	0,68	0,76	0,81	0,59
Orientation professionnelle	4,14	4,48	4,01	6,75
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	0,89	0,95	1,04	0,73

Sources : MDPH, Population MDPH 974 2025 ; INSEE Populations de référence en vigueur à compter du 1er janvier 2026 La Réunion ; CNSA Repères statistiques n°23 : Attribution des droits par les MDPH en 2023.

En comparant avec le national sur l'année 2023, plusieurs écarts peuvent être constatés. L'IGAS apporte une analyse nationale sur ces divergences territoriales[23]. De manière transversale, les différences notées sont à mettre au regard de la structure démographique plus jeune de la population réunionnaise par rapport au national.

[22] IGAS, rapport divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (AAH, AEEH, PCH, APA, ASH) et panorama des aides extralégales, 2025

[23] IGAS, rapport divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (AAH, AEEH, PCH, APA, ASH) et panorama des aides extralégales, 2025

Les parts de personnes concernées par plusieurs droits sont moins importantes qu'au national. Pour la CMI, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elle s'adresse aussi aux personnes âgées en perte d'autonomie ou par un non-recours à ce droit. Pour la scolarisation, la part de bénéficiaires plus faible en 2023 est en nette augmentation et dépasse désormais le niveau national : + 18 % sur deux ans. Pour les orientations professionnelles, cet écart important pourrait s'expliquer par un moindre recours aux dispositifs de reconnaissance professionnelle du handicap, un sous-dimensionnement des places en milieu de travail accompagné, un contexte économique rendant le marché du travail moins favorable à l'insertion, une surreprésentation des situations les plus éloignées de l'emploi.

Au contraire, la part de personnes orientées vers des ESMS enfants ou adultes est plus importante qu'au national. Le taux plus élevé d'orientations vers les ESMS à La Réunion pourrait résulter de la combinaison d'un ou plusieurs facteurs difficilement quantifiables : des limitations d'activité plus importantes parmi les situations de handicap, un recours plus important à cette modalité auprès de la MDPH, des pratiques d'évaluation ou d'orientation différentes, une offre médico-sociale centrée sur les ESMS, une offre inclusive de droit commun encore insuffisamment développée. Ces orientations sont en forte augmentation sur les deux dernières années : 14 % pour les ESMS enfants et 19 % pour les ESMS adultes.

En ce qui concerne la PCH, la part de bénéficiaires de la PCH est 22 % plus importante à La Réunion qu'au national. De plus, le montant moyen de la PCH à La Réunion est de 9 673,6 €, plaçant La Réunion au 10e rang des départements avec les dépenses les plus hautes par bénéficiaire. Les ressources allouées à la PCH sont donc conséquentes et la part de bénéficiaires continue à augmenter : 17 % sur les deux dernières années.

Selon l'IGAS, un taux élevé de droits PCH ouverts dans un département peut être dû à plusieurs facteurs : la prévalence du retentissement des limitations fonctionnelles du handicap ouvrant droit à l'éligibilité à la PCH, les écarts des pratiques entre MDPH dans l'évaluation des besoins et du plan d'aide liés à des profils d'évaluateurs différents, à l'orientation managériale donnée ou à des habitudes ou cultures différentes des évaluateurs, la durée des droits ouverts et leur régime d'actualisation, les modalités de décision des CDAPH. L'IGAS précise que l'éligibilité aux aides humaines de la PCH est complexe car subjective, contingente et évolutive.

Tableau 11 – Part de bénéficiaires d'un type de droit ouvert par la MDPH parmi la population générale des micro-régions (2025)

Type de droit	% de bénéficiaires dans le Nord	% de bénéficiaires dans l'Est	% de bénéficiaires dans le Sud	% de bénéficiaires dans l'Ouest	% régional
Carte Mobilité Inclusion (CMI)	4,27	4,07	4,24	3,65	4,07
Orientation médico-sociale pour ESMS enfants	0,53	0,58	0,59	0,51	0,57
Scolarisation de l'enfant vivant avec un handicap	1,10	1,28	1,35	1,19	1,24
Orientation médico-sociale pour ESMS adultes	0,71	0,80	0,89	0,73	0,81

Type de droit	% de bénéficiaires dans le Nord	% de bénéficiaires dans l'Est	% de bénéficiaires dans le Sud	% de bénéficiaires dans l'Ouest	% régional
Orientation professionnelle	4,10	3,96	4,05	3,84	4,01
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	0,83	1,04	1,20	0,91	1,04

Sources : MDPH, Population MDPH 974 2025 ; INSEE Populations de référence en vigueur à compter du 1er janvier 2026 La Réunion

À partir du comparatif par micro-région, plusieurs disparités territoriales peuvent être repérées.

La micro-région Nord se démarque par les taux les plus bas de PCH, d'orientations médico-sociales pour adulte et de droits de scolarisation. Les orientations médico-sociales pour enfants sont en dessous de la moyenne régionale. Elle se positionne au premier rang pour les parts de bénéficiaires de CMI et d'orientations professionnelles.

La micro-région Est a des taux de bénéficiaires de droits proches de la moyenne régionale. Ils sont légèrement plus élevés pour les orientations médico-sociales enfants et la scolarisation, égaux pour la PCH et la CMI, et légèrement inférieurs pour les orientations médico-sociales adultes et les orientations professionnelles.

La micro-région Sud a des parts de bénéficiaires supérieures à la moyenne régionale pour tous les droits. Elle a aussi les taux les plus importants de population concernée pour la PCH, les orientations médico-sociales et les droits de scolarisation.

La micro-région Ouest a des parts de bénéficiaires inférieures à la moyenne régionale pour tous les droits. Elle se démarque aussi par les taux les plus bas concernant les orientations médico-sociales pour enfants, les orientations professionnelles et la CMI.

À retenir

À La Réunion, bien que la proportion de personnes reconnues vivant avec un handicap par la MDPH soit légèrement inférieure à la moyenne nationale, ce nombre progresse de manière importante.

Par rapport au national, le territoire se caractérise par un recours plus important aux prestations d'AAH, d'AEEH et de PCH. Les orientations vers les établissements et services médico-sociaux sont aussi plus nombreuses. Au contraire, les niveaux d'attribution de droits sont plus faibles pour la CMI et les orientations professionnelles.

Ces écarts peuvent résulter de la combinaison de facteurs démographiques, socio-économiques, de limitations d'activité plus importantes parmi les situations de handicap, d'un non-recours aux droits, de solutions inclusives de droit commun peu développées ou être liés aux pratiques d'évaluation des droits.

Des disparités territoriales marquées sont constatées au niveau des micro-régions : la mobilisation des droits est plus forte dans le Sud, suivi de l'Est.

2.6 La scolarité des personnes vivant avec un handicap

À la rentrée scolaire 2026, 4,8 % des 213 950 élèves[24] scolarisés en établissement scolaire vivaient avec un handicap, soit 10 199 élèves[25]. Le nombre d'élèves vivant avec un handicap est en forte progression, il a augmenté en moyenne de 7,4 % par an entre 2024 et 2026, soit 1 363 jeunes supplémentaires alors que les effectifs totaux des élèves diminuent sur la période (3 400 élèves en moins). 51 % des élèves vivant avec un handicap sont dans le premier degré, 49 % dans le second degré.

Parmi les élèves du premier degré, 31 % sont en Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS). Dans le second degré, ils sont 27 % à être en ULIS. Au national, les données disponibles sur l'année scolaire 2023-2024 font état de 23,3 % des élèves du premier degré et 25,4 % des élèves du second degré en ULIS[26].

Au 31 août 2025, 9 315 enfants et jeunes disposaient d'un droit à une aide humaine à la scolarisation, individuelle ou mutualisée. Pour 6 406 d'entre eux, il s'agit d'un droit «cible» : l'aide humaine est la compensation adaptée à leurs besoins. Pour les 2 909 autres, soit près d'un tiers, il s'agit d'un droit «alternatif» : l'aide permet de maintenir l'élève en classe ordinaire en l'absence de place dans son orientation cible, le plus souvent une ULIS (54 %) ou un IME (23 %). Cette part est plus élevée dans l'Est (37 %) que dans les autres micro-régions (30 à 31 %)[27].

De son côté, l'Éducation nationale recense 6 398 élèves notifiés pour un accompagnement humain à la rentrée 2025, un volume proche de celui des droits cibles. 95 % d'entre eux bénéficiaient d'un accompagnement effectif, ce qui laisse des situations d'accompagnement partiel ou absent. Le nombre d'accompagnants d'élèves vivant avec un handicap (AESH) a augmenté de 10,7 % au cours de l'année 2025[28].

Tableau 12 – Répartition des élèves vivant avec un handicap par type de trouble (rentrée 2024)

Type de trouble	Part des élèves (%)
Troubles cognitifs ou intellectuels	39,8
Troubles du langage ou de la parole	20,4
Troubles du psychisme	7,5
Troubles associés (plusieurs troubles)	7,0
Troubles moteurs	3,0
Troubles auditifs	1,3
Troubles visuels	0,6
Troubles viscéraux	0,6
Autres troubles non précisés	19,8

Sources : CDSEI , 05 juin 2025, "Etat de la scolarisation en 2024.

Les notifications visant le matériel pédagogique adapté concernaient 10,5 % des élèves vivant avec un handicap, principalement pour les troubles du langage et de la parole (38 %). En 2024, 6 % des élèves dans le premier degré étaient scolarisés à temps partiel et 2 % dans le second degré. Leur temps de scolarisation moyen est de 4,1 demi-journées par semaine[29].

[24] Région académique de La Réunion, Rentrée scolaire l'école au cœur, 2026-2027
[25] Rectorat, septembre 2026
[26] CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2026
[27] MDPH de La Réunion, Étude flash sur les besoins d'aide humaine à la scolarisation (AESH) au 31/08/2025, décembre 2025
[28] Assemblée nationale, réponse du ministère de l'Éducation nationale à la question écrite n° 9723, JO du 14 avril 2026
[29] Comité départemental de suivi de l'école inclusive à La Réunion, État de la scolarisation, 2025

Pour renforcer l'accompagnement des élèves vivant avec un handicap, la région académique de La Réunion a déployé, entre 2025 et 2027, un plan de formation « école pour tous ». Il porte sur l'accessibilité des enseignements, l'identification et la réponse aux besoins éducatifs particuliers. En mai 2026, 4 300 personnels étaient formés. De plus, des référents Handicap sont prévus dans les établissements scolaires ; ils ont pour mission d'accompagner les équipes dans la mise en œuvre de l'accessibilité pédagogique et éducative ; de produire et diffuser des ressources pédagogiques adaptées à destination des équipes pédagogiques ; de contribuer à l'identification des besoins et des réponses à apporter aux élèves.

À retenir

10 199 élèves scolarisés au sein des établissements scolaires vivent avec un handicap, soit 4,8 % de l'effectif total. 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 » est en cours depuis 2025 et se poursuit jusqu'en 2027.

2.7 L'emploi des personnes vivant avec un handicap

En 2025, plus de 44 000 personnes disposent d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)[30], soit 7,6 % de la population réunionnaise âgée de 15 à 64 ans. Ce niveau parait proche du national : en 2023, la part de RQTH représentait 7,5 % de la population active. À La Réunion, leur nombre augmente fortement : de 9 % entre 2022 et 2023, puis de 15 % entre 2023 et 2024, et 7,5 % de 2024 à 2025. Au national, cette progression est moins marquée : 2,8 % entre 2022 et 2023[31].

À La Réunion, plus de la moitié des personnes reconnues par la MDPH disposent désormais d'une RQTH. Le public concerné vieillit car plus de la moitié des bénéficiaires de la RQTH ont 50 ans ou plus.

Par ailleurs, en 2024, près de 8 000 demandeurs d'emploi inscrits à France Travail bénéficient d'une reconnaissance administrative de handicap, soit 5,1 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi. Au national, ils représentent 9,2 % de ces mêmes demandeurs d'emploi[32]. À La Réunion, leur nombre a progressé de 10 % depuis 2019. Cette proportion varie selon les territoires : elle atteint 5,8 % dans le Nord et dépasse 6 % dans certaines communes, notamment Petite-Île, Sainte-Suzanne et Sainte-Marie.

Il est à noter que 17 % des demandeurs d'emploi ayant une reconnaissance de handicap ont bénéficié d'au moins une prestation France Travail entre septembre 2023 et août 2024. De plus, 27 % d'entre eux bénéficient d'un accompagnement renforcé, soit par Cap Emploi, soit par France Travail.

Les freins au retour à l'emploi sont divers et variés pour ce public. Parmi les demandeurs d'emploi bénéficiaires d'une reconnaissance de handicap ayant fait l'objet d'un diagnostic en 2024, 8 sur 10 présentent au moins un frein périphérique à l'emploi. Cela représente près de deux fois plus que les autres demandeurs d'emploi (43 %). La contrainte liée à l'état de santé constitue le premier frein identifié (69 %). Des difficultés de mobilité sont relevées : 21 % expriment un besoin d'appui pour

[30] MDPH, Population MDPH 974 2025, octobre 2026
[31] CNSA, Repères statistiques n°23 : Attribution des droits par les MDPH en 2023, 2025
[32] AGEFIPH, Emploi et chômage des personnes handicapées Tableau de bord, 2024

accéder à un moyen de transport. Enfin, 53 % déclarent ne pas pouvoir se déplacer à plus de 30 minutes ou 14 km de leur domicile pour occuper un emploi.[33]

À retenir

44 000 personnes, soit 7,6 % des Réunionnais âgés de 15 à 64 ans disposent d'une RQTH. Ce nombre continue d'augmenter : +15 % entre 2023 et 2024, puis +7,5 % entre 2024 et 2025. La part de demandeurs d'emploi inscrits à France Travail bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap est moins importante à La Réunion (5,1 %) qu'au national (9,2 %). L'emploi des personnes vivant avec un handicap reste marqué par des freins importants à l'insertion, notamment liés à la santé et à la mobilité.

2.8 Les professionnels médico-sociaux du champ du handicap

À La Réunion, environ 4 500 professionnels médico-sociaux accompagnent les personnes vivant avec un handicap au sein des ESMS[34].

Tableau 13 – Taux moyen d'absentéisme, de rotation et de vacance des professionnels médico-sociaux du champ du handicap à La Réunion

Indicateur	Taux régional en ESMS du champ du handicap 2024	Taux national en ESMS 2023	Taux national en entreprise 2024
Taux d'absentéisme moyen du personnel	14,8 %	11,5 %	4,8 %
Taux de rotation moyen du personnel	9,4 %	24,4 %	15,5 %
Taux de vacance moyen du personnel	4,3 %	4,5 %	2,6 %

Source : TdB 2024 ANAP ; Repères Statistiques n°24 Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux CNSA 2025 données 2023 ; INSEE RP 2024, Observatoire de la performance sociale IPSOS 2024, DARES 2024.

La Réunion est marquée par un taux d'absentéisme plus important qu'au national. La différence vient majoritairement du nombre important d'arrêts de longue durée, qui représentent à eux seuls 6 points des 14,8 % d'absentéisme. Au contraire, La Réunion se démarque spécifiquement du national par un taux de rotation beaucoup plus faible. Le taux de rotation est un indicateur de fidélisation des professionnels, celui-ci étant faible, cela indique que les professionnels médico-sociaux restent embauchés par le même employeur sur des durées plus longues. De manière générale et indifférenciée, les raisons potentielles seraient moins de contrats courts à La Réunion, moins de mobilités inter-employeurs et moins de démissions. Le taux de vacance à La Réunion est proche du niveau national, qui a doublé entre 2017 et 2023. Un taux de vacance de postes élevé suggère un temps de recrutement long qui peut être lié à des choix internes ou au manque d'attractivité des métiers du secteur médico-social. La continuité de l'activité des ESMS dans de bonnes conditions peut ainsi être affectée.

À retenir

Les ESMS de La Réunion connaissent un absentéisme élevé, en particulier lié aux arrêts de longue durée. À l'inverse, les professionnels apparaissent plus fidèles à leur employeur qu'au niveau national. Comme sur le reste du territoire national, les difficultés de recrutement et la progression des postes vacants constituent un enjeu majeur pour maintenir la qualité et la capacité de réponse de l'offre médico-sociale.

[33] ORS, L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés à La Réunion. Tableau de bord Édition 2025.
[34] ANAP, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, 2024

3. État des lieux de l'offre dans le champ du handicap

Cette partie présente l'offre médico-sociale concourant aux parcours des personnes vivant avec un handicap à La Réunion, de l'enfance à l'âge adulte. Elle vise à objectiver son implantation, ses capacités et ses principales modalités d'accompagnement. L'analyse combine une lecture régionale de l'offre et une déclinaison par micro-région, afin d'en apprécier la répartition sur le territoire.

L'état des lieux porte sur l'ensemble de l'offre identifiable à partir des données disponibles et ne se limite pas aux établissements et services ayant participé aux entretiens. Dans une logique de parcours, le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et le Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) sont intégrés au titre du repérage, du diagnostic et de l'accompagnement précoce. Le vieillissement des personnes vivant avec un handicap conduit également à présenter, à l'échelle régionale, l'offre destinée aux personnes âgées et les réponses spécifiquement identifiées pour les personnes handicapées vieillissantes (PHV). Les capacités générales de cette offre ne sont toutefois pas considérées comme directement mobilisables dans les parcours handicap lorsqu'aucune donnée ne permet de l'établir.

La partie présente enfin les dispositifs et ressources d'appui aux parcours, les projets et réponses innovantes qui complètent l'offre en établissements et services, et l'évolution de l'offre à venir.

3.1 Vue régionale de l'offre médico-sociale

3.1.1 Repérage, diagnostic et accompagnement précoce

Les CAMSP, EDAP et CMPP constituent des ressources d'évaluation, de diagnostic et d'accompagnement des enfants. Leur maillage cumulé couvre l'ensemble des quatre micro-régions de La Réunion. Le CAMSP sensoriel dispose, quant à lui, d'implantations à Saint-Denis (Nord) et Saint-Louis (Sud), avec une couverture régionale.

Les données disponibles ne reposent pas sur des capacités installées en nombre de places comparables à celles des autres établissements et services médico-sociaux. Leur activité est donc présentée à partir des files actives déclarées, complétées par les délais d'attente et, lorsque l'information est disponible, par les principaux profils de publics accueillis. Les données sont issues de l'état des lieux réalisé en mai 2026 dans le cadre de la structuration de la filière TND (troubles neurodéveloppementaux) à La Réunion.

Tableau 14 – Activité, couverture territoriale et publics accueillis par les CAMSP et CMPP

Type d'offre	Implantation / couverture territoriale	File active déclarée	Délais d'attente observés	Public / activité principale
CAMSP / EDAP	Implantations dans les quatre micro-régions ; couverture cumulée de l'ensemble du territoire	2 103	De 5 mois à 12–18 mois selon les situations ; absence d'attente signalée pour les moins de 2 ans sur une partie de l'offre	Repérage, évaluation et accompagnement d'enfants présentant des signes d'alerte, une vulnérabilité développementale, une suspicion ou un TND

Type d'offre	Implantation / couverture territoriale	File active déclarée	Délais d'attente observés	Public / activité principale
CAMSP sensoriel	Implantations à Saint-Denis (Nord) et Saint-Louis (Sud) ; couverture de l'ensemble de l'île	793	6 à 7 mois pour un premier rendez-vous de dépistage visuel ; environ 3 mois pour une admission en suivi thérapeutique	Troubles sensoriels et situations associées ; 80 % de l'activité relève des TND
CMPP	Implantations dans les quatre micro-régions ; couverture cumulée de l'ensemble du territoire	2 015	De 18 à 31 mois selon les territoires*	TND très majoritaires dans l'activité (90 à 100 % selon les données disponibles), notamment troubles des apprentissages et du langage
Total des files actives déclarées		4 911		

Lecture : la somme des files actives déclarées ne peut être assimilée au nombre d'enfants distincts, les données disponibles ne permettant pas d'exclure des suivis successifs ou concomitants entre dispositifs.

Source : « Identification des besoins CAMSP / CMPP », mai 2026, territoire de La Réunion, dans le cadre de la structuration de la filière TND.

À retenir

Les CAMSP, EDAP et CMPP assurent un maillage des quatre micro-régions et constituent une porte d'entrée importante dans les parcours des enfants présentant des difficultés développementales ou des troubles du neurodéveloppement. Les files actives déclarées témoignent d'un niveau d'activité important, tandis que les délais d'attente apparaissent variables selon les dispositifs et les territoires, avec des délais particulièrement élevés pour certains CMPP.

3.1.2 Capacités installées et activité au sein des ESMS

En complément des dispositifs de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce, l'offre médico-sociale réunionnaise repose sur un ensemble d'établissements et de services intervenant tout au long du parcours de vie. Sa description nécessite toutefois de distinguer la capacité administrativement autorisée de l'activité effectivement réalisée par les ESMS.

Les tableaux de cette partie reposent sur les places installées recensées dans FINESS (octobre 2026), référentiel le plus homogène pour décrire la composition et l'implantation de l'offre. Une place installée ne mesure pas pour autant le nombre de personnes accompagnées : avec la file active et l'accompagnement séquentiel ou temporaire, une même place peut bénéficier à plusieurs personnes au cours de l'année. Certaines places sont présentées à part, dans les paragraphes qui les concernent : plateforme de répit et places dédiées à l'Aide sociale à l'enfance.

Une activité annuelle supérieure au seul nombre de places installées

Les données disponibles pour l'année 2024 permettent de mettre en regard, sur des périmètres comparables, les capacités des ESMS (FINESS au 1er janvier 2024) et les effectifs accompagnés qu'ils déclarent au 31 décembre.

Tableau 15 – Comparaison des capacités et des effectifs accompagnés dans les ESMS en 2024 (FINESS et ANAP)

Secteur	Périmètre de comparaison	Nombre d'ESMS	Capacités FINESS 2024	Effectifs accompagnés au 31/12/2024	Écart	Écart rapporté aux capacités
Enfants / adolescents	Ensemble des ESMS enfants, hors CAMSP et CMPP	40	2 495	3 331	+836	+33,5 %
Adultes	Établissements couverts par les données ANAP disponibles*	30	1 777	2 113	+336	+18,9 %

** Pour le secteur adulte, les données d'activité disponibles couvrent les établissements relevant du périmètre considéré dans la source ANAP mobilisée.*

Source : FINESS au 01/01/2024 ; questionnaire ANAP 2024 – effectifs accompagnés au 31/12.

Des modes de fonctionnement qui confirment cette évolution

Les données déclaratives recueillies, dans le cadre du diagnostic, auprès de 96 ESMS au premier semestre 2026 apportent un deuxième niveau de lecture, portant non plus sur le volume d'activité ou l'occupation des capacités, mais sur les modalités d'organisation mises en œuvre par les établissements et services.

Tableau 16 – Modalités d'organisation dans les ESMS

Modalité de fonctionnement déclarée	ESMS enfants	ESMS adultes
Fonctionnement en file active	95 %	72 %
Accueil séquentiel en établissement	95 %	76 %

Source : questionnaire état des lieux Transformation de l'offre, 2026.

Ces données montrent que l'écart entre capacité installée et activité annuelle doit également être interprété au regard de l'évolution des organisations. Le fonctionnement en file active et le recours au séquentiel permettent de faire varier le nombre de personnes accompagnées, la fréquence des interventions et leur intensité sans modification mécanique du nombre de places installées.

Des premières réponses apportées aux personnes en liste d'attente grâce à des équipes dédiées

La liste d'attente d'un ESMS est gérée par la structure elle-même. Le délai avant un premier contact et le niveau d'information du public avant leur admission sont très hétérogènes selon les ESMS. Afin d'aller plus loin dans la gestion de liste d'attente et proposer un premier niveau d'accompagnement, certains ESMS ont déployé une équipe spécifique à l'aide de financements non pérennes. En 2025, il y avait trois dispositifs de gestion de liste d'attente (DGLA) sur le territoire de La Réunion qui agissent chacun au niveau de quelques ESMS. Sur l'année 2024, ils ont accompagné plus de 700 personnes en attente. Leurs missions principales sont l'évaluation de la situation, le soutien de l'autodétermination pour faciliter le choix de la personne, l'accompagnement à la compréhension des droits et aux démarches administratives et l'orientation vers d'autres possibilités correspondant aux besoins. Selon la demande, les DGLA sollicitent d'autres ESMS, dispositifs, professionnels libéraux ou acteurs en milieu ordinaire pour proposer des solutions alternatives. Deux DGLA sur les trois prévoient une période d'accompagnement selon des objectifs précis, mais sur une période restreinte de 3 à 6 mois.

À retenir

Selon les données disponibles, le nombre de personnes accompagnées est supérieur d'environ 34 % (enfants) et 19 % (adultes) au nombre de places. Cela s'explique par des modes de fonctionnement en évolution dans les ESMS : 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. Des personnes sont aussi accompagnées en amont de leur admission. Trois dispositifs non pérennes de gestion de liste d'attente existent sur le territoire et ont proposé un premier niveau de réponse à plus de 700 personnes en 2024.

3.1.3 Données relatives à l'offre pour enfants et adolescents

Figure 13 – Les structures médico-sociales pour enfants vivant avec un handicap

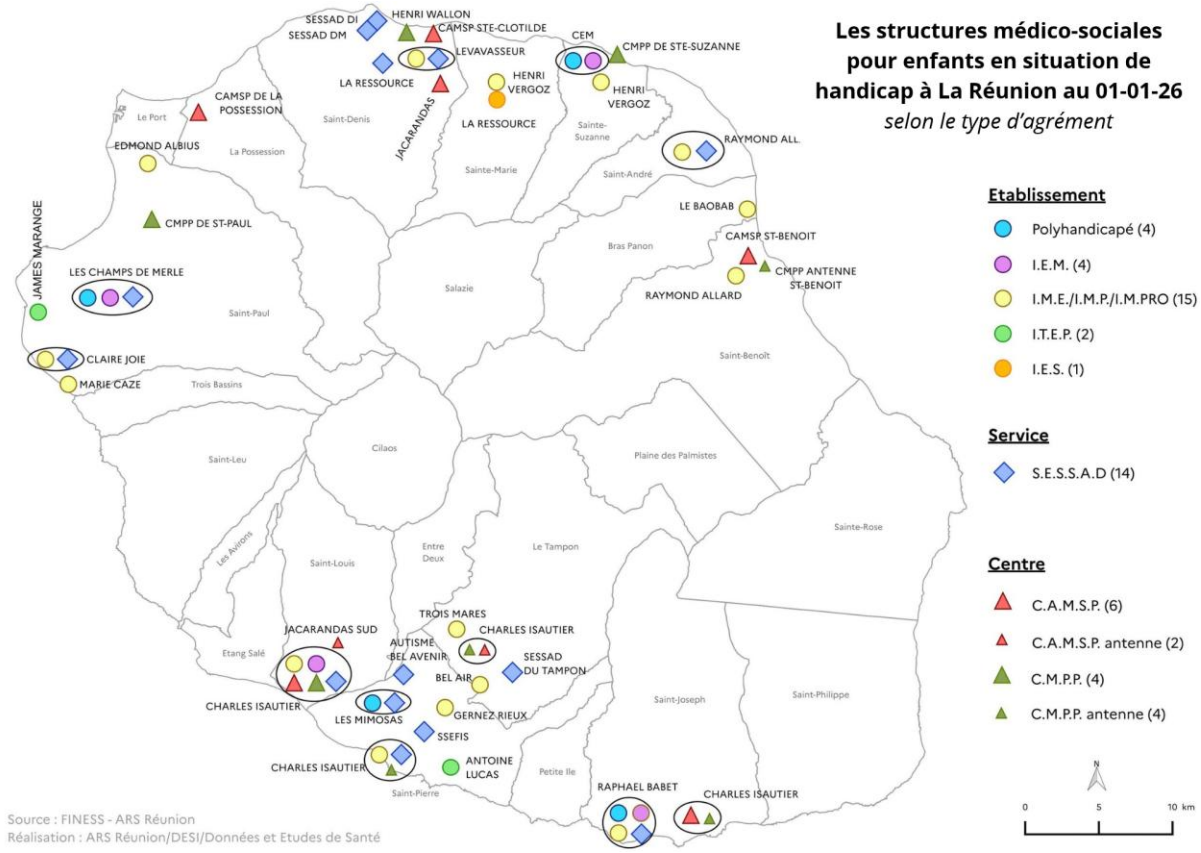


Tableau 17 – Offre médico-sociale pour les enfants par type d'ESMS

Type d'ESMS	Nombre de structures	Places installées	Taux d'équipement La Réunion	Taux d'équipement national
IME	15	1 073	4,3 ‰	5,3 ‰
IEM	4	94	0,4 ‰	0,5 ‰
SESSAD	14	1 176	4,7 ‰	3,8 ‰
DITEP	2	181	0,7 ‰	1,4 ‰
IES	1	152	0,6 ‰	0,1 ‰
EEAP	4	169	0,7 ‰	0,4 ‰
Total	**40**	**2 845**	**11,4 ‰**	**11,5 ‰**

Source : FINESS, places installées, octobre 2026 ; Insee, estimation de population au 1er janvier 2026 (moins de 20 ans).

Cette répartition traduit la coexistence de deux composantes importantes de l'offre : d'une part, les accompagnements réalisés à partir d'établissements disposant de capacités d'accueil de jour ou d'hébergement ; d'autre part, une offre importante de services intervenant dans les différents lieux de vie de l'enfant. La place des SESSAD dans les capacités installées constitue ainsi un élément structurant de l'offre pour les enfants et adolescents.

La lecture par modalités permet de préciser cette organisation.

Tableau 18 – Répartition de l'offre pour les enfants

Modalité d'accompagnement	Places installées	Part de l'offre
Milieu ordinaire	1 122	39,4 %
Accueil de jour	1 354	47,6 %
Hébergement	109	3,8 %
Accueil temporaire	79	2,8 %
Dispositif intégré (DITEP)	181	6,4 %
Total	**2 845**	**100 %**

Source : FINESS, places installées, octobre 2026

L'offre combine accompagnement en milieu ordinaire, accueil de jour, hébergement et, dans des volumes plus limités, accueil temporaire. Les places des deux DITEP sont présentées en dispositif intégré : chaque jeune y bénéficie, selon ses besoins, d'accueil de jour, d'internat ou d'accompagnement en milieu ordinaire.

Tableau 19 – Places installées des ESMS enfants, par public

Public	IME	IEM	SESSAD	DITEP	EEAP	IES	Total
Troubles du Développement Intellectuel (TDI)	837	0	607	0	0	0	1 444
TSA	225	0	270	0	3	0	498
DPTC	0	0	0	181	0	0	181
Déficience motrice	0	94	108	0	4	0	206
Polyhandicap	0	0	39	0	162	0	201
DA	0	0	90	0	0	72	162
DV	0	0	62	0	0	59	121
Handicap rare	0	0	0	0	0	14	14
Tout public	11	0	0	0	0	7	18
Total	**1 073**	**94**	**1 176**	**181**	**169**	**152**	**2 845**

Source : FINESS, places installées, octobre 2026

La lecture selon les publics fait apparaître une offre structurée autour de plusieurs typologies, au premier rang desquelles la déficience intellectuelle, mais également les TSA, le handicap moteur, le polyhandicap, les difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages (DPTC) et les déficiences sensorielles.

À retenir

L'offre pour les enfants et adolescents associe un volume important de services intervenant en milieu ordinaire à une offre institutionnelle diversifiée. Les capacités en IME et en SESSAD constituent les deux principales composantes quantitatives du secteur. Certaines offres plus spécialisées, notamment sensorielles, liées au polyhandicap ou aux handicaps rares, reposent sur des volumes plus réduits et une implantation territoriale plus ciblée.

L'école inclusive

Les ESMS pour enfants interviennent en lien avec l'Éducation nationale. Plusieurs modalités de scolarisation existent au-delà de la classe ordinaire.

244 ULIS sont internes aux établissements scolaires et concernent 2 992 jeunes vivant avec un handicap. Parmi eux, 1 222 sont en attente de place en ESMS[35].

Les SESSAD interviennent directement auprès des élèves scolarisés, que ce soit en classe ordinaire ou en ULIS.

59 Unités d'Enseignement Externalisées (UEE) sont intégrées au sein des établissements scolaires, complétées par des UEE spécialisées : 5 Unités d'Enseignement Maternelle Autisme (UEMA), 4 Unités d'Enseignement Élémentaire Autisme (UEEA), 1 Unité d'Enseignement Externalisée Polyhandicap (UEEP).

Ces UEE accompagnent environ 530 élèves avec la présence de professionnels des ESMS qui interviennent pour favoriser l'inclusion scolaire et sociale. Quant à elles, les Unités d'Enseignement (UE) internes aux ESMS accompagnent environ 480 élèves.

D'autres dispositifs existent dans le même objectif de soutenir la scolarité des enfants et adolescents vivant avec un handicap : les Pôles d'Appui à la Scolarité (PAS), les Équipes Mobiles d'Appui à la Scolarité (EMAS), les Dispositifs d'Autorégulation (DAR).

Les Pôles d'appui à la scolarité

À la rentrée scolaire 2026, La Réunion compte 38 PAS répartis sur tout le territoire. Ils sont portés conjointement par l'Éducation nationale et l'ARS et sont constitués d'un binôme enseignant et éducateur spécialisé rattaché à l'ESMS. Ils ont pour mission d'apporter, de manière souple et réactive, en proximité, des réponses adaptées aux élèves présentant des besoins éducatifs particuliers. Ils interviennent dans une logique d'accessibilité et de pleine mobilisation des réponses de droit commun. Ils ciblent tous les élèves qui rencontrent des difficultés dans leur parcours, du fait de difficultés dans les apprentissages, le comportement, l'autonomie ou la méthodologie. Les PAS proposent un accompagnement pédagogique et éducatif qui peut se décliner par des interventions directes (observations en classe, co-enseignement, préconisations et guidance auprès des équipes et familles), des interventions indirectes (sensibilisation, co-construction d'outils, appui aux équipes, échanges avec des partenaires), ainsi que la possibilité de mobiliser du matériel pédagogique adapté.

[35] Rectorat, septembre 2026

Tableau 20 – Premier bilan régional des PAS (2025-2026) - Origine des demandes

Demandeur	Part des demandes (%)
Écoles et établissements	86
Familles	14

Source : CDSEI, Bilan des PAS 2025-2026, mai 2026.

Tableau 21 – Premier bilan régional des PAS (2025-2026) - Types de réponses apportées

Type de réponse	Part (%)
Aménagements pédagogiques	24,0
Accompagnements de la famille	22,0
Soutien de l'équipe	21,9
Interventions auprès de l'élève	18,6
Mise en place de matériel pédagogique	3,9
Autres	9,6

Source : CDSEI, Bilan des PAS 2025-2026, mai 2026.

Le premier bilan régional 2025-2026[36] met en avant une typologie des demandes qui concerne principalement des troubles du comportement (52 %). Le déploiement des PAS à l'échelle académique a permis d'installer une nouvelle culture de coopération entre Éducation nationale et secteur médico-social. Même s'ils sont bien identifiés au sein des écoles et des établissements, un renforcement de la communication doit permettre de conforter la place des PAS auprès des équipes et des familles.

Les Équipes mobiles d'appui à la scolarité

En lien avec le déploiement des PAS, il a été prévu le renforcement de l'équipe pluridisciplinaire des 3 EMAS. Les équipes des EMAS renforcées ont vu leurs missions s'élargir par des interventions directes auprès des élèves en lien avec les PAS. Elles n'intervenaient auparavant qu'auprès des équipes enseignantes et éducatives, pour favoriser la scolarisation et prévenir les ruptures de parcours des élèves vivant avec un handicap en proposant des adaptations à partir d'observations et en participant à des actions de sensibilisation. L'équipe des EMAS est composée de professionnels sanitaires et médico-sociaux tels que des psychologues, des orthophonistes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens.

Les Dispositifs d'Autorégulation

Un premier Dispositif d'autorégulation (DAR) de 10 places a été notifié dans un collège de Saint-André, à l'issue de l'appel à projets conduit par le Rectorat et l'ARS. Son ouverture est prévue à la rentrée de février 2027. Il vise à favoriser l'intégration des élèves présentant des troubles du neurodéveloppement (TND), tels que les TSA, les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) ou les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), dans les classes ordinaires. L'objectif est de soutenir la scolarisation, les apprentissages et l'autonomie des élèves qui ont des besoins d'acquisition de compétences d'autorégulation de leurs émotions et comportements, et qui suivent les enseignements dans leur classe avec leurs pairs. Le DAR diffuse aussi les principes de l'autorégulation au sein des pratiques de l'ensemble des personnels de l'établissement où il est déployé (enseignants, personnels de la vie scolaire, etc.), au bénéfice de tous les élèves du collège.

[36] CDSEI, Bilan des PAS 2025-2026, mai 2026

Un projet de transformation des UEE : les services médico-sociaux dans l'école

Le service médico-social (SMS) dans l'école est en expérimentation. Il ferait converger les différents types d'UEE vers un modèle de scolarisation collective en milieu ordinaire appuyé par le service médico-social à l'école. Il permettrait aussi un changement de statut des élèves des UEE qui ne seraient plus scolarisés par les ESMS mais par l'Éducation nationale. Le service médico-social serait posté à l'intérieur de l'établissement scolaire, pour intervenir auprès des élèves avec une notification CDAPH en scolarisation collective sur leur temps scolaire et non scolaire. En dehors du temps scolaire, il interviendrait pour de l'appui à domicile, le périscolaire, des activités de remédiation, de rééducation, d'acquisition de l'autonomie, en lien avec les familles. Il pourrait aussi intervenir auprès de l'équipe éducative.

Les SMS dans l'école conserveraient des réponses diversifiées, adaptées aux différents profils des élèves, avec un niveau d'accompagnement gradué en fonction des besoins de l'élève. Selon les écoles, des spécialisations pourraient être maintenues ou identifiées, comme pour le polyhandicap ou les TSA.

Deux services médico-sociaux dans l'école sont confirmés, l'un à Saint-Denis, l'autre à Saint-André. Celui de Saint-Denis est expérimenté durant l'année scolaire 2026-2027. Son équipe mobile est implantée au sein de l'école Damase Legros au Chaudron. Les établissements scolaires suivants sont couverts par celle-ci : Maternelle et Élémentaire Michel Debré, Maternelle et Élémentaire Damase Legros, Maternelle et Élémentaire Eudoxie Nonge, Collège Élie Wiesel avec une perspective d'intégration de Sainte-Clotilde et Domenjod dans les deux prochaines années.

Situations de double vulnérabilité : handicap et protection de l'enfance

Les enfants relevant à la fois d'une mesure de protection de l'enfance et d'une situation de handicap présentent des besoins qui nécessitent une articulation étroite entre les acteurs de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), du médico-social, du sanitaire et de l'Éducation nationale. Cette double vulnérabilité constitue également une priorité identifiée au niveau national dans le développement des nouvelles solutions médico-sociales.

À La Réunion, les données disponibles confirment l'importance de ces situations. Selon le Contrat départemental de prévention et de protection de l'enfance adopté en 2025, les enfants vivant avec un handicap représenteraient entre 13 et 20 % des enfants de l'ASE. Parmi 338 enfants confiés à des assistants familiaux, 225 disposent d'une notification MDPH[37]. Ces données concernant spécifiquement l'accueil familial ne peuvent toutefois pas être extrapolées à l'ensemble des enfants relevant de l'ASE.

Une offre médico-sociale spécifique pour la double vulnérabilité

Depuis 2021, 31 places de SESSAD sont dédiées à l'accompagnement des enfants vivant avec un handicap accueillis au titre de l'ASE. Elles visent à intervenir directement dans les lieux de vie de l'enfant et à apporter un appui médico-social aux assistants familiaux et aux établissements de protection de l'enfance. Ces capacités sont réparties sur les quatre micro-régions : 7 places 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.

Le dispositif fait actuellement l'objet d'une consolidation, avec notamment un travail sur les procédures d'orientation et d'admission, les coopérations entre acteurs et l'extension de la réponse aux plus jeunes enfants. Le Département et l'ARS identifient en particulier les 0-3 ans confiés à l'ASE et vivant avec un handicap comme un public nécessitant des réponses adaptées.

[37] Source : Contrat départemental de prévention et de protection de l'enfance adopté en 2025 / SNPPE 2025-2027

Les constats institutionnels associés à ce dispositif font également état de risques de rupture liés à la complexité des accompagnements, aux fermetures temporaires de certains ESMS et aux difficultés rencontrées par les lieux d'accueil de la protection de l'enfance pour répondre seuls à certains besoins liés au handicap.

Au vu des besoins constatés, en plus des SESSAD, l'offre spécifique au public ASE se développe actuellement à travers des places d'accueil temporaire. Ainsi, 3 places dédiées ASE sont implantées dans l'Est, en tant que places d'accueil temporaire tout public. Elles étaient en expérimentation depuis 2023 et ont été pérennisées en 2025. 3 autres places sont en cours de pérennisation sur le territoire.

Les enjeux liés au public ASE trouvent également un écho dans le champ sanitaire. Le Projet territorial de santé mentale de La Réunion 2025-2030 consacre une fiche action au renforcement de la coordination entre la protection de l'enfance et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il prévoit notamment de structurer les coopérations, de faciliter l'identification des portes d'entrée vers la pédopsychiatrie et de sécuriser les échanges entre professionnels.

Le territoire dispose par ailleurs d'une Équipe de liaison et d'intervention auprès d'adolescents en souffrance (ELIAS) à vocation régionale, portée par l'Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR). L'équipe intervient en appui de l'ASE, de la Protection judiciaire de la jeunesse et de l'Éducation nationale afin notamment de prévenir les ruptures de placement et le décrochage scolaire.

Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2025-2030 retient ainsi comme objectif le renforcement de la coordination entre ASE, médico-social et sanitaire et prévoit le développement de réponses souples et mixtes pour ces publics.

Transition vers l'âge adulte : amendement Creton

Le passage du secteur enfant vers le secteur adulte constitue une étape particulièrement sensible des parcours. L'amendement Creton est une disposition légale qui permet, à titre exceptionnel, à un jeune adulte vivant avec un handicap de rester provisoirement dans une structure médico-sociale pour enfants après l'âge de 20 ans, lorsqu'aucune solution adaptée dans le secteur adulte n'est disponible à la date de fin des droits. La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) peut délivrer une notification d'amendement Creton pour une durée d'un an, renouvelable sous condition.

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 (et 1 personne hors territoire). Plus des trois quarts (250) 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 202538.

Le maintien au titre de l'amendement Creton peut traduire l'absence d'une solution dans le secteur adulte correspondant à l'orientation de la personne. D'autres facteurs peuvent y contribuer, comme un manque de coordination entre les acteurs, des difficultés à définir le projet de vie ou à préparer le passage vers le secteur adulte, ainsi que des obstacles à la participation sociale.

La personne accompagnée, sa famille, les professionnels et, le cas échéant, son tuteur peuvent apprécier différemment les capacités et les compétences de la personne. Ces écarts peuvent peser sur la suite du parcours, qu'il s'agisse d'une sortie avec un accompagnement non spécialisé ou du choix d'un établissement ou service médico-social (ESMS) pour adultes. Lorsqu'une place est proposée, elle peut

[38] MDPH 974, État des situations en amendement Creton, octobre 2026

être refusée en raison d'une perception négative du secteur adulte, de l'attachement à des habitudes installées depuis plusieurs années ou, parfois, de la crainte du changement.

Le maintien de jeunes adultes dans le secteur enfant affecte la fluidité des admissions en mobilisant plus longtemps des capacités destinées aux enfants et adolescents. Au-delà de la question des capacités, ce maintien prolongé peut créer un décalage entre les besoins liés à la vie adulte et le cadre d'accompagnement proposé, notamment dans la vie collective et dans les possibilités d'expérimentation de l'autonomie.

Un protocole relatif aux situations relevant de l'amendement Creton a été signé en mai 2026 par l'ARS La Réunion et le Département (cf. 3.4). Il vise notamment à sécuriser les transitions vers le secteur adulte ; son déploiement est déjà en cours. Il s'inscrit dans le développement de nouvelles réponses avec la création conjointe, par le Conseil Départemental et l'ARS de :

- 125 places en EAM et 225 places en SAMSAH (cofinancées) ;
- 320 places en SAVS et 200 places en EANM (financées par le Département) ;
- 84 places en MAS (financées par l'ARS) ;

soit 954 places, dont 185 déjà installées ou autorisées et 769 programmées (cf. 3.4).

À retenir

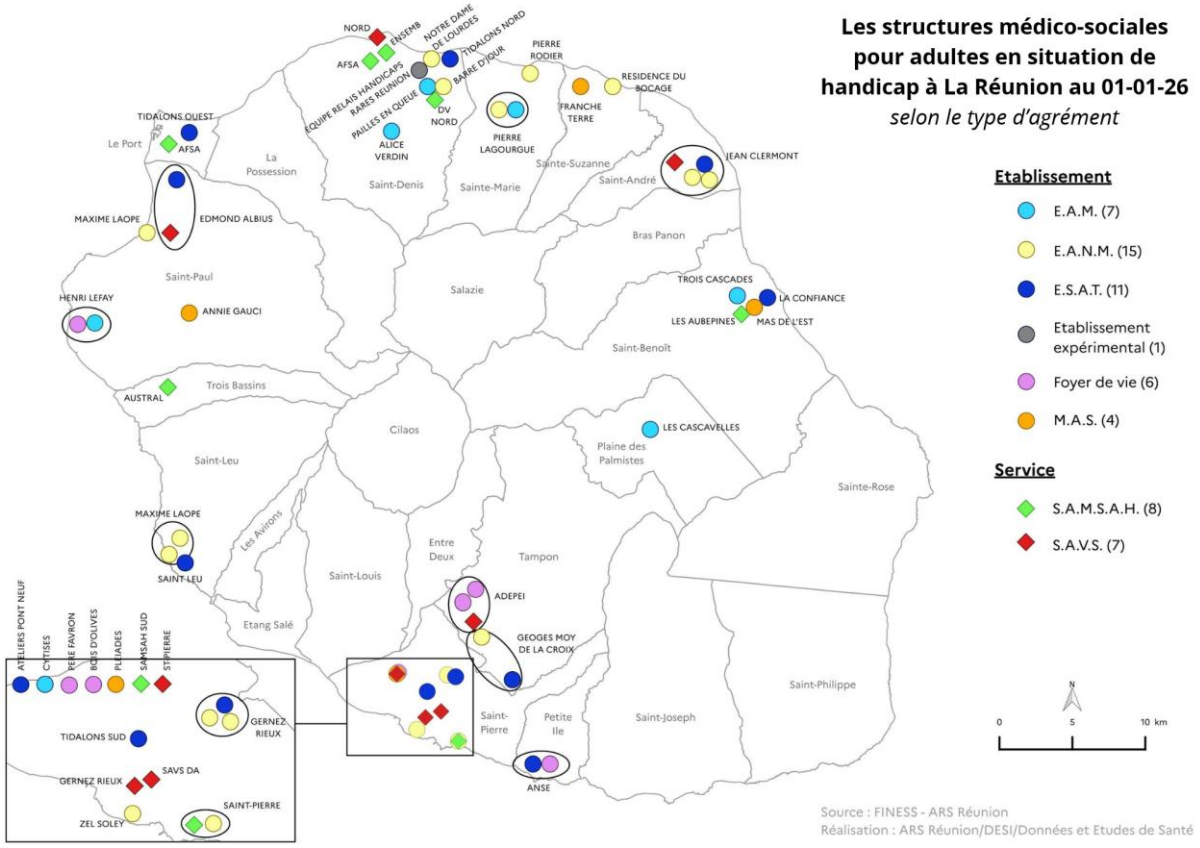
Le lien entre ESMS et établissements scolaires se décline à travers différentes modalités et dispositifs qui apportent différents niveaux de réponse. 38 PAS sont déployés, articulés avec 3 EMAS, qui interviennent auprès de tous les élèves présentant des besoins éducatifs particuliers. 69 UEE, dont 10 spécialisées, accompagnent environ 530 élèves. Un premier DAR ouvrira en février 2027 dans un collège de Saint-André. Deux services médico-sociaux dans l'école sont confirmés, à Saint-Denis et à Saint-André.

La double vulnérabilité handicap/protection de l'enfance : deux enfants sur trois confiés à des assistants familiaux disposent d'une notification MDPH. Les 31 places de SESSAD ASE, réparties sur les quatre micro-régions, constituent une première réponse territorialisée. Les orientations départementales et le PTSM 2025-2030 convergent toutefois vers un même enjeu : renforcer l'articulation entre protection de l'enfance, médico-social et pédopsychiatrie afin de sécuriser l'accès aux soins et la continuité des parcours.

Le passage du secteur enfant à adulte crée des difficultés dans les parcours ; 321 jeunes sont concernés par l'amendement Creton en 2025. Plusieurs facteurs peuvent influencer les sorties effectives des établissements enfants au-delà des places disponibles : le manque de coordination ou de communication, les difficultés pour le développement de la participation sociale dans la société, la peur du changement. Plus de 950 solutions sont en cours de déploiement dans le secteur adulte pour soutenir la sécurisation de ces transitions.

3.1.4 Données relatives à l'offre pour adultes

Figure 14 – Les structures médico-sociales pour adultes vivant avec un handicap à La Réunion au 1er janvier 2026



Dans cette présentation, certaines catégories ont été regroupées afin de proposer une lecture homogène de l'offre : les EAM intègrent les capacités des Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), tandis que les EANM regroupent les formes d'hébergement non médicalisées correspondantes (Foyer d'accueil occupationnel, Foyer de vie, Foyer d'hébergement). Les MAS sont en revanche présentées comme une catégorie distincte.

Tableau 22 – Offre médico-sociale pour les adultes par type d'ESMS

Type d'ESMS	Nombre de structures	Places installées	Taux d'équipement La Réunion	Taux d'équipement national
SAVS	7	310	0,7 ‰	1,4 ‰
SAMSAH	8	236	0,5 ‰	0,4 ‰
EANM	21	607	1,4 ‰	1,5 ‰
MAS	4	251	0,6 ‰	1,0 ‰
EAM	7	398	0,9 ‰	1,3 ‰
ESAT	11	986	2,2 ‰	3,6 ‰
Total	**58**	**2 788**	**6,2 ‰**	**9,2 ‰**

Source : FINESS, places installées, octobre 2026 ; Insee, estimation de population au 1er janvier 2026 (20 à 59 ans)

L'offre adulte se caractérise ainsi par la coexistence de plusieurs fonctions : accompagnement à domicile ou dans le milieu de vie par les SAVS et SAMSAH, accueil et hébergement au sein des EANM,

EAM, MAS et travail accompagné au sein des ESAT. Le poids de ces derniers constitue une caractéristique importante de l'offre adulte, avec près d'un millier de places installées.

La comparaison aux taux nationaux fait apparaître un écart plus marqué dans le secteur adulte. Ces écarts, variables selon les catégories d'ESMS, constituent l'un des éléments à mettre en regard de la politique de rattrapage et de diversification de l'offre engagée dans le cadre du plan «50 000 solutions» (cf. 3.4).

Tableau 23 – Répartition de l'offre pour les adultes

Modalité d'accompagnement	Places installées	Part de l'offre
Milieu ordinaire	546	19,6 %
Accueil de jour	399	14,3 %
Hébergement	808	29,0 %
Accueil temporaire	49	1,8 %
Travail accompagné	986	35,4 %
Total	**2 788**	**100 %**

Source : FINESS, places installées, octobre 2026

La lecture par modalité met également en évidence la place importante de l'hébergement dans le secteur adulte, qu'il soit médicalisé ou non, parallèlement aux accompagnements en milieu ordinaire.

Tableau 24 – Places installées des ESMS adultes, par public

Public	SAVS	SAMSAH	EANM	MAS	EAM	ESAT	Total
TDI	225	0	527	0	49	247	1 048
TSA	0	38	13	12	90	0	153
Déficience motrice	0	15	20	0	0	0	35
Polyhandicap	0	65	0	221	0	0	286
Handicap psychique	0	43	35	0	40	0	118
DA	50	0	0	0	0	0	50
DV	0	50	0	0	0	0	50
Cérébrolésion	0	0	0	12	0	0	12
Handicap rare	0	0	0	0	6	0	6
Tout public	35	25	12	6	213	739	1 030
Total	**310**	**236**	**607**	**251**	**398**	**986**	**2 788**

Source : FINESS, places installées, octobre 2026

La répartition selon les publics met en évidence une offre couvrant plusieurs typologies de handicap, mais selon des volumes et des modalités variables. Les places installées pour tous types de déficiences sont regroupées sur la ligne « Tout public ».

À retenir

L'offre adulte repose sur trois ensembles importants : le travail accompagné, les solutions d'hébergement médicalisées ou non médicalisées et l'accompagnement en milieu ordinaire. Cette diversité des fonctions ne se traduit toutefois pas de manière homogène selon les publics et les territoires, ce que permet de préciser la déclinaison par micro-région.

Une architecture de l'offre différente entre l'enfance et l'âge adulte

La comparaison des modalités d'accompagnement met en évidence une organisation sensiblement différente de l'offre entre le secteur enfant et le secteur adulte. Chez les enfants et adolescents, l'offre repose principalement sur l'accueil de jour, qui représente 47,6 % des places installées, et sur le milieu ordinaire, qui en représente 39,4 % ; les DITEP, en dispositif intégré, en représentent 6,4 %. L'hébergement reste à l'inverse minoritaire, avec 3,8 % des places.

Dans le secteur adulte, la répartition est davantage diversifiée entre plusieurs fonctions. Le travail accompagné représente 35,4 % des places installées et l'hébergement 29,0 %, tandis que le milieu ordinaire en représente 19,6 % et l'accueil de jour 14,3 %.

Le passage du secteur enfant vers le secteur adulte ne correspond ainsi pas uniquement à un changement de structures ou de capacités disponibles : il s'inscrit également dans une architecture différente des modalités d'accompagnement. Cette évolution constitue un point d'attention dans les transitions vers l'âge adulte, notamment pour les jeunes ayant connu un accompagnement principalement en accueil de jour ou en milieu ordinaire. Elle invite à considérer, au-delà de la disponibilité d'une place dans le secteur adulte, la continuité et l'adéquation des modalités proposées au regard du parcours et du projet de vie de la personne.

Focus sur le travail accompagné

En octobre 2026, La Réunion compte 11 ESAT représentant 986 places. Le taux d'équipement s'établit à 2,2 places pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans, contre 3,6 pour 1 000 dans l'Hexagone en 2023. En effet, le moratoire national instauré en 2013 sur la création de places en ESAT n'a pas permis au territoire réunionnais de résorber le sous-équipement historique en matière d'accompagnement par le travail. Sa levée récente, annoncée spécifiquement pour les territoires ultramarins, constitue une évolution attendue mais intervient dans un contexte où les crédits mobilisés au titre du plan « 50 000 solutions » sont d'ores et déjà engagés sur les opérations programmées. En l'absence d'enveloppe complémentaire dédiée, cette levée du moratoire n'a donc pas, à ce stade, permis de dégager les marges financières nécessaires à la création de nouvelles places d'ESAT.

En parallèle des ESAT, spécifiquement pour les personnes vivant avec un handicap, certaines entreprises se sont développées sur le territoire. Les entreprises adaptées (EA) sont au nombre de 7 ; elles ont pour spécificité d'employer au moins 55 % de travailleurs vivant avec un handicap. Une Entreprise adaptée de Travail Temporaire (EATT) existe sur le territoire depuis 2024. Ces EA et EATT emploient 234 salariés dont 78 % de travailleurs vivant avec un handicap.

L'emploi accompagné

Le dispositif d'emploi accompagné a pour objectif l'insertion et le maintien en milieu ordinaire de travail des personnes vivant avec un handicap. Il est financé par l'État, l'Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP). Il peut être activé sur prescription des services publics de l'emploi tels que France Travail ou de la MDPH.

En 2024, 280 personnes ont été accompagnées dans ce dispositif (+ 15 % depuis 2023). Néanmoins, 314 personnes sont en liste d'attente, soit un délai estimé de 2 à 3 ans.

Les orientations MDPH vers l'emploi accompagné restent le principal pourvoyeur de situations (83 % des origines), et ces orientations ont progressé de 30 % entre 2021 et 2023. La demande progresse plus vite que l'offre.

Au niveau du profil, ce sont les jeunes hommes de moins de 30 ans, avec une déficience intellectuelle qui sont essentiellement concernés. Concernant les sorties du dispositif, 16 % sont réorientées vers le milieu spécialisé (ESMS) ou le soin.

Prévention professionnelle et maintien dans l'emploi

COMÈTE France est un dispositif implanté au sein des SMR visant à prévenir la désinsertion professionnelle liée à la maladie ou au handicap. Il est cofinancé par l'ARS, l'AGEFIPH et le FIPHFP. Son principe est d'intégrer la question de l'emploi dès la phase de soins et de réadaptation, sans attendre la sortie de l'établissement. Les solutions peuvent concerner le maintien dans l'emploi, l'aménagement du poste, la reconversion ou la formation. COMÈTE travaille en articulation avec les employeurs, les services de santé au travail, la MDPH, Cap Emploi, France Travail.

À La Réunion, le dispositif est déployé dans plusieurs SMR, ce qui favorise une couverture territoriale. Il constitue une interface importante entre sanitaire, médico-social et droit commun de l'emploi.

Focus sur l'hébergement

Dans un contexte marqué à la fois par de fortes tensions d'accès au logement, et par la saturation de l'offre en établissements médico-sociaux, le développement de solutions résidentielles alternatives et du maintien à domicile sont des enjeux importants.

Les services à domicile : une offre en recomposition

Les Services Autonomie à Domicile (SAD) regroupent les anciens services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les anciens services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). En 2026, cette transformation constitue à La Réunion une priorité transversale aux secteurs des personnes âgées et des personnes vivant avec un handicap, inscrite par l'ARS dans l'accélération du virage domiciliaire.

Selon la base de données FINESS, il y avait 547 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à La Réunion[39]. Les quatre ex-SSIAD recensés intervenaient très majoritairement auprès des personnes âgées ; seules 8 places sont spécifiquement dédiées aux personnes vivant avec un handicap, toutes implantées dans l'Ouest. Cette capacité de soins spécifiquement dédiée au handicap apparaît donc limitée et territorialement concentrée. Elle ne signifie toutefois pas que les personnes vivant avec un handicap résidant dans les autres micro-régions ne peuvent bénéficier d'aucune aide ou d'aucun soin à domicile, ceux-ci pouvant également relever des ex-SAAD et d'autres ressources de droit commun. Il était recensé 53 SAAD sur le territoire en 2024[40]. Le Département indique par ailleurs l'absence de zone blanche pour l'intervention des services d'aide à domicile.

Ce regroupement en SAD s'accompagne d'un renforcement programmé de l'offre. En 2026, l'ARS et le Conseil Départemental prévoient un appel à projets pour la création de 88 places de prestations de soins à domicile, dont 16 destinées aux personnes vivant avec un handicap et 72 aux personnes âgées, complétées par 20 places supplémentaires en extension de capacité. Ces créations doivent prioritairement renforcer les zones insuffisamment couvertes ou en tension. Elles visent à améliorer l'accès aux soins infirmiers à domicile, à sécuriser les parcours et à accompagner la montée en charge des SAD mixtes, associant aide, accompagnement et soins.

L'habitat inclusif

L'habitat inclusif apparaît à la fois comme une réponse à développer et comme l'expression d'une attente plus large : permettre aux personnes vivant avec un handicap de disposer d'autres choix résidentiels que l'hébergement institutionnel, selon leur niveau d'autonomie, leur projet de vie et leurs

[39] ARS Réunion, FINESS au 1er janvier 2026
[40] Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2025-2030

besoins d'accompagnement. Toutefois, ces solutions ne peuvent constituer une réponse unique : elles apparaissent moins adaptées pour des personnes présentant des besoins en soins et/ou éducatifs coordonnés et permanents.

L'habitat inclusif est une forme d'habitat intermédiaire entre le logement ordinaire et l'hébergement en établissement, destinée aux personnes âgées et aux personnes vivant avec un handicap qui choisissent d'y établir leur résidence principale. Il peut prendre la forme d'un logement individuel, en couple ou en colocation, y associer espaces de vie privatifs et partagés, dans un environnement adapté, sécurisé. Sa spécificité repose sur un projet de vie sociale et partagée, construit avec les habitants. Un professionnel peut assurer l'animation, la coordination et la régulation du « vivre ensemble », au sein du logement comme dans son environnement.

Le projet de vie sociale et partagée, prévu par la loi ELAN de 2018, bénéficie d'un financement spécifique, notamment via le forfait habitat inclusif ou l'aide à la vie partagée, qui finance notamment l'animateur chargé de soutenir la vie collective et les liens avec l'environnement de proximité.

Le besoin porte toutefois moins sur un modèle unique d'habitat inclusif que sur une offre graduée, assortie d'un accompagnement adapté et de possibilités d'essai et de retour. L'intervention des ESMS se développe sur la préparation en amont, avec plusieurs établissements qui expérimentent déjà des solutions d'accompagnement telles que les appartements-école, logements d'évaluation, studios de mise en situation, colocation ou appartements relais.

L'offre d'habitat inclusif

La liste des habitats inclusifs disponible publiquement date de 2024 et recense 17 projets d'habitat inclusif, dont 11 indiqués comme ouverts et 6 en projet. L'offre existante représente 119 places, dont 46 destinées aux personnes vivant avec un handicap ; elle est répartie sur plusieurs communes, avec une concentration notamment au Tampon, à Sainte-Suzanne et à Saint-Benoît.

Les 6 projets supplémentaires sont annoncés à La Plaine-des-Palmistes, Cilaos, Saint-Pierre et Sainte-Suzanne, représentant 28 places supplémentaires pour les personnes vivant avec un handicap, dont 3 projets, soit 7 places, dont l'ouverture était prévue entre 2025 et 2026[41], selon la liste publiée en 2024.

L'accueil familial

L'accueil familial constitue une autre modalité d'accompagnement et d'hébergement permettant à une personne âgée ou vivant avec un handicap de plus de 18 ans d'être accueillie au domicile d'un accueillant familial agréé par le Département. Il constitue ainsi une alternative au maintien au domicile personnel et à l'hébergement collectif en établissement.

Les dernières données permettant de rapprocher le nombre d'accueillants, les capacités agréées et leur occupation portent sur 2022. Le Département recensait alors 696 accueillants familiaux, représentant 1 600 places agréées. Sur la période observée, 1 231 personnes étaient accueillies, dont 534 personnes vivant avec un handicap et 697 personnes âgées.

Tableau 25 – L'accueil familial à La Réunion en 2022

Accueil familial – 2022	Nombre
Accueillants familiaux	696
Places agréées	1 600
Personnes accueillies	1 231

[41] Département de La Réunion, Aide : habitat inclusif, Listing des habitats inclusifs

Accueil familial – 2022	Nombre
Dont personnes vivant avec un handicap	*534*
Dont personnes âgées	*697*

Source : Conseil Départemental de La Réunion, données 2022, reprises dans le SDOSMS PA-PH 2025-2030.

La très grande majorité des accueillants disposait d'un agrément mixte personnes âgées/personnes handicapées, ce qui distingue l'accueil familial d'une offre exclusivement dédiée à l'un ou l'autre public. Les données mettent également en évidence un écart entre le nombre de places agréées et le nombre de personnes effectivement accueillies. Afin de faciliter la mise en relation entre accueillants et accueillis, le Département a créé un service tiers régulateur de l'accueil familial «Bienvenue la Kaz» géré par le Groupement d'Intérêt Public des Services à la Personne (GIP SAP). Au 1er octobre 2026, 183 places, sans distinction entre les agréments pour personnes vivant avec un handicap et personnes âgées, étaient disponibles.

L'Équipe Mobile d'Appui aux Accueillants Familiaux (EMAAF)

Pour soutenir les accueillants qui reçoivent des personnes vivant avec un trouble psychique, le Département, l'ARS La Réunion et l'EPSMR ont signé en novembre 2022 une convention tripartite créant l'EMAAF.

En activité depuis 2023, l'équipe est constituée d'un infirmier et d'un éducateur spécialisé. Elle se déplace sur les lieux de vie pour aider les accueillants familiaux à mieux comprendre les troubles psychiques et à ajuster leur accompagnement aux besoins de la personne accueillie. L'objectif est de sécuriser la continuité de l'accueil. Dans une logique de compétences, l'équipe intervient sur trois niveaux : l'aller-vers, le soutien à l'inclusion lors d'une installation et la sécurisation du parcours lorsqu'une situation devient difficile.

Ses activités recouvrent la guidance éducative et thérapeutique à domicile, la coordination des acteurs, le repérage des situations critiques et la formation.

L'EMAAF intervient sur le territoire couvert par l'EPSMR, de Saint-Leu à Sainte-Rose, soit les micro-régions l'ouest, le nord et l'est. Le sud n'est donc pas couvert par ce dispositif.

À retenir

Le travail accompagné à La Réunion est marqué par un taux d'équipement en ESAT historiquement bas (2,2 pour 1 000) par rapport au national (3,6 pour 1 000). Les EA et EATT se développent progressivement ces dernières années. L'emploi accompagné, sur prescription des services publics de l'emploi ou de la MDPH, est en plein essor avec 280 personnes accompagnées en 2024 et une liste d'attente qui se forme.
Le maintien à domicile est soutenu par la réforme des SAD qui vise à renforcer la coordination entre aide, accompagnement et soins. Les évolutions engagées en 2026 témoignent d'une volonté de renforcer le maillage territorial des prestations de soins et de mieux répondre aux secteurs insuffisamment couverts avec 108 places prévues.
L'habitat inclusif propose divers choix résidentiels selon le niveau d'autonomie, le projet de vie et les besoins d'accompagnement. L'offre est en développement : 46 places pour personnes vivant avec un handicap sont installées sur le territoire et 28 places sont en projet.
L'accueil familial constitue une autre modalité d'habitat pour les personnes vivant avec un handicap de plus de 18 ans et les personnes âgées. En 2022, 534 personnes vivant avec un handicap étaient accueillies parmi les 1 600 places agréées auprès d'accueillants familiaux. Les places disponibles sont recensées sur un service tiers régulateur «Bienvenue la Kaz». Au 1er octobre 2026,

183 places étaient disponibles (sans distinction selon public). Depuis 2023, l'EMAAF (Équipe mobile d'appui aux accueillants familiaux) soutient à domicile les accueillants de personnes vivant avec un trouble psychique, dans l'ouest, le nord et l'est de l'île.

3.1.5 Données relatives à l'offre pour les personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes

Les données recueillies auprès de 54 établissements et services médico-sociaux pour adultes au premier semestre 2026 permettent d'apporter un éclairage sur l'avancée en âge des personnes accompagnées. À l'échelle régionale, chaque ESMS accueille en moyenne 33,8 % des personnes qui ont plus de 45 ans et 15 % qui ont 55 ans ou plus.

Tableau 26 – Moyenne du taux de PHV en ESMS adultes

Moyenne du taux de PHV en ESMS adulte		
Territoire	**45 ans et +**	**55 ans et +**
Région	33,8 %	15,0 %
Est	22,9 %	12,9 %
Nord	36,6 %	20,6 %
Ouest	33,5 %	17,1 %
Sud	36,5 %	11,6 %

Source : questionnaire état des lieux Transformation de l'offre, 2026. À noter : les catégories ne s'additionnent pas : les 55 ans et plus sont inclus dans les 45 ans et plus

Cette situation recouvre toutefois des profils territoriaux différents. Le Nord se distingue par la proportion la plus importante de personnes âgées de 55 ans ou plus, devant l'Ouest. Le Sud présente à l'inverse la part la plus faible de personnes de 55 ans ou plus (11,6 %), alors même que la proportion de personnes âgées de 45 ans ou plus y est élevée (36,5 %). Cette configuration suggère que les enjeux liés à l'avancée en âge ne se situent pas au même stade selon les territoires : certains sont déjà davantage confrontés à l'accompagnement de personnes de plus de 55 ans, tandis que d'autres présentent une proportion importante de personnes entrant progressivement dans cette période de transition.

L'Est se distingue par des proportions inférieures à la moyenne régionale pour les deux seuils d'âge, avec 22,9 % de personnes de 45 ans ou plus et 12,9 % de personnes de 55 ans ou plus.

Ces données montrent que le vieillissement constitue déjà un enjeu transversal pour l'offre médico-sociale adulte et ne concerne pas uniquement les dispositifs spécifiquement identifiés pour les personnes handicapées vieillissantes. Il interroge l'adaptation des accompagnements, des projets de vie et des modalités résidentielles proposées par les ESMS adultes. Ce constat conduit également à examiner les réponses spécifiquement identifiées à l'interface entre le champ du handicap et celui des personnes âgées.

L'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes

Le vieillissement des personnes vivant avec un handicap conduit à prendre en compte l'articulation entre l'offre du champ du handicap et celle destinée aux personnes âgées. À l'échelle régionale, La Réunion compte 21 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) auxquels s'ajoutent 5 Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et 2 unités de soins de longue durée (USLD).

Figure 15 – Les structures médico-sociales pour personnes âgées

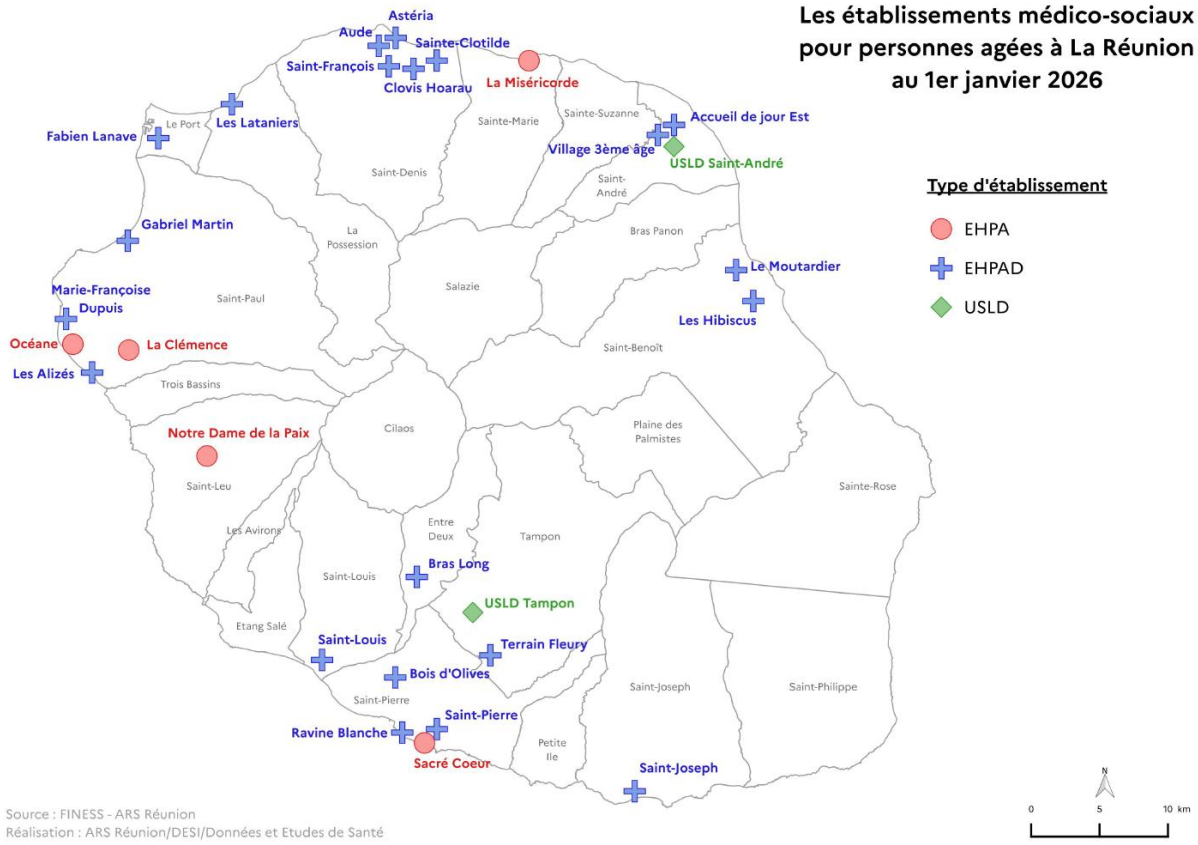


Tableau 27 – Offre pour les personnes âgées et les personnes handicapées vieillissantes

Offre à destination des personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes		
1. Offre régionale recensée		
Offre	Nombre de structures	Capacité
EHPAD	21	1 726
EHPA	5	135
USLD	2	70
Total	28	1 931
2. Composition des 1 726 places d'EHPAD		
Type de places en EHPAD	**Capacité**	**Part des places EHPAD**
Personnes âgées dépendantes	1 398	81 %
Alzheimer	218	12,6 %
Personnes handicapées vieillissantes (PHV)	110	6,4 %
Total EHPAD	1 726	100 %
3. Répartition territoriale des 110 places PHV		

Offre à destination des personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes		
Micro-région	**Commune d'implantation**	**Capacité PHV identifiée**
Ouest	Saint-Paul	60
Sud	Saint-Louis	50
Total		110

Source : FINESS, janvier 2026.

Au sein des EHPAD, les données permettent de distinguer 110 places spécifiquement identifiées pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes, soit environ 6 % de la capacité totale des EHPAD. Ces capacités sont concentrées sur deux territoires : 60 places à Saint-Paul dans l'Ouest et 50 places à Saint-Louis dans le Sud.

Il est à noter que ce nombre est amené à évoluer rapidement : les nouveaux projets d'EHPAD sur le territoire de La Réunion prévoient désormais une unité PHV.

Les EHPAD disposent également de 218 places identifiées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, tandis que 1 398 places relèvent de l'accueil des personnes âgées dépendantes.

Point de vigilance : les 1 931 places recensées dans le champ des personnes âgées ne constituent pas une offre mobilisable en tant que telle pour les personnes vivant avec un handicap vieillissantes. Seules 110 places sont explicitement identifiées pour ce public dans les données disponibles. Les autres capacités sont présentées afin de documenter l'environnement médico-social susceptible d'intervenir dans les parcours liés au vieillissement.

> **À retenir**
> L'offre spécifiquement identifiée pour les personnes handicapées vieillissantes reste limitée à 110 places et concentrée dans l'Ouest et le Sud. Ce constat distingue l'existence d'une offre générale importante pour les personnes âgées de l'existence de réponses explicitement dédiées aux parcours des personnes vivant avec un handicap vieillissantes. Toutefois, cette offre est amenée à évoluer : les nouveaux projets d'EHPAD intègrent désormais une unité PHV.

3.2 Déclinaison de l'offre médico-sociale par micro-région

La présentation régionale de l'offre permet d'en apprécier les principales composantes et capacités, sans toutefois rendre compte des différences d'implantation et de couverture entre les territoires. Les tableaux suivants déclinent donc l'offre médico-sociale dans les quatre micro-régions de La Réunion - Nord, Est, Ouest et Sud - selon les mêmes catégories de publics et de modalités d'accompagnement.

Les tranches d'âge mentionnées sont issues des déclarations recueillies auprès des établissements et services dans le cadre du questionnaire « état des lieux de la Transformation de l'offre » 2026.

L'absence de capacité implantée dans une micro-région ne signifie pas qu'aucune réponse n'y est accessible. Les services intervenant en milieu ordinaire couvrent souvent plusieurs micro-régions, alors que l'accueil de jour, l'hébergement et l'accueil temporaire supposent que la personne se déplace. Les tableaux indiquent les places implantées dans chaque micro-région et, par la couleur, l'accessibilité des réponses implantées ailleurs ; ils ne mesurent pas des places disponibles.

3.2.1 Tableaux synthétiques de l'offre médico-sociale par micro-région

Comment lire ces tableaux.

Les chiffres indiquent les places implantées dans la micro-région (FINESS, places installées, octobre 2026). Pour les enfants, sous chaque chiffre figurent les âges d'admission de cette offre ; lorsqu'aucune place ne couvre à elle seule l'ensemble de ces âges, les tranches sont séparées par une barre verticale (« 3-14 | 14-20 ans ») : l'offre existe à ces âges, mais pas de façon continue au sein d'une même structure.

	Une case verte indique une offre implantée dans la micro-région.
	Une case jaune indique un accueil de jour, un hébergement, un accueil temporaire ou un travail accompagné qui n'est pas implanté dans la micro-région mais qui est accessible à ses habitants dans un établissement situé ailleurs : il suppose un déplacement.
	Une case bleue indique un service implanté dans une autre micro-région qui intervient en milieu ordinaire dans celle-ci, sans déplacement de la personne.
	Une case blanche signifie qu'aucune offre n'est identifiée pour ce public.

Une case fusionnée indique les places d'un dispositif intégré, réparties selon les besoins entre accueil de jour, internat et milieu ordinaire.

Tableau 28 – Modalités d'accompagnement enfants/adolescents (Nord)

ENFANTS / ADOLESCENTS — places installées : 675					
Typologie de handicap	**Places**	**Accueil de jour**	**Milieu ordinaire**	**Hébergement**	**Accueil temporaire**
TDI	281	**115** 3-14 | 14-20 ans	**151** 3-20 ans	**15** 14-20 ans	
TSA	110	**50** 3-20 ans	**55** 3-20 ans		**5** 3-20 ans
DPTC	–				
Déficience motrice	73	**26** 3-20 ans	**37** 3-20 ans	**10** 3-20 ans	
Polyhandicap	52	**33** 3-20 ans	**4** 3-20 ans	**12** 3-20 ans	**3** 3-20 ans
DA	72	**27** 3-20 ans	**40** 3-20 ans	**5** 3-20 ans	
DV	66	**30** 3-20 ans	**31** 3-20 ans	**5** 3-20 ans	
Handicap rare	14	**14** 3-20 ans			
Tout public	7				**7** 3-20 ans

Source : FINESS, places installées, octobre 2026 ; âges d'admission questionnaire TDO 2026

Tableau 29 – Modalités d'accompagnement adultes (Nord)

ADULTES — places installées : 629						
Typologie de handicap	**Places**	**Accueil de jour**	**Milieu ordinaire**	**Hébergement**	**Accueil temporaire**	**Travail accompagné**
TDI	268	**78**	**40**	**146**	**4**	
TSA	15		**15**			
Déficience motrice	15		**15**			
Polyhandicap	65	**7**		**52**	**6**	
Handicap psychique	48		**23**	**23**	**2**	
DA	15		**15**			
DV	25		**25**			
Cérébrolésion	–					
Handicap rare	6	**3**		**3**		
Tout public	172	**7**		**15**	**1**	**149**

Source : FINESS, places installées, octobre 2026

> **À retenir – Nord**
>
> Le Nord présente une offre diversifiée, caractérisée chez l'enfant par une place importante du milieu ordinaire et par une offre sensorielle importante, historiquement implantée. Chez l'adulte, l'offre est davantage marquée par l'hébergement. Le territoire illustre également la complémentarité interterritoriale : l'absence de capacité locale pour certains publics, notamment les DPTC chez l'enfant, n'exclut pas une intervention en milieu ordinaire depuis une autre micro-région.

Tableau 30 – Modalités d'accompagnement enfants/adolescents (Est)

ENFANTS / ADOLESCENTS — places installées : 381					
Typologie de handicap	**Places**	**Accueil de jour**	**Milieu ordinaire**	**Hébergement**	**Accueil temporaire**
TDI	234	**109** 6-20 ans	**110** 3-20 ans	**10** 6-20 ans	**5** 3-20 ans
TSA	100	**40** 3-20 ans	**45** 3-20 ans	**10** 3-20 ans	**5** 3-20 ans
DPTC	39	**39** 3-20 ans			
Déficience motrice	–				
Polyhandicap	–				
DA	–				
DV	–				
Handicap rare	–				
Tout public	8				**8** 3-20 ans

Source : FINESS, places installées, octobre 2026 ; âges d'admission questionnaire TDO 2026

Tableau 31 – Modalités d'accompagnement adultes (Est)

ADULTES — places installées : 451						
Typologie de handicap	**Places**	**Accueil de jour**	**Milieu ordinaire**	**Hébergement**	**Accueil temporaire**	**Travail accompagné**
TDI	83	**20**	**50**	**13**		
TSA	74	**28**	**8**	**30**	**8**	
Déficience motrice	–					
Polyhandicap	52		**15**	**30**	**7**	
Handicap psychique	40			**40**		
DA	–					
DV	–					
Cérébrolésion	12			**12**		
Handicap rare	–					
Tout public	190			**30**		**160**

Source : FINESS, places installées, octobre 2026

À retenir – Est

L'Est présente une offre plus concentrée autour du TDI et des TSA, avec une diversité de publics localement plus limitée que dans les autres micro-régions. Il accueille néanmoins certaines réponses spécialisées, notamment pour les DPTC chez l'enfant et les cérébrolésions chez l'adulte. Pour plusieurs autres publics, en particulier les déficiences sensorielles ou motrices, l'accès à l'offre repose davantage sur des interventions ou des ressources implantées dans d'autres territoires.

Tableau 32 – Modalités d'accompagnement enfants/adolescents (Sud)

ENFANTS / ADOLESCENTS — places installées : 1 090					
Typologie de handicap	**Places**	**Accueil de jour**	**Milieu ordinaire**	**Hébergement**	**Accueil temporaire**
TDI	570	**363** 6-20 ans	**191** 3-20 ans	**16** 6-20 ans	
TSA	175	**71** 3-20 ans	**86** 3-20 ans	**2** 14-20 ans	**16** 3-20 ans
DPTC	75	**75** 3-20 ans			
Déficience motrice	83	**42** 3-20 ans	**41** 3-20 ans		
Polyhandicap	88	**61** 3-20 ans	**18** 3-20 ans	**4** 3-20 ans	**5** 3-20 ans
DA	68	**30** 3-20 ans	**38** 3-20 ans		
DV	29	**17** 3-20 ans	**12** 3-20 ans		

ENFANTS / ADOLESCENTS — places installées : 1 090					
Typologie de handicap	**Places**	**Accueil de jour**	**Milieu ordinaire**	**Hébergement**	**Accueil temporaire**
Handicap rare	–				
Tout public	2	**1** 14-20 ans			**1** 14-20 ans

Source : FINESS, places installées, octobre 2026, âges d'admission questionnaire TDO 2026

Tableau 33 – Modalités d'accompagnement adultes (Sud)

ADULTES — places installées : 1 207						
Typologie de handicap	**Places**	**Accueil de jour**	**Milieu ordinaire**	**Hébergement**	**Accueil temporaire**	**Travail accompagné**
TDI	484	**95**	**85**	**104**		**200**
TSA	58	**25**	**9**	**24**		
Déficience motrice	20	**20**				
Polyhandicap	102	**10**	**30**	**61**	**1**	
Handicap psychique	30		**20**	**10**		
DA	35		**35**			
DV	25		**25**			
Cérébrolésion	–					
Handicap rare	–					
Tout public	453		**35**	**137**	**6**	**275**

Source : FINESS, places installées, octobre 2026

À retenir – Sud

Le Sud concentre le volume d'offre implantée le plus important et présente une offre diversifiée chez l'enfant comme chez l'adulte. Le TDI y occupe une place structurante, aux côtés de réponses pour les TSA, le polyhandicap, le handicap moteur, les DPTC et les déficiences sensorielles. L'offre enfant est fortement marquée par l'accueil de jour, tandis que le secteur adulte associe un volume important de travail accompagné, d'hébergement et de milieu ordinaire. Cette diversité locale est complétée, comme dans les autres territoires, par des interventions interterritoriales.

Tableau 34 – Modalités d'accompagnement enfants/adolescents (Ouest)

ENFANTS / ADOLESCENTS — places installées : 699					
Typologie de handicap	**Places**	**Accueil de jour**	**Milieu ordinaire**	**Hébergement**	**Accueil temporaire**
TDI	359	**194** 6-20 ans	**155** 3-20 ans	**5** 14-20 ans	**5** 3-20 ans
TSA	113	**73** 3-20 ans	**30** 3-20 ans		**10** 3-20 ans
DPTC	67	**67** 3-20 ans			

ENFANTS / ADOLESCENTS — places installées : 699					
Typologie de handicap	**Places**	**Accueil de jour**	**Milieu ordinaire**	**Hébergement**	**Accueil temporaire**
Déficience motrice	50	**16** 3-20 ans	**30** 3-20 ans		**4** 3-20 ans
Polyhandicap	61	**25** 3-20 ans	**17** 3-20 ans	**15** 3-20 ans	**4** 3-20 ans
DA	22	**10** 3-20 ans	**12** 3-20 ans		
DV	26	**7** 3-20 ans	**19** 3-20 ans		
Handicap rare	–				
Tout public	1				**1** 3-20 ans

Source : FINESS, places installées, octobre 2026, âges d'admission questionnaire TDO 2026

Tableau 35 – Modalités d'accompagnement adultes (Ouest)

ADULTES — places installées : 501						
Typologie de handicap	**Places**	**Accueil de jour**	**Milieu ordinaire**	**Hébergement**	**Accueil temporaire**	**Travail accompagné**
TDI	213	**80**	**50**	**36**		**47**
TSA	6		**6**			
Déficience motrice	–					
Polyhandicap	67	**13**	**20**	**20**	**14**	
Handicap psychique	–					
DA	–					
DV	–					
Cérébrolésion	–					
Handicap rare	–					
Tout public	215	**13**	**25**	**22**		**155**

Source : FINESS, places installées, octobre 2026

À retenir – Ouest

L'Ouest se distingue chez l'enfant par une offre relativement orientée vers l'accueil de jour, avec une forte présence du TDI et des capacités également identifiées pour les TSA, les DPTC et le polyhandicap. Chez l'adulte, le travail accompagné occupe une place particulièrement importante, tandis que l'hébergement est moins représenté que dans le Nord ou l'Est. Plusieurs publics sans capacité spécifiquement implantée localement peuvent néanmoins bénéficier d'interventions en milieu ordinaire provenant d'autres micro-régions.

3.2.2 Une offre différenciée entre les quatre micro-régions

La comparaison des quatre micro-régions met en évidence des différences importantes à la fois dans le volume des capacités implantées, dans leur répartition entre modalités d'accompagnement et dans les publics pour lesquels elles sont installées. Ces différences dessinent des profils territoriaux distincts, sans pour autant constituer à elles seules une mesure du niveau d'adéquation de l'offre aux besoins de chaque population.

Des répartitions de modalités d'accompagnement différentes selon les territoires

Tableau 36 – Modalités d'accompagnement enfant/adolescent par territoire

Modalité	Nord (675 places)	Est (381 places)	Ouest (699 places)	Sud (1 090 places)
Accueil de jour	43,7 %	39,1 %	46,5 %	53,7 %
Milieu ordinaire	47,1 %	40,7 %	37,6 %	35,4 %
Hébergement	7,0 %	5,2 %	2,9 %	2,0 %
Accueil temporaire	2,2 %	4,7 %	3,4 %	2,0 %
Dispositif intégré	0,0 %	10,2 %	9,6 %	6,9 %

Source : FINESS, places installées, octobre 2026

Le Nord et l'Est sont les deux territoires où le milieu ordinaire dépasse l'accueil de jour : 47,1 % contre 43,7 % dans le Nord, 40,7 % contre 39,1 % dans l'Est. Dans l'Ouest et le Sud, l'accueil de jour est la première modalité, avec 46,5 % et 53,7 % des places, contre 37,6 % et 35,4 % pour le milieu ordinaire. Les DITEP, présentés en dispositif intégré, représentent de 6,9 % (Sud) à 10,2 % (Est) des places ; le Nord n'en compte pas, bien qu'ils interviennent directement sur le secteur en milieu ordinaire.

L'hébergement reste largement minoritaire dans l'offre enfant sur l'ensemble de l'île. Sa part est la plus élevée dans le Nord (7,0 %), devant l'Est (5,2 %), l'Ouest (2,9 %) et le Sud (2,0 %).

L'Est se démarque par la part d'accueil temporaire la plus élevée (4,7 %), plus de deux fois celle du Nord (2,2 %) et du Sud (2,0 %). L'Ouest se situe à 3,4 %.

Tableau 37 – Modalités d'accompagnement adulte par territoire

Modalité	Nord (629 places)	Est (451 places)	Ouest (501 places)	Sud (1 207 places)
Accueil de jour	15,1 %	10,6 %	21,2 %	12,4 %
Milieu ordinaire	21,1 %	16,2 %	20,2 %	19,8 %
Hébergement	38,0 %	34,4 %	15,6 %	27,8 %
Accueil temporaire	2,1 %	3,3 %	2,8 %	0,6 %
Travail accompagné	23,7 %	35,5 %	40,3 %	39,4 %

Source : FINESS, places installées, octobre 2026

Les différences entre micro-régions sont particulièrement visibles dans le secteur adulte.

Le Nord présente un profil davantage centré sur l'hébergement : celui-ci représente 38,0 % de ses places. Il présente la part de milieu ordinaire la plus élevée (21,1 %) mais aussi une part bien plus faible de travail accompagné que les autres territoires (23,7 %).

L'Est associe deux modalités importantes : le travail accompagné représente 35,5 % de l'offre et l'hébergement en représente 34,4 %. Le milieu ordinaire y occupe une place plus réduite que dans les

autres territoires, avec 16,2 % des capacités, tout comme l'accueil de jour qui ne représente que 10,6 %. L'accueil temporaire y est davantage représenté avec 3,3 %.

Le profil de l'Ouest est très différent. Le travail accompagné constitue 40,3 % de l'offre adulte et l'accueil de jour en constitue 21,2 %, soit les parts les plus fortes des territoires. Au contraire, l'hébergement n'en représente que 15,6 %, soit la proportion la plus faible.

Dans le Sud, le travail accompagné occupe une place majeure, avec 39,4 % des capacités. Les autres modalités se situent plus proches de la moyenne régionale, hormis pour l'accueil temporaire qui ne représente que 0,6 %, soit la part la plus faible des territoires.

À retenir

Des différences importantes existent dans la répartition des modalités d'accompagnement sur le territoire ; elles sont davantage marquées sur le secteur adulte.
Pour le secteur enfant, le Nord et l'Est sont les deux territoires présentant une part plus importante de prestations en milieu ordinaire que d'accueil de jour. L'accueil de jour est plus développé dans le Sud. L'hébergement représente une part plus importante dans le Nord et l'Est. La part d'accueil temporaire est plus importante dans l'Est.
Pour le secteur adulte, le Nord et l'Est se caractérisent par un poids plus important de l'hébergement dans leur offre adulte, tandis que l'Ouest et le Sud sont davantage marqués par le travail accompagné. Le Sud présente la part d'accueil temporaire la plus faible.

Des implantations et spécialisations territoriales marquées selon les publics

Selon les publics, l'offre est présente dans les quatre micro-régions ou concentrée dans une ou deux d'entre elles.

Tableau 38 – Répartition par typologie enfant/adolescent

Typologie de handicap	Nord	Est	Ouest	Sud
TDI	41,6 %	61,4 %	51,4 %	52,3 %
TSA	16,3 %	26,2 %	16,2 %	16,1 %
DPTC	-	10,2 %	9,6 %	6,9 %
Déficience motrice	10,8 %	-	7,2 %	7,6 %
Polyhandicap	7,7 %	-	8,7 %	8,1 %
DA	10,7 %	-	3,1 %	6,2 %
DV	9,8 %	-	3,7 %	2,7 %
Handicap rare	2,1 %	-	-	-
Tout public	1,0 %	2,1 %	0,1 %	0,2 %

Part de chaque typologie dans les places installées de la micro-région. Source : FINESS, places installées, octobre 2026

Pour les enfants et adolescents :

- le TDI est la part la plus importante de l'offre ;
- la part du TSA est nettement plus élevée dans l'Est (26,2 %) que dans les trois autres micro-régions (de 16,1 % à 16,3 %) ;
- l'Est n'a pas de places en déficience motrice ni en polyhandicap, et le Nord n'en a pas pour les DPTC. Ces territoires bénéficient d'interventions en milieu ordinaire de services implantés ailleurs, mais pas d'accueil sur place ;
- les places pour les déficiences sensorielles sont surtout dans le Nord et le Sud, et dans une moindre mesure dans l'Ouest, les services en milieu ordinaire interviennent aussi dans l'Est ;

- les 14 places handicap rare sont dans le Nord (IES La Ressource) ; elles sont accessibles aux jeunes des autres micro-régions.

Tableau 39 – Répartition par typologie adulte

Typologie de handicap	Nord	Est	Ouest	Sud
TDI	42,6 %	18,4 %	42,5 %	40,1 %
TSA	2,4 %	16,4 %	1,2 %	4,8 %
Déficience motrice	2,4 %	-	-	1,7 %
Polyhandicap	10,3 %	11,5 %	13,4 %	8,5 %
Handicap psychique	7,6 %	8,9 %	-	2,5 %
DA	2,4 %	-	-	2,9 %
DV	4,0 %	-	-	2,1 %
Cérébrolésion	-	2,7 %	-	-
Handicap rare	1,0 %	-	-	-
Tout public	27,3 %	42,1 %	42,9 %	37,5 %

Part de chaque typologie dans les places installées de la micro-région. Source : FINESS, places installées, octobre 2026

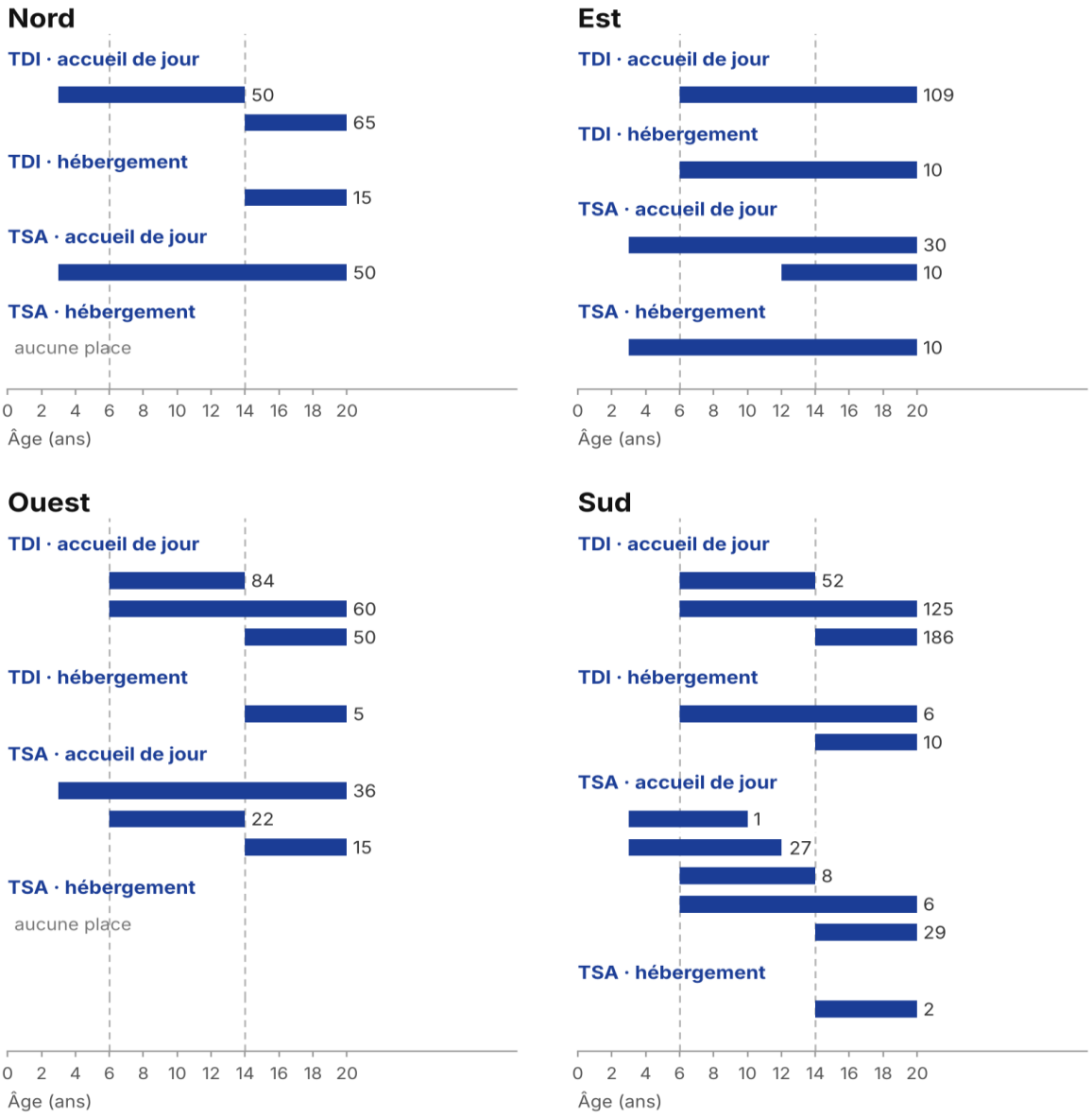
Pour les adultes :

- près de la moitié des places dédiées aux TSA sont dans l'Est ; l'Ouest n'a que 1,2 % de son offre qui y est dédiée ;
- l'Ouest n'a pas de places spécifiques pour le handicap psychique ;
- l'offre tout public est plus importante dans l'Ouest et l'Est ;
- la part de l'offre pour les déficiences motrices est réduite, voire inexistante, dans l'Est et l'Ouest ;
- l'offre pour les déficiences auditives et visuelles est concentrée dans le Nord et le Sud ;
- les 12 places pour les personnes cérébrolésées sont dans l'Est, les 6 places pour les handicaps rares dans le Nord (EAM Pailles en Queue).

Une offre inégalement accessible selon l'âge

Les tableaux par micro-région indiquent les âges d'admission de chaque offre. Pour l'accueil des jeunes présentant un TDI ou un TSA, ces âges dessinent des organisations différentes d'un territoire à l'autre. Seule l'offre TDI et TSA est analysée ici : c'est la seule dont les âges d'admission varient selon les établissements, alors que ceux des autres publics et de l'accompagnement en milieu ordinaire couvrent partout la tranche 3-20 ans.

Figure 16 – Âges d'admission de l'accueil TDI et TSA, par micro-région



Chaque barre correspond aux places d'une même tranche d'âge d'admission ; le chiffre indique le nombre de places. Source : FINESS, places installées, octobre 2026 ; âges d'admission issus des déclarations des établissements (questionnaire TDO 2026)

Avant 6 ans, l'accueil de jour TDI n'est ouvert que dans le Nord (50 places, jusqu'à 14 ans). À 14 ans, l'accueil change souvent d'établissement : dans le Nord, aucune place d'accueil de jour TDI ne couvre à la fois l'enfance et l'adolescence ; dans l'Ouest et le Sud, une partie seulement des places est continue (60 sur 194 dans l'Ouest, 125 sur 363 dans le Sud). Dans le Sud, l'accueil de jour spécifique pour les 14-20 ans TDI est plus de trois fois supérieur à l'offre spécifique pour les 6-14 ans. À l'inverse, l'Ouest a une offre spécifique pour les 6-14 ans TDI presque deux fois supérieure à l'offre spécifique pour les 14-20 ans.

L'Est fait exception : ses 109 places TDI accueillent de 6 à 20 ans. Pour les TSA, l'accueil de jour est continu dans le Nord et, pour l'essentiel, dans l'Est ; dans le Sud, il est scindé selon l'âge : sur 71 places, 28 ne sont ouvertes que jusqu'à 10 ou 12 ans et 29 qu'à partir de 14 ans. L'hébergement TSA n'existe que dans l'Est (10 places, de 3 à 20 ans) et dans le Sud (2 places, de 14 à 20 ans).

À retenir

Certaines offres sont absentes d'au moins une micro-région : chez l'enfant, la déficience motrice, le polyhandicap et les déficiences sensorielles dans l'Est, les DPTC dans le Nord ; chez l'adulte, la cérébrolésion n'est implantée que dans l'Est, la déficience motrice et les déficiences sensorielles que dans le Nord et le Sud, le handicap psychique est absent de l'Ouest et près de la moitié des places TSA sont dans l'Est.

Les interventions en milieu ordinaire compensent en partie cette concentration ; l'accueil en établissement, lui, suppose un déplacement. Ces écarts ne suffisent pas à mesurer les tensions d'accès, analysées en 3.2.3.

L'accès à l'offre dépend aussi de l'âge : dans le Nord, et pour une partie de l'offre de l'Ouest et du Sud, l'accueil de jour TDI change d'établissement à 14 ans.

Des capacités implantées inégalement réparties

Sur les 2 845 places installées pour les enfants et adolescents, le Sud en regroupe 1 090, soit 38,3 % de l'offre régionale, devant l'Ouest avec 699 places (24,6 %), le Nord avec 675 places (23,7 %) et l'Est avec 381 places (13,4 %).

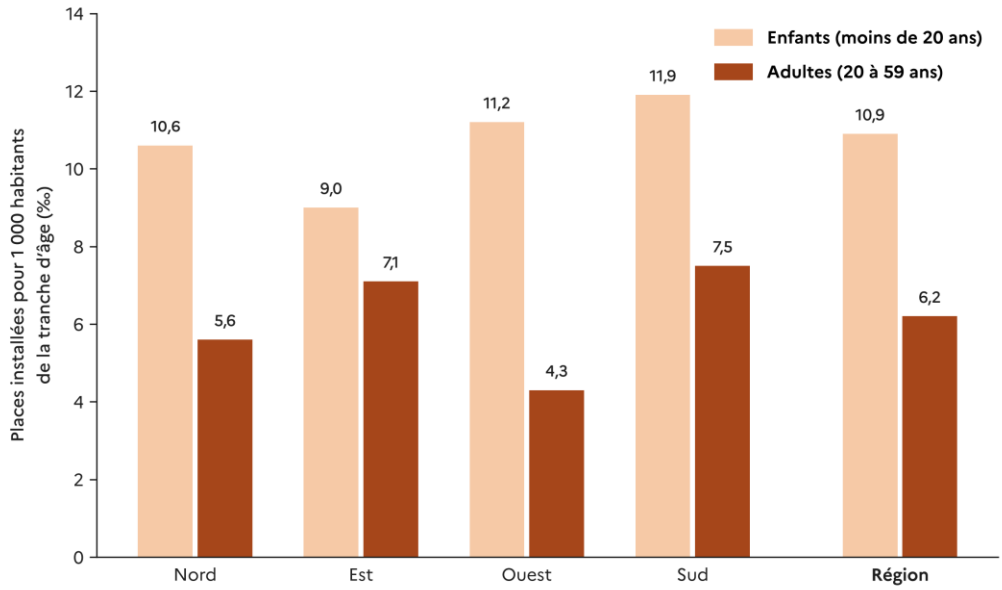
La concentration territoriale est également marquée dans le secteur adulte. Sur 2 788 places, le Sud en regroupe 1 207, soit 43,3 % de l'ensemble de l'offre adulte, devant le Nord (629 places ; 22,6 %), l'Ouest (501 ; 18,0 %) et l'Est (451 ; 16,2 %).

Une répartition de l'offre à mettre en regard de la population des territoires

Les différences de volumes de places implantées ne peuvent toutefois être interprétées indépendamment de la population des territoires et de leur structure par âge.

Afin de disposer d'un indicateur comparable entre micro-régions, les capacités installées en 2026 ont été rapportées à la population de référence de chaque secteur : les moins de 20 ans pour l'offre destinée aux enfants et adolescents et les 20 à 59 ans pour l'offre destinée aux adultes.

Tableau 40 – Taux par micro-région



Sources : FINESS, places installées, octobre 2026 ; Insee, recensement 2023, seule source disponible à cette échelle. Le taux régional diffère de celui des tableaux 17 et 22, calculés sur l'estimation de population Insee 2026.

Cette mise en regard nuance la lecture fondée sur les seuls volumes de places. Dans le secteur enfant, le Sud présente le niveau de places rapporté à la population de moins de 20 ans le plus élevé (11,9 ‰), devant l'Ouest (11,2 ‰) et le Nord (10,6 ‰), tandis que l'Est se situe nettement en retrait (9,0 ‰). Le Sud, qui concentre déjà le volume de places le plus important, apparaît ainsi également comme le territoire le mieux doté rapporté à sa population de moins de 20 ans.

Dans le secteur adulte, les écarts apparaissent davantage marqués. Le Sud présente le niveau relatif le plus élevé, suivi de l'Est, tandis que l'Ouest apparaît moins doté au regard de sa population de 20 à 59 ans. Le Nord occupe une position intermédiaire.

Une répartition de l'offre à rapprocher des orientations MDPH

La mise en regard des capacités médico-sociales avec le nombre de personnes disposant d'une orientation vers une structure médico-sociale apporte un éclairage complémentaire sur l'adéquation entre l'offre et les besoins administrativement reconnus.

À l'échelle régionale, 5 204 enfants et adolescents disposent d'une orientation vers un établissement ou un service médico-social (droits valides au 31 décembre 2026), à rapprocher des 2 845 places installées dans l'offre enfant. Chez les adultes, 7 519 personnes disposent d'une orientation vers un établissement ou un service médico-social hors ESAT, et 2 724 d'une orientation vers un ESAT ; une même personne pouvant relever des deux, ces chiffres ne s'additionnent pas. L'offre adulte comprend 2 788 places installées, dont 986 places d'ESAT.

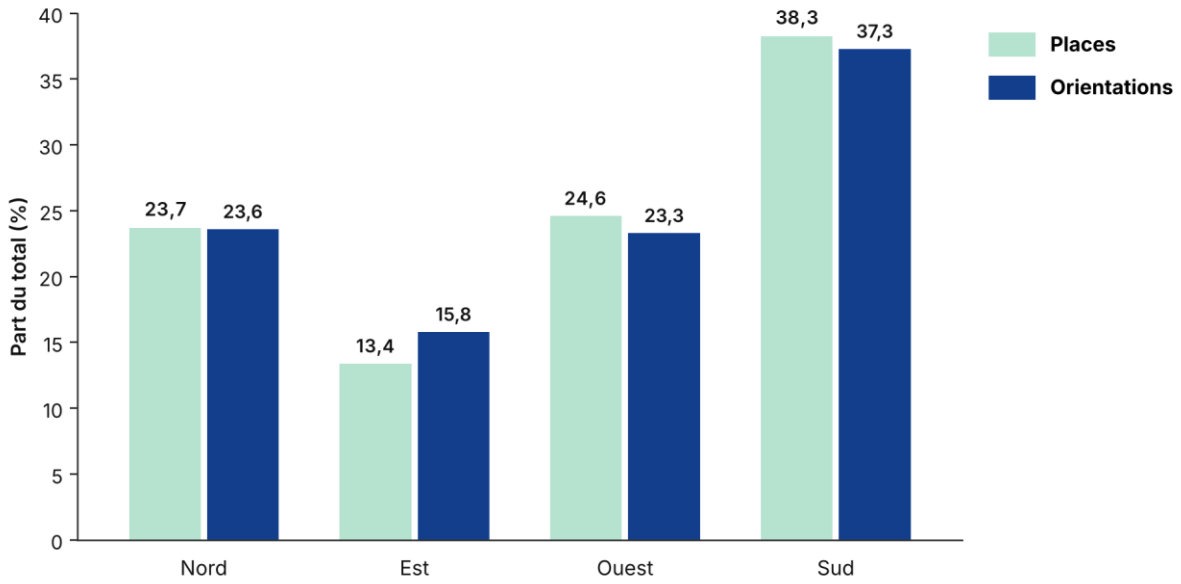
En 2024, le secteur enfant déclarait 33,5 % d'accompagnements de plus que sa capacité. Chez les adultes, 18,9 % de plus (cf. tableau 15). Le fonctionnement en file active, les accompagnements séquentiels et la modulation de leur intensité contribuent ainsi à dissocier le nombre de personnes accompagnées du seul nombre de places installées.

Inversement, disposer d'une orientation vers une structure médico-sociale ne signifie pas nécessairement souhaiter sa mise en œuvre telle qu'elle a été proposée. Les visites à domicile et entretiens conduits dans le cadre de l'action de Coordination Multi-Établissement de Traitement des listes d'Attente (COMETA)[42] ont notamment montré que certaines personnes orientées ne souhaitent pas nécessairement la solution proposée ou expriment un projet de vie appelant une autre réponse. Le volume des orientations constitue donc un indicateur des besoins reconnus par la MDPH, mais il ne peut être assimilé ni à une demande immédiate de places, ni au nombre de personnes effectivement sans solution.

Les données permettent d'examiner la répartition territoriale des orientations, pour les enfants comme pour les adultes. Le rapprochement proposé constitue un indicateur de concordance territoriale entre offre et orientations, et non un taux de couverture des besoins.

[42] L'action COMETA est explicitée dans le chapitre « Les tensions d'accès à l'offre, les situations sans solution et ruptures de parcours » (cf. 3.2.3).

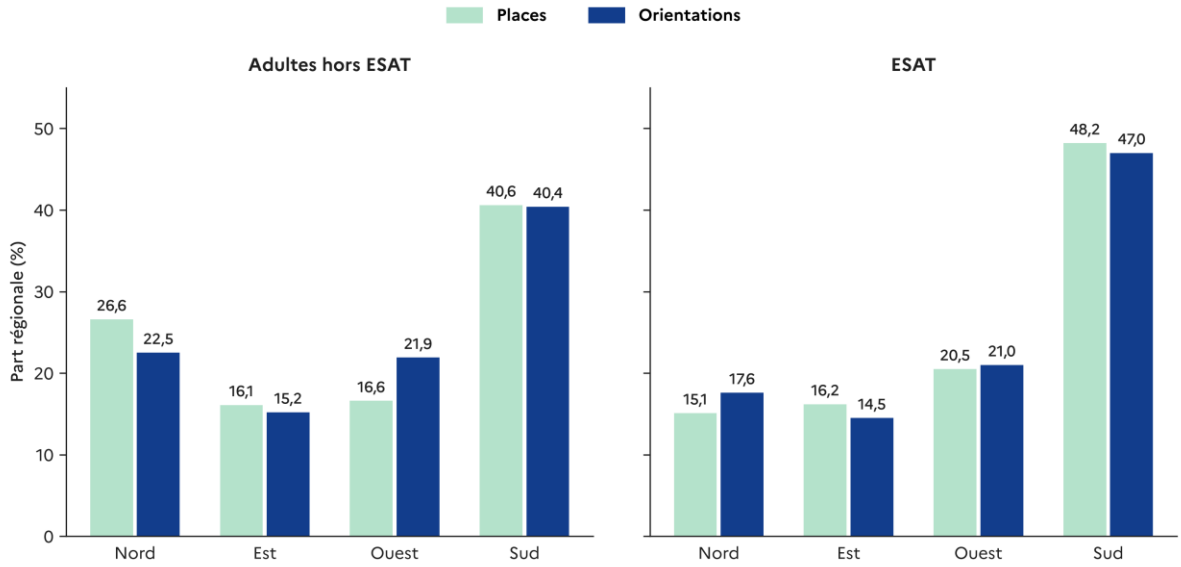
Tableau 41 – Répartition territoriale des orientations (enfants)



Sources : MDPH 974, droits valides au 31/12/2026 ; FINESS, places installées, octobre 2026 ; parts calculées hors personnes domiciliées hors de La Réunion.

À cette échelle globale, la répartition territoriale de l'offre enfant apparaît relativement proche de celle des orientations MDPH. Le principal décalage concerne l'Est, dont la part dans les orientations (15,8 %) dépasse sa part dans l'offre (13,4 %), tandis que l'Ouest présente la situation inverse (24,6 % des places, 23,3 % des orientations), comme, dans une moindre mesure, le Sud (38,3 % des places, 37,3 % des orientations). Le Nord apparaît quasiment aligné (23,7 % des places, 23,6 % des orientations).

Tableau 42 – Répartition territoriale des orientations (adultes)



Sources : MDPH 974, droits valides au 31/12/2026 ; FINESS, places installées, octobre 2026 ; Parts calculées hors personnes domiciliées hors de La Réunion.

Chez les adultes, hors ESAT, l'Ouest concentre 21,9 % des orientations pour 16,6 % des places, et le Nord se trouve dans la situation inverse (22,5 % des orientations, 26,6 % des places).

À retenir

Les écarts constatés dans l'implantation de l'offre sont à mettre en relation avec la population et le nombre de personnes orientées sur chaque micro-région. Pour le secteur enfant, l'Est a une part dans l'offre inférieure à sa part dans les orientations, et l'Ouest, comme dans une moindre mesure le Sud, est dans la situation inverse. Pour le secteur adulte, le Sud présente le taux d'équipement le plus élevé, suivi de l'Est, tandis que l'Ouest apparaît moins doté et concentre une part des orientations nettement supérieure à sa part des places.

3.2.3 Les tensions d'accès à l'offre, les situations sans solution et ruptures de parcours

L'analyse des orientations MDPH présentée précédemment permet de caractériser leur répartition territoriale, pour les enfants comme pour les adultes. Les données disponibles ne permettent pas, en revanche, d'analyser leur répartition par typologie de handicap ni leur niveau de mise en œuvre.

À ce jour, il n'est pas possible de quantifier précisément le nombre de personnes disposant d'une orientation non mise en œuvre, partiellement mise en œuvre ou mise en œuvre dans une réponse différente de l'orientation cible.

Dans ce contexte, l'analyse des tensions d'accès repose sur plusieurs sources complémentaires mais imparfaites : les listes d'attente déclarées par les ESMS, les travaux portant sur certaines situations sans solution ou orientées par défaut, les données COMETA et les éléments qualitatifs recueillis dans le cadre du diagnostic.

Précautions de lecture sur les listes d'attente

Les données présentées sont issues des déclarations des établissements et services recueillies dans le cadre du diagnostic. Une même personne peut en effet être inscrite auprès de plusieurs établissements ou services, voire simultanément sur différentes catégories d'ESMS.

Les volumes présentés doivent donc être considérés comme des indicateurs de pression déclarée sur les différentes composantes de l'offre, et non comme un décompte consolidé des personnes en attente ou sans solution.

Tableau 43 – Liste d'attente secteur enfant

Listes d'attente déclarées par les ESMS secteur enfant							
Type d'ESMS	**Nombre de structures**	**Nord**	**Est**	**Sud**	**Ouest**	**Inscriptions déclarées sur liste d'attente**	**Nombre moyen d'inscriptions déclarées par structure**
IME	15	182	467	603	282	1 534	102
IEM	4	/	/	15	9	24	12
SESSAD	14	854	522	1 103	401	2 880	206
DITEP	2	/	/	29	5	34	17
IES	1	97	/	/	/	97	97
EEAP	4	48	/	29	20	97	32,3
Total	40	1 181	989	1 779	717	4 666	116,7

Source : questionnaire ARS état des lieux Transformation de l'offre, premier semestre 2026. Lecture du tableau : / = absence de données. Le « nombre moyen par structure » est calculé sur le déclaratif des personnes en liste d'attente. Des données ne sont pas disponibles pour certaines structures.

Tableau 44 – Liste d'attente secteur adulte

Listes d'attente déclarées par les ESMS secteur adulte							
Type d'ESMS	**Nombre de structures**	**Nord**	**Est**	**Sud**	**Ouest**	**Inscriptions déclarées sur liste d'attente**	**Nombre moyen d'inscriptions déclarées par structure**
SAVS	7	258	174	543	250	1225	175
SAMSAH	8	356	41	455	295	1147	143
EANM	21	608	102	483	245	1438	68,5
EAM	7	186	208	65	219	678	97
MAS	4	94	142	114	92	442	110,5
ESAT	11	407	219	317	412	1355	123
Total	58	1909	886	1977	1513	6285	108

Source : questionnaire ARS état des lieux Transformation de l'offre, premier semestre 2026.

Un autre angle de lecture des listes d'attente : la mission COMETA

Face à un temps d'attente estimé à plusieurs années pour l'accès aux EAM et MAS, l'ARS de La Réunion a confié à la Communauté 360 (C360) la mission de dresser un état des lieux qualitatif des listes d'attente, en juillet 2024. Cette étude s'inscrit dans le cadre du plan de rattrapage lié au déploiement du plan 50 000 solutions. À la suite de cette étude, l'action de Coordination Multi-Établissement de Traitement des listes d'Attente (COMETA) a démarré en octobre 2025.

Elle consiste à déployer une dizaine de travailleurs sociaux, recrutés spécifiquement pour la mission, chargés d'aller à la rencontre de toutes les personnes inscrites en liste d'attente, à leur domicile, pour évaluer leurs attentes et leurs besoins et proposer un premier niveau d'accompagnement.

En lien avec la MDPH, cette mission complète ainsi les listes d'attente déclaratives des ESMS en permettant de mieux qualifier : les situations individuelles, les parcours, les conditions de vie et enfin les attentes des personnes concernées et de leurs aidants.

La mission COMETA étant toujours en cours, un point d'étape du mois d'octobre 2026 est présenté ci-dessous.

Tout d'abord, il est confirmé la nécessité de distinguer la liste administrative brute d'une file active actualisée, compte tenu notamment des doublons, des notifications périmées, des admissions déjà réalisées ou des situations devenues obsolètes. Par conséquent, sur environ 1 734 dossiers traités, la population nette en attente est de 844 personnes pour les seuls EAM et MAS.

Au point d'étape d'octobre 2026, 474 personnes ont pu rencontrer un travailleur social et exprimer leur choix de vie, apportant un éclairage complémentaire vis-à-vis de leurs orientations.

Tableau 45 – Vœux d'orientation exprimés (mission COMETA)

Vœux d'orientation exprimés par la personne concernée et/ou les proches		
Maintien à domicile	132	32,8 %
Accueil de jour	102	25,3 %
Accueil en internat	100	24,8 %
Accueil temporaire	50	12,4 %
Logement autonome	13	3,2 %
Activités en milieu ordinaire	5	1,2 %
Habitat inclusif	1	0,2 %

Sources : C360 - mission COMETA, octobre 2026.

Il est mis en évidence une diversité des projets de vie. Parmi les 403 personnes ayant exprimé un premier choix, sur les 474 rencontrées, le maintien à domicile constitue la première modalité souhaitée, devant l'accueil de jour, l'accueil en internat et l'accueil temporaire.

Ainsi, l'orientation EAM/MAS ne se traduit pas systématiquement par un premier souhait d'hébergement permanent. Ces résultats invitent à penser la transformation de l'offre dans une logique de diversification et de modularité des réponses, articulant accompagnement à domicile, accompagnement médico-social, accueil de jour, accueil temporaire, répit et soutien aux aidants.

Sont également mis en lumière dans la mission COMETA :

- les besoins de répit (cf. tableau 46);
- la présence de personnes en amendement Creton (100 situations à mettre en lien avec les tensions du secteur enfant) ;
- les situations de rupture de parcours.

Tableau 46 – Modalités de répit souhaitées (mission COMETA)

Modalités de répit souhaitées par les aidants et/ou la personne			
Modalité	**Choix 1**	**Choix 2**	**Choix 3**
Accueil temporaire	170	53	14
Répit extérieur	73	37	20
Répit intérieur	34	22	6
Logement autonome	1	0	0
Accueil en établissement	5	10	4
Accueil permanent	9	1	3
Aucun	23	0	0
Accueil de jour	46	21	3

Source : C360 - mission COMETA, COPIL d'octobre 2026.

Mafate : une difficulté d'accès identifiée au-delà du seul champ médico-social

Mafate est la seule zone citée comme « zone blanche » de l'offre médico-sociale par les organismes gestionnaires[43].

[43] Source : Questionnaire état des lieux Transformation de l'offre, premier semestre 2026

Les diagnostics sanitaires de l'ARS relèvent aussi l'isolement du cirque, et le Projet régional de santé prévoit d'en revoir la couverture sanitaire. Des réponses existent, notamment les dispensaires du CHU : la difficulté tient surtout à l'enclavement, qui limite la capacité des services mobiles, des interventions à domicile et du droit commun à atteindre les habitants.

Focus sur les situations complexes et situations critiques

Depuis 2024, le territoire dispose de places pérennes dédiées aux « situations critiques ». Sur les 11 places prévues, 10 sont déployées et 1 est à venir. Elles se répartissent entre 7 places pour enfants (IME, IMP, IMPRO, IES et EEAP) et 4 places en MAS, une par micro-région.

Tableau 47 – Répartition des places en situations critiques

	Enfants	Adultes
Nord	1 IES, 1 IME	1 MAS (pas déployée)
Ouest	1 EEAP, 1 IMP	1 MAS
Sud	2 IMPRO	1 MAS
Est	1 IME	1 MAS
Total	**7**	**4**

Source : Présentation ARS, MDPH, opérateurs du 31 mai 2022.

L'ARS et la MDPH définissent conjointement les situations complexes et critiques de la façon suivante :

Situations « complexes » : situations de handicap avec altération des capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, résultant d'un handicap grave à expression multiple, d'une association de déficiences graves, ou d'une déficience sévère associée à des troubles du comportement nécessitant une surveillance constante (article D344-5-1 du CASF).

Situations « critiques » : situations dont la complexité de prise en charge génère des ruptures de parcours (retours en famille non préparés, exclusions, refus d'admission) et/ou met en cause l'intégrité ou la sécurité de la personne et/ou de sa famille (circulaire n° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative aux situations individuelles critiques). La criticité n'est pas considérée comme une caractéristique intrinsèque de la personne, mais comme le résultat de l'interaction entre ses besoins, son environnement et la capacité du territoire à mobiliser une réponse adaptée.

Dans le cadre de ce diagnostic, l'accompagnement des situations complexes doit être pris en compte par une offre médico-sociale souple, coordonnée et modulable. L'enjeu pour le territoire porte davantage sur les situations complexes devenant critiques, c'est-à-dire celles pour lesquelles les réponses existantes ne permettent plus d'éviter une rupture ou de sécuriser le parcours.

Les ruptures de parcours analysées via la Réponse Accompagnée pour Tous (RAPT)

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. Le nombre de demandes de PAG fluctue en fonction des années : 75 en 2023, 40 en 2024, 67 en 2025 et 58 en 2026 au 01/10/2026.

Au 01/10/2026, 92 situations sont en phase d'instruction. 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 %).

Les ruptures sont en lien avec des points de transition identifiables : déscolarisation effective, impossibilité de poursuivre un parcours scolaire lors du passage au collège, et sorties de placement pour des enfants accueillis par des assistants familiaux de l'ASE sans solution médico-sociale.

À retenir

Les données disponibles ne permettent pas, à ce stade, de mesurer précisément le nombre de personnes dont l'orientation MDPH n'est pas ou seulement partiellement mise en œuvre.
Les listes d'attente déclarées traduisent néanmoins une forte pression sur l'offre, avec 4 666 inscriptions déclarées dans le secteur enfant et 6 285 dans le secteur adulte, sans possibilité de déduire un nombre de personnes en raison notamment des doublons.
La mission COMETA indique que sur environ 1 734 dossiers EAM/MAS traités, 844 personnes constituent une population nette en attente. Le choix principal des personnes en liste d'attente ne se limite pas à l'hébergement permanent : maintien à domicile, accueil de jour, accueil temporaire, répit et soutien aux aidants occupent une place importante dans les projets de vie.
Les ruptures de parcours se concentrent notamment autour de certaines transitions (scolarité, passage au collège, sortie de l'ASE, passage vers le secteur adulte), avec une concentration des PAG autour des moins de 20 ans et des micro-régions du Sud et de l'Est.

3.3 Les dispositifs médico-sociaux, projets innovants régionaux et les GEM

En complément de l'offre médico-sociale en établissements et services, le territoire dispose de plusieurs dispositifs ou projets qui contribuent à la transformation de l'offre, en favorisant la précocité des interventions, la coordination des parcours, l'inclusion et la mobilisation des ressources de droit commun. On peut les répartir en plusieurs ensembles :

- Coordination, orientation et prévention des ruptures ;
- Soutien aux aidants, aux familles et à la parentalité ;
- Autonomie, logement et participation sociale ;
- Pair-aidance et entraide ;
- Sports et loisirs inclusifs.

Le tableau ci-dessous présente, de manière non exhaustive, les principaux dispositifs identifiés sur le territoire, financés ou cofinancés par l'ARS. Il permet d'en préciser le public cible, les missions et leur zone d'intervention.

Tableau 48 – Récapitulatif des dispositifs, des projets innovants et des GEM

Dispositif & (porteur)	Public cible	Missions	Zone d'intervention	Financement
Coordination, orientation et prévention des ruptures				
PCO : Plateforme de coordination et d'orientation (Fondation Père Favron)	Enfants avec signes évocateurs de troubles du neurodéveloppement 0 à 12 ans	Organiser le repérage, l'orientation et la coordination des interventions précoces afin de réduire les délais d'accès au diagnostic et aux accompagnements.	Toute La Réunion	ARS
ERHR : Équipe Relais Handicaps Rares (IRSAM)	Personnes vivant avec un handicap rare Tout âge	Apporter une expertise, soutenir les professionnels et les familles et faciliter la mobilisation de ressources spécialisées.	Toute La Réunion	ARS
C360 : Communauté 360 (ALEFPA)	Personnes vivant avec un handicap et leurs aidants Tout âge	Constituer un point d'entrée territorial permettant d'informer, d'orienter et de coordonner les acteurs.	Toute La Réunion	ARS
PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées (ALEFPA)	Personnes vivant avec un handicap, selon le public défini dans l'autorisation du dispositif Tout âge	Mobiliser des prestations souples et coordonnées, notamment dans les lieux de vie ordinaires, afin de prévenir les ruptures de parcours et de répondre à des besoins insuffisamment couverts (coordination et intervention directe).	Toute La Réunion	ARS
PRH 974 : Pôle Ressources Handicap (ALEFPA)	Enfants vivant avec un handicap ou atteints d'une maladie chronique, familles et professionnels des structures de droit commun 0 à 12 ans révolus	Favoriser l'accueil et la participation des enfants vivant avec un handicap dans les structures de droit commun de la petite enfance, de l'enfance et des loisirs. Auprès des familles, évaluer les besoins, les orienter vers les partenaires adaptés et les accompagner dans leurs démarches d'inscription et d'accueil en structure collective. Auprès des professionnels, proposer des actions de sensibilisation, accompagner la construction du projet d'accueil de l'enfant, apporter un appui lors de situations complexes et soutenir les structures dans la mobilisation de financements. Animer un réseau départemental, afin de renforcer les coopérations entre professionnels de la petite enfance, collectivités, associations, acteurs médico-sociaux et sanitaires, CAF, Conseil Départemental et MDPH.	Toute La Réunion Organisé en secteurs Nord-Est et Sud-Ouest.	CAF/ ARS

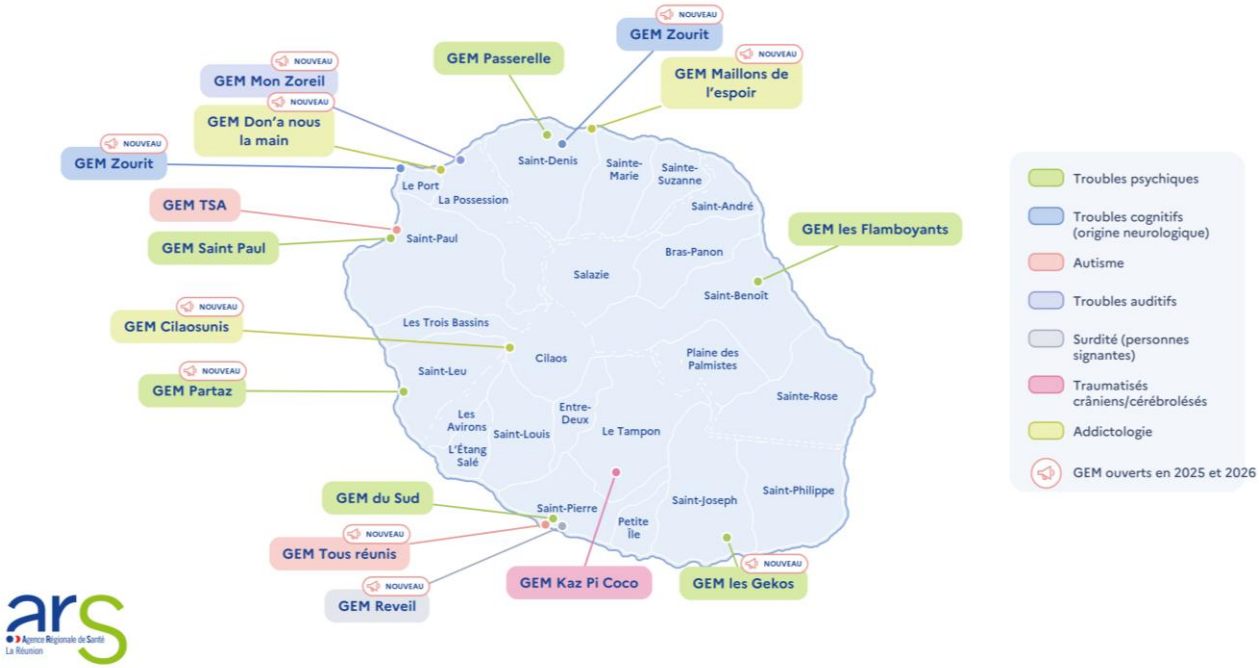
Dispositif & (porteur)	Public cible	Missions	Zone d'intervention	Financement
Soutien aux aidants, aux familles et à la parentalité				
Cap Parents (APAJH)	Parents et futurs parents vivant avec un handicap Du désir d'enfant jusqu'aux 18 ans de l'enfant	Accompagner la périnatalité et la parentalité des personnes vivant avec un handicap. Permettre aux parents d'exercer leur parentalité de la manière la plus autonome possible, grâce à un accompagnement adapté à leurs besoins.	Toute La Réunion	ARS
PFR Nord-Est : Plateforme de Répit (co-portage inter-associations)	Proches aidants de personnes vivant avec un handicap Aidants d'enfants ou d'adultes	Soutenir les proches aidants et prévenir leur épuisement. Mobiliser des réponses adaptées à leurs besoins et à ceux de la personne qu'ils accompagnent : soutien psychologique individuel, recherche d'activités de loisirs, culturelles ou physiques, orientation vers l'accueil temporaire, suppléance et guidance, groupes de parole, associations d'aidants ou autres ressources du territoire.	Nord et Est	ARS
Autonomie, logement et participation sociale				
EQLAAT : Équipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques (IRSAM)	Personnes vivant avec un handicap ou en perte d'autonomie ayant besoin d'aides techniques Tout âge	Accompagner l'évaluation des besoins, le choix, l'essai et l'appropriation des aides techniques adaptées au projet de vie de la personne.	Toute La Réunion	ARS
Projet innovant : **Case Oxygène** (AFL)	Personnes sans solution, en accueil séquentiel ou en amendement Creton (hors polyhandicap et handicap psychique) 15 à 30 ans	Favoriser l'inclusion sociale et l'autodétermination des personnes vivant avec un handicap. Permettre à la personne, avec son aidant ou une personne ressource, de travailler sur son projet de vie et de développer son autonomie. Proposer un espace de proximité pour des activités individuelles et collectives ainsi que des temps d'échanges et d'entraide. Accompagner sur différents domaines de la vie quotidienne : insertion professionnelle, scolarité, santé, logement, démarches administratives, accès aux loisirs, à la culture et à la vie sociale.	Implanté sur Bras-Panon, Le Port et Saint-Denis.	Fonds Social Européen / ARS

Dispositif & (porteur)	Public cible	Missions	Zone d'intervention	Financement
Projet innovant : **PALI** : Plateforme d'Appui au Logement Inclusif (AFL)	Personnes vivant avec un handicap en amendement Creton, leurs familles et les professionnels. Adultes	Le dispositif facilite le parcours des personnes en amendement Creton et 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.	Toute La Réunion	ARS/CD
Sports et loisirs inclusifs				
Projet innovant : **Loisir' Handicap 974** (La Réunion pour tous)	Personnes vivant avec un handicap rencontrant des difficultés d'accès aux loisirs Enfants et adultes	Lever les freins rencontrés par les personnes vivant avec un handicap dans l'accès aux loisirs. Proposer un accompagnement individualisé et personnalisé, construit en fonction des besoins et des attentes de chaque personne, afin de faciliter et de sécuriser son accès à des activités de loisirs adaptées et inclusives. L'objectif est de permettre l'inscription de ces activités dans la durée, tout en favorisant l'autonomie, la participation sociale et le lien social.	Ouest et Sud	ARS
Projet innovant : **Autisme & Sport 974** (AFL)	Personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme diagnostiqués. Tout âge	Permettre aux personnes de pratiquer une activité sportive en club, en fonction de leurs envies, de leurs besoins et de leurs particularités. Accompagner dans l'accès au sport en milieu ordinaire, tout en assurant un lien actif entre les différents acteurs du projet : familles, clubs, institutions, professionnels du médico-social. Favoriser la rencontre, la compréhension mutuelle et le vivre-ensemble.	Toute La Réunion	ARS
Projet innovant : **DI & Sport 974** (AFL)	Personnes présentant une déficience intellectuelle diagnostiquée Tout âge	Permettre aux personnes de pratiquer une activité sportive en club, selon leurs envies, leurs capacités et leur rythme. Lever les freins à l'accès au sport en proposant un accompagnement individualisé, une mise en lien avec les clubs, et un soutien aux familles comme aux acteurs du territoire.	Toute La Réunion	Fonds Social Européen / ARS

Dispositif & (porteur)	Public cible	Missions	Zone d'intervention	Financement
Pair-aidance et entraide				
DETAK (APAJH)	Personnes en souffrance psychique, avec ou sans diagnostic, ainsi que leurs proches et les professionnels Tout âge, jeunes adultes principalement	Freiner la dégradation d'une situation et éviter la rupture de parcours. Proposer un espace d'écoute et un regard neuf s'appuyant sur la pair-aidance. Proposer un accompagnement très réactif et ponctuel, à domicile ou au lieu du choix de la personne, créer les liens nécessaires avec les acteurs du droit commun (entre autres auprès des établissements scolaires).	Saint-Denis, Sainte-Marie, Sainte-Suzanne	ARS
GEM : Groupes d'Entraide Mutuelle	Public spécifique défini par chaque GEM : voir cartographie ci-dessous. Adultes	Constituer un collectif de personnes concernées par des problématiques de santé similaires et souhaitant se soutenir mutuellement dans les difficultés rencontrées. Favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide entre adhérents.	Implantés sur toute La Réunion : voir cartographie ci-dessous.	ARS

Répartition territoriale des Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Figure 17 – Cartographie des GEM à La Réunion



Source : ARS La Réunion, Cartographie des GEM, situation au 12 mars 2026.

La carte met en évidence une implantation des GEM sur les cinq intercommunalités de La Réunion, avec une offre plus présente dans l'Ouest et le Sud et plus limitée dans l'Est. Les GEM couvrent des publics diversifiés : troubles psychiques, troubles cognitifs d'origine neurologique, autisme, troubles auditifs et surdité, traumatismes crâniens/cérébrolésions et addictologie. Le réseau poursuit par ailleurs son développement, avec plusieurs ouvertures récentes ou programmées en 2026, contribuant à renforcer progressivement la couverture territoriale.

À retenir

L'offre médico-sociale réunionnaise ne repose pas uniquement sur les établissements et services. Il existe des réponses complémentaires visant à orienter, coordonner les parcours, prévenir les ruptures et faciliter l'accès au droit commun. Plusieurs disposent d'une couverture régionale, tandis que d'autres restent organisées à l'échelle de certains secteurs, faisant apparaître un maillage territorial différencié selon les réponses proposées.

L'offre recensée accorde par ailleurs une place importante à l'enfance et aux périodes de transition vers l'âge adulte, tout en développant des réponses autour du soutien aux aidants, de l'autonomie, de la santé mentale, des loisirs, de la pair-aidance et de la participation sociale. L'implantation des GEM sur les cinq intercommunalités et les ouvertures récentes ou programmées illustrent également une offre qui continue de se structurer territorialement.

3.4 L'évolution programmée de l'offre médico-sociale

Des modalités de fonctionnement appelées à poursuivre leur évolution

Comme présenté dans la vue régionale, le fonctionnement en file active et le recours à l'accompagnement séquentiel sont déjà largement engagés au sein des ESMS, avec toutefois des niveaux de déploiement différents entre les secteurs enfant et adulte.

Les perspectives déclarées par les 96 ESMS interrogés au premier semestre 2026, pour des projections 2027, témoignent d'une poursuite de cette évolution :

- Seulement 5 % des ESMS répondants ne fonctionnent pas en file active et ne prévoient pas d'évoluer vers ce mode de fonctionnement en 2027 ;
- 23 % des ESMS répondants ne proposent pas d'accompagnement séquentiel et ne prévoient pas d'évolution en ce sens en 2027.

Source : questionnaire état des lieux Transformation de l'offre, 2026.

Ces résultats montrent que la logique de file active devrait être quasiment généralisée à court terme parmi les établissements interrogés. L'évolution vers des accompagnements séquentiels apparaît plus progressive : près d'un quart des ESMS n'envisage pas, à ce stade, d'évolution en ce sens dans l'année à venir.

La transformation des modalités de fonctionnement apparaît ainsi déjà engagée, mais selon des rythmes différents. Elle constitue l'un des leviers d'évolution de l'offre existante, parallèlement au développement de nouvelles solutions et à la diversification des réponses programmées sur le territoire.

Déploiement du plan 50 000 solutions et d'une politique inclusive à La Réunion

À La Réunion, les priorités d'action pour les ESMS s'inscrivent à la fois dans les orientations du Projet régional de santé (PRS) et dans les priorités nationales issues de la Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023. Elles sont notamment déclinées par la circulaire du 7 décembre 2023 relative au plan « 50 000 solutions » et à la transformation de l'offre médico-sociale pour la période 2024-2030.

À l'échelle régionale, ce plan, dont la programmation est conjointe entre l'ARS et le Conseil Départemental, a connu une phase de préfiguration en 2023, pour un démarrage de sa mise en œuvre en 2024.

Il a pour but de développer de nouvelles réponses pour les enfants et les adultes, tout en intégrant les objectifs des stratégies nationales sur les troubles du neurodéveloppement, l'aide aux aidants, l'appui à la scolarisation, l'appui aux solutions des enfants à double vulnérabilité (ASE), le polyhandicap et la diminution des « amendements Creton ».

L'offre à destination des enfants et adolescents repose sur les IME, DITEP, IEM, établissements polyhandicap, SESSAD, CAMSP et CMPP. Malgré sa progression lors des dernières années, un retard persiste sur certains taux d'équipement, avec un besoin de réponses plus souples et de proximité.

En matière d'école inclusive, l'offre s'appuie sur les UEE, UEMA, UEEA, UEEP, EMAS ainsi que sur le déploiement des PAS. La dynamique avec le Rectorat est importante, mais des enjeux demeurent concernant les ressources humaines, le transport, les locaux et la continuité des parcours.

Pour les adultes, l'offre comprend les EANM, EAM, ESAT, MAS, SAMSAH, SAVS, GEM, l'habitat inclusif et les dispositifs hors les murs. Il est à noter un sous-équipement marqué, des listes d'attente importantes et un besoin de services et de réponses modulaires.

Malgré le renforcement progressif de l'offre médico-sociale, des écarts d'équipement persistent à La Réunion. Ils se traduisent par des tensions sur les capacités disponibles, des listes d'attente importantes et un besoin de réponses plus souples, modulaires et de proximité, particulièrement marqué dans le secteur adulte. Ces constats justifient la poursuite du développement capacitaire engagé dans le cadre du plan 50 000 solutions, afin d'augmenter et de diversifier l'offre sur le territoire.

Les réalisations 2022-2026 : des solutions déjà ouvertes ou engagées

Tableau 49 – Réalisations 2022-2026 (enfant, adulte, accès à la santé)

Volet	Réalisations récentes / solutions ouvertes ou engagées
Enfant / école inclusive	Solutions SESSAD installées ou autorisées en 2024, en anticipation de la programmation
	Solutions IME, dont fonctionnement sur 365 jours
	Solutions DITEP complémentaires et quelques solutions d'accueil temporaire situations complexes
	38 PAS déployés entre 2025 et 2026 ; 1 UEEP
	Solutions CAMSP, 2 plateformes d'orientation et de coordination dédiées aux troubles du spectre de l'autisme
Adulte / autonomie	Concertation territoriale EAM/MAS, étude des listes d'attente et mission COMETA portées avec la Communauté 360
	Ouverture de GEM
	Renfort de l'emploi accompagné
	Premières autorisations et programmations sur EAM, SAMSAH, MAS et offres hors les murs
Accès à la santé	Service d'accompagnement à la parentalité des personnes vivant avec un handicap (SAPPH) et Handigynéco engagés
	HANDI-ACCÈS au CHOR et HANDIDENT
	Référents handicap en établissements de santé et stratégie d'habituation aux soins
Répit	Poursuite de l'offre de répit, notamment accueil temporaire et plateformes
	Création d'une plateforme de répit
Lecture globale	**Les réalisations installent progressivement un modèle plus souple, associant établissements, services, école, santé, répit et accompagnement en milieu ordinaire.**

Source : ARS, Conseil Départemental, 2022-2026.

Tableau 50 – Solutions installées ou autorisées entre 2022 et 2026 par le Conseil Départemental et/ou l'ARS

Type de solutions installées ou autorisées	Nombre de solutions créées
Centre de ressources autisme (CRA) - TéléDIagnostic de l'Autisme pour Adultes Dépendants (TéléDIAADE)	35
IME (dont Accueil Temporaire sur 365 jours)	50
SESSAD	170
DITEP	20
EANM	74
SAVS	30
EAM	42
SAMSAH	25
MAS	14
Pôle d'appui à la scolarité	380
Accueil Temporaire ASE	6
UEMA	7

Type de solutions installées ou autorisées	Nombre de solutions créées
UEEP	7
CAMSP	6
Total	***866***

Source : ARS, Conseil Départemental, 2022-2026.

Les perspectives 2026-2030 : une montée en charge programmée

Tableau 51 – Perspectives 2026-2030 (enfant, école, adulte)

Volet	Type de solution	Programmation / volume	Calendrier cible / précisions
Secteur enfant	IME	20 solutions complémentaires + 22 solutions pérennisées, dont ASE et IME 365.	2026
	IME/TDI	47 solutions complémentaires prévues sur les établissements enfants.	2027–2028
École inclusive	Dispositifs	1 DAR à Saint-André ; 2 services médico-sociaux dans l'école, à Saint-Denis et à Saint-André	2026-2027
	UEE	1 UEMA et 1 UEEA supplémentaires.	2027
Secteur adulte	EANM	126 solutions dont extensions hors les murs	Programmation étalée 2026–2030
	EAM	83 solutions dont extensions hors les murs	Programmation étalée 2026–2030
	SAVS	290 solutions	Programmation étalée 2026–2030
	SAMSAH	200 solutions	Montée en charge 2026–2028
	MAS	Environ 70 solutions ajustées	Montée en charge 2026–2029
Enjeu de pilotage	**Sécuriser les implantations et les modèles économiques, tout en gardant le cap de l'inclusion et de la territorialisation.**		

Source : plan 50 000 solutions.

Pour les ESMS, le principe de fonctionnement en file active est quasiment généralisé ; les trois quarts mettent en place ou ont prévu un accueil séquentiel en 2027.
Le plan 50 000 solutions développe de nouvelles réponses pour les enfants et les adultes en lien avec les stratégies nationales. Entre 2022 et 2026, plus de 850 solutions ont été installées ou autorisées et environ 900 sont prévues d'ici 2030.

4. Regards des acteurs sur la transformation de l'offre Handicap

Cette partie croise les regards de sept catégories d'acteurs : les ESMS enfants, les ESMS adultes, les acteurs institutionnels, les collectivités territoriales, les partenaires de droit commun[44], les acteurs de l'accompagnement de proximité[45], et les usagers et familles, ayant participé aux entretiens ou répondu aux questionnaires.

L'objectif est d'analyser leur perception de la transformation de l'offre et les conditions nécessaires pour qu'elle réponde concrètement aux besoins des personnes, selon la place occupée par chaque catégorie d'acteurs dans les parcours. En effet, la transformation dépasse le seul secteur médico-social et concerne l'ensemble de l'offre handicap. Elle ne peut se concrétiser sans l'implication de tous les acteurs concernés, dont les regards sont ici analysés.

Les outils de recueil (questionnaires et grille d'entretien) ont été construits à partir des 7 principes socles de la transformation de l'offre (autodétermination, inclusion, responsabilité populationnelle, inconditionnalité de l'accueil, subsidiarité et appui au droit commun, parcours, modularité) et des piliers de l'ANAP (cf. Introduction). L'analyse qui suit lit donc les réponses au regard de ces mêmes principes, autour de quatre questions :

- La transformation de l'offre médico-sociale est-elle comprise et partagée ?
- Quels principes font consensus et lesquels suscitent des réserves ?
- À quelles conditions les acteurs considèrent-ils que la transformation peut fonctionner ?
- Que révèlent les situations vécues par les usagers et les familles ?

Précautions de lecture

Les sources varient selon les catégories d'acteurs. Les ESMS, les acteurs institutionnels et les acteurs de proximité ont été rencontrés en entretien. Les collectivités, les partenaires de droit commun, ainsi que les ESMS ont répondu aux questionnaires (premier semestre 2026, données déclaratives). Les usagers et familles ont participé aux deux. Les résultats croisent donc des regards différents et ne constituent pas une mesure statistique de leurs avis.

Par ailleurs, connaître le vocabulaire de la transformation de l'offre n'est pas la même chose que s'approprier ses principes. Certains acteurs, notamment des usagers, des familles et des partenaires, maîtrisent peu les concepts tout en partageant ou en appliquant déjà ces orientations.

[44] Dans le champ du handicap, le droit commun désigne l'ensemble des services et dispositifs ouverts à tous (école, emploi, logement, soins, loisirs, etc.), par opposition aux réponses spécialisées. Il s'agit de permettre aux personnes vivant avec un handicap d'y accéder comme tout citoyen, en mobilisant si nécessaire des aménagements ou un appui du secteur médico-social. À titre d'exemple, la scolarisation en classe ordinaire, éventuellement avec un AESH, un dispositif ULIS ou des aménagements, plutôt que l'unité d'enseignement d'un IME

[45] Professionnels qui interviennent auprès de personnes en perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne (courses, sorties, rendez-vous médicaux...)

4.1 Une transformation globalement partagée, mais inégalement appropriée

Les grands principes de la transformation de l'offre du secteur médico-social apparaissent largement partagés, mais leur appropriation demeure inégale. Le socle commun est clair : construire davantage les réponses autour de la personne, passer de la place au parcours, développer des modalités plus diversifiées, renforcer l'ouverture vers le milieu ordinaire et décloisonner les acteurs.

La maîtrise du cadre institutionnel est en revanche beaucoup plus variable. Elle apparaît plus structurée chez les acteurs institutionnels et les directions d'ESMS ; elle est plus hétérogène chez les professionnels, partenaires et acteurs de proximité ; enfin, les usagers et familles comprennent généralement mieux ce que la transformation peut changer concrètement dans leur vie que son vocabulaire technique.

La faible connaissance du vocabulaire ne signifie toutefois pas absence d'adhésion aux principes. Inversement, une bonne compréhension du modèle ne signifie pas adhésion sans réserve à toutes ses modalités.

Tableau 52 – Compréhension de la transformation de l'offre par catégorie d'acteurs

Catégorie d'acteurs	Compréhension de la transformation	Principales représentations de la transformation	Principales interrogations ou réserves
ESMS enfants	Un socle commun existe : passage de la place au parcours, dispositif intégré, individualisation et ouverture sur le milieu ordinaire.	Parcours personnalisés, prestations modulables, décloisonnement, hors-les-murs.	Directions généralement plus avancées que certains professionnels ; crainte d'une modularité fragmentée, d'une inclusion insuffisamment sécurisée et d'une dilution des expertises.
ESMS adultes	Le changement de modèle est globalement compris, particulièrement par les directions, comme le passage d'une organisation par places à une réponse adaptée aux besoins.	Parcours, personnalisation, modularité, ouverture de l'établissement et réponses territoriales.	Compréhension professionnelle plus variable ; réserves sur les moyens, les cadres de financement et de notification, et la nécessité de conserver des réponses spécialisées.
Acteurs institutionnels	Lecture structurée du changement de paradigme : sortir des places et des silos pour aller vers une organisation territoriale et intégrée.	Parcours, modularité, droit commun, dispositif intégré, responsabilité territoriale.	Le modèle est mieux approprié que les conditions permettant de le mettre en œuvre : notifications, financement, données, responsabilités et gouvernance doivent évoluer.
Collectivités territoriales	Le questionnaire ne permet pas de caractériser précisément leur connaissance du cadre institutionnel.	Diversification, domicile, hors-les-murs, habitat inclusif, droit commun, proximité et parcours.	Interlocuteurs difficiles à identifier, coopération à structurer, capacité du droit commun et moyens nécessaires.
Partenaires de droit commun	Très structurée chez certains dispositifs spécialisés ; plus pragmatique chez les partenaires généralistes.	Parcours individualisés, droit commun, coopération, modularité, coordination et fonction ressource.	Le changement ne peut reposer sur les seuls ESMS ; le droit commun, les outils, les pratiques professionnelles et les conditions matérielles doivent évoluer simultanément.

Catégorie d'acteurs	Compréhension de la transformation	Principales représentations de la transformation	Principales interrogations ou réserves
Acteurs de l'accompagnement de proximité	Plusieurs mettent déjà en œuvre le modèle sans toujours en maîtriser le vocabulaire ; d'autres jugent encore la réforme peu lisible.	Accompagnement dans les lieux de vie, personnalisation, modularité, coordination et articulation avec le droit commun.	Risque de transfert de responsabilités sans compétences, financement ou appui ; gouvernance et fonction ressource insuffisamment stabilisées.
Usagers / familles	Le vocabulaire est souvent peu connu ; les changements sont mieux compris lorsqu'ils sont traduits dans la vie concrète.	Plus de choix, réponses combinables, continuité, participation sociale, vie ordinaire.	Forte vigilance sur l'inclusion uniforme, la réduction de l'accompagnement, la continuité et la préservation du spécialisé pour les situations complexes.

4.2 Les principes de transformation : convergences, réserves et points de vigilance

Dans l'ensemble, les catégories d'acteurs convergent sur la plupart des principes socles de la transformation de l'offre : des parcours plus continus et coordonnés, une plus grande place donnée aux choix de la personne, davantage d'inclusion, des réponses plus souples et une meilleure articulation avec le droit commun. Les différences portent surtout sur les conditions de mise en œuvre : maintien d'un accompagnement spécialisé lorsque nécessaire, moyens suffisants, coordination claire, adaptation des pratiques et prévention de toute diminution ou fragmentation de l'accompagnement.

L'appropriation des principes reste toutefois variable selon les acteurs. La responsabilité populationnelle territorialisée est souvent comprise dans les pratiques sans être clairement identifiée comme concept, tandis que l'inconditionnalité de l'accueil reste trop peu documentée pour dégager un consensus. La préoccupation pour les situations complexes et les personnes risquant de rester sans solution est néanmoins largement partagée.

Tableau 53 – Réserves et nuances des acteurs autour des principes de transformation de l'offre

Principe / enjeu	Ce qui est partagé	Réserves / points de vigilance	Nuances entre catégories d'acteurs
Parcours	Construire des réponses continues, articulées, progressives et évolutives autour de la personne.	Les difficultés concernent surtout l'organisation concrète de la coordination : qui coordonne, avec quel mandat et quels outils ?	Toutes les catégories convergent fortement. Les usagers et familles relient particulièrement ce principe à leur expérience concrète des parcours.
Autodétermination	Le choix, la participation et la personnalisation de l'accompagnement sont largement valorisés.	Garantir l'effectivité du choix, des modalités d'expression accessibles et une évolution des pratiques professionnelles, tout en conciliant choix, protection et sécurité.	Les usagers/familles insistent sur l'effet réel donné à leur parole ; les ESMS et partenaires davantage sur les pratiques, outils et postures. Principe peu documenté chez les collectivités et moins structurant dans le regard institutionnel.
Inclusion	L'accès au milieu ordinaire et une participation accrue à la vie sociale sont largement soutenus.	Refus d'une inclusion uniforme ou « à marche forcée ». L'accessibilité, les moyens, les compétences du droit commun et le	Vigilance particulièrement forte chez les familles confrontées à des besoins de soutien importants. Les

Principe / enjeu	Ce qui est partagé	Réserves / points de vigilance	Nuances entre catégories d'acteurs
		maintien d'un recours spécialisé restent indispensables pour certaines situations.	partenaires et acteurs de proximité refusent également un transfert vers le domicile ou le droit commun sans moyens adaptés.
Responsabilité populationnelle territorialisée	Besoin de dépasser les frontières institutionnelles, d'organiser les réponses à l'échelle territoriale et de renforcer les coopérations.	Concept inégalement approprié ; périmètre, pilotage, responsabilités et moyens restent à clarifier. Crainte d'une extension des responsabilités à moyens constants.	Approche surtout stratégique pour les institutions et ESMS, plus concrète chez les collectivités et acteurs territoriaux à travers la proximité et les coopérations. Principe peu approprié comme concept par les usagers/familles.
Subsidiarité et appui au droit commun	Large accord sur une complémentarité entre milieu ordinaire et expertise spécialisée, avec développement de la fonction ressource des ESMS.	Capacité réelle du droit commun à accueillir, besoins de formation, organisation et financement de l'appui spécialisé. Refus d'un transfert de responsabilités sans moyens ni expertise.	Les différences portent surtout sur le niveau de confiance dans les capacités actuelles du droit commun et sur la forme de l'appui nécessaire. Les usagers souhaitent le recours au droit commun lorsqu'il peut effectivement répondre aux besoins.
Modularité / logique de prestations	Accord sur l'intérêt de réponses plus souples, combinables, ajustables et diversifiées en fonction des besoins.	Modularité ≠ réduction ou fragmentation de l'accompagnement. Vigilance sur le morcellement, la baisse d'intensité, les logiques de gestion des capacités, la stabilité des accompagnements et leur viabilité économique.	Les usagers/familles insistent particulièrement sur la progressivité, la réversibilité et le refus d'une réduction imposée des temps d'accompagnement. Les ESMS soulignent également la nécessité d'adapter financements et notifications.
Inconditionnalité de l'accueil	Une préoccupation commune apparaît autour du maintien d'une réponse pour les situations complexes, sans solution ou risquant d'être exclues du nouveau modèle.	Le principe lui-même est rarement formulé explicitement et reste trop inégalement documenté pour conclure à un consensus.	Peu ou pas documenté comme principe chez plusieurs catégories. Les familles craignent que les situations complexes deviennent les « laissées pour compte » ; les acteurs de proximité soulignent que chaque acteur ne peut toutefois répondre indistinctement à toutes les situations.

4.3 Les conditions de réussite de la transformation selon les acteurs

Selon les acteurs, la transformation du secteur médico-social ne peut pas être conduite de façon isolée. Elle doit être articulée avec des règles institutionnelles, du droit commun, de la coopération territoriale et des moyens. Les réserves exprimées par les acteurs concernent principalement le risque d'un décalage entre l'ambition du modèle et l'environnement laissé inchangé autour de lui.

Les ESMS insistent particulièrement sur les moyens, les ressources humaines, l'accompagnement des pratiques professionnelles et la cohérence des cadres administratifs. Les institutions mettent davantage en avant la gouvernance, la régulation, les données et l'évolution des règles. Le droit commun et les acteurs de proximité soulignent la nécessité d'être formés, soutenus et intégrés dans une relation partenariale réelle, avec une fonction ressource accessible. Les collectivités insistent sur la lisibilité, les interlocuteurs et l'organisation territoriale.

Les usagers et familles ajoutent des conditions particulièrement structurantes : individualisation réelle, continuité, progressivité, droit à l'essai et possibilité de retour, interlocuteur stable, maintien d'un accompagnement spécialisé lorsqu'il demeure nécessaire et absence de transfert implicite de la charge de coordination ou d'accompagnement vers les proches.

Au total, la transformation est donc jugée applicable et acceptable si les moyens, les règles et l'écosystème évoluent au même rythme que les objectifs donnés.

Tableau 54 – Conditions de réussite de la transformation de l'offre selon les acteurs

Condition de réussite de la transformation	Catégories qui la mettent en avant	Pourquoi est-elle considérée comme nécessaire ?	Différences éventuelles entre catégories
Installer une gouvernance territoriale claire et clarifier les responsabilités	Institutions, ESMS, collectivités, droit commun, proximité, usagers/familles	Une logique de coresponsabilité ne peut fonctionner si personne ne sait qui régule, arbitre, coordonne ou porte la responsabilité territoriale.	Les institutions mettent l'accent sur la gouvernance et les règles ; les collectivités et acteurs de proximité sur l'identification concrète des interlocuteurs.
Identifier une coordination stable et garantir la continuité de l'information sur la personne	Toutes les catégories	Plus l'offre devient modulaire et partenariale, plus une continuité identifiable doit relier les différentes réponses. La multiplication des coordonnateurs sans articulation est jugée contre-productive.	Les usagers/familles attendent surtout un repère stable ; institutions et professionnels distinguent coordination du projet, du parcours et du territoire.
Faire évoluer le droit commun et structurer une fonction ressource	ESMS, institutions, collectivités, partenaires, proximité, usagers/familles	Le milieu ordinaire ne peut devenir une composante centrale des parcours sans accessibilité, compétences et appui spécialisé.	Le droit commun insiste sur l'appui et une relation partenariale horizontale ; les usagers sur la garantie que la famille ne devienne pas elle-même le relais manquant.
Mettre en cohérence les règles administratives, notifications et financements avec la logique de parcours	ESMS enfants/adultes, institutions, acteurs de proximité	La modularité reste difficilement applicable si les autorisations et financements continuent à fonctionner selon des modalités fixes et cloisonnées.	Les institutions mettent l'accent sur la transformation du cadre ; les ESMS et acteurs de proximité sur sa compatibilité avec la réalité économique des nouvelles missions.
Associer des moyens humains et financiers aux nouvelles missions	ESMS, collectivités, partenaires, proximité, usagers/familles	Hors-les-murs, coordination, appui-ressources et individualisation représentent de nouvelles charges et ne peuvent être réalisables par simple redéploiement à moyens constants.	Les ESMS insistent sur les moyens professionnels ; la proximité sur la viabilité des modèles ; les familles sur le risque qu'un manque de moyens se traduise par une baisse d'accompagnement ou un report sur les proches.
Accompagner la transformation des métiers et des pratiques	ESMS, institutions, partenaires, collectivités, proximité	Autodétermination, aller-vers, transversalité et fonction ressource impliquent de nouvelles postures, compétences et responsabilités.	Les professionnels mettent en avant l'accompagnement managérial ; le droit commun et les collectivités la formation ; les

Condition de réussite de la transformation	Catégories qui la mettent en avant	Pourquoi est-elle considérée comme nécessaire ?	Différences éventuelles entre catégories
			personnes attendent une posture réellement centrée sur leurs choix.
Disposer d'informations et de systèmes de partage compatibles avec un parcours multi-acteurs	Institutions, ESMS, droit commun, collectivités, proximité	La diversification multiplie les interfaces ; le modèle suppose une information accessible et partageable et, pour le pilotage territorial, des données cohérentes.	Institutions : harmonisation des données ; professionnels : outils de suivi ; collectivités : lisibilité des ressources ; usagers : simplicité et information compréhensible.
Préserver la complémentarité et la gradation entre milieu ordinaire et réponses spécialisées	Toutes les catégories qui documentent inclusion/subsidiarité	Le changement est soutenu comme diversification, non comme suppression indistincte du spécialisé. Les situations nécessitant une expertise ou une intensité élevée doivent conserver une réponse adaptée.	Les usagers/familles et acteurs de proximité formulent cette condition avec le plus de force à partir des conséquences concrètes d'un retrait non compensé.
Garantir une modularité choisie, progressive et réversible	Usagers/familles, ESMS enfants/adultes, partenaires	La modularité est considérée comme pertinente lorsqu'elle élargit les possibilités offertes à la personne et permet d'articuler plusieurs modalités selon ses besoins, ses choix et leur évolution. Elle suscite en revanche des réserves lorsqu'elle impose une réduction, une rupture ou la substitution automatique d'une modalité à une autre.	Les usagers/familles insistent plus spécifiquement sur le droit à l'essai, la réversibilité et la sécurité ; les ESMS sur la cohérence du parcours et des moyens.
Associer les personnes et familles à la transformation et la rendre compréhensible	Usagers/familles, ESMS, institutions, partenaires, collectivités	Le pouvoir d'agir suppose que la transformation ne soit pas seulement conçue autour des personnes mais avec elles, et que ses conséquences concrètes soient intelligibles.	Les personnes demandent surtout que leur participation produise des effets visibles ; les acteurs professionnels l'identifient comme une condition d'appropriation et de personnalisation.
Organiser les nouvelles réponses au plus près des lieux de vie	ESMS, droit commun, collectivités, proximité, usagers/familles	Les parcours hors les murs ne peuvent fonctionner si la multiplication des lieux d'accompagnement n'est pas matériellement possible.	Le sujet est vécu comme une condition concrète par les personnes et partenaires ; comme une condition organisationnelle du nouveau modèle par les ESMS.

4.4 Le regard des usagers et familles à travers les situations vécues

Les familles ne demandent pas nécessairement de conserver le modèle institutionnel à l'identique. Certaines souhaitent combiner les modalités ou inventer d'autres réponses. Une représentante appelle ainsi à « trouver d'autres solutions » et à « innover », tout en demandant que les réserves des familles sur leur mise en œuvre soient réellement prises en compte.

La principale réserve porte sur le risque d'un changement standardisé. Une même modalité (domicile, internat, accueil séquentiel, réponse de proximité) peut convenir à une personne et pas à une autre. La souplesse doit permettre d'adapter et de faire évoluer les réponses sans fragiliser les équilibres construits.

L'autodétermination est centrale dans le choix des activités, des accompagnants, des achats et des modalités de vie. Pour les personnes communiquant difficilement ou non verbalement, le choix suppose aussi de considérer leurs réactions, habitudes et manifestations de bien-être.

La proximité territoriale apparaît également comme une condition d'acceptabilité du nouveau modèle. Au-delà des transports, elle doit améliorer concrètement l'ancrage de la personne dans son environnement de vie.

La diversification des modalités et des acteurs renforce enfin le besoin de continuité relationnelle et de l'information. Les changements d'interlocuteurs obligent encore certaines familles à « réitérer, recommencer, réexpliquer ». Une mémoire partagée du parcours et un interlocuteur suffisamment stable deviennent donc essentiels.

Les situations du tableau 55 proviennent d'entretiens en établissements et services (CVS, entretiens avec des usagers et des familles). Anonymisées (rôle de la personne et type de structure), elles éclairent les constats sans prétendre à la représentativité et ne valent que pour les personnes qui les rapportent.

Tableau 55 – Expériences vécues des usagers et familles au regard des principes de transformation

Situation vécue anonymisée	Verbatim court	Principe(s) lié(s)
Une mère d'une jeune adulte souhaite pouvoir alterner entre plusieurs modalités plutôt que devoir choisir entre accueil de jour et internat. La jeune femme bénéficie déjà d'accueil temporaire avec hébergement et a progressivement construit ses repères dans l'établissement.	« Si je peux combiner [accueil de jour] avec l'accueil temporaire, à la limite même de l'internat mais du séquentiel, ça nous conviendrait beaucoup. »	Modularité ; parcours ; autodétermination
Une mère s'est vu proposer un accueil temporaire dans un autre établissement. Sa fille a besoin de temps et de repères pour s'adapter : elle craint qu'une alternance entre l'IME, un lieu d'accueil temporaire et la maison soit trop lourde pour elle, et préférerait une orientation vers un lieu unique.	« […] si je la sors de l'IME qu'elle connaît aujourd'hui, pour la mettre ailleurs, en temporaire, elle ne va faire qu'une journée. Après, elle revient ici. Après, elle revient à la maison. C'est trop compliqué pour elle. »	Modularité ; autodétermination ; parcours
Une mère a insisté pour que son fils soit scolarisé en milieu ordinaire, afin qu'il se socialise. Cette scolarisation, tardive et sur des temps courts, a été très difficile. Les accompagnants n'étaient pas formés et son fils était souvent à l'écart. Elle décrit son entrée en établissement spécialisé comme la meilleure période de son parcours. Un autre parent du CVS rapporte aussi des enfants laissés à l'écart à l'école.	« Il voit les autres copains en train de s'amuser et lui il est maintenu quoi. » Le second parent résume également : « Il était posé dans un coin. Du coup, ça ne lui apportait rien. »	Inclusion ; autodétermination ; subsidiarité et appui au droit commun
Une femme qui vivait en famille d'accueil et venait en journée dans un foyer a longtemps demandé une place en internat, qu'elle a fini par obtenir. Elle a pu conserver ses activités, dont la musique.	« J'ai toujours demandé à être en interne. » « Et mon souhait a été exaucé. » « J'aime beaucoup ici. »	Autodétermination ; parcours
Un adolescent passe des nuits à l'internat. Il dit ne pas l'avoir demandé et avoir demandé que cela s'arrête ; selon lui, le maintien dépend de l'avis de sa	« […] ça dépend de ma mère si elle dit que c'est mieux que ça reste ben ça reste […] » « […] je préfère ma chambre […] »	Autodétermination ; modularité

Situation vécue anonymisée	Verbatim court	Principe(s) lié(s)
mère. Il préfère sa chambre à l'internat, même si cela le prive des soirées avec ses camarades.		
Un membre du CVS d'un établissement pour adultes ne peut pas lire les documents imprimés. Cette personne doit insister pour les recevoir par courriel et les lire avec une synthèse vocale ; les documents de l'établissement ne sont pas proposés en « facile à lire et à comprendre » (FALC).	« […] il faut que je me batte encore pour avoir, par exemple, pour moi, les documents par mail. » « Ici aussi, l'adaptation, c'est zéro au niveau des documents. »	Autodétermination ; inclusion
Une résidente d'un foyer d'hébergement, qui travaille en ESAT, évoque son projet de quitter un jour le foyer pour vivre en milieu ordinaire, avec un projet d'enfant.	« […] ça serait plus tard de sortir du foyer pour pouvoir être au milieu ordinaire […]. Parce qu'on a des projets encore, on a des projets d'enfants. »	Autodétermination ; inclusion ; parcours
Une mère dont le fils était scolarisé en ULIS explique que les temps en classe ordinaire dépendaient de la présence d'une AESH, le plus souvent absente. Désormais accompagné par un établissement pour enfants, il est scolarisé dans une unité d'enseignement au collège.	« Il était en [ULIS] et lors des inclusions, s'il n'y avait pas d'AESH, il ne pouvait pas y aller. Donc la plupart du temps, il n'y avait pas d'AESH. » « Depuis que [mon fils] est ici, oui, mais avant […] l'inclusion n'existait pas. »	Inclusion ; subsidiarité et appui au droit commun
Une mère dont la fille, jeune adulte, attend en IME une place en foyer de vie. En dehors de la famille et de l'IME, sa fille n'a pas d'autre cercle de relations ; les associations de loisirs contactées refusaient de l'accueillir sans accompagnant.	« […] toute seule j'avais appelé les associations […] et on me disait ah bah non mais si elle porte des handicaps malheureusement il faut quelqu'un reste avec elle, nous on peut pas, on prend pas […] »	Inclusion ; subsidiarité et appui au droit commun
Une mère explique que, pour voir un dentiste ou faire une simple prise de sang, son fils doit aller à l'hôpital, sous anesthésie. L'infirmière de l'établissement lui a proposé de chercher un dentiste qui accepterait des séances d'habituation.	« […] pour voir un dentiste ici pour faire une prise de sang il faut qu'on y aille à l'hôpital sous anesthésie. parce qu'il se laisse pas faire. » « […] elle m'a proposé de voir si je peux trouver une dentiste ou un dentiste pour demander justement […] si elle serait d'accord pour faire une habituation avec [mon fils], voire une fois par mois […] »	Subsidiarité et appui au droit commun ; parcours
Avant chaque rendez-vous, une mère prévient le médecin ou le spécialiste des particularités de son fils et lui demande s'il accepte de le recevoir. Pour certains bilans, elle n'a jamais trouvé de spécialiste qui accepte de le prendre en charge.	« […] je demande toujours, je vais jamais comme ça au pif voir un professionnel, un médecin, un spécialiste, je demande toujours est-ce que vous acceptez […] »	Subsidiarité et appui au droit commun ; inconditionnalité de l'accueil
Une mère dont le fils, adulte, est accueilli en journée dans un foyer. Depuis dix ans, il est inscrit sur les listes d'attente d'hébergement de l'île, sans obtenir de place.	« Ça fait 10 ans qu'on est sur toutes les listes d'accueil de la Réunion. Enfin, les listes d'attente, pardon […]. Et on n'a pas de place, quoi. » « […] nous on vieillit, on se fatigue. »	Responsabilité populationnelle territorialisée ; parcours ; vieillissement
Une mère, représentante des familles, s'occupe seule de sa fille, jeune adulte accueillie en accueil temporaire. Son inquiétude porte sur « l'après ».	« Je m'occupe de ma fille toute seule. Je ne vais pas rajeunir et arriver à un moment donné où je pourrai plus et il faudrait qu'elle ait une place quelque part […] »	Parcours ; inconditionnalité de l'accueil

Situation vécue anonymisée	Verbatim court	Principe(s) lié(s)
Un père, représentant des parents au CVS, décrit les transports organisés en tournée : ramassage tôt le matin, détours par plusieurs quartiers et par les Hauts. La rencontre avec le transporteur, demandée par le conseil depuis plusieurs années, n'a pas eu lieu.	« […] passer entre 4h à 6h dans le transport sachant que si l'enfant est réveillé 6h-9h il passe moins de temps dans la structure que dans le transport […] »	Responsabilité populationnelle territorialisée ; parcours
Un père dont le fils, aujourd'hui accompagné en établissement, était auparavant suivi par un service d'accompagnement pour enfants. C'est l'assistante sociale du service qui l'a le plus aidé : elle connaissait les interlocuteurs et les démarches. Il décrit aussi la difficulté à comprendre le rôle de chacun.	« […] c'était l'assistante sociale. […] c'est elle, elle seule d'ailleurs, qui avait toutes les clés. » « […] qui fait quoi et qui décide quoi, qui a la main sur le destin de mon enfant ? »	Parcours ; autodétermination
Une mère assurait elle-même l'instruction de son fils à la maison, avec le suivi d'un SESSAD. Ne se sentant pas prête pour un accueil à temps plein, elle s'est vu proposer une entrée très progressive à l'IMPRO : d'abord un repas par semaine, accompagné par l'éducatrice du SESSAD, puis des temps collectifs. Son fils y est aujourd'hui accueilli trois jours par semaine.	« Et donc on a proposé juste un jeudi midi […], voilà, avec l'éducatrice, donc l'éducatrice de [SESSAD] se déplaçait avec [mon fils]. » « Petit à petit elle s'est effacée, donc ils pouvaient manger avec les autres. »	Modularité ; parcours ; autodétermination
Une mère dont le fils, jeune adulte, est accueilli en journée dans un établissement pour personnes polyhandicapées a accepté, il y a moins d'un an, qu'il y dorme certaines nuits, selon les places disponibles.	« Le cœur de maman ne voulait pas, mais il y a un an, on a décidé. On vieillit […]. […] de le mettre de petit peu en petit peu. » « […] le mercredi je dépose pour profiter avec les filles. »	Modularité ; autodétermination ; parcours
Un père dont le fils adulte, autiste, travaille depuis de nombreuses années dans une entreprise ordinaire. L'employeur souhaite mettre fin au contrat ; jusqu'ici, à chaque difficulté, c'étaient les parents qu'il appelait.	« […] il a été heureusement accueilli par une entreprise jusqu'à présent mais même là aussi ça a une fin parce que son patron ne veut pas le garder pour l'après en fait il préfère s'en débarrasser pour […] ne pas laisser à ses enfants le soin de gérer un employé handicapé mental plus tard parce qu'en fait c'est à chaque problème en fait c'est les parents qui l'appellent le patron […] »	Inclusion ; parcours
Un professionnel évoque la situation d'un jeune. Il n'arrivait pas à mobiliser le transport adapté par manque de disponibilité et sa mère n'avait pas de moyen de transport.	« Il y avait un jeune qui devait partir dans une association pour faire des activités, mais [...] la maman n'avait pas de transport, donc il ne pouvait pas. Donc il s'ennuie et il reste là 5 jours. »	Autodétermination
Lors d'un CVS d'un établissement adulte, une mère évoque les personnes handicapées vieillissantes qui pourraient relever d'un EHPAD : les parents craignent un accompagnement insuffisant. Elle reconnait que sa crainte repose en partie sur des représentations. Elle estime que les solutions adaptées à ce public qui vit plus longtemps qu'avant, n'ont pas été pas réfléchies.	« Effectivement, il y a aussi des personnes vieillissantes dans l'établissement qui pourraient relever de l'EHPAD, mais les parents ont peur, je les comprends, parce qu'ils ont l'impression que du coup, l'accompagnement serait totalement insuffisant dans l'EHPAD. » « Peut-être que c'est des représentations. […] C'est vrai que c'est un peu des représentations. »	Parcours

Situation vécue anonymisée	Verbatim court	Principe(s) lié(s)
	« […] aujourd'hui on peut vivre plus longtemps mais on n'a pas l'habitude finalement de ce public là et on n'a pas réfléchi à quelles étaient les solutions qui leur correspondaient […] »	
Un établissement médico-social a ouvert une unité d'enseignement dans une école maternelle. Selon le professionnel interrogé, l'enseignant s'est adapté aux besoins des enfants accueillis, qui partagent des temps de classe avec les autres élèves et participent au projet pédagogique de l'école.	« Oui parce qu'en plus l'UE qui a été ouverte en maternelle c'est une UE pour des jeunes enfants polyhandicapés. Donc l'enseignant s'est hyper adapté parce qu'il n'avait jamais rencontré ce type de public. […] Donc en matinée, il y a 4 professionnels pour 4 enfants. » « Tout est porté par l'établissement avec une école hyper bienveillante mais pas de [moyens] supplémentaire[s]. […] les enfants sont très heureux, ça se passe super bien. Les autres enfants viennent dans la classe ou eux vont dans la classe et participent au projet pédagogique de l'école […] »	Inclusion
Un père dont le fils est accompagné en établissement cite le sport adapté comme « vraie inclusion » : un enfant à besoins particuliers intègre un club ordinaire (judo, foot) avec un appui pour qu'il s'y intègre ; la famille l'a essayé et cela fonctionne. Une mère raconte que, depuis l'entrée de son fils dans un établissement, une professionnelle de l'établissement (psychomotricienne) lui a proposé une activité du samedi matin où jeunes avec et sans handicap pratiquent ensemble.	« Les gamins sont typiques dans un club de judo, de foot et on amène un enfant atypique qui pourrait s'intégrer, on essaye de faire en sorte qu'il s'intègre. Et ça c'est de la vraie [inclusion] […] Maintenant on l'a essayé et ça fonctionne bien. » « C'est ça qui est bien, c'est que qu'on ait un handicap ou pas, tout le monde est pareil là-haut. Il n'y a pas de différence. »	Inclusion

4.5 Mise en perspective avec les piliers de transformation de l'ANAP

Les outils de recueil ayant été construits à partir de ces piliers, cette section en apprécie l'appropriation.

Les prestations modulaires, le hors-les-murs, les coopérations et certaines fonctions de coordination existent déjà. Leur articulation dans un modèle territorial stable reste toutefois à construire, notamment en matière de gouvernance, de responsabilités, de financements, de systèmes d'information et de fonction ressource.

Tableau 56 – Appropriation des piliers et composantes ANAP de la transformation de l'offre

Pilier / composante ANAP	Niveau d'appropriation / de développement perçu dans les données recueillies	Convergences entre catégories	Principales réserves / conditions
Pilier 1 – Fonction de coordination	Partiellement engagé	Toutes les catégories identifient la coordination comme indispensable au passage à une logique de parcours.	Clarifier les responsabilités, éviter le « mille-feuille », stabiliser les référents et disposer d'outils partagés. Les personnes refusent que la coordination soit transférée de fait aux familles.
Pilier 1 – Repositionnement des professionnels	En construction	La transformation est comprise comme une évolution des pratiques et pas uniquement des structures : aller-vers, autonomie, transversalité, fonction ressource.	Formation, accompagnement managérial, temps professionnel, clarification des fonctions et évolution des cultures.
Pilier 2 – Prestations modulables et diversifiées	Partiellement engagé	C'est l'une des composantes les plus visibles et les plus directement appropriées : séquentiel, domicile, milieu ordinaire, réponses combinées.	Refus d'une modularité standardisée, découpée, ou dictée par les capacités ; financement, coordination, logistique et réversibilité à sécuriser.
Pilier 2 – Fonction ressource	En construction	L'idée que l'expertise spécialisée soutienne le droit commun est largement partagée.	Appropriation très inégale : forte chez certains dispositifs partenaires, encore peu visible pour les familles ; besoin de formalisation, financement et accessibilité.
Pilier 3 – Organisation en structures regroupées / plateforme	En construction	Les ESMS et institutions identifient le fonctionnement intégré comme cohérent avec le changement ; les personnes comprennent davantage l'effet attendu que le modèle organisationnel lui-même.	Gouvernance, règles financières, périmètres, articulation des services et lisibilité pour les personnes.
Pilier 3 – Organisation partenariale	Partiellement engagé	Le partenariat est déjà largement constitutif des pratiques et aucune catégorie ne décrit la transformation comme pouvant être conduite par un acteur isolé.	Passer des coopérations dépendantes des personnes à une coresponsabilité pérenne : gouvernance, conventions, temps communs, engagement effectif du droit commun.

Conclusion – Ce que le croisement des regards dit de la transformation de l'offre

Le croisement des sept catégories d'acteurs montre une adhésion assez large aux principes de la transformation de l'offre, même si leur niveau d'appropriation reste variable. Le passage de la place au parcours constitue le point de convergence le plus fort, autour de réponses plus personnalisées, diversifiées et amenées à évoluer. L'inclusion, le recours au droit commun, la modularité et l'autodétermination sont également soutenus, mais sous certaines conditions.

Les acteurs soulignent notamment que l'ouverture vers le droit commun ne doit pas conduire à un retrait du secteur médico-social, que la modularité ne doit pas entraîner une réduction ou une fragmentation de l'accompagnement et que les nouvelles responsabilités doivent être accompagnées de moyens adaptés. La responsabilité territoriale est largement soutenue dans son principe, mais son organisation reste encore à préciser.

Les différences de regard tiennent surtout à la place occupée par chaque acteur : les institutions insistent sur le cadre et la gouvernance, les ESMS sur l'organisation et les métiers, les partenaires et collectivités sur les conditions de coopération et de proximité, et les personnes et familles sur les effets concrets en matière de choix et de continuité.

La principale tension porte donc moins sur les objectifs de la transformation que sur les conditions nécessaires à sa mise en œuvre : coordination, moyens adaptés, organisation territoriale, accompagnement des professionnels, préparation du droit commun et maintien de réponses spécialisées lorsque les besoins le nécessitent.

5. Analyse de l'offre d'accompagnement médico-sociale des personnes vivant avec un handicap et de leurs parcours de vie

Dans le cadre du diagnostic servant de socle à la stratégie régionale de transformation de l'offre Handicap, des rencontres ont eu lieu avec les personnes concernées : les usagers et leurs aidants, les professionnels, les directions d'ESMS, ainsi qu'auprès des partenaires du territoire.

Les analyses et synthèses présentées dans cette partie s'appuient sur les entretiens semi-directifs réalisés auprès de 72 ESMS (interviewés en groupes : usagers et familles, professionnels, direction) et à partir des questionnaires recueillis auprès des directions des ESMS (96 répondants), des associations représentantes d'usagers, des collectivités et des partenaires des ESMS (66 répondants) (cf. 1.4).

Les données quantitatives présentées autour de chaque thème exploitent ces questionnaires ; les nombres et pourcentages présentés ne sont donc valables que dans ce cadre. Les avis collectifs exprimés s'appuient sur une concordance de plus de la moitié des répondants.

Les tableaux récapitulatifs analysent les données extraites des entretiens auprès d'usagers et familles accompagnés, des professionnels et des directions d'ESMS. Les pistes d'action présentées sont celles exprimées par les personnes interrogées. Elles ne constituent ni des recommandations de l'ARS ni des engagements ; elles alimentent les fiches de cadrage des objectifs (partie 7).

Les thèmes abordés sont regroupés autour de deux grands axes :

- Politiques publiques et parcours de vie : autodétermination, accès aux droits, soutien aux aidants, double vulnérabilité, école inclusive, insertion professionnelle, vie sociale (accès aux loisirs, à la culture et au sport), accès aux soins, mobilité/transport, habitat, personnes handicapées vieillissantes, vie affective, intime et sexuelle (VIAS) ;
- Organisation des parcours : coordination, transitions des parcours, modularité des prestations, fonction ressource, responsabilité populationnelle, coopération et les enjeux autour des ressources humaines au sein des ESMS.

Pour chaque thème, l'analyse présente les difficultés rencontrées et les pistes d'action exprimées. Les difficultés fondent les enjeux présentés en partie 6.

5.1 Politiques publiques et parcours de vie

Autodétermination

En ce qui concerne la formation des professionnels des ESMS à l'autodétermination, en moyenne, ils sont 28 % à être formés dans un ESMS. De fortes disparités sont notées entre le Nord, où près de 50 % des professionnels de chaque ESMS sont formés, et l'Est, où seulement 9 % des professionnels de chaque ESMS sont formés. Les ESMS se mobilisent fortement sur ce sujet avec un prévisionnel de 1 043 professionnels supplémentaires formés d'ici 2028.

Un des leviers identifiés pour l'autodétermination est la Communication Alternative et Améliorée (CAA) ; 26 % des ESMS inscrivent une évaluation ou un objectif sur la CAA de manière systématique dans les projets personnalisés d'accompagnement (PPA). En moyenne, 23 % des professionnels de chaque ESMS sont formés. Une différence importante existe sur l'Est, où seulement 11 % des professionnels de chaque ESMS sont formés. Sur ce sujet de la CAA, les ESMS se mobilisent avec un prévisionnel de 795 professionnels supplémentaires formés d'ici 2028.

La pair-aidance, considérée par la HAS comme un pilier du pouvoir d'agir, est investie par 57 % des ESMS qui organisent des actions de pair-aidance. Elles se déroulent principalement entre personnes accompagnées (38 %), en partie par les aidants des personnes accompagnées (12 %) et plus rarement par des pair-aidants externes (7 %). Les actions de pair-aidance se concentrent principalement sur l'autonomie dans la vie quotidienne, le partage d'expériences entre pairs, l'inclusion sociale, l'emploi et l'insertion professionnelle, ainsi que la connaissance du handicap et l'accès aux droits. Des thématiques plus spécifiques existent également, comme la parentalité, le soutien à la prise en charge de sa santé et le développement des compétences relationnelles.

Spécifiquement sur la démarche de transformation de l'offre, 46 % des ESMS ont mené une action d'information à destination des usagers et de leurs aidants. 30 % des ESMS les ont mobilisés à travers des groupes de travail ou des formations.

Tableau 57 – Autodétermination (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Projet personnalisé d'accompagnement (PPA) et co-construction	La participation de la personne à son PPA est présente mais très variable : du simple recueil des souhaits ou de la signature jusqu'à une participation directe aux réunions, à la rédaction et à la définition des objectifs. Certains projets sont réellement construits à partir des choix de la personne, d'autres restent largement portés par les professionnels ou les représentants légaux.	Réunions, questionnaires et entretiens préparatoires ; échanges directs ; participation à certaines réunions ; co-construction de PPA ; possibilité de modifier, refuser ou signer certains objectifs et de revenir sur un choix.	Participation parfois formelle ; absence de la personne à certaines réunions ; compréhension insuffisante du projet ; avis de la personne pouvant devenir secondaire ; objectifs proposés par le professionnel prenant le pas sur les objectifs personnels ; décalage entre ce qui est inscrit et ce qui est effectivement réalisé.
Choix, consentement et droit à l'essai	Les personnes expriment des choix concernant leur vie quotidienne, leurs activités, leurs parcours et leurs projets. Le droit de dire non, le consentement, le droit à l'erreur, l'expérimentation et la prise de risque sont travaillés, mais leur mise en œuvre reste inégale.	Prise en compte de certains refus ; possibilité de modifier des objectifs ou accompagnements ; apprentissage par essai/échec ; expériences d'autonomie ; séjours ou logements expérimentaux ; possibilités de retour ; réflexion bénéfices-risques.	Choix ou refus pas toujours pris en compte ; difficulté à distinguer refus, besoin, opposition contextuelle ou réponse influencée ; appréciation complexe du consentement éclairé ; surprotection ; sécurité pouvant primer sur le choix.
Communication accessible	La CAA, le FALC et différents supports adaptés sont déjà utilisés, mais leur diffusion reste très hétérogène. Ils constituent un levier important pour permettre l'expression et la participation, notamment des personnes non ou peu verbales.	Pictogrammes, signes, braille, photographies, tablettes, applications, planches et tableaux de communication ; référents ou groupes CAA ; premières adaptations	Outils non systématiques ou parfois abandonnés ; manque de formation, de temps, d'équipements et de continuité ; documents trop complexes ; difficultés linguistiques ou d'illet-

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
		des PPA ; évaluations de la communication dans certaines structures.	trisme ; personnes non verbales ou polyhandicapées moins directement associées avec un risque d'interprétation de leur parole.
Place des familles et représentants légaux	Les familles sont une ressource importante pour soutenir le parcours et participer aux projets. Leur place peut entrer en tension avec l'autodétermination lorsque leurs choix ou attentes prennent le pas sur ceux de la personne accompagnée. Pour certains jeunes adultes dépendants, la possibilité d'exercer réellement leurs choix est liée au statut de protection juridique et à la gestion familiale des aides.	Participation aux projets et réunions ; connaissance du parcours et des besoins ; médiation et alerte ; cafés parents, formations, guidance et groupes de travail ; recherche de copilotage, journée d'information sur les mesures de protection.	Surprotection, infantilisation ou sous-estimation des capacités ; décisions prises à la place de la personne ; opposition à certaines expériences ou projets ; confusion entre besoins de l'aidant et de la personne ; PCH et autres prestations contrôlées par la famille ; absence de protection juridique dans certaines situations ; charge de coordination et de recherche d'information.
Choix individuel et contraintes institutionnelles	L'effectivité du choix dépend de l'existence d'alternatives réelles. L'individualisation des parcours se heurte au fonctionnement collectif des établissements, aux ressources disponibles et à l'organisation de l'offre.	Activités extérieures ; accompagnements en milieu ordinaire ; adaptations individuelles ; réajustements de projets ; possibilité dans certaines structures de refuser ou modifier des activités.	Transport, capacités d'accueil, ressources humaines, horaires, repas, soins, règles financières et organisation collective peuvent limiter les choix ; manque de temps individuel.
Participation collective et CVS	Les CVS, conseils citoyens, groupes d'expression, réunions de résidents et autres espaces participatifs sont présents dans les établissements, mais un écart est identifié entre les demandes ou décisions formalisées et leur réalisation effective.	Groupes de parole et espaces d'expression ; présidences ou secrétariats exercés par des personnes accompagnées ; participation à certaines commissions, recrutements ou démarches ; possibilité de porter des revendications ; certaines demandes aboutissent à des changements.	Participation parfois symbolique ou uniquement consultative ; CVS principalement informatifs ; faible maîtrise de l'ordre du jour ; demandes sans suite ; représentation parfois surtout parentale ; personnes non verbales ou polyhandicapées moins représentées ; formation des élus insuffisante.
Posture professionnelle	Une évolution d'une logique de « faire pour » ou d'expert-prescripteur vers le « faire avec » et la co-construction est engagée, mais reste inégale. Les niveaux de compréhension, de formation et d'appropriation de l'autodétermination demeurent hétérogènes.	Formations et sensibilisations déjà engagées ; formations au pouvoir d'agir dans certains établissements ; groupes de travail ; réflexions éthiques ; initiatives locales ; outils d'aide à la décision ; approche davantage centrée sur les capacités.	Difficulté à traduire les principes dans les pratiques ; persistance de postures protectrices ou de « faire à la place » ; formations inégalement diffusées ; manque de temps et de moyens. Certains témoignages d'usagers font état de manque d'écoute, de décisions prises sans accord réel, parfois de mise à l'écart.
Pair-aidance	La pair-aidance existe déjà dans plusieurs structures mais demeure inégalement développée.	Médiateurs pairs ; participation de personnes accompagnées à des sensibilisations, formations ou instances.	Recours ponctuel ou insuffisamment structuré ; postes pas toujours pérennes.

Synthèse des pistes d'action proposées – Autodétermination

- Renforcer la participation effective de la personne à son PPA en partant de ses souhaits, y compris lorsqu'elle exprime un refus. Assurer un suivi des demandes et une information claire sur les suites données ;
- Développer le pouvoir d'agir et l'apprentissage du choix, en permettant à la personne d'expérimenter et de tirer les enseignements de ses expériences. Favoriser le droit à l'essai, à l'erreur et à la prise de risque ;
- Mieux préserver les choix propres de la personne dans la relation avec les familles et représentants légaux, développer la médiation ;
- Renforcer le recueil direct de la parole dans les CVS et les espaces d'expression en formant les représentants ; assurer le suivi des demandes et décisions ;
- Mieux articuler le principe de sécurité et l'autodétermination, afin que les impératifs de sécurité ne conduisent pas à limiter les choix de la personne;
- Créer les conditions d'un choix réellement possible en ESMS, en proposant des modalités d'accompagnement et des activités diversifiées ;
- Réduire le poids des contraintes institutionnelles et du fonctionnement collectif sur l'individualisation des choix et des projets ;
- Renforcer l'accessibilité de l'expression, par la généralisation de la CAA, du FALC et de supports adaptés aux capacités de chaque personne ;
- Garantir la continuité des outils de communication entre les différents intervenants tout au long du parcours ;
- Développer les formations communes entre personnes accompagnées, familles et professionnels sur les thèmes de l'autodétermination, du pouvoir d'agir, de l'accompagnement au changement ;
- Développer la pair-aidance et le recours au savoir expérientiel ;
- Soutenir l'autonomie et l'autodétermination de la personne vis-à-vis de l'aidant : favoriser des relais extérieurs, le dialogue et des expérimentations progressives permettant à la personne de développer son autonomie.

Accès aux droits

Tableau 58 – Accès aux droits (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Information et compréhension des droits	La connaissance des droits, aides et dispositifs reste inégale. Les ESMS et leurs professionnels jouent un rôle important d'information, mais celle-ci demeure dispersée, parfois acquise progressivement ou dépendante de l'accompagnement professionnel, des associations, des CVS et de l'accès au numérique.	Informations par les assistants sociaux, référents et coordonnateurs ; ateliers et informations collectives ; groupes d'expression ; cafés des parents ; associations et CVS ; visites à domicile	Manque d'information globale ; découverte tardive ou fortuite de certains droits comme l'accueil temporaire ; multiplicité des dispositifs, sigles et interlocuteurs ; difficultés de compréhension ; illettrisme, fracture numérique ; familles isolées particulièrement exposées.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Accompagnement administratif	Une part importante de l'accès aux droits repose sur l'accompagnement des professionnels pour constituer les dossiers, renouveler les prestations et contacter les administrations. Cet accompagnement reste variable selon les structures.	Intervention d'assistants sociaux, éducateurs, référents, mandataires ; accompagnement au montage des dossiers ; certaines interventions commencent avant même l'admission.	Familles ou personnes parfois seules face aux démarches ; absence d'assistant social dans certaines structures ; transfert des tâches administratives vers d'autres professionnels ; dépendance à un tiers ; manque de ressources dédiées.
Notifications MDPH et orientations	Les notifications MDPH structurent fortement l'accès aux prestations, les orientations et les changements de parcours. Des formes de souplesse existent ponctuellement, mais les changements de modalités nécessitent encore fréquemment de nouvelles démarches.	Relations directes avec la MDPH/CDAPH dans certaines situations ; participation aux équipes pluridisciplinaires d'évaluations (EPE) ; accompagnement aux demandes et recours ; doubles notifications ou dispositifs intégrés permettant davantage de souplesse.	Notifications tardives, inadaptées, erronées ou mal comprises ; délais et renouvellements répétés ; absence d'interlocuteur stable ; multiplication des dossiers ; nouvelles démarches en cas de changement de modalité.
Effectivité des droits	L'ouverture d'un droit ou l'obtention d'une notification ne garantit pas son exercice réel. Un droit peut rester inutilisable faute de place, d'accompagnement, d'information, de réponse administrative ou d'accessibilité.	Une part des prestations notifiées est effectivement mobilisée.	Places indisponibles ; prestations accordées mais non accessibles ou avec délai d'attente ; notification sans solution correspondante ; écart important entre droit théorique et droit réellement exercé.
PCH et prestations financières	La PCH constitue un levier important pour l'aide humaine, le domicile, le transport, les activités et certains accompagnements. L'AAH, l'AEEH, les prestations CAF et autres ressources jouent également un rôle majeur dans les choix et la sécurité des parcours.	Accompagnement au montage des dossiers ; PCH mobilisée pour des accompagnements, transports, activités ou équipements ; certains droits de longue durée sécurisent les parcours.	Dossiers complexes et délais longs ; sous-évaluation des besoins ; heures ou montants jugés insuffisants ; restes à charge ; ruptures de prestations ; difficultés avec la CAF ; règles de cumul ou d'utilisation mal comprises ; risque de renoncer à certaines solutions pour des raisons financières.
Accessibilité des démarches	La dématérialisation et la complexité des supports administratifs constituent des obstacles, notamment pour les personnes présentant des difficultés cognitives, visuelles, de lecture ou de maîtrise numérique.	FALC, CAA, supports visuels, accompagnements individuels et appuis pour les démarches numériques sont déjà utilisés dans certains services.	Sites et documents non accessibles ; serveurs vocaux inadaptés ; difficultés à créer ou utiliser des comptes numériques ; documents non compris ou non lisibles par les personnes concernées.
Libre choix, droit à l'essai et au retour	Le développement de parcours plus modulaires se heurte à la peur de perdre une place, un droit ou une sécurité existante. Le droit au retour après une expérimentation est identifié comme un élément sécurisant.	Certaines structures donnent davantage de visibilité sur les solutions ; familles favorables aux expérimentations lorsqu'elles sont sécurisées ; possibilité de retour dans certains parcours ou services.	Alternatives pas toujours connues ; peur de perdre la place ou les droits existants ; refus d'une orientation pouvant conduire à une longue attente ; incertitude sur le retour après une expérience en milieu ordinaire.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Droits liés à l'emploi	Le passage vers l'emploi modifie les statuts, ressources et accompagnements. RQTH, AAH, rémunération ESAT, salaire ordinaire et notifications interviennent directement dans les décisions.	Anticipation de la RQTH dans certains parcours ; doubles statuts et possibilités de retour constituent des premiers outils de sécurisation.	Crainte de perdre l'AAH ou l'accompagnement ; récupération des droits jugée difficile après un contrat court ; procédures complexes ; rémunération ordinaire perçue comme moins sécurisante ; freins à l'expérimentation de l'emploi.
Protection juridique et autonomie	Les familles, tuteurs, curateurs et mandataires occupent une place importante dans la gestion des droits, des biens, des ressources et des décisions, notamment lors du passage à l'âge adulte et avec le vieillissement des aidants.	Journées d'information et cafés parents ; interventions d'assistants sociaux et mandataires ; tuteurs associés aux projets ; anticipation de mesures de protection.	Mesures parfois inexistantes ou mal comprises ; lourdeur administrative ; tensions entre protection et choix de la personne ; réactivité variable des mandataires ; vieillissement des tuteurs.
Accueil temporaire	Les ressources des familles conditionnent les possibilités de répit. Certains parents ont cessé de travailler pour assurer l'accompagnement de leur enfant.	Existence de l'AEEH, de la PCH, du statut d'aidant familial ou de salariat dans certaines situations.	L'AT engendre une diminution ou retenue de prestations ; coûts de transport ; restes à charge ; droits jugés insuffisants ; risque de renoncement à certaines solutions.
Matériel et adaptation du domicile	Les équipements et adaptations du domicile sont indispensables pour certaines situations de handicap lourd.	La PCH permet une prise en charge partielle de certains équipements.	Restes à charge parfois très importants ; complexité des dossiers.

Synthèse des pistes d'action proposées – Accès aux droits

- Systématiser une information claire et accessible sur les droits dès la reconnaissance du handicap ;
- Renforcer le soutien administratif par des interlocuteurs spécialisés clairement identifiés ;
- Développer l'« aller-vers » pour les personnes et familles peu connectées ou éloignées des circuits d'information ;
- Simplifier les démarches et les renouvellements MDPH, en augmentant les périodes de validité, en limitant les dossiers répétés et en développant des notifications plus globales et souples ;
- Faciliter les démarches liées aux prestations financières dont la PCH, par une meilleure information sur leurs règles et une évaluation adaptée des besoins ;
- Permettre des allers-retours entre l'emploi et les prestations sociales liées au handicap ;
- Rendre les démarches administratives et numériques réellement accessibles, en développant le FALC, la CAA et des modalités adaptées aux différents handicaps ;
- Créer un véritable droit à l'essai et au retour, permettant d'expérimenter une nouvelle modalité sans craindre de perdre définitivement la solution précédente ;
- Mieux informer et soutenir les aidants dans l'accès à leurs propres droits et au répit, limiter l'impact financier du recours à l'AT ;

- Informer sur les mesures juridiques en anticipation de la majorité et de l'après-parents, développer les relations avec les mandataires ;
- Mieux prendre en charge financièrement les équipements au regard des besoins réels.

Aidants

90 % des ESMS enfants proposent des actions ciblées pour les aidants tandis que 71 % des ESMS adultes en proposent. Les actions des ESMS à destination des aidants sont principalement centrées sur l'accès aux droits et la protection juridique, la santé, le répit des aidants, et la vie affective, relationnelle et sexuelle. La majorité des actions (58 %) se font en collectif, certaines (9 %) incluant plusieurs ESMS et d'autres formant les aidants (7 %). Les autres actions en faveur des aidants (42 %) se font en individuel, sur des sujets propres à chaque aidant. La moitié des ESMS proposent 1 à 3 actions par an, ils sont 18 % à en proposer entre 3 et 5, 10 % à en proposer entre 5 et 10 et 22 % à proposer plus de 10 actions par an.

En parallèle, les besoins relevés par les aidants concernent le répit et les solutions de relais, l'aide administrative et l'accès aux droits, l'information, l'orientation et la compréhension des dispositifs, le soutien psychologique, l'écoute et la reconnaissance du rôle d'aidant, les échanges entre pairs et le partage d'expériences.

Selon les associations représentantes d'usagers, les collectivités et les partenaires des ESMS, une difficulté importante est celle des aidants vieillissants, avec une absence d'anticipation de l'après-aidant, une insuffisance des solutions de répit, qui amènent à des situations d'urgence lors du décès ou de l'incapacité soudaine d'un parent.

Les partenariats des ESMS se concentrent principalement autour de quelques acteurs phares : GIP SAP, MDPH, Planning familial, Intim'Agir, Communauté 360, DAC, CCAS, mandataires judiciaires, juge des tutelles et psychologue. Toutefois, seulement 26 % des ESMS réalisant des actions à destination des aidants font état de conventions effectives.

Tableau 59 – Aidants (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Répit et accueil temporaire (AT)	Différentes formes de répit existent : UAT (unité d'accueil temporaire), week-ends, séjours, nuitées, internat séquentiel, plateformes spécialisées ou suppléance. Elles constituent un soutien important lorsqu'elles sont accessibles mais ne couvrent pas l'ensemble des besoins.	Diversité des modalités ; dispositifs déjà utilisés par certaines familles ; expériences positives ; soutien au maintien à domicile ; possibilités de parcours modulables.	Offre insuffisante, saturée, éloignée ou inadaptée à certains profils ; droits théoriques parfois impossibles à exercer ; urgence familiale insuffisamment couverte ; expériences négatives pouvant conduire au renoncement.
Accompagnement à domicile et relais professionnels	Guidance parentale, interventions professionnelles à domicile et différentes formes de relais existent. Le maintien à domicile repose cependant encore largement sur les proches dans certaines situations.	Guidance, formations, ateliers CAA et éducation thérapeutique ; interventions à domicile ; services et coordinations ; certaines combinaisons domicile/externat/accueil temporaire fonctionnent.	Manque de professionnels ; services parfois instables ou insuffisamment formés ; continuité fragile ; disponibilité familiale variable ; certaines familles ne souhaitent pas ou ne jugent pas adaptée l'intervention au domicile.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Vieillissement et épuisement des aidants	Le vieillissement des personnes accompagnées se conjugue avec celui de leurs parents ou proches. L'épuisement est particulièrement marqué dans les situations de forte dépendance, de maintien prolongé au domicile ou d'absence de solution.	Enjeu désormais clairement identifié ; prise de conscience croissante des familles, professionnels et directions ; certains projets commencent à intégrer cette évolution.	Fatigue, isolement et charge quotidienne importante ; diminution des capacités à héberger, transporter, soigner ou accompagner ; abandon de certaines démarches ; situations pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de poursuivre l'accompagnement.
Après-parents et prévention des ruptures (adulte)	L'hospitalisation, la perte d'autonomie ou le décès de l'aidant sont des moments critiques. Les solutions sont encore parfois recherchées lorsque la rupture est proche ou déjà survenue. L'absence de relais familial constitue un facteur supplémentaire de vulnérabilité.	Certains PPA commencent à intégrer la question ; temps d'échange avec les familles ; anticipations juridiques ou financières ; réseaux familiaux ou associatifs protecteurs lorsqu'ils existent.	Absence de relais ; orientation tardive ; angoisse des proches ; risque de décision dans l'urgence ; fratrie ou enfants ne constituant pas systématiquement une solution ; familles seules ou malades particulièrement vulnérables.
Participation et entraide des aidants	Les familles participent à des degrés variables aux projets, CVS, réunions, cafés familles et groupes. Des réseaux formels ou informels d'entraide existent.	Co-construction dans certaines équipes ; espaces d'information, d'expression et de soutien ; cafés et réseaux de parents ; implication effective de certains aidants.	Participation inégale ; épuisement, santé, transport, contraintes professionnelles ou horaires limitant la mobilisation ; demandes parfois sans réponse ; espaces d'entraide encore insuffisamment développés.
Organisation territoriale du soutien aux aidants	Des plateformes, groupes, cafés familles, associations et autres initiatives existent, mais restent dispersés, inégalement connus et parfois difficilement accessibles aux aidants les plus isolés.	Diversité de dispositifs locaux et associatifs ; espaces d'échange entre familles et professionnels ; maintien du lien avec les proches.	Lisibilité insuffisante ; financements parfois temporaires ; dispositifs inutilisables si aucune solution simultanée n'est prévue pour la personne accompagnée ; familles isolées difficiles à atteindre.

Synthèse des pistes d'action proposées – Aidants

- Renforcer, diversifier et territorialiser l'offre de répit : augmenter l'accueil temporaire et séquentiel, développer des solutions rapidement mobilisables en urgence et proposer des formes de répit souples, adaptées aux profils, aux choix des personnes et aux besoins des aidants ;
- Prévenir l'épuisement et les ruptures chez les aidants : repérer précocement les situations de fragilité, anticiper le vieillissement et l'épuisement des proches et organiser des relais avant que les situations ne deviennent critiques ;
- Préparer l'« après-parents » et sécuriser les transitions : anticiper suffisamment en amont le logement, l'orientation, la protection juridique, les relais professionnels et les solutions de repli ;
- Renforcer et professionnaliser les relais à domicile : éviter que le maintien à domicile repose principalement sur les proches, stabiliser les intervenants et renforcer leur formation afin d'améliorer la continuité et la qualité des accompagnements ;
- Réduire la dépendance à l'aidant pour l'accès au droit commun : développer des relais professionnels permettant l'accès aux loisirs, activités et dispositifs ordinaires sans que celui-ci repose sur la seule disponibilité familiale ;

- Structurer territorialement le soutien aux aidants et développer l'« aller-vers » : rendre les dispositifs plus lisibles, pérennes et accessibles et aller au-devant des aidants isolés ou fragilisés qui accèdent difficilement aux ressources existantes ;
- Renforcer la participation, l'entraide et les espaces de soutien entre aidants.

Double vulnérabilité

En moyenne, dans chaque ESMS enfants, 13 % des enfants accompagnés sont suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance. Les demandes d'accompagnement ou d'admission pour les enfants à double vulnérabilité sont très disparates selon les ESMS enfants. Cela va de moins de 3 situations traitées par an (60 %), à une dizaine de situations (29 %) et à plus de 50 situations (7 %) pour certains. Pour ces situations, les ESMS font état :

- d'un manque de coordination et de communication entre l'ASE, les ESMS, le sanitaire et les autres partenaires ;
- de l'insuffisance du nombre de familles d'accueil adaptées et formées aux situations de double vulnérabilité, ce qui entraine des risques importants de rupture ;
- des contraintes de délais administratifs, juridiques, logistiques et de transport, entrainant davantage de ruptures de parcours.

Tableau 60 – Double vulnérabilité (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Cumul des vulnérabilités et complexité des profils	Les situations cumulent handicap, protection de l'enfance ou difficultés sociales. Selon les cas, les problématiques psychiatriques, traumatismes, violences, dimensions sanitaires ou judiciaires peuvent s'ajouter. Les professionnels constatent une complexification des profils. Les familles soulignent les conséquences lorsque les relais ne sont pas effectivement mobilisés.	Certains services disposent d'une organisation modulaire permettant d'ajuster l'accompagnement au cas par cas.	Difficulté à déterminer qui doit porter la situation ; profils particulièrement difficiles à accompagner ; moyens et compétences jugés insuffisants face à leur complexité.
Coordination ASE et médico-sociale	La nécessité d'articuler protection de l'enfance, médico-social, soins et autres partenaires ressort fortement. Des référents ou coordonnateurs existent et certains rôles ont pu être clarifiés.	Référents de parcours ; coordination avec l'ASE déjà assurée par certains professionnels ; clarification des missions.	Coordination encore fragile ; délais de conventions et délégations trop longs ; multiplicité des relances ; médico-social parfois laissé seul ou sollicité au-delà de son périmètre.
Stabilité des lieux de vie et familles d'accueil	La stabilité du lieu de vie constitue une condition importante de l'accompagnement. Les familles d'accueil occupent une place centrale pour les enfants à double vulnérabilité.	Des actions de soutien, de sensibilisation et de formation des familles d'accueil sont déjà réalisées dans certaines situations.	Manque de familles d'accueil formées au handicap ; ruptures de placement ; réticence à accueillir certains profils ; retour possible en famille faute de solution malgré une mesure de retrait ; absence de familles d'accueil thérapeutiques adaptées.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Hébergement, accueil temporaire et répit	Les besoins concernent la rupture temporaire, l'internat ou l'hébergement adapté : gestion des ruptures pour les directions, sécurisation des situations complexes pour les professionnels, répit pour les familles.	Des co-portages entre ESMS, places temporaires et solutions séquentielles existent dans certaines situations.	Certains enfants n'accèdent pas à l'internat séquentiel nécessaire ; accueil temporaire insuffisant et parfois mobilisé pour gérer une rupture plutôt que pour le répit ; pas de solution de répit lors des périodes de vacances.
Repérage, orientation et adaptation des réponses	Certaines situations restent longtemps sans accompagnement adapté ou sont orientées vers des dispositifs ne correspondant pas aux besoins. Des profils se situent à la frontière entre médico-social et protection de l'enfance.	Existence d'un service spécialisé travaillant avec la PMI et les assistants familiaux ; certains dispositifs sont jugés bénéfiques et adaptés par les familles lorsqu'ils sont accessibles.	Notifications multiples peu visibles ; difficultés de contact ; absence de réponse pleinement adaptée pour certains profils mixtes ; saturation conduisant à des orientations tardives ou inadéquates.
Soutien aux familles	Les professionnels constatent une montée de la précarité, de l'illettrisme et des difficultés de compréhension ou d'implication. Une autre forme de double vulnérabilité apparaît lorsque les parents sont eux-mêmes vivant avec un handicap.	Des adaptations ponctuelles existent pour les familles rencontrant des difficultés de compréhension ; une professionnelle dédiée au soutien à la parentalité intervient à domicile.	Difficultés à construire l'alliance et les projets ; absence d'assistant social dans certains services ; difficultés administratives ; épuisement parental ; fragilisation familiale et risque de placement lorsque le soutien est insuffisant.
Formation, expertise et fonction ressource	Les besoins de compétences concernent les équipes médico-sociales, les acteurs de la protection de l'enfance et les familles d'accueil. Certains ESMS sont déjà sollicités au-delà de leurs propres usagers pour leur expertise.	Une expertise peut être mobilisée sur les situations complexes, les troubles du comportement, l'autonomie et auprès des familles d'accueil.	Professionnels insuffisamment formés aux troubles psychiatriques, comportements-défis ; crainte des directions que la responsabilité du placement social leur revienne.
Passage à la majorité et transition vers l'offre adulte	Le passage à la majorité constitue un point de rupture particulier : fin du placement ASE, accès au logement, manque de places adultes et situations combinant ASE et amendement Creton.	Des unités de préparation à la vie d'adulte sont citées par les familles/usagers comme exemple d'une transition préparée.	Blocages de financement entre 20 et 21 ans ; absence d'hébergement adulte adapté ; risque de rupture de logement ; amendement Creton vécu comme un filet de sécurité précaire ; préparation parfois tardive ; manque de places adultes.

Synthèse des pistes d'action proposées – Double vulnérabilité

- Renforcer la coordination entre protection de l'enfance, médico-social, soins et partenaires : formaliser une coordination territoriale, développer des outils et documents de parcours partagés ;
- Développer les compétences autour des profils complexes : former sur les troubles psychiatriques, les comportements-défis et les profils complexes. Poursuivre la sensibilisation et la formation des familles d'accueil au handicap ;

- Diversifier les solutions d'accueil et de répit : développer des familles d'accueil thérapeutiques spécifiquement formées, des séjours de rupture individualisés et de courte durée, des solutions de répit continues pendant les périodes de fermeture et des formes d'hébergement progressif ou accompagné ;
- Améliorer le repérage, l'orientation et l'admission : développer des premiers contacts ou admissions partagés et créer des réponses intermédiaires articulant dimension sociale et médico-sociale. Renforcer le soutien aux familles : développer l'aide administrative, les visites à domicile, le soutien à la parentalité, et intervenir plus précocement auprès des familles fragilisées ;
- Développer et encadrer la fonction ressource des ESMS : renforcer leur fonction d'appui auprès des acteurs de la protection de l'enfance tout en clarifiant précisément son périmètre et ses limites ;
- Anticiper et sécuriser le passage à l'offre adulte : préparer les transitions plusieurs années en amont, coordonner les différents champs avant la majorité et développer les solutions intermédiaires pour les jeunes arrivant à l'âge adulte.

École inclusive

Au sein des ESMS, 80 % des jeunes de moins de 16 ans sont scolarisés.

En ce qui concerne l'école inclusive, en moyenne, pour chaque ESMS, 17 % sont en ULIS et y réalisent environ 13h de classe hebdomadaire, avec 6h30 d'inclusion hebdomadaire en classe ordinaire.

Pour les Unités d'Enseignement Externalisées, dans chaque ESMS, les personnes accompagnées sont en moyenne 18 % à y être. Elles ont environ 13h de classe hebdomadaire, pour 1h45 d'inclusion hebdomadaire en classe ordinaire, principalement dans les écoles.

Hormis les UEE, 44 % des ESMS conventionnent avec les établissements scolaires pour des interventions ou actions.

Tableau 61 – École inclusive (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Diversification des modes de scolarisation	Coexistence de classes ordinaires ou ULIS et d'UEE, temps partagés et accompagnements séquentiels. Les interventions des services médico-sociaux directement dans les écoles se développent.	Les dispositifs externalisés et les parcours associant école et médico-social permettent de moduler le temps scolaire et de maintenir certains jeunes en milieu ordinaire.	Offre très variable selon les profils, les territoires et les moyens. Certains enfants ne disposent que de quelques heures de scolarisation ou d'une inclusion très partielle.
Disponibilité et stabilité des AESH	Les AESH constituent une condition centrale du maintien en milieu ordinaire.	Une AESH stable et adaptée peut favoriser le maintien et la progression du jeune. Des coopérations AESH–médico-social fonctionnent dans plusieurs situations.	Notifications partiellement exécutées ; ressenti de manque d'AESH ; mutualisation ; turnover ; temps insuffisants ; manque de formation ; contrats précaires. Les familles soulignent les ruptures provoquées par l'instabilité.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Formation des acteurs scolaires	Des actions de sensibilisation et de transfert d'outils existent déjà, souvent portées par les ESMS.	Certains établissements et enseignants référents sont davantage sensibilisés ; certaines écoles développent une culture inclusive ; des outils médico-sociaux sont transférés en classe.	Formation encore insuffisante concernant tout type de handicap ; adaptations parfois oubliées ; représentations négatives ou peur du handicap.
Coopération Éducation nationale–médico-social	ESS, conventions, enseignants référents, interventions des services médico-sociaux et concertations existent, mais leur structuration reste variable. La fonction ressource du médico-social existe déjà de fait.	Les parcours sont jugés plus efficaces lorsque les équipes scolaires et médico-sociales coopèrent régulièrement. Les familles valorisent notamment les situations associant AESH, éducateur/SESSAD et communication régulière.	Coopérations dépendantes des personnes ; refus d'intervention ou d'inclusion dans certains établissements ; délais de conventions ; rôles mal définis. Risque de substitution du médico-social aux responsabilités de l'école ; certaines familles assurent elles-mêmes la coordination.
Orientations, notifications et accès aux ULIS	Les notifications IME, ULIS, AESH et temps partagés déterminent largement les possibilités de parcours.	Les ULIS et temps partagés permettent, dans certaines situations, le maintien en scolarité ordinaire.	Places ULIS insuffisantes ; notifications tardives, inadaptées ou non exécutées ; critères d'autonomie prégnants ; GEVA-Sco parfois jugés peu représentatifs des difficultés réelles.
Effectivité de l'inclusion scolaire	La présence d'un dispositif spécialisé dans une école ordinaire ne garantit pas la participation pédagogique ou sociale du jeune. Distinction entre objectif d'inclusion et nécessité d'une réponse adaptée au profil du jeune.	Certaines UEE, ULIS et temps partagés permettent des activités communes, des relations avec les autres élèves et une participation à la communauté scolaire.	Une inclusion sans ressources adaptées peut conduire à l'échec, à la souffrance, à l'isolement ou à l'absence d'apprentissage. Jeunes isolés des classes ou activités ; temps scolaires réduits ; certaines ULIS perçues comme peu inclusives ; écart entre inclusion affichée et inclusion vécue.
Harcèlement, stigmatisation et relations entre pairs	Plusieurs parcours en milieu ordinaire sont marqués par l'isolement et des relations difficiles avec les autres élèves.	Certaines écoles développent une culture bienveillante et de véritables relations entre élèves handicapés et non handicapés.	Harcèlement ; peur de la stigmatisation ; incompréhension des comportements liés au handicap ; difficulté à signaler une incompréhension.
Transitions et continuité scolaires	Les passages primaire–collège–lycée et la fin de scolarité sont identifiés comme des moments sensibles.	Les accompagnements séquentiels, classes passerelles, ESS et appuis médico-sociaux permettent parfois une transition progressive.	Ruptures entre dispositifs ; manque de places ; changement des exigences ; multiplication des interlocuteurs ; disparition de certaines compensations. Le passage au collège est particulièrement présent dans le discours des familles.
Accessibilité et environnement scolaire	Les conditions d'accueil de l'école conditionnent l'inclusion : taille des classes, locaux, sanitaires, matériel, bruit, rythmes et horaires.	Quelques adaptations ponctuelles sont déjà mises en œuvre.	Classes de 20 à 30 élèves ; établissements insuffisamment accessibles ; absence d'espaces

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
			sensoriels ou de change ; bruit et horaires inadaptés. Les familles insistent davantage sur l'expérience concrète de ces environnements.
Proximité et transports scolaires	La scolarisation externalisée augmente les déplacements et certaines orientations supposent de longs trajets.	La scolarité de proximité avec intervention du médico-social est recherchée dans certaines situations.	Absence de dispositif adapté à proximité ; transports empêchant certaines orientations ; fatigue et temps de trajet importants.
Place des familles dans la coordination	Les parents occupent fréquemment un rôle important de transmission et de coordination entre l'école et l'ESMS.	Certaines expériences reposent sur une communication régulière et satisfaisante entre école, famille et ESMS.	Certaines familles sont submergées par le lien entre les acteurs ; certains parents ne sont pas pleinement associés aux temps collectifs ; certaines sorties scolaires reposent sur leur présence.

Synthèse des pistes d'action proposées – École inclusive

- Renforcer les dispositifs inclusifs : développer les UEE, ULIS, les temps partagés, des passerelles entre dispositifs, des interventions du médico-social à l'école, augmenter progressivement les temps de scolarisation lorsqu'ils sont adaptés aux besoins du jeune ;
- Individualiser les parcours scolaires : moduler les réponses en fonction des besoins, maintenir les expertises et réponses spécialisées nécessaires et évaluer les bénéfices de l'inclusion pour chaque jeune ;
- Renforcer et sécuriser l'accompagnement par les AESH : augmenter les effectifs, stabiliser les accompagnements, garantir leur continuité lors des transitions scolaires, renforcer la formation des AESH et reconnaître leurs compétences ;
- Développer la formation initiale et continue des acteurs scolaires au handicap, prévenir le harcèlement, la stigmatisation et les difficultés de relations entre élèves ;
- Renforcer le rôle d'expertise des ESMS, développer les équipes mobiles et la présence de ressources médico-sociales dans les établissements scolaires ;
- Structurer la coopération entre Éducation nationale, médico-social et familles : formaliser les coopérations par des conventions et cadres partagés, clarifier les responsabilités respectives, renforcer la coordination entre équipes scolaires, médico-sociales et familles ;
- Améliorer les orientations et l'articulation avec la MDPH : affiner l'évaluation pour faire correspondre orientations et compensations aux besoins observés ;
- Développer des activités et espaces partagés et renforcer la participation scolaire, périscolaire et les relations entre élèves ;
- Anticiper et sécuriser les transitions scolaires : préparer en amont les changements de niveaux et de dispositifs avec les jeunes et leurs familles, sécuriser les places et l'accompagnement humain ;

- Améliorer l'accessibilité des établissements scolaires : agir sur l'accessibilité physique, sensorielle et organisationnelle et adapter, lorsque nécessaire, les effectifs, équipements, espaces et horaires ;
- Développer une offre scolaire de proximité et des transports adaptés aux spécificités des élèves vivant avec un handicap ;
- Associer davantage les familles aux réunions partenariales, évaluations et décisions tout en évitant que la coordination et la mise en œuvre de l'inclusion reposent sur leur seule disponibilité.

Insertion professionnelle

Parmi les personnes accompagnées ayant un projet professionnel, en moyenne dans chaque ESMS, 11 % sont inscrites à France Travail. En 2025, en moyenne sur chaque ESMS, 11 % des usagers ont participé à des évènements sur le thème de l'insertion professionnelle, 16 % ont fait un stage en milieu ordinaire, 24 % ont suivi une formation.

Dans chaque ESAT, en moyenne, 11 % des travailleurs ont réalisé une mise à disposition en 2025. Ils ne sont qu'1 % à être en temps partiel partagé entre ESAT et une entreprise du milieu ordinaire.

À La Réunion, 103 personnes accompagnées par un ESMS sont sorties vers un emploi ou une formation en 2025.

Les partenaires principaux des ESMS pour l'insertion professionnelle sont logiquement France Travail, Cap Emploi et la Mission Locale. Les autres partenariats les plus présents sont l'AGEFIPH, les centres de formation, les agences d'intérim, les MFR et les entreprises du territoire. Toutefois, seuls 21 % des ESMS font état de conventions avec des acteurs du droit commun autour du thème de l'insertion professionnelle.

Tableau 62 – Insertion professionnelle (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Stages, immersions et accès à l'emploi ordinaire	Projets professionnels différenciés selon les compétences, aspirations et caractéristiques du handicap. Les stages et immersions sont largement utilisés et constituent la principale modalité de confrontation au monde du travail. Des CDD, apprentissages et quelques CDI sont rapportés.	Les stages permettent d'évaluer les compétences en situation réelle, d'ajuster les compensations et parfois de modifier le regard des employeurs. Certaines entreprises renouvellent l'accueil.	Écart important entre l'accès aux stages et l'accès à un emploi durable. Les stages satisfaisants débouchent rarement sur un contrat ; les emplois pérennes et CDI restent rares. Retour au domicile après un CDD ou un apprentissage. Risque d'une injonction à l'inclusion ou à la productivité ne correspondant pas aux besoins.
Passerelles entre ESAT et milieu ordinaire	Les parcours combinent selon les personnes : ESAT, mises à disposition, emploi ordinaire, entreprise adaptée et parfois double activité. L'ESAT demeure une étape importante de l'insertion professionnelle.	Stages entre des ESAT, mises à disposition à une entreprise, conventions d'appui, prestations de service et passerelles vers le milieu ordinaire existent déjà.	Saturation et listes d'attente en ESAT ; sorties vers le milieu ordinaire encore rares ; retour en ESAT parfois difficile ; crainte de perdre une place ou un accompagnement. Le milieu ordinaire n'est pas adapté aux capacités ou souhaits de tous.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Partenariats et coordination territoriale	Mission Locale, France Travail, Cap Emploi, emploi accompagné, ESAT, MFR, entreprises et associations sont mobilisés à des degrés variables. Les réseaux sont souvent construits par les professionnels eux-mêmes.	De nombreux partenariats existent ; certaines entreprises sont fidélisées ; des conventions et réseaux locaux fonctionnent.	Réseaux hétérogènes, parfois informels ou dépendants d'une personne ; opportunités d'emploi limitées ; rôles insuffisamment définis ; coordination territoriale inégale.
Sensibilisation des employeurs et adaptation des postes	L'accompagnement de la personne ne suffit pas : l'environnement professionnel doit également être adapté aux différents handicaps.	Des actions de sensibilisation, évaluations fonctionnelles et adaptations de postes sont déjà réalisées. Des expertises spécialisées existent notamment pour certains handicaps sensoriels.	Entreprises insuffisamment préparées ; peur ou mauvaise compréhension du handicap ; difficultés face au handicap ; exigences de polyvalence ou de productivité parfois incompatibles avec les capacités.
Organisation de l'insertion professionnelle	L'insertion nécessite du temps pour la prospection, l'accompagnement en entreprise, la coordination et le suivi. Des chargés d'insertion, éducateurs techniques, coordonnateurs ou équipes spécialisées existent, mais ne sont pas généralisés.	Des professionnels spécialisés et équipes dédiées sont présents dans certains dispositifs.	Multiplicité des fonctions ; temps insuffisant pour la prospection ; accompagnement extérieur très consommateur de ressources ; turnover ; réseaux fragilisés lors du départ d'un professionnel.
Mobilité et transports vers l'emploi	La mobilité constitue une condition du parcours professionnel dès l'adolescence et reste un frein à l'âge adulte. Le travail sur l'autonomie dans les transports est déjà engagé dans la plupart des ESMS.	Certains jeunes et adultes utilisent seuls les transports ; apprentissage des trajets, permis, accompagnements répétés et aides ponctuelles sont rapportés.	Mauvaise desserte ; correspondances multiples ; horaires incompatibles avec les ESAT ou entreprises ; transport adapté insuffisant ou saturé ; fatigabilité ; dépendance aux véhicules institutionnels. Des opportunités de stage ou d'emploi deviennent ainsi inaccessibles malgré les compétences de la personne.
Vieillissement au travail et retraite en ESAT	Des travailleurs vieillissants présentent fatigabilité, ralentissement et pertes cognitives ou motrices et peuvent ne plus avoir la capacité de tenir certains postes à partir de la cinquantaine.	Mi-temps progressifs, doubles notifications ESAT/EANM, activités adaptées, information sur la retraite, coordination et dispositifs dédiés de transition existent dans certaines situations.	Manque de solutions post-ESAT ; difficulté à concilier vieillissement et productivité ; crainte de la retraite ; perte de repères et risque d'isolement ; maintien de personnes qui ne peuvent plus réellement travailler.

Synthèse des pistes d'action proposées – Insertion professionnelle

- Renforcer les stages, immersions et passerelles vers l'emploi : développer des immersions plus longues et inscrites dans une perspective d'emploi ; renforcer la prospection ; accompagner l'entreprise au-delà du stage ; assurer un suivi au démarrage et après l'embauche ; développer les passerelles vers l'entreprise adaptée ;
- Sécuriser les parcours entre ESAT, entreprise adaptée et milieu ordinaire : garantir les possibilités d'aller-retour et le droit au retour, développer la double activité, maintenir une diversité de solutions et individualiser les orientations en fonction des capacités et souhaits des personnes ;

- Structurer durablement les partenariats territoriaux pour l'emploi : formaliser les conventions, développer des réseaux territoriaux pérennes, constituer un annuaire d'entreprises volontaires et sécuriser la transmission des réseaux lors des changements d'intervenants, créer davantage de lien entre les acteurs institutionnels et économiques ;
- Mieux préparer et accompagner les employeurs : sensibiliser et former les employeurs et conseillers au handicap, développer une fonction d'appui-ressource, participer à l'adaptation des postes et de supports et renforcer les expertises spécialisées ;
- Consolider les fonctions d'insertion, prévoir les conditions nécessaires aux temps de prospection et de suivi, développer les équipes mobiles et services de suite, renforcer les compétences des professionnels ;
- Développer l'autonomie dans les déplacements, adapter les horaires à l'offre de transport, travailler avec les collectivités pour améliorer les dessertes et diversifier les modes de déplacement selon les besoins et le projet de la personne ;
- Sécuriser les droits, ressources et démarches administratives lors des changements de statut : simplifier les procédures, clarifier et limiter les conséquences financières du passage vers l'emploi et de la fin des contrats courts, renforcer l'accompagnement administratif et sécuriser la double activité ainsi que les possibilités de retour ;
- Préparer progressivement la sortie d'ESAT et la retraite : adapter le rythme et le contenu du travail avant la cessation d'activité, développer les activités sans exigence forte de productivité, développer les solutions post-ESAT pour maintenir un accompagnement des droits, des activités et des liens sociaux.

Vie sociale

Dans chaque ESMS, en moyenne, 7 % des personnes accompagnées adhèrent à des associations de lien social, culturelles, sportives ou de loisirs.

Dans 54 % des ESMS, des personnes accompagnées participent en autonomie à des activités ordinaires de loisirs, à visée culturelle ou sportive. Dans 22 % des ESMS, les personnes accompagnées mobilisent un soutien pour participer à ce type d'activité, principalement sous la forme d'un transport assuré par l'ESMS ou un prestataire de transport adapté, ou à travers un accompagnement humain par l'ESMS ou un prestataire dans le cadre de la PCH. La PCH mobilisée dans le cadre de la participation sociale concerne plus de 10 % de l'effectif dans 28 % des ESMS.

Les conventions sont nombreuses dans ce domaine : 63 % des ESMS en signent pour une moyenne de 3,6 conventions par ESMS.

Tableau 63 – Vie sociale (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Diversité et adaptation de l'offre de loisirs	Des activités sportives, culturelles, artistiques, sorties et séjours existent sur l'ensemble du territoire, avec une forte variabilité selon les établissements, services et situations. L'offre peut	Diversité des activités ; sorties et séjours ; pratiques artistiques et sportives ; participation à des événements publics	Activités peu renouvelées ou essentiellement institutionnelles ; inadéquation possible avec l'âge, les capacités ou l'évolution des personnes.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
	être très diversifiée ou rester principalement interne et collective.		
Accès au droit commun et inclusion	Des démarches existent vers les clubs, associations, équipements sportifs, médiathèques, structures culturelles et manifestations ordinaires, mais leur développement reste variable.	Des expériences réussies d'inclusion sont rapportées : pratique en club, participation à des événements ordinaires, activités autonomes et mixité avec d'autres publics.	Certaines activités se déroulent dans des équipements ordinaires mais uniquement entre personnes accompagnées, sans réelle mixité ; refus d'accueil ; peur du handicap ; manque de préparation des structures ordinaires ; exigence persistante d'un accompagnement professionnel.
Déplacements et vie sociale	Le transport constitue une condition déterminante de l'accès aux loisirs. Véhicules internes, transports adaptés, transports en commun et apprentissages de la mobilité existent mais ne couvrent pas tous les besoins.	Apprentissages de l'autonomie dans les transports ; quelques solutions adaptées ; mobilisation ponctuelle de véhicules ou prestataires.	Manque ou indisponibilité de véhicules adaptés ; horaires insuffisants, notamment le soir et le week-end ; coûts ; éloignement ; embouteillages ; accessibilité de la voirie. Certaines activités sont impossibles uniquement pour des raisons de transport.
Choix et individualisation des activités	Les loisirs sont de plus en plus intégrés aux PPA et peuvent soutenir l'expression des préférences et l'autonomie.	Activités « à la carte », groupes d'affinité, projets co-construits, recueil des demandes et inscription des choix dans les projets ; certaines personnes développent une pratique autonome.	Les contraintes collectives et organisationnelles peuvent primer sur les choix individuels ; certaines activités sont vécues comme imposées ; certains souhaits ne sont pas transmis ou restent sans suite.
Accessibilité et adaptation aux handicaps	L'accès effectif aux activités dépend du bâtiment, de la voirie, des équipements, des horaires, du fonctionnement du lieu et des adaptations proposées.	Certains clubs, piscines, restaurants ou structures culturelles ont engagé des démarches d'adaptation, notamment après sensibilisation.	Voirie et arrêts de bus inaccessibles ; locaux non adaptés aux fauteuils ; besoins sensoriels ou comportementaux insuffisamment pris en compte ; rythmes et tailles de groupes inadaptés ; absence de matériel ou d'aide pour les actes de la vie quotidienne. Les personnes polyhandicapées ou très dépendantes sont particulièrement confrontées à ces obstacles.
Accompagnement humain pour les activités	La participation à une activité extérieure reste souvent conditionnée à la présence d'un professionnel, d'un prestataire ou d'un parent. Un accompagnement initial peut toutefois permettre une autonomie ultérieure.	Professionnels formés au sport adapté ; animateurs ou fonctions dédiées dans certaines organisations ; accompagnement des premières séances ; recours ponctuel à des prestataires ou à la PCH.	Ratios et effectifs insuffisants ; difficulté à détacher un professionnel ; manque de personnels le soir et le week-end ; accompagnement individuel difficile à organiser. Chez les enfants, une partie importante de l'accompagnement peut être reportée sur les parents ; chez les adultes, vieillissement et dépendance accroissent les besoins.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Partenariats avec le droit commun	De nombreux partenariats existent avec les associations, clubs, collectivités et acteurs culturels, mais une part importante reste informelle, ponctuelle ou dépendante de professionnels identifiés.	Plusieurs coopérations durables et conventions produisent des ouvertures réelles ; des fonctions ressources et actions de sensibilisation existent.	Turnover des interlocuteurs ; essoufflement des partenariats ; dépendance à quelques personnes ; absence de conventions-cadres ou application locale insuffisante ; difficulté à transformer une expérience ponctuelle en solution durable.
Coût et financement des activités	L'accès à certaines activités dépend directement des coûts d'adhésion, licences, transports, ou d'un accompagnement humain. Des aides comme la PCH existent, mais sont inégalement mobilisées.	PCH, pass loisirs, aides spécifiques, tarifs préférentiels ou prise en charge de certaines cotisations peuvent soutenir l'accès aux activités.	Coût trop élevé pour certaines familles ou personnes ; budgets institutionnels insuffisants ; aides sous conditions ; faible reste à vivre de certains adultes ; difficultés de mobilisation ou d'articulation de la PCH.
Continuité de la vie sociale hors temps institutionnel	Le maintien des loisirs devient plus difficile lorsque l'ESMS n'accompagne plus directement la personne : réduction des temps institutionnels, soirées, week-ends, vacances ou sortie de service.	Certaines activités se poursuivent en autonomie ou avec la famille ; des séjours, accueils temporaires et dispositifs de vacances existent ponctuellement.	Horaires professionnels peu compatibles avec la vie associative ; interruption des activités lorsque l'accompagnement cesse ; difficultés pour les sorties en soirée et le week-end ; certains résidents bénéficient de peu de véritables vacances.
Information et lisibilité de l'offre	Les ressources existantes sont parfois mal connues et l'information circule de manière informelle.	Les réseaux associatifs et professionnels permettent parfois d'identifier une solution adaptée.	Familles insuffisamment informées sur les clubs, aides, équipements ou créneaux disponibles ; certaines doivent prospecter elles-mêmes.

Synthèse des pistes d'action proposées – Vie sociale

- Diversifier l'offre de loisirs : développer des activités variées et adaptées, en petits groupes ou individualisées, tout en rendant effectif le passage des souhaits exprimés aux activités proposées ;
- Renforcer l'accès réel au droit commun : sensibiliser et former clubs, associations, structures sportives et culturelles ; développer des passerelles et accompagner les premières participations avant un retrait progressif ;
- Améliorer la mobilité et la proximité territoriale : renforcer les transports adaptés, notamment le soir et le week-end, développer l'autonomie dans les déplacements et travailler avec les communes et acteurs locaux sur les dessertes et l'accessibilité ;
- Améliorer l'accessibilité des activités à tous les handicaps : anticiper l'accessibilité des locaux, équipements, voiries et transports et adapter les espaces, matériels et environnements aux besoins physiques, sensoriels, comportementaux et de grande dépendance ;
- Dégager du temps professionnel pour les activités hors les murs, développer des intervenants ou prestataires dédiés et financer lorsque pertinent l'accompagnement individuel, tout en favorisant progressivement l'autonomie et en évitant de transférer la charge aux familles ;

- Structurer et pérenniser les partenariats avec le droit commun : développer la fonction ressource des ESMS et organiser la sensibilisation en amont ;
- Améliorer la lisibilité et le partage de l'offre disponible : cartographier les ressources et développer des annuaires territoriaux, partager l'information entre ESMS, familles et acteurs du droit commun et mieux informer sur les activités, aides et dispositifs mobilisables ;
- Sécuriser le financement de la vie sociale : prévoir des budgets et tarifs adaptés, mieux mobiliser la PCH et les autres aides existantes ;
- Garantir la continuité de la vie sociale hors des temps institutionnels : préparer en amont les relais vers le droit commun, développer les possibilités d'activités le soir, le week-end et pendant les vacances et renforcer les séjours, AT et autres solutions permettant de maintenir les activités lorsque l'accompagnement de l'ESMS diminue ou cesse.

Accès aux soins

Concernant l'accès aux soins, 74 % des ESMS enfants ont mis en place un bilan de santé annuel contre 42 % pour les ESMS adultes. En parallèle, 92 % des ESMS réalisent des actions de prévention à la santé à destination des personnes accompagnées. Les thèmes abordés traitent principalement de la nutrition, l'obésité et le diabète, l'hygiène, la santé bucco-dentaire, le sport-santé, la vie affective, relationnelle et sexuelle, la prévention des addictions (tabac, alcool, écrans, drogues), la prévention des maladies chroniques. 64 % des ESMS enfants proposent des actions d'habituation aux soins en amont de consultations médicales et paramédicales, pour 31 % des ESMS adultes.

Les conventions sont répandues avec les acteurs de santé : 81 % des ESMS en ont, une dizaine en moyenne. Cependant, des difficultés d'accès aux soins sont relevées :

Tableau 64 – Difficultés d'accès aux soins par spécialité médicale

Spécialité médicale	Part des ESMS signalant une difficulté d'accès aux soins pour leur public
Psychiatrie, Dentaire	60 % pour chaque spécialité
Gynécologie	51 %
Ophtalmologie	42 %
Médecine générale, ORL	27 % pour chaque spécialité
Dermatologie, Cardiologie, Urologie	20 % pour chaque spécialité
MPR, Orthopédie, Endocrinologie, Pneumologie, Rhumatologie	13 % pour chaque spécialité

Source : questionnaire état des lieux Transformation de l'offre, 2026.

Tableau 65 – Difficultés d'accès aux soins par profession paramédicale

Profession paramédicale	Part des ESMS signalant une difficulté d'accès aux soins pour leur public
Orthophoniste	75 %
Psychologue	48 %
Psychomotricien, Ergothérapeute	20 % pour chaque profession
Orthoptiste, Kinésithérapeute	15 % pour chaque profession
Infirmière	10 %

Source : questionnaire état des lieux Transformation de l'offre, 2026.

Tableau 66 – Accès aux soins (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Disponibilité des ressources de santé	L'offre médicale et paramédicale est inégale et sous tension pour les professions citées ci-dessus. Le recours au droit commun reste nécessaire malgré la présence de professionnels ou de conventionnements.	Consultations ou spécialistes sur site dans certains ESMS ; mobilisation de professionnels libéraux et de réseaux hospitaliers.	Postes vacants ; délais importants ; offre libérale saturée ; refus de certains praticiens ; ruptures ou renoncements aux soins ; décalage entre la complexification des profils et les ressources disponibles.
Psychiatrie et santé mentale	La psychiatrie, la pédopsychiatrie et la santé mentale constituent un des principaux points de tension régionaux, pour les enfants comme pour les adultes.	CMP/CMPEA, psychiatres ou psychologues présents dans certaines structures ; équipes mobiles, CRA et partenariats spécialisés.	Manque de psychiatres, pédopsychiatres et psychologues ; délais et ruptures de suivi ; renvois entre sanitaire et médico-social ; difficultés d'hospitalisation et de gestion des crises.
Adaptation et habituation aux soins	L'accès au soin nécessite plusieurs adaptations (rythme, environnement, communication) pour les personnes vivant avec un TSA, non verbales ou polyhandicapées...	Habituation aux soins ; consultations préparatoires, sans acte ; salles dédiées ; protocoles individualisés ; accompagnement physique ; praticiens sensibilisés.	Refus de soins ; difficultés lors d'examens invasifs ; recours à l'anesthésie générale ; phobies liées aux expériences antérieures ; professionnels de santé peu formés.
Accès aux soins spécialisés	Les soins dentaires et gynécologiques constituent des difficultés récurrentes. D'autres spécialités sont concernées selon les territoires (ophtalmologie, dermatologie, neurologie...).	Dentistes adaptés ou conventionnés ; recours au planning familial ; consultations sur site dans certaines structures.	Renoncement ou accès tardif aux soins ; anesthésie générale parfois nécessaire ; faible recours à la gynécologie.
Coopération sanitaire et médico-sociale	Des partenariats existent avec les hôpitaux, HAD, CMP, CRA, équipes mobiles et professionnels libéraux, mais leur formalisation et leur efficacité sont variables. Les ESMS assurent souvent l'interface avec le sanitaire.	Coopérations avec différents acteurs sanitaires ; accompagnement lors des rendez-vous et hospitalisations ; certains dispositifs spécialisés sont appréciés.	Difficultés de co-prise en charge ; professionnels hospitaliers peu formés ; comptes rendus non transmis ; refus ou prises en charge inadaptées ; risque de substitution durable des ESMS aux insuffisances du droit commun.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Coordination du parcours de soins	La coordination reste très hétérogène selon les services. Infirmiers, IDEC, coordonnateurs, référents ou éducateurs assurent les liens à des degrés variables.	Fonctions de coordination dans certains services ; DMP et autres outils partagés ; fiches et supports de transmission ; réseaux locaux.	Informations perdues ou non transmises ; bilans hospitaliers absents ; changements de traitement mal relayés ; familles ou éducateurs contraints d'assurer eux-mêmes la coordination.
Transition enfant-adulte et continuité des soins	Les changements de secteur ou de dispositif constituent des moments de fragilisation du parcours de santé.	Anticipation des transitions ou maintien d'un suivi après la sortie.	Arrêts de rééducation ; rupture du suivi spécialisé ; absence de médecin traitant à la sortie ; interruption des traitements ; perte de coordination.
Transport et accès aux soins	L'accès aux soins extérieurs dépend fréquemment d'un tiers, d'un véhicule ou d'un transport adapté.	Services de transport adapté, véhicules des ESMS, taxis ou accompagnements institutionnels existent dans certaines situations.	Longues distances ; manque d'ambulances ou de véhicules adaptés ; refus de certains taxis ; contraintes de réservation ; fatigue ; perte de séances de rééducation faute de transport.
Prévention et suivi de santé	La prévention reste variable et parfois secondaire par rapport aux soins curatifs. Les bilans et réévaluations ne sont pas systématiques.	Bilans infirmiers ; suivis médicaux réguliers dans certaines structures.	Retard des bilans ; prévention gynécologique, dentaire ou neurologique insuffisante ; consultations tardives ; traitements parfois renouvelés sans réévaluation.
Communication, douleur et consentement	Les personnes non verbales, TSA ou polyhandicapées rencontrent des difficultés à exprimer leur douleur, leurs besoins, préférences et consentement.	Utilisation de CAA, fiches de présentation, outils d'évaluation de la douleur et documents transmis lors des hospitalisations ; expertise de certaines équipes.	Outils non systématisés ou différents selon les structures ; vocabulaire médical inaccessible.
Vieillissement, complexification et fin de vie	Les besoins médicaux augmentent avec l'âge, les comorbidités et la complexification des profils. Augmentation des situations de fin de vie dans certains établissements.	Mobilisation de l'HAD, d'équipes mobiles de soins palliatifs, de partenariats hospitaliers et d'expertises spécialisées.	Accès aux soins palliatifs parfois difficile ; situations dépassant les compétences d'une seule équipe ; dilemme concernant l'hospitalisation ; protocoles et soutien après décès peu structurés.
Place des aidants dans l'accès aux soins	Les aidants jouent un rôle déterminant pour rechercher les professionnels, organiser les rendez-vous et certains soins, assurer les déplacements et transmettre les informations.	Réseaux informels et entraide familiale efficaces dans certains parcours ; coopération étroite avec certaines équipes et professionnels libéraux.	Accès aux soins dépendant du bouche-à-oreille et des capacités d'organisation ou de transport des familles ; familles fragiles davantage exposées aux ruptures ; vieillissement des aidants réduisant leur capacité à assurer cette fonction.
Droits et financements	L'accès effectif aux soins peut dépendre du financement des transports, aides techniques et équipements.	Mobilisation de la PCH, CGSS, MDPH et mutuelles.	Matériels insuffisamment remboursés ; démarches administratives.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Outils numériques de santé	La télémédecine et le Dossier Médical Partagé (DMP) sont utilisés ponctuellement.	Téléconsultation adaptée à certains handicaps moteurs ; DMP engagé dans plusieurs services.	Outils numériques ou plateformes téléphoniques parfois inaccessibles ; déploiement inégal du DMP.
Sécurisation des traitements et permanence des soins	Les traitements nécessitent continuité, réévaluation et transmission fiable des protocoles.	Présence d'infirmiers, pharmacies partenaires, médecins somaticiens ou psychiatres selon les territoires.	Pénuries de médicaments ; changements de protocoles ; couverture infirmière nocturne ou de week-end insuffisante ; renouvellements de traitements sans réévaluation.

Synthèse des pistes d'action proposées – Accès aux soins

- Renforcer et territorialiser les ressources : mutualiser les ressources médicales, paramédicales, psychiatriques et spécialisées, soutenir l'installation de professionnels, renforcer les conventionnements et favoriser les consultations directement au sein des ESMS ;
- Renforcer l'offre en santé mentale et la gestion des crises : augmenter les temps de psychiatrie et pédopsychiatrie, structurer les liens entre CMP/CMPEA et ESMS, développer l'aller-vers, renforcer les capacités d'évaluation et d'hospitalisation et organiser des réponses partagées pour les situations de crise ;
- Adapter davantage les soins aux différents handicaps : généraliser l'habituation, les consultations préparatoires et les protocoles individualisés, renforcer la formation des professionnels du droit commun et développer des professionnels référents ;
- Améliorer l'accès aux soins spécialisés : identifier des professionnels formés au handicap, développer les interventions sur site et articuler ces réponses avec l'habituation aux soins ;
- Structurer les coopérations entre sanitaire et médico-social : formaliser les conventions et protocoles, développer les formations croisées et consultations conjointes, améliorer la co-prise en charge et clarifier les responsabilités ;
- Renforcer la coordination et le partage de l'information médicale : développer les fonctions d'IDEC, référents santé et coordonnateurs, systématiser les transmissions, les outils partagés et organiser une coordination territoriale et inter-établissements ;
- Sécuriser les transitions et la continuité des soins : anticiper les relais lors des changements, transmettre les dossiers, protocoles et maintenir les soins et traitements nécessaires après la sortie ;
- Intégrer la mobilité dans l'organisation des parcours de soins : renforcer les transports adaptés, développer des solutions pour les trajets courts et privilégier des consultations de proximité ou sur site ;
- Renforcer la prévention et le suivi dans la durée : systématiser les bilans et réévaluations, développer l'éducation à la santé et les programmes de prévention, suivre les traitements et mieux anticiper les conséquences sanitaires du vieillissement ;
- Améliorer la communication avec la personne et l'expression du consentement : généraliser et harmoniser les outils de CAA et d'évaluation de la douleur, développer l'accès à la LSF, former les professionnels et transmettre aux soignants les modalités de communication propres à chaque personne ;

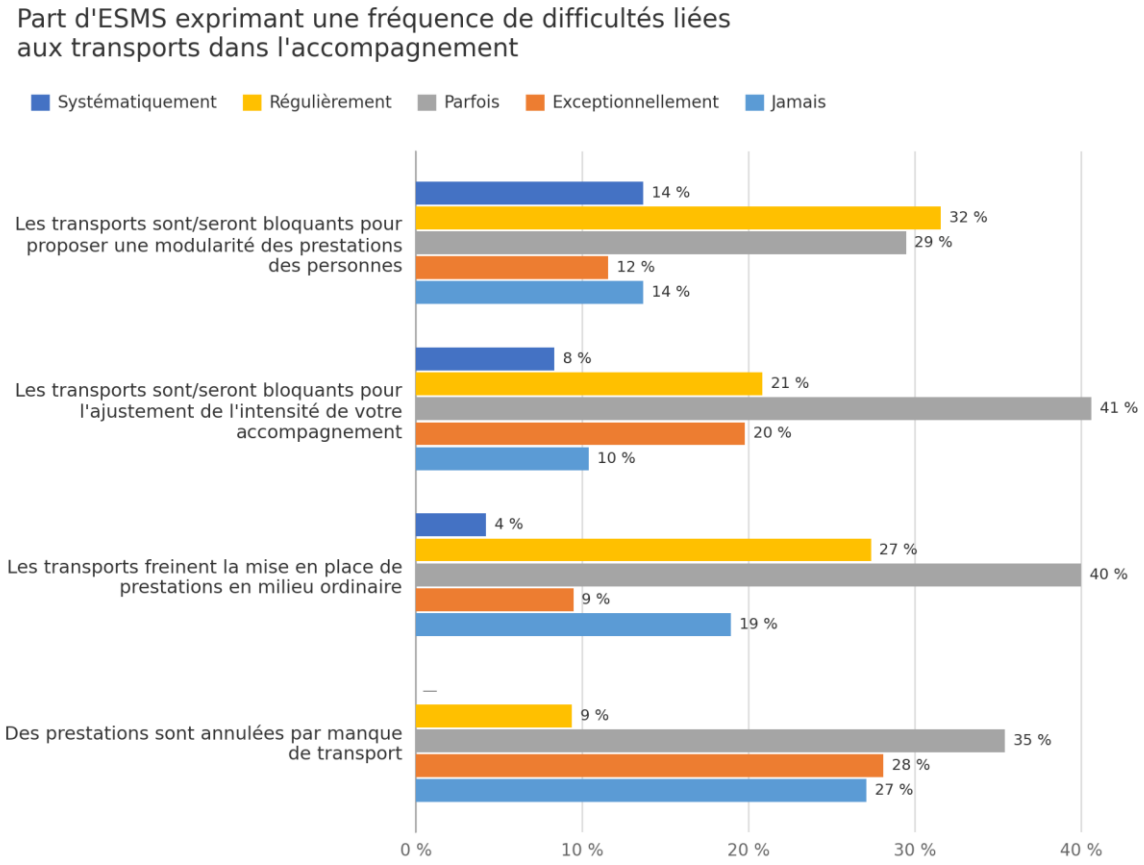
- Adapter les ressources au vieillissement et à la fin de vie : ajuster les moyens aux besoins réels des personnes concernées, mutualiser les expertises, renforcer les compétences en soins palliatifs et développer les partenariats avec l'HAD ;
- Réduire la charge de coordination supportée par les aidants : améliorer l'accompagnement sanitaire et administratif, développer un annuaire partagé de professionnels adaptés et organiser des relais lorsque les aidants ne peuvent plus assurer l'organisation ou la coordination des soins ;
- Sécuriser les droits et financements : faciliter le financement des transports, matériels et aides techniques, identifier des interlocuteurs dédiés ;
- Développer le DMP et la téléconsultation et rendre les outils numériques de santé accessibles ;
- Sécuriser les traitements et la permanence des soins : garantir l'approvisionnement médicamenteux et la continuité infirmière, organiser des réévaluations régulières des traitements.

Mobilité et transports

Les transports sont identifiés comme une problématique transversale qui impacte l'accompagnement des personnes dans tous les domaines et l'organisation de l'activité des ESMS.

Les organismes gestionnaires ainsi que les partenaires du droit commun signalent des difficultés de couverture territoriale principalement sur 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.

Figure 18 – Fréquence des difficultés liées aux transports



Source : questionnaire état des lieux Transformation de l'offre, 2026.

Exemple de lecture : 14 % des ESMS estiment que les transports empêchent déjà ou vont empêcher systématiquement les possibilités de modularité de prestations pour les personnes accompagnées ; 27 % des ESMS estiment régulier l'impact négatif du manque de transport sur la mise en place de prestations en milieu ordinaire.

Au total, 46 % des ESMS répondants estiment que les transports bloquent, systématiquement ou régulièrement, la modularité des prestations.

En parallèle des prestations de transport proposées par une partie des ESMS, 38 % des ESMS prévoient systématiquement une évaluation ou un objectif pour l'apprentissage de l'utilisation des transports en commun dans le PPA, et 81 % des ESMS proposent un soutien à l'inscription aux services de transport adapté.

Tableau 67 – Mobilité et transports (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Proximité territoriale et durée des trajets	La localisation des domiciles, établissements, lieux de soins, activités, stages ou emplois génère des déplacements importants. Relief, Hauts, dispersion géographique, congestion et insuffisance de certaines dessertes allongent les trajets.	Des solutions de proximité existent ponctuellement ; certains circuits institutionnels et transports adaptés permettent de maintenir les accompagnements.	Temps de trajet longs, correspondances multiples et fatigue ; l'éloignement peut réduire le temps effectif d'accompagnement et limiter l'accès aux prestations.
Disponibilité des transports adaptés	Les services de transport adapté et prestataires assurent une part importante des déplacements externes aux ESMS, mais les moyens disponibles ne couvrent pas tous les besoins.	Existence de transports adaptés, prestataires et mutualisations ponctuelles ; certains services permettent une autonomie réelle à une partie des personnes.	Véhicules vieillissants ou inadaptés ; manque de chauffeurs ; saturation ; difficultés de réservation et annulations ; activités parfois réduites ou annulées faute de transport.
Accessibilité des transports et de l'espace public	Certaines personnes utilisent les transports ordinaires de façon autonome, mais l'accessibilité réelle du réseau et de la voirie demeure inégale.	Utilisation autonome du bus possible pour certains jeunes et adultes ; apprentissage des trajets réalisé dans plusieurs services.	Trottoirs, arrêts, rampes, cheminements et véhicules insuffisamment accessibles ; difficultés spécifiques liées aux handicaps visuels et moteurs et au transport de certains fauteuils.
Sécurité et adaptation des transports au handicap	Le transport collectif ou sans accompagnement n'est pas adapté à tous les profils. Pour leurs déplacements, de nombreuses personnes ont besoin de conditions spécifiques.	Accompagnements humains, consignes aux prestataires et procédures de sécurisation existent dans certaines situations.	Transport sans accompagnateur nécessitant une aide ; accidents ; violence ; difficultés de sécurisation des fauteuils ; certains taxis refusent lorsque des troubles du comportement sont présents.
Autonomie dans les déplacements	La mobilité est travaillée comme une compétence d'autonomie : bus, marche, taxi, permis ou autres modes selon les capacités de la personne.	Des jeunes et adultes utilisent seuls le bus et se déplacent vers leurs activités, stages ou emplois ; des réapprentissages après rupture sont également rapportés.	L'autonomie n'est pas possible pour tous ; complexité des réseaux ; besoin d'accompagnement humain ; dépendance aux transports institutionnels. Le porte-à-porte peut limiter les occasions d'apprentissage.
Transport et modularité de l'offre	La diversification des lieux et modalités d'accompagnement multiplie les déplacements. Le transport peut conditionner l'utilisation effective d'une prestation.	Organisations séquentielles, accueils hors les murs, interventions à domicile, mutualisations et solutions de proximité sont déjà expérimentés.	Une prestation peut rester inutilisable faute de transport ; les circuits fixes sont peu compatibles avec des parcours individualisés ; certaines modalités d'accueil ou admissions peuvent être bloquées par les contraintes de mobilité.
Transport et accès au répit	L'utilisation des accueils temporaires et solutions de répit dépend du transport, ces réponses étant parfois éloignées du domicile.	Certains établissements organisent eux-mêmes les déplacements ou disposent de circuits vers l'accueil temporaire.	Certaines familles renoncent au répit ou réalisent elles-mêmes de longs trajets ; certains accueils temporaires ne disposent pas de transport ; des places peuvent rester inutilisées malgré les besoins.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Transport et accès aux soins	Le transport conditionne l'accès aux consultations et aux soins spécialisés. Ambulances, VSL, taxis, transports adaptés ou accompagnements professionnels sont mobilisés.	Existence de transports sanitaires ; consultations sur site dans certaines structures ; recours ponctuel à la téléconsultation et à l'accompagnement professionnel.	Retards, refus de courses trop courtes, annulations, réservations contraintes, fatigue et temps professionnel mobilisé ; des ruptures de soins peuvent survenir faute de solution de transport.
Transport vers l'emploi et la formation	La mobilité est fréquemment indispensable pour accéder à un stage, une formation, un ESAT ou un emploi.	Apprentissages du bus, accompagnements au permis et parcours d'autonomie ont permis certaines insertions.	Horaires très matinaux ; longues distances ; arrêts éloignés ; coût du carburant ; insuffisance des transports adaptés ; opportunités d'emploi ou de stage deviennent inaccessibles faute de solution.
Mobilité et participation sociale	Le transport constitue une condition déterminante de l'accès aux loisirs. Véhicules internes, transports adaptés, transports en commun et apprentissages de la mobilité existent mais ne couvrent pas tous les besoins.	Apprentissages de l'autonomie dans les transports ; quelques solutions adaptées ; mobilisation ponctuelle de véhicules ou prestataires.	Manque ou indisponibilité de véhicules adaptés ; horaires insuffisants, notamment le soir et le week-end ; coûts ; éloignement ; embouteillages ; accessibilité de la voirie. Certaines activités sont impossibles uniquement pour des raisons de transport.
Charge des déplacements pour les familles	Les insuffisances des transports institutionnels ou adaptés sont régulièrement compensées par les familles.	L'implication des proches permet de maintenir certains soins, activités, stages ou rendez-vous.	Familles contraintes d'assurer les transports ; coûts de carburant ou de taxi ; absence de véhicule ; conséquences sur l'emploi des aidants ; vieillissement réduisant leur capacité à assurer cette fonction.
Temps de déplacement et moyens professionnels	Les interventions hors les murs nécessitent simultanément du temps professionnel et des véhicules disponibles.	Les professionnels s'adaptent et réorganisent leurs missions pour permettre le maintien de soins et d'activités.	Un véhicule peut être disponible sans qu'un professionnel puisse accompagner la sortie ; les trajets réduisent le temps consacré aux autres actes ; coûts et temps de déplacement sont peu reconnus dans l'activité.
Financement et aides à la mobilité	PCH transport, pass transport et autres financements peuvent contribuer aux déplacements ou à l'aménagement des véhicules.	Lorsqu'elles sont mobilisables, ces aides améliorent concrètement la mobilité.	Complexité des démarches inaccessibles sans aide professionnelle ; reste à charge ; aides partielles ou tardives ; coût des taxis ou véhicules aménagés.
Formation des transporteurs	Plusieurs structures interviennent déjà auprès des acteurs du transport.	Actions de sensibilisation déjà réalisées ; des relations positives avec certains chauffeurs sont rapportées.	Chauffeurs et accompagnateurs peu formés aux différents handicaps ou à la manipulation des équipements.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Coordination territoriale des transports adaptés	Les transports adaptés fonctionnent par intercommunalité et les transports de l'une à l'autre sont limités.	Des professionnels compensent le manque de transport sur de longs trajets	Multiplicité des opérateurs ; absence d'organisation régionale commune des transports adaptés ; transition entre secteurs inégale
Mutualisation de transports inter-ESMS	Les besoins de mobilité dépassent les capacités d'organisation de chaque établissement pris isolément. Des mutualisations existent ponctuellement mais restent limitées.	Quelques coopérations, prêts ou mutualisations de véhicules et solutions de proximité existent déjà.	Partenariats non stabilisés ; mutualisations envisagées mais non abouties ; multiplicité des opérateurs ; absence d'organisation territoriale commune.
Vieillissement et fatigabilité	Avec l'âge, les déplacements deviennent plus difficiles et fatigants et certains équipements deviennent plus lourds à mobiliser.	Des adaptations ponctuelles des horaires et un recours à des activités de proximité sont déjà possibles.	Convois matinaux fatigants ; sorties plus lourdes ; diminution de la mobilité des aidants ; besoins accrus de matériel et d'accompagnement.

Synthèse des pistes d'action proposées – Mobilité et transports

- Organiser la mobilité à l'échelle territoriale : développer les services de proximité et mobiles, mieux organiser les circuits des ESMS, structurer la coordination avec les collectivités et les intercommunalités, développer les réseaux de transport en commun ;
- Renforcer et fiabiliser l'offre de transport adapté : renouveler et augmenter les flottes, élargir les plages horaires et améliorer la fiabilité des réservations et prestations, travailler avec les communes et intercommunalités sur les dessertes ;
- Rendre les transports en commun accessibles : adapter véhicules, arrêts, trottoirs et cheminements, sécuriser la voirie, améliorer l'accessibilité des outils numériques et activer les annonces sonores ;
- Adapter et sécuriser les transports selon les handicaps : former les chauffeurs et accompagnateurs aux différents handicaps et à la manipulation des équipements, formaliser des protocoles et identifier des prestataires formés ;
- Développer l'autonomie dans les déplacements : intégrer les capacités de mobilité au PPA, organiser des apprentissages progressifs du bus et des trajets, soutenir l'accès au permis, au vélo ou à d'autres modes ;
- Intégrer systématiquement la mobilité dans la conception des parcours et prestations : penser conjointement transport et modularité, accueil temporaire, répit, soins, emploi, formation et participation sociale, en anticipant les circuits, horaires, coûts et besoins de transport dès l'organisation de la prestation ;
- Développer des alternatives aux déplacements longs : favoriser les consultations sur site, équipes mobiles, interventions hors les murs et activités de proximité, et rapprocher autant que possible les professionnels et prestations des bassins de vie ;
- Réduire la charge de transport supportée par les familles : développer des solutions collectives ou individualisées et simplifier l'accès aux aides financières ;

- Renforcer les équipes mobiles et les moyens dédiés au hors-les-murs et intégrer les temps de trajet et coûts de déplacement dans l'activité et les financements ;
- Simplifier et adapter les aides à la mobilité : améliorer l'information et l'accès à la PCH transport et aux pass, réduire les restes à charge, réduire les délais des aides et adapter les financements des transports et véhicules aménagés aux besoins effectifs des personnes ;
- Développer la mutualisation des moyens de transport : organiser le partage des véhicules et moyens entre structures, développer des outils territoriaux de réservation et renforcer les coopérations entre ESMS ;
- Adapter la mobilité au vieillissement et à la fatigabilité : individualiser les horaires et conditions de transport, renforcer les matériels et véhicules adaptés et privilégier les solutions de proximité.

Habitat

55 % des ESMS assurent une mission d'accompagnement pour la réalisation du choix d'habitat de leur public. Parmi eux, 89 % informent leurs usagers sur tous les modes d'habitat possibles, 81 % ont déjà accompagné vers un habitat hors transition entre ESMS, et 57 % prévoient systématiquement l'inscription du choix de mode d'habitat des personnes accompagnées au projet personnalisé. Une dynamique de transformation architecturale des lieux de vie est en cours au sein des EAM et MAS adultes ; plus de la moitié ont déjà entamé des actions, principalement de formation.

Les partenariats pour l'habitat sont principalement orientés vers la recherche de logements autonomes (30 %) et l'habitat inclusif (22 %). Ils se réalisent avec les familles d'accueil (25 %), les bailleurs sociaux (25 %) et les autres ESMS (22 %). Sur ce sujet, les partenariats sont peu formalisés, avec seulement 6 % des ESMS qui déclarent avoir réalisé des conventions.

Le retour d'expérience d'un CCAS porteur de projets :

Un CCAS porteur de plusieurs projets d'habitat inclusif met en évidence que le développement de cette offre ne repose pas uniquement sur la création de logements spécifiques. Les projets peuvent s'appuyer sur le parc social existant et sur des espaces collectifs de proximité, avec une démarche d'« aller-vers » auprès des habitants. L'isolement social apparaît comme un enjeu central : pour certaines personnes, l'accompagnement consiste d'abord à recréer progressivement des liens, des habitudes de sortie et une capacité à effectuer leurs démarches de manière autonome. Cette fonction peut également constituer un appui lors des périodes de transition, notamment au moment de la retraite des travailleurs d'ESAT, lorsque la disparition du cadre professionnel peut entraîner une rupture importante des repères et des relations sociales.

Cette expérience souligne la nécessité de sécuriser dans la durée les fonctions d'animation et d'accompagnement.

Tableau 68 – Habitat (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Diversité des solutions et choix du lieu de vie	Les besoins et souhaits ne se limitent pas à l'alternative domicile/institution. L'offre comprend domicile familial, internat, foyers, studios, appartements, villas, AT, habitat inclusif ou accompagné et logement ordinaire. Une logique de parcours résidentiel gradué est engagée. Les souhaits varient selon les personnes et évoluent.	Des solutions intermédiaires existent déjà et sont appréciées lorsqu'elles associent autonomie et sécurisation. L'avis de la personne peut conduire à modifier une orientation ou une modalité d'accompagnement.	Palette encore incomplète ; solutions intermédiaires insuffisantes ou parfois trop homogènes ; certaines réponses peu adaptées aux personnes très dépendantes ; critères d'autonomie parfois trop sélectifs ; tension possible entre recherche de sécurité, choix familial et souhait d'émancipation.
Transition enfant-adulte et avenir résidentiel	Le passage à l'âge adulte constitue un point important de fragilité. Des jeunes restent dans le secteur enfant faute de solution adulte et les familles s'interrogent sur l'après-établissement et l'après-Creton.	Des préparations en amont, expérimentations en secteur adulte, accueils temporaires et dispositifs de transition existent. L'amendement Creton évite certaines sorties immédiates sans solution.	Manque de places adultes ; attentes longues ; maintien prolongé dans le secteur enfant ; faible visibilité sur l'après-Creton ; solutions parfois éloignées ou mal connues ; écarts d'âge importants avec les publics des établissements adultes.
Autonomie, expérimentation et droit au retour	La préparation résidentielle repose sur l'apprentissage des actes de la vie quotidienne et sur des mises en situation en appartements-écoles, logements d'évaluation, villas semi-autonomes, accueils temporaires, stages ou immersions avant un changement durable de lieu de vie.	Les expérimentations permettent d'évaluer concrètement les capacités, de sécuriser le changement et de permettre à la personne de confirmer ou non son projet. La progressivité est particulièrement valorisée.	Peu de solutions d'expérimentation ; accompagnement parfois insuffisant après l'essai ; absence de débouché résidentiel ; crainte de vivre seul ou de changer de lieu de vie ; saturation rendant difficile la conservation de la solution antérieure et donc le droit au retour.
Maintien à domicile et accompagnement hors les murs	Le domicile peut être un choix mais aussi une solution par défaut. SESSAD, SAD, SAVS, SAMSAH, équipes mobiles et autres interventions à domicile soutiennent certaines situations, mais l'offre reste variable ou insuffisante et repose fortement sur les proches.	Guidance parentale, interventions éducatives à domicile, évaluation des besoins et accompagnements hors les murs peuvent favoriser la stabilité, éviter une entrée brutale en établissement et développer l'autonomie.	Accompagnement reposant fortement sur les familles ; absence de relais certains jours, week-ends ou vacances ; intervenants parfois instables ou insuffisamment formés.
Intimité, vie privée et accessibilité du logement	Certains logements et hébergements restent inadaptés : bâtiments vieillissants, chambres doubles, sanitaires collectifs, difficultés d'accessibilité ou équipements inadéquats. À domicile, certains handicaps nécessitent des adaptations importantes et évolutives. Chez les adultes, l'habitat conditionne directement la possibilité d'une vie intime (chambre avec espace privé ou communicante, etc.)	Projets de reconstruction ou de chambres individuelles ; logements privatifs appréciés ; évaluations ergothérapiques ; reconnaissance du droit à l'intimité dans certaines structures ; signalétique et respect de certains temps privés ; certaines aides financières et prise en compte de l'accessibilité ou de la domotique dans les projets immobiliers.	Vétusté ; manque d'intimité et de confort ; locaux ou logements non accessibles ; travaux non réalisés ou délais de relogement ; difficultés de personnalisation ; restes à charge et démarches complexes pour l'adaptation du domicile.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Proximité et environnement du lieu de vie	L'offre est inégalement répartie. La localisation du logement ou de l'hébergement conditionne l'accès à la famille, au travail, aux soins, aux commerces, aux transports et aux accompagnements.	Des coopérations entre structures permettent ponctuellement de mobiliser des solutions en dehors du territoire immédiat.	Éloignement pouvant entraîner renoncement ou rupture de liens ; déficit de certaines réponses selon les secteurs ; environnement du logement parfois peu compatible avec les besoins de la personne.
Accès au logement ordinaire et individuel	Certaines personnes souhaitent ou peuvent vivre en logement ordinaire ou individuel.	Le logement individuel répond au souhait exprimé par certaines personnes, notamment parfois à proximité de leur lieu de travail ou de l'ESAT.	Pénurie de logements, surtout les petits logements ; délais ; faibles revenus ; parc privé peu accessible ; manque de logements adaptés ; mobilisation insuffisante des bailleurs.
Risque d'isolement et maintien des liens familiaux	Le logement ordinaire ne garantit pas une meilleure qualité de vie : certains environnements peuvent être dangereux ou accentuer l'isolement. Les changements de logement modifient les relations familiales, les activités et les liens avec l'ancien établissement.	—	Risque d'isolement après la sortie d'établissement ; situations d'insécurité dans certaines résidences ; difficulté à conserver certaines activités ou relations après une entrée en foyer ou en logement individuel.
Information, coordination et partenariats logement	Les parcours résidentiels mobilisent de nombreux acteurs : ESMS, services à domicile, établissements, bailleurs, CCAS, travailleurs sociaux, acteurs immobiliers, banques et dispositifs d'appui. Les relations restent souvent organisées au cas par cas.	Certaines coopérations et orientations constituent déjà de véritables supports de parcours.	Offre peu lisible ; conventions fragiles ou absentes ; manque de coordination ; relations avec les bailleurs insuffisamment structurées ; familles pouvant devoir gérer seules les démarches.
Freins administratifs et financiers	Les projets d'habitat sont confrontés aux règles de financement, aux notifications, aux aides à l'adaptation, aux doubles financements et au montage économique des nouvelles solutions.	Des aides financières à l'adaptation existent dans certaines situations.	Notifications restreintes sur certaines expérimentations ; doubles financements ou tarifications ; règles de présence ; coût du logement et des adaptations ; restes à charge ; complexité des dossiers ; viabilité économique incertaine de certaines solutions hybrides.

Synthèse des pistes d'action proposées – Habitat

- Diversifier l'offre résidentielle et garantir un choix du lieu de vie : développer un continuum allant du domicile à l'établissement, avec studios, petites unités, appartements accompagnés, villas, habitat inclusif ou partagé et autres solutions intermédiaires, en adaptant les réponses aux besoins de la personne ;
- Développer des parcours résidentiels progressifs et expérimentables : commencer plus tôt l'apprentissage de l'autonomie, multiplier les appartements-écoles, immersions et périodes d'essai et sécuriser un droit au retour afin d'éviter les changements brutaux ;

- Lever les freins administratifs et financiers aux parcours résidentiels : assouplir les notifications et passerelles entre dispositifs, sécuriser les financements des solutions hybrides et des expérimentations, réduire les obstacles liés aux doubles financements ;
- Anticiper les transitions et l'avenir résidentiel : préparer plus tôt le passage du secteur enfant vers l'offre adulte et, plus largement, le futur lieu de vie avant le vieillissement ou l'épuisement des aidants ;
- Sécuriser le maintien à domicile sans transférer la charge aux proches : renforcer SAVS, SAMSAH, SAD, équipes mobiles et interventions hors les murs, améliorer la formation et la stabilité des intervenants et articuler davantage domicile, accueil de jour et répit ;
- Améliorer l'accessibilité des logements : rénover ou reconstruire les hébergements vieillissants, favoriser les espaces réellement privatifs, adapter le parc aux handicaps et à leur évolution et mieux accompagner et financer les adaptations du domicile ;
- Rapprocher l'habitat des bassins de vie : programmer les solutions en tenant compte de la proximité de l'entourage, du travail, des soins, des commerces, des transports et des services d'accompagnement ;
- Faciliter l'accès au logement ordinaire lorsqu'il correspond au projet de la personne : développer les petits logements accessibles, renforcer l'accompagnement SAVS/SAMSAH ;
- Prévenir l'isolement et préserver les liens familiaux et sociaux : intégrer la sécurité et l'environnement social dans le projet résidentiel, prévoir un accompagnement de proximité et maintenir les activités, visites, week-ends et relations avec les proches et anciens lieux d'accompagnement ;
- Structurer la coordination et les partenariats autour du logement : rendre l'offre plus lisible, formaliser les relations entre ESMS, services à domicile, bailleurs et autres acteurs, identifier des interlocuteurs et référents logement et garantir un accompagnement continu des démarches.

Personnes handicapées vieillissantes

Dans les ESMS adultes, les personnes vieillissantes vivant avec un handicap (plus de 55 ans) représentent environ 15 % du public ; une disparité est notée entre le Nord / l'Ouest (20,6 % - 17,1 %) et l'Est / le Sud (12,9 % - 11,6 %). Il y a une forte probabilité que l'accompagnement de ce public s'accentue pendant les prochaines années, au vu des 33,8 % des personnes accompagnées dans les ESMS adultes qui ont plus de 45 ans.

Les ESMS doivent encore s'adapter aux changements que cela implique : 63 % proposent aujourd'hui des actions de prévention et dépistage des fragilités spécifiques au vieillissement. Les principaux thèmes abordés sont l'autonomie, la nutrition, la douleur et la santé psychologique.

Cependant, seuls 30 % des ESMS adultes proposent un plan de prévention personnalisé spécifique au vieillissement dans les PPA.

Les partenariats avec le secteur des personnes âgées sont encore peu développés : 35 % des ESMS indiquent avoir travaillé en partenariat, 9 % des ESMS déclarent avoir reçu des sensibilisations de professionnels de ce secteur, et 15 % déclarent avoir réalisé des sensibilisations auprès de ce secteur. Les partenariats sont très peu formalisés, avec seulement 2 % des ESMS ayant réalisé une convention.

Tableau 69 – Personnes handicapées vieillissantes (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Vieillissement précoce et anticipation	Le vieillissement est déjà engagé, avec des signes parfois observés dès 40-55 ans selon les situations. Certains établissements accompagnent des personnes de plus de 60 ans, parfois jusqu'à des âges très avancés. Des transitions sont déjà concrètement observées après 50-55 ans.	Le vieillissement est identifié comme un enjeu prioritaire par plusieurs directions et équipes ; certaines structures disposent de référents ou de fiches-actions. Une personne vieillissante est également citée comme exprimant elle-même son projet d'hébergement.	Vieillissement insuffisamment anticipé ; offre historiquement conçue pour des publics plus jeunes ou moins dépendants ; transitions encore souvent déclenchées dans l'urgence.
Dépendance, soins et prévention	L'avancée en âge s'accompagne de fatigabilité, pertes motrices, sensorielles ou cognitives, pathologies dégénératives, chutes, augmentation du nursing et des soins, diminution de la mobilité et parfois des activités.	HAD, soins palliatifs, prévention des chutes, habituation aux soins, professionnels médicaux ou infirmiers et adaptation de certaines unités existent dans une partie de l'offre.	Des structures non médicalisées accueillent des personnes dont les besoins deviennent fortement médicalisés ; matériels, ratios et ressources sanitaires ne suivent pas toujours. Le suivi spécialisé, préventif et la réévaluation des traitements peuvent être insuffisants.
Solutions d'habitat après 60 ans	Des personnes approchent ou dépassent les limites d'âge de certains dispositifs alors que les solutions d'aval restent limitées. L'EHPAD constitue une possibilité, mais n'est pas considéré comme une réponse universelle.	Quelques orientations vers EHPAD, MAS ou résidences autonomie existent ; des expériences d'habitat autonome accompagné et de petites unités sont positivement citées.	EHPAD parfois inadaptés ou refusant certains profils ; crainte d'une rupture avec le cadre de vie et les activités ; manque d'EAM/MAS et de solutions intermédiaires ; délais importants.
Adaptation des espaces, rythmes et activités	La coexistence de personnes d'âges, de niveaux de dépendance et de rythmes très différents devient difficile. Avec l'âge augmentent les besoins de repos et diminuent parfois les capacités de participation aux activités.	Villas, unités davantage médicalisées, séparation de certains groupes et projets architecturaux constituent de premières adaptations.	Locaux parfois inadaptés à la mobilité réduite ou aux pathologies liées à l'âge ; activités trop collectives ; manque d'espaces de repos ; tensions liées au mélange des publics.
Ressources humaines et financements	L'augmentation de la dépendance accroît le temps et l'intensité nécessaires à l'accompagnement.	Quelques adaptations de postes et renforts existent ; certaines familles valorisent l'expérience et la bienveillance de professionnels anciens.	Ratios et dotations parfois inchangés malgré l'évolution des besoins ; manque de personnels sanitaires ; accidents liés aux manutentions ; diminution des activités éducatives au profit des soins ; effectifs réduits le week-end ; turnover.
Coordination des parcours et continuité des droits	Le vieillissement nécessite souvent l'intervention successive ou simultanée de plusieurs acteurs : EANM, EAM, MAS, SAMSAH, domicile, EHPAD et sanitaire. Les seuils d'âge et orientations peuvent	Plans de transition, réunions de coordination, réévaluations et interventions du SAMSAH sont cités positivement dans certaines situations.	Cloisonnements administratifs, médicaux ou financiers ; absence de coordonnateur à certaines étapes ; perte de coordination après la fin d'un SAMSAH ; critères d'âge ; risques de

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
	devenir inadaptés à l'évolution réelle des besoins.		rupture de droits ou d'allocations ; démarches lourdes pour les familles.
Adaptation des loisirs au vieillissement	Le vieillissement et la progression de la dépendance modifient la capacité à participer aux loisirs.	Certaines équipes adaptent déjà les activités et les modalités de sortie.	Fatigabilité, handicap moteur, nursing, contraintes médicales et dépendance croissante limitent les sorties ou rendent certaines activités antérieures inadaptées.

Synthèse des pistes d'action proposées – Personnes handicapées vieillissantes

- Anticiper davantage le vieillissement et les transitions : évaluer régulièrement l'évolution des besoins, intégrer le vieillissement dans les PPA, développer des périodes d'essai et transitions progressives avant les situations de crise ;
- Adapter la médicalisation, la prévention et la coordination des soins à l'évolution des besoins : renforcer les ressources sanitaires, HAD et SAMSAH, développer les équipements spécifiques, systématiser les suivis préventifs et spécialisés et faire évoluer les offres initialement non médicalisées lorsque la dépendance augmente ;
- Diversifier les solutions adaptées après 60 ans : développer des UPHV, unités spécifiques, places adaptées en EHPAD, solutions intermédiaires et passerelles avec les établissements médico-sociaux, tout en permettant le maintien dans le lieu de vie lorsque les moyens peuvent être adaptés ;
- Adapter les espaces et les activités au vieillissement : réaménager les locaux, prévoir davantage d'espaces de repos, différencier les groupes selon les besoins et proposer des activités plus personnalisées et compatibles avec la fatigabilité et la dépendance ;
- Faire évoluer les moyens humains et les financements avec la dépendance : réévaluer les ratios et dotations, renforcer les équipes et les compétences sanitaires, notamment le week-end, diversifier les métiers, prévenir les risques liés aux manutentions et stabiliser les professionnels ;
- Sécuriser la coordination des parcours et la continuité des droits : identifier des coordonnateurs, anticiper les orientations, renforcer les réévaluations MDPH, assouplir certains critères d'âge, améliorer l'information sur les droits et la circulation des données et renforcer la coopération entre établissements et services ;
- Maintenir une vie sociale malgré le vieillissement et la dépendance : faire évoluer les activités et modalités de sortie en fonction de la fatigabilité et des besoins de soins, en privilégiant si besoin des propositions individualisées ou en petits groupes.

Vie intime, affective et sexuelle

Dans chaque ESMS, en moyenne, 20 % des professionnels sont formés sur le sujet de la Vie Intime, Affective et Sexuelle (VIAS). 34 % des ESMS proposent systématiquement une évaluation ou un objectif sur le thème de la VIAS dans les PPA.

Les ESMS sollicitent de nombreux partenariats, principalement avec le planning familial (46 %), Intim'Agir (40 %), Handigynéco (14 %), les PMI (8 %). 61 % des ESMS formalisent ces partenariats par des conventions.

Tableau 70 – Vie intime, affective et sexuelle (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Structuration institutionnelle de la VIAS	L'accompagnement à la VIAS a un niveau de structuration très hétérogène. Dans certains ESMS, elle est intégrée aux PPA avec des programmes, ateliers, référents, protocoles ou instances dédiées ; ailleurs, les actions restent ponctuelles, peu formalisées, dépendantes de quelques professionnels ou inexistantes.	Existence, selon les structures, de programmes VIAS, charte, comité/COPIL VIAS, temps dédiés, ateliers réguliers, temps individuels ou collectifs et inscription possible au PPA/projet individualisé.	Écart récurrent entre la reconnaissance de la VIAS et sa traduction effective dans les pratiques. Les actions ne sont pas généralisées, peuvent manquer de pérennité et rester dépendantes de quelques professionnels ; certaines familles jugent encore les réponses limitées.
Information, sensibilisation, prévention et santé sexuelle	Des actions d'information, d'éducation et de prévention existent. Les professionnels signalent aussi des conduites sexuelles à risque, des violences ou traumatismes, ainsi que des problématiques numériques. Chez les adultes, les familles/usagers abordent également la question sous l'angle du suivi gynécologique.	Certains ateliers sont réguliers et les jeunes choisissent les sujets abordés. Des familles citent positivement certaines formations. Dans certains services, un réseau spécialisé, la contraception, des actions de prévention, des entretiens individuels et le recours à l'infirmier sont présents.	Couverture inégale selon les ESMS et les personnes ; interventions trop ponctuelles ou peu adaptées aux capacités de compréhension. Prévention collective parfois insuffisante et réponses au cas par cas. Chez les adultes, les interventions sont jugées trop peu nombreuses, les outils sont parfois mal adaptés et l'accès à un suivi gynécologique adapté peut être difficile.
Formation et posture des professionnels	Les niveaux de formation, d'expertise et d'aisance des professionnels sont très variables. Certaines structures disposent de plusieurs référents formés ou d'une expertise ancienne ; ailleurs, la compétence repose sur une seule personne ou les équipes sont peu formées. Le sujet reste tabou dans certaines équipes, particulièrement pour les personnes très dépendantes.	Présence de référents VIAS dans certaines structures ; formations spécialisées ou universitaires ; recours à des psychologues et à des intervenants extérieurs.	Manque récurrent d'outils et de formation, notamment sur les dimensions juridiques et pratiques ; malaise et tabou pour aborder la sexualité et les besoins affectifs ; turnover fragilisant les compétences. Dans le secteur adulte, certaines formations généralistes ou conçues pour l'enfance sont jugées peu adaptées ; des réponses médicamenteuses sont décrites comme inadaptées.
Expression, communication accessible et autodétermination	Des espaces de parole et des supports adaptés existent ponctuellement ; certains jeunes expriment directement leurs préoccupations. L'accès à la VIAS reste fortement dépendant des capacités de communication et des caractéristiques des publics, notamment pour les personnes non oralisantes, TSA, DI, polyhandicapées ou présentant des besoins sensoriels spécifiques.	Groupes de parole, supports visuels, CAA, FALC, braille et prise en compte de certaines spécificités comme la culture sourde ; intégration possible au projet individuel ; participation de certains jeunes aux instances ; professionnels formés et ateliers existants dans certains services.	Les aspirations affectives, relationnelles et sexuelles sont difficiles à identifier pour certaines personnes non verbales ou présentant des besoins complexes. Supports parfois insuffisamment adaptés ; les personnes les plus communicantes bénéficient davantage des ateliers ; manque d'interprètes LSF cité.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Consentement et protection contre les violences	Le consentement constitue une problématique importante pour des personnes ayant des capacités de communication ou de compréhension réduites. Des situations graves de violences ou agressions sexuelles, ainsi que des vulnérabilités relationnelles et des violences intrafamiliales ou conjugales, sont rapportées.	Actions de sensibilisation au consentement et aux droits ; protocoles ; signalements et plaintes dans les situations graves ; mobilisation de la gendarmerie, du DAC et d'entretiens individualisés.	Consentement parfois difficile à comprendre ou évaluer ; besoins non verbalisables ; forte vulnérabilité de certaines personnes ; difficultés à travailler la dimension relationnelle. Les familles/usagers n'ont pas abordé ces questions dans les entretiens.
Place des familles et autodétermination affective et sexuelle	Les familles occupent une place importante dans la manière dont la vie affective et sexuelle peut être vécue. Elles peuvent être associées à des ateliers, formations, médiations ou cafés des familles, mais sont aussi décrites comme pouvant freiner certains projets.	Existence d'espaces d'échange, médiations, cafés des familles et sensibilisations ; mobilisation ponctuelle de partenaires spécialisés.	Positions familiales très diverses : opposition à certaines relations ou projets, contrôle, inquiétudes, sentiment d'être démuni, surprotection et difficulté à accepter la sexualité d'un proche adulte. Un accord familial est encore parfois demandé dans le secteur adulte. Participation parfois limitée par les horaires ou la difficulté à parler collectivement de sexualité.
Vie relationnelle, couple, rencontres et lien social	Le besoin de développer la vie relationnelle, les rencontres et la vie de couple ressort dans les deux secteurs. Chez certains jeunes, les relations sociales restent limitées à la famille et à l'établissement. Chez les adultes, des couples existent en établissement et hors établissement, des projets de vie commune sont exprimés et une solitude affective est signalée, notamment chez certains travailleurs d'ESAT.	Des demandes émanent directement des jeunes ; la vie entre pairs est identifiée comme une priorité par certaines directions. Des projets de couple, visites, séjours et vies communes sont parfois accompagnés ; des activités, sorties, ateliers de théâtre et actions de socialisation existent.	Écart marqué entre parler de VIAS et pouvoir réellement rencontrer d'autres personnes. Cercle social restreint, rencontres extérieures difficiles, contraintes institutionnelles, manque d'accompagnement et réticences familiales. Chez les adultes, les solutions peuvent être insuffisantes pour certains couples et les actions de sensibilisation ne suffisent pas à répondre à la solitude affective.
Partenariats et ressources spécialisées	Des ressources spécialisées sont mobilisées : centres ressources, Planning familial, Intim'Agir, dispositif Relais, gynécologues, psychologues, éthiciens et acteurs de prévention. Leur mobilisation reste variable et les initiatives sont souvent locales, propres aux établissements.	Des ressources territoriales sont déjà identifiées et certains ESMS disposent de partenariats actifs ; journées dédiées, ateliers, rencontres individuelles, interventions auprès des familles et collaborations interprofessionnelles sont rapportés.	Partenariats pas toujours formalisés ; certains établissements n'identifient aucune ressource spécifique ; supports d'intervention parfois inadaptés aux personnes DI, TSA ou polyhandicapées ; partage de pratiques insuffisant.
Passage à l'âge adulte et maintien en secteur enfant	La question devient particulièrement sensible pour les jeunes devenus adultes, notamment ceux maintenus dans des établissements enfants faute de solution adulte.	Le besoin est explicitement identifié par les acteurs.	Contradiction évoquée entre droits d'adultes et cadre enfant, pouvant limiter la vie affective et sexuelle ; risque d'infantilisation des adultes concernant leur sexualité et leurs besoins affectifs.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Parentalité et désir d'enfant	Des situations de grossesse, d'accouchement, de jeunes parents, de personnes déjà parents et de désir d'enfant sont rapportées. Dans le secteur adulte, la parentalité apparaît comme un axe émergent et une situation d'accompagnement d'un parent lors de droits de visite est décrite.	Le besoin est identifié. Dans le secteur adulte, des accompagnements individualisés, ateliers VIAS, le dispositif Cap-Parents et un partenariat PMI sont mentionnés.	Dans le secteur enfant, aucun dispositif spécifique de soutien à la parentalité lié à la VIAS n'est décrit. Dans la situation rapportée par les usagers adultes, aucun accompagnement spécifiquement consacré au projet de couple ou au désir d'enfant n'est décrit.
Assistance sexuelle	La question de l'assistance sexuelle est explicitement évoquée dans plusieurs entretiens professionnels.	Le besoin fait l'objet d'une réflexion.	Absence de réponse opérationnelle ; interrogations autour du cadre légal.

Synthèse des pistes d'action proposées – Vie intime, affective et sexuelle

- Structurer et pérenniser la VIAS dans les projets d'établissement ;
- Développer des actions régulières d'information, d'éducation et de prévention, adaptées aux capacités de compréhension et incluant les risques sexuels, numériques et les addictions. Renforcer le travail sur le consentement et la prévention des violences ;
- Renforcer la formation et l'outillage des professionnels, notamment sur le cadre légal, les pratiques concrètes, la DI, le TSA, le polyhandicap et les spécificités du secteur adulte ;
- Sortir du tabou autour des besoins sexuels, notamment pour les personnes très dépendantes, et privilégier des réponses d'accompagnement adaptées plutôt que des réponses médicamenteuses inappropriées ;
- Améliorer l'accessibilité de la communication et l'expression des besoins grâce aux CAA, FALC, supports visuels, objets sensoriels et autres outils adaptés ;
- Mieux intégrer la VIAS aux PPA et associer davantage les personnes aux décisions et réflexions qui les concernent ;
- Accompagner davantage les familles, en développant des espaces non jugeants, médiations et actions favorisant l'autodétermination ;
- Créer davantage d'opportunités de rencontres et de socialisation, notamment hors établissement et entre ESMS, et mieux accompagner les projets de couple ;
- Consolider et formaliser les partenariats spécialisés, identifier les ressources territoriales et favoriser le partage de pratiques entre établissements ;
- Améliorer l'accès à la santé sexuelle et au suivi gynécologique, en identifiant des professionnels de santé formés au handicap et en développant un suivi préventif et proactif ;
- Adapter la posture professionnelle pour les jeunes adultes maintenus dans le secteur enfant, afin de mieux prendre en compte leurs droits et leurs besoins affectifs et sexuels ;
- Faire remonter la question de l'assistance sexuelle auprès des instances compétentes.

5.2 Organisation des parcours

Les thématiques abordées dans cette sous-partie s'appuient sur les piliers de l'offre de services coordonnés définis par l'ANAP, qui mettent l'accent sur la coordination des parcours, le repositionnement des professionnels, la diversification et la modularité des prestations, la fonction ressource et l'organisation partenariale.

Ainsi, l'analyse porte sur sept dimensions : coordination, coopération, transitions des parcours, modularité des prestations, fonction ressource, responsabilité populationnelle et ressources humaines. Elles permettent de mettre en évidence la capacité des acteurs à organiser collectivement des réponses coordonnées et évolutives en fonction des besoins des personnes sur le territoire pour aboutir à une offre de services coordonnés (cf. figure 4, partie Introduction).

Coordination

Le développement de la coordination des parcours au sein des ESMS se manifeste par le renforcement de la fonction via des réorganisations internes et l'émergence de postes de coordonnateurs de parcours. 18 % des ESMS ont des coordonnateurs de parcours à temps partiel (0,35 ETP en moyenne), 13 % à temps plein. Parmi les coordonnateurs à temps plein, la moyenne de situations suivies est d'une trentaine, avec d'énormes disparités selon les profils et les missions des ESMS : d'une quinzaine pour certains SESSAD, SAMSAH ou IME, à une centaine pour certains EANM, SAVS ou ESAT.

À travers le questionnaire interrogeant des associations représentantes des usagers, des collectivités et des partenaires des ESMS, il ressort une attente forte autour d'un coordonnateur de parcours unique identifié permettant un accompagnement transversal tout au long de la vie. Cette demande est particulièrement marquée pour les situations complexes ; les personnes sans solution ; les périodes de transition ; les personnes vieillissantes ; les aidants. Ce manque de coordination aboutirait à des interventions en parallèle et un manque de pilote défini.

Comme outils pouvant faciliter la coordination entre acteurs autour du PPA, les nomenclatures SERAFIN-PH[46] sont utilisées comme langage commun dans la construction des PPA pour 94 % des ESMS. Le Dossier usager informatisé est renseigné selon cette nomenclature mais 25 % des ESMS déclarent ne l'utiliser que partiellement.

Tableau 71 – Coordination (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Formalisation de la fonction de coordination	La coordination existe sur tout le territoire mais sous des formes très hétérogènes : référent, co-référent, éducateur, cadre, infirmier, coordonnateur de projet ou de parcours... La coordination du projet est davantage installée que la coordination transversale du parcours.	Des fonctions sont déjà identifiées dans de nombreuses structures. La désignation claire d'un interlocuteur apporte une vision plus globale et sécurise le parcours.	Périmètres et responsabilités parfois flous ; confusion entre référent, coordonnateur de projet et coordonnateur de parcours ; absence de poste ou de temps dédié ; fonction souvent ajoutée aux missions existantes.

[46] SERAFIN-PH : Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Référent et continuité relationnelle	Le coordonnateur constitue souvent le premier niveau de coordination entre la personne, la famille et l'ESMS. Il est un appui pour permettre l'expression des demandes et des projets.	Relation de confiance, connaissance de la personne, continuité possible grâce à la désignation de 2 professionnels par situation (co-référence) ; rôle apprécié lorsque l'interlocuteur est stable et identifiable.	Turnover ; multiplication des intervenants ; dépendance à une seule personne ; certaines personnes ou familles ne savent pas toujours qui coordonne leur parcours.
Coordination interne et décloisonnement	La coordination interne s'appuie sur les PPA, réunions d'équipe, commissions et échanges professionnels. Le fonctionnement reste organisé par services ou dispositifs.	Réunions pluridisciplinaires, synthèses inter-services, co-construction des projets et premières pratiques transversales sont déjà développées.	Cloisonnement ; plusieurs référents ou projets possibles pour une même personne ; circulation irrégulière de l'information ; difficulté à maintenir une vision globale lorsque plusieurs services interviennent.
Coordination inter-ESMS et territoriale	De nombreux partenariats, accueils croisés, réunions, conventions et échanges de pratiques existent, avec une intensité et un degré de formalisation variables.	Partenariats structurés dans certaines situations ; accueils partagés ; échanges entre coordonnateurs ; PAG ; immersions ; conventions ; collectifs professionnels et soutien lors des transitions.	Coopérations souvent dépendantes des relations individuelles ; méconnaissance mutuelle ; partenariats ponctuels ou informels ; cloisonnement, voire concurrence ; faible partage de l'information.
Gouvernance et articulation institutionnelle	Les parcours mobilisent de nombreuses institutions : ARS, MDPH, Conseil Départemental, Éducation nationale, CAF, CPAM et acteurs sociaux et sanitaires.	Quelques instances de coopération et groupes de travail existent.	Renvois de responsabilités entre institutions ; interprétations différentes des notifications et financements ; faible lisibilité ; délais administratifs ; absence de modèle territorial partagé.
Outils partagés et circulation de l'information	Les structures utilisent e-mails, téléphone, PPA, DUI, logiciels métier, ViaTrajectoire et outils internes, sans système partagé généralisé ni interopérabilité suffisante.	Des outils numériques et de suivi existent ; certains établissements travaillent sur des dossiers partagés ou la mutualisation des PPA.	Multiplication des logiciels ; informations non relayées ; dossiers non accessibles entre services ; doublons de saisies ; plusieurs projets possibles pour une même personne ; répétition des informations par les familles.
Transitions et prévention des ruptures	Les transitions nécessitent une coordination entre services, ESMS et secteurs. Le passage enfant-adulte est particulièrement présent : sorties vers le logement, travail ou d'autres modalités.	Immersions, accueils progressifs, temporaires ou séquentiels, doubles accompagnements ponctuels, réunions de synthèse et passations existent.	Manque de solutions cibles ; anticipation insuffisante ; relais non identifié ; sorties tardives ou brutales ; risque de rupture ou de régression.
Coordination des soins	La coordination des soins est assurée selon les structures par infirmiers, médecins, cadres, éducateurs ou familles, en lien avec les hôpitaux, la psychiatrie, les libéraux, l'HAD ou les équipes mobiles.	Partenariats sanitaires fonctionnels dans certaines situations ; présence d'infirmiers coordonnateurs, médecins, HAD et équipes mobiles ; interventions et formations communes.	Pertes de suivi ; manque de professionnels ; difficultés de transmission ; familles ou éducateurs amenés à compenser ; partenariats parfois non effectifs.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Place des personnes et des familles dans la coordination	Les familles sont généralement associées au projet et disposent d'un interlocuteur, et sont régulièrement coordinatrices entre les différents acteurs. Si incapacité de l'assurer, report des missions des familles sur les équipes.	Réunions avec les familles et les personnes ; référents accessibles ; relations de confiance dans plusieurs structures.	Les familles font part de démarches trop nombreuses et complexes, avec répétitions de leur situation ; information insuffisante sur l'offre et les droits ; ruptures lors des changements d'interlocuteurs. .
Coordination avec le droit commun	Chez les enfants, la coordination concerne particulièrement l'école. Chez les adultes, les articulations concernent davantage la santé, le logement, l'emploi, les droits et les associations.	Interventions et sensibilisations en milieu scolaire ; partenariats avec le droit commun ; certaines équipes exercent déjà une fonction ressource.	Qualité variable des partenariats ; familles parfois utilisées comme relais ; absence d'interlocuteur ; connaissance insuffisante du handicap chez certains partenaires ; difficulté à pérenniser les coopérations.
Temps et moyens dédiés à la coordination	La coordination mobilise un temps important et se cumule fréquemment avec l'accompagnement direct, les tâches administratives et les réunions partenariales.	Quelques postes ou temps dédiés existent et certaines équipes ont développé une expertise réelle.	Surcharge ; files actives importantes ; gestion d'urgence ; manque de professionnels ; coordination réalisée à moyens constants ; réduction du temps disponible auprès des personnes.
Professionnalisation et reconnaissance de la coordination	La coordination est considérée comme une compétence spécifique et une activité à reconnaître, plutôt que comme une simple extension automatique du métier éducatif.	Des formations, collectifs professionnels et outils d'évaluation des besoins existent localement.	Formations inégales ; connaissance variable du territoire ; difficulté à tracer et valoriser appels, réunions, recherches et partenariats ; frontière floue entre coordination simple et renforcée.
Coordination des parcours modulaires et hors les murs	La multiplication des prestations et des lieux d'accueil renforce les besoins de coordination.	Plusieurs expérimentations existent entre services, lieux et partenaires.	Les moyens, déplacements, outils et temps de coordination n'augmentent pas toujours au même rythme que la modularité ; multiplication des intervenants et des réunions.

Synthèse des pistes d'action proposées – Coordination

- Clarifier, harmoniser et professionnaliser la fonction de coordination : définir les missions, responsabilités et niveaux de coordination, distinguer référent de projet et coordonnateur de parcours, formaliser les fiches de poste ;
- Garantir un interlocuteur stable et la continuité de la coordination : identifier le coordonnateur, développer la co-référence et les suppléances et maintenir un relais lors des changements de professionnels et des transitions ;
- Décloisonner les organisations et renforcer la coordination transversale : développer les réunions inter-services, tendre vers un projet personnalisé unique pour la personne, articuler plusieurs services ou modalités d'accompagnement ;
- Structurer durablement les coopérations territoriales et inter-ESMS : formaliser conventions, protocoles, COPIL et groupes territoriaux et mutualiser les ressources et outils sur la coordination ;

- Mettre en place une gouvernance territoriale plus lisible : clarifier les responsabilités respectives de l'ARS, du Conseil Départemental, de l'Éducation nationale, de la MDPH et des autres institutions, renforcer le pilotage commun de l'offre par une feuille de route partagée, organiser des groupes de travail territoriaux ;
- Développer des outils d'information partagés et interopérables : permettre au PPA de suivre la personne, harmoniser les dossiers et protocoles, améliorer l'interopérabilité des SI et ViaTrajectoire, éviter les ressaisies et répétitions imposées aux familles ;
- Anticiper et sécuriser les transitions : préparer les relais en amont, identifier la solution et le coordonnateur avant la sortie, développer immersions, doubles accompagnements et protocoles de transition jusqu'à stabilisation de la nouvelle situation ;
- Renforcer la coordination sanitaire et médico-sociale : identifier des fonctions de coordination médicale, formaliser les partenariats, associer les soignants aux synthèses et organiser des relais de coordination à la sortie ;
- Associer les personnes et familles : accompagner les démarches et garantir que la continuité du parcours ne repose pas sur la capacité des familles à relancer et articuler elles-mêmes les acteurs ;
- Formaliser les coordinations avec le droit commun tout en développant la fonction ressource ;
- Dédier et financer le temps de coordination : prévoir les temps, créer ou renforcer les postes nécessaires, adapter les ratios et intégrer dans les financements le coût des réunions, transmissions, déplacements, partenariats et autres activités indirectes ;
- Développer une culture commune de la coordination : renforcer les formations inter-structures, les échanges de pratiques, la connaissance des partenaires et la traçabilité de l'activité afin d'harmoniser les pratiques sur le territoire ;
- Intégrer la coordination dès la conception des parcours modulaires et hors les murs : dimensionner les fonctions, outils, temps et moyens nécessaires.

Transition des parcours

Selon les associations représentantes d'usagers, les collectivités et les partenaires des ESMS, les moments de transition, en particulier le passage à l'âge adulte, la sortie d'établissement, le changement de lieu de vie et le vieillissement des aidants, sont unanimement identifiés comme les périodes les plus à risque. Les répondants appellent principalement à renforcer la coordination, l'anticipation et les capacités d'accompagnement afin de sécuriser ces passages clés de la vie.

Tableau 72 – Transition des parcours (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Anticipation des transitions	Les pratiques sont hétérogènes : certaines transitions sont préparées plusieurs années en amont ou dès l'entrée dans le service, d'autres ne sont engagées qu'à proximité de l'échéance ou	PPA, plans de transition, information très en amont selon les situations, réunions dédiées, visites, évaluations, réduction progressive de	Absence de cadre homogène ; préparation parfois tardive ; manque de visibilité sur « l'après » ; décalage possible entre le travail décrit par les professionnels et celui perçu par les familles/usagers.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
	restent peu visibles pour les personnes et familles.	l'accompagnement et dispositifs de préparation à la sortie.	
Disponibilité des solutions d'aval	La possibilité de transition dépend fortement de la disponibilité d'une place, d'un logement, d'un service ou d'un relais, dans les secteurs enfant comme adulte.	Des solutions sont parfois obtenues grâce aux partenariats, accueils temporaires, extensions de places, solutions multimodales ou dispositifs intermédiaires.	Saturation des établissements et services ; longues listes d'attente ; maintien dans une structure devenue inadaptée ; retours au domicile par défaut ; blocages en cascade des admissions.
Passage du secteur enfant au secteur adulte	Des jeunes adultes restent plusieurs années dans le secteur enfant faute de solutions adultes. Le passage vers les ESMS adultes constitue un point critique récurrent ; l'amendement Creton est très sollicité et entraine le blocage des admissions des plus jeunes.	Immersions, accueils temporaires ou séquentiels adultes, visites, activités partagées, équipes mobiles et différents dispositifs de passerelle sont mobilisés.	Maintien parfois jusqu'à 30 ans ; décalages d'âge dans les groupes ; risque de régression ; cohabitations inadaptées ; crainte du changement vers d'autres modes d'accompagnement et d'une baisse de la qualité de l'accompagnement ; faible visibilité pour les familles, désaccords entre famille, professionnels et personne accompagnée sur le projet de vie sont fréquents.
Essais progressifs et droit au retour	Les transitions les plus sécurisées reposent sur des étapes : accueil temporaire ou séquentiel, stages, immersions, périodes d'essai et tuilage.	Familiarisation progressive ; expérimentation avant décision définitive ; maintien possible d'un lien avec le service d'origine ; essais ayant permis certaines réorientations effectives.	Difficulté à conserver simultanément la place de départ et la place d'essai ; peur de perdre droits ou place ; essais trop courts ou sans débouché ; réversibilité peu formalisée.
Coordination et transmission entre ESMS	Les transitions entre services et établissements sont nombreuses. La coordination est assurée par différents professionnels mais reste inégalement formalisée.	Réunions de synthèse, fiches relais, tuilages, visites croisées, transmissions de dossiers et PPA, coordonnateurs, conventions d'accompagnement croisé et réunions partenariales.	Informations parfois tardives ou incomplètes ; accès insuffisant aux projets antérieurs ; coopération dépendante des personnes ; immersions sans bilan ; absence de coordonnateur identifié ; écarts entre informations transmises avant admission et réalité observée.
Continuité après la sortie	Certains services préparent le relais avant la clôture et/ou maintiennent un suivi après la sortie ; ailleurs, la fin de l'accompagnement peut laisser la personne sans coordination globale ou l'amener à revenir vers l'ancien service.	Services de suite ; suivi à six mois ou sur plusieurs années ; maintien en file active ; possibilité de retour dans certains ESMS ; conventions maintenant un lien avec l'ancien ESMS	Suivi post-sortie parfois limité au téléphone ou inexistant ; relais administratif insuffisant ; accompagnements de droit commun non toujours pérennes ; retour spontané vers l'établissement faute de nouveaux repères.
Notifications, droits et sécurisation financière	Les notifications MDPH et les droits conditionnent fortement les changements de modalités,	Anticipation de certains dossiers ; accompagnement des recours ; intervention d'assistantes sociales ; recherche du	Notifications jugées trop précises ou inadaptées ; peur de recommencer les démarches ; risque de perdre une place ou des prestations ;

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
	périodes d'essai, accès aux services et parcours professionnels.	maintien des droits lors de certaines sorties.	refus ; conséquences financières liées à certains changements ou à l'emploi.
Vieillissement des aidants	Le vieillissement modifie les besoins d'accompagnement et réduit les possibilités de retour en famille. L'après-60 ans et la retraite constituent de nouveaux moments de transition.	Référents et adaptations dans certains établissements ; préparation progressive à la retraite ; réflexions autour de la résidence autonomie, du maintien à domicile, de l'habitat inclusif ou de l'EHPAD adapté.	Manque de réponses adaptées ; EHPAD parfois refusés, redoutés ou jugés inadaptés ; familles vieillissantes sans relais ; risque d'isolement après la retraite ; maintien durable dans des structures ne correspondant plus aux besoins.

Synthèse des pistes d'action proposées – Transitions de parcours

- Anticiper les transitions : penser la sortie dès l'entrée dans le dispositif, formaliser les différentes étapes, engager précocement notifications et démarches, informer et associer la personne, la famille et les futurs partenaires plusieurs années avant l'échéance ;
- Développer et rendre visible les solutions d'aval : renforcer l'offre adulte, les logements, services et solutions intermédiaires, partager les capacités disponibles et traiter collectivement les situations en attente afin de limiter les maintiens inadaptés et les retours au domicile ;
- Sécuriser le passage enfant-adulte : préparer systématiquement la transition avant 20 ans, formaliser les passerelles entre secteurs et développer des sas, unités spécifiques, immersions et glissements progressifs vers les dispositifs adultes ;
- Généraliser les transitions progressives, expérimentables et réversibles : développer les immersions et périodes d'essai, sécuriser le maintien temporaire d'un lien avec la solution d'origine et garantir autant que possible un droit au retour ;
- Formaliser la coordination et les transmissions entre structures : identifier un coordonnateur de parcours, clarifier les responsabilités, développer des protocoles, conventions, outils et projets partagés et systématiser les bilans à chaque étape de transition ;
- Garantir une continuité après la sortie : identifier un relais avant toute clôture, développer les services de suite et un suivi post-sortie adapté et maintenir certains liens jusqu'à la stabilisation dans la nouvelle situation ;
- Assouplir et sécuriser les notifications, droits et financements : anticiper les demandes MDPH, simplifier les notifications, garantir la continuité ou le retour des droits et mieux informer les personnes et familles sur les effets administratifs et financiers des changements ;
- Anticiper le vieillissement et l'évolution des aidants : préparer les nouvelles modalités de vie avant l'urgence, développer des solutions adaptées et progressives, maintenir les liens sociaux et organiser ces transitions à l'échelle territoriale.

Modularité des prestations

79 % des ESMS proposent des modalités d'accompagnement multiples (accueil de jour, accompagnement en milieu ordinaire, hébergement) aux personnes accompagnées, en lien ou non avec d'autres ESMS. Parmi eux, 10 % proposent une modularité exclusivement en interne de leur ESMS et 22 % s'appuient exclusivement sur leur organisme gestionnaire d'appartenance pour proposer ces modalités d'accompagnement.

77 % des parcours modulaires incluent de l'accueil de jour, 53 % incluent de l'accompagnement en milieu ordinaire, 39 % incluent de l'hébergement temporaire et 35 % incluent de l'hébergement.

94 % des ESMS intègrent les changements de modalité d'accompagnement au PPA et 76 % des ESMS formalisent un changement par un avenant lors d'une modification en cours d'année.

Tableau 73 – Modularité des prestations (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Diversification des modalités	Une offre diversifiée existe déjà : temps plein, accueil de jour, temporaire, séquentiel, internat/hébergement, milieu ordinaire, domicile et hors les murs. Chez les enfants, les articulations concernent IME, SESSAD, école et hébergement ; chez les adultes, elles intègrent davantage SAVS/SAMSAH, habitat, logement, équipes mobiles, emploi.	Des articulations entre modalités sont déjà effectives ; certains services fonctionnent en file active ou avec une intensité variable ; des passages entre modalités sont possibles.	Forte hétérogénéité entre ESMS ; les prestations existantes ne peuvent pas toujours être alternées au moment du besoin ; personnalisation encore conditionnée par les places et capacités disponibles.
Accompagnement avec plusieurs modalités	La modularité est expérimentée : IME/SESSAD chez les enfants ; établissement + SAMSAH, SAVS + activité de jour, ESAT + SAVS chez les adultes. Le séquentiel et le temps partiel progressent : quelques jours par semaine, demi-journées, jours alternés, entrées progressives ou alternance ESMS/milieu ordinaire. Ils peuvent aussi permettre d'élargir la file active.	Adaptation du rythme ; maintien de temps en famille, à l'école ou en milieu ordinaire ; possibilité d'accompagner davantage de personnes dans certains dispositifs ; des projets communs et doubles accompagnements existent déjà.	Risque que le séquentiel corresponde à une réduction de l'accompagnement liée à la saturation ou aux moyens plutôt qu'aux besoins ; difficultés liées aux doubles notifications et financements ; jours non couverts ; transfert de charge vers les familles ; difficultés de transport et surcharge de coordination ; perte de sécurité ressentie par certaines familles.
Accueil temporaire, répit et urgence	L'accueil temporaire répond au répit mais aussi à l'évaluation, aux immersions, à la préparation à l'hébergement, aux crises, aux urgences et à l'expérimentation d'une nouvelle modalité.	La modularité est appréciée lorsqu'elle est progressive, individualisée et réversible. Des expériences positives de courts séjours et d'ajustement du nombre de nuits sont rapportées.	Offre et places insuffisantes ou inégalement disponibles ; saturation ; éloignement et transport ; critères d'admission ; difficulté de certains profils à supporter les changements ; répit restant très limité pour certaines familles.
Droit à l'essai et au retour	Immersions, périodes d'essai, passages progressifs, appartements-écoles ou d'essai et possibilités de retour existent. Chez les adultes, ces démarches sont associées à l'autonomie et au logement.	Possibilité de tester une orientation avant une décision définitive, de sécuriser la personne et de réduire le risque de rupture.	Crainte de perdre la place antérieure ; droit au retour dépendant des capacités disponibles ; démarches administratives à reprendre ; règles financières peu claires ; certains changements restent trop abrupts.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Interventions hors les murs et dans le droit commun	Les prestations se développent à l'école, au domicile, dans les loisirs, l'emploi, le quartier ou le logement, à travers équipes mobiles, stages, accompagnements ambulatoires et services en milieu ordinaire.	Décloisonnement du modèle institutionnel ; accompagnement au plus près des lieux de vie ; ouverture vers l'école, l'emploi, les loisirs et le logement.	Manque de personnels, véhicules, partenaires et relais ; temps et coûts de déplacement ; droit commun pas toujours préparé ou suffisamment doté ; milieu ordinaire ne répondant pas à lui seul aux besoins de certaines personnes très dépendantes.
Transport, logistique et proximité	Le transport conditionne directement l'organisation du séquentiel, des demi-journées, des interventions multi-sites et du hors-les-murs.	Quelques dispositifs de proximité, transports adaptés et moyens internes permettent certaines ouvertures.	Horaires incompatibles ; offre de transport insuffisante ; manque de véhicules ; déplacements professionnels chronophages ; charge reportée sur les familles ; certaines prestations temporaires ou partielles deviennent difficiles à mobiliser.
Choix des modalités par la personne et la famille	Avis partagé que la modularité doive correspondre à une variation de l'intensité, des lieux et des prestations selon la personne, et non à une diminution de la présence en ESMS. Les attentes sont hétérogènes : certains souhaitent davantage de séquentiel, de répit ou d'autonomie, d'autres privilégient la stabilité d'un accueil complet. Le PPA sert fréquemment de cadre aux changements.	Négociations de rythme, essais, refus exprimés et adaptations co-construites existent ; une modularité progressive et expliquée est positivement reçue par certaines familles.	Risque de multiplication des lieux et intervenants, problématique pour un public nécessitant des repères stables ; risque de fractionnement déterminé par la saturation ou les moyens plutôt que par les besoins ; crainte de perdre une place ; information insuffisante sur les conséquences administratives.
Notifications, financements et mesure de l'activité	Les pratiques modulaires évoluent alors que les cadres restent largement structurés autour des places, notifications, agréments, prix de journée ou journées de présence. Des logiques de file active et de prestations apparaissent néanmoins.	FINESS uniques, doubles notifications, files actives ou suivis à l'acte permettent déjà certaines expérimentations.	Notifications par modalité ou catégorie ; changements administratifs lourds ; doubles financements bloquants ; financement des parcours mixtes et du droit au retour insuffisamment clarifié ; coordination, transport et hors-les-murs mal valorisés.

Synthèse des pistes d'action proposées – Modularité des prestations

- Fonder la modularité sur les besoins et le projet individuel, réévaluer régulièrement les modalités et éviter que le séquentiel ou la diminution des temps d'accueil ne résultent de la saturation ou du manque de moyens ;
- Renforcer l'accueil temporaire, le répit et les réponses d'urgence : développer des places dédiées et de proximité, organiser des séjours courts et des solutions rapidement mobilisables et intégrer plus facilement l'accueil temporaire aux notifications ;

- Garantir un véritable droit à l'essai, à l'erreur et au retour ;
- Développer les interventions hors les murs tout en maintenant les réponses spécialisées nécessaires : renforcer les équipes mobiles et ambulatoires, soutenir et former les acteurs du droit commun et développer la fonction d'appui des ESMS sans considérer le milieu ordinaire comme une réponse suffisante pour toutes les situations ;
- Intégrer le transport et la proximité dès la conception des parcours modulaires : adapter les horaires et moyens de transport aux demi-journées et temps partiels, financer les déplacements, renforcer les véhicules disponibles et développer des réponses au plus près des lieux de vie ;
- Faire évoluer les notifications, autorisations et financements vers une logique de parcours : permettre plusieurs modalités dans un même parcours, clarifier les doubles accompagnements et intégrer dans le financement les temps de coordination, transports et interventions hors les murs ;
- Associer les personnes et familles au choix des modalités : présenter suffisamment tôt les alternatives, objectifs et conséquences administratives, construire les évolutions avec elles et garantir que la modulation découle du projet de la personne plutôt que des seules contraintes de l'organisation.

Fonction ressource

La fonction d'appui-ressources consiste pour l'ESMS à mettre son expertise, ses professionnels, ses outils et ses ressources au service des autres ESMS et des acteurs de droit commun du territoire, notamment par des actions de sensibilisation, de formation, de conseil et d'appui aux pratiques.

La fonction ressource se découpe selon l'ANAP en 4 prestations ressources :

- le soutien-expert (interventions individualisées visant à accompagner la coordination des parcours des personnes accompagnées : conception du PPA, évaluations approfondies, orientations, conseils sur situations complexes) : elle est réalisée par 34 % des ESMS. Par ESMS, en moyenne en 2025, 4 professionnels ont été mobilisés pour mener 5 actions.
- l'appui-ressource (interventions ponctuelles ou régulières, ciblées, à visée technique ou méthodologique : conseils, actions d'informations ou de sensibilisations, formations, immersions et appuis aux pratiques professionnelles, mise à disposition de matériel spécifique) : elle est réalisée par 54 % des ESMS. Par ESMS, en moyenne en 2025, 5 professionnels ont été mobilisés pour mener 11 actions. Ces actions sont liées à l'inclusion auprès des acteurs de l'insertion professionnelle, du sport, de la culture et des loisirs, de la scolarité. Les thèmes les plus abordés sont la connaissance des handicaps, l'autodétermination, la communication alternative et améliorée, la vie intime, affective et sexuelle. Au contraire, les acteurs les moins mobilisés dans ces actions sont ceux de l'hébergement et du logement, les thèmes les moins abordés sont les comportements à risque, et la gérontologie qui n'a été traitée par aucun ESMS. Seuls 2 ESMS prévoient de développer cette prestation sur ce sujet en 2027.
- l'animation du réseau de partenaires (organisation d'évènements tels que séminaires, webinaires, des groupes de travail et d'échanges de bonnes pratiques, des actions de co-construction d'outils communs) : elle est réalisée par 49 % des ESMS. Par ESMS, en moyenne en 2025, 3 actions ont été réalisées. Les thèmes les plus abordés sont la connaissance des handicaps, la vie intime, affective et sexuelle, les situations complexes et la réflexion éthique. Au contraire, les thèmes les moins abordés sont la gérontologie, la double vulnérabilité (protection de l'enfance/handicap) et le logement.

- le soutien au développement de projets liés à l'adaptation de l'offre (accompagnement d'acteurs du territoire dans une démarche de développement de projets, conseiller et faciliter les partenariats pour mobiliser les expertises nécessaires à la création et mise en œuvre de projets innovants, partage d'expertise en ingénierie de projets) : elle est réalisée par 16 % des ESMS. Par ESMS, en moyenne en 2025, 2 actions ont été réalisées. Les domaines privilégiés sont l'insertion professionnelle, le sport, culture et loisirs, le logement, la connaissance des handicaps. 33 % des ESMS prévoient de développer cette prestation en 2027.

Au-delà des ESMS, certains dispositifs médico-sociaux (C360, ERHR) intervenant sur l'ensemble du territoire sont spécialisés et réalisent plusieurs dizaines de prestations ressources chaque mois, sous des formes et sur des thèmes variés, et peuvent aussi intervenir directement auprès des ESMS. D'autres dispositifs (PAS, EMAS, DAC) interviennent aussi fréquemment mais exclusivement sur certains thèmes : scolarité, coordination de parcours, situations complexes, tout comme certaines expérimentations (Autisme/DI & Sport, Case Oxygène) : connaissance des handicaps, sport, culture et loisirs, autodétermination, logement, insertion professionnelle.

Tableau 74 – Fonction ressource (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Formalisation et pilotage de la fonction ressource	La fonction ressource est exercée de fait dans de nombreux ESMS, mais reste rarement constituée comme une fonction autonome, explicitement nommée, pilotée, tracée et communiquée. Certaines structures commencent à la formaliser.	Un socle important de pratiques existe déjà ; certaines équipes et structures sont identifiées et sollicitées par les partenaires.	Forte dépendance aux initiatives individuelles ; missions, interlocuteurs et périmètres parfois mal identifiés ; faible lisibilité pour les partenaires, familles et usagers ; risque de doublons entre dispositifs.
Sensibilisation et formation du droit commun	Des actions sont conduites auprès des écoles, AESH, petite enfance, employeurs, associations, collectivités, transports, loisirs, services publics et professionnels de santé.	Nombreuses expériences concrètes ; interventions en situation réelle ; outils, mallettes, CAA, formations et accompagnements techniques ; certains partenaires font évoluer leurs pratiques après sensibilisation.	Méconnaissance persistante du handicap, notamment psychique ou invisible ; réceptivité variable ; turnover obligeant à renouveler les actions ; sensibilisations encore ponctuelles ; certaines familles doivent préparer elles-mêmes les partenaires.
Expertise spécialisée et transfert de compétences	Les ESMS disposent de compétences spécialisées mobilisables au-delà de l'accompagnement individuel : TSA, polyhandicap, CAA, déficiences sensorielles, santé mentale, rééducation, comportements complexes, VIAS, soins palliatifs, etc.	Expertise technique existante ; professionnels ressources ; outils et centres de formation ; appui à d'autres ESMS et partenaires ; interventions sur site ou dans les environnements ordinaires.	Expertise parfois concentrée sur quelques professionnels ; accessibilité inégale ; risque de perte ou de dilution des compétences ; difficulté à libérer les experts ; certaines formations jugées trop théoriques.
Interventions hors les murs et appui aux milieux ordinaires	L'expertise médico-sociale intervient à l'école, au domicile, en entreprise, dans les associations, services de santé, équipements sportifs et autres	Adaptation directe de l'environnement ; sécurisation des premières expériences en milieu ordinaire ; accompagnement	Interventions chronophages ; temps de déplacement ; manque de professionnels mobiles, véhicules ou remplaçants

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
	lieux de vie. Ces interventions sont particulièrement développées dans le secteur enfant.	du partenaire jusqu'à sa montée en compétence.	
Réseaux territoriaux et coopération inter-ESMS	Les réseaux couvrent le médico-social, le sanitaire, les collectivités, l'emploi, l'école, les loisirs, les associations et services publics, mais se sont souvent constitués progressivement au fil des situations.	Bonne implantation territoriale de certaines équipes ; collectifs, COPIL, colloques, immersions et partenariats multiples ; capacité à mobiliser différents secteurs.	Réseaux souvent informels et dépendants des personnes ; pertes de liens avec le turnover ; faible visibilité des compétences disponibles ; conventions inégalement développées ; annuaires difficiles à maintenir à jour.
Financement et reconnaissance de l'activité	La fonction ressource est principalement assurée en complément des missions ordinaires. Les actions de sensibilisation, d'appui, de coordination hors les murs ou auprès de personnes non admises sont encore peu reconnues dans le suivi et le financement de l'activité.	Engagement important des équipes malgré l'absence de moyens spécifiques ; certaines commencent à tracer les prestations indirectes et identifient la logique SERAFIN-PH comme un levier possible de reconnaissance.	Surcharge et épuisement ; difficulté à répondre aux sollicitations ; activité réalisée mais peu valorisée ; financements dédiés rares ; difficultés particulières pour les interventions hors file active.
Information et soutien aux familles	Les ESMS assurent information, guidance, soutien aux démarches administratives et orientation vers des professionnels ou dispositifs, mais de façon inégale selon les situations.	Équipes identifiées comme ressources dans certaines structures ; formations, cafés des parents et actions vers les familles ; médiation avec le droit commun parfois appréciée.	Certaines familles continuent à rechercher seules informations, associations ou dispositifs ; faible visibilité des actions extérieures des ESMS ; décalage entre les actions décrites par les équipes et leur perception par les familles/usagers.
Fonction ressource auprès de l'école	Le secteur enfant mobilise fortement la fonction ressource auprès des enseignants, AESH, établissements scolaires et acteurs de la petite enfance : sensibilisation, conseil, CAA, adaptations pédagogiques et interventions directes.	Certains dispositifs et unités sont déjà reconnus localement comme ressources ; leur expertise peut bénéficier au-delà des seuls enfants accompagnés.	Actions parfois ponctuelles ; manque de disponibilité ; articulation fragile avec l'Éducation nationale ; effets parfois jugés limités par les familles.
Appui à l'accès aux soins	L'habituation aux soins, la sensibilisation des soignants, le transfert de compétences, les outils adaptés et les réseaux de professionnels de santé font partie de la fonction ressource.	Partenariats sanitaires déjà engagés ; professionnels et réseaux spécialisés ; interventions sur site ; outils et espaces d'habituation.	Professionnels de santé encore insuffisamment formés au handicap ; coopérations non systématiques ; familles en difficulté pour trouver les professionnels formés.
Appui aux situations complexes et sans solution	Certaines pratiques dépassent la logique de places : soutien à des personnes non admises, sollicitations avant notification, situations complexes, PAG ou personnes en attente.	L'expertise des ESMS est déjà reconnue et mobilisable au-delà des bénéficiaires directement accompagnés.	Cadre administratif et financier souvent incompatible avec les demandes territoriales ; interventions restant ponctuelles plutôt qu'organisées.

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Pair-aidance et savoir expérientiel	Des personnes accompagnées participent à certaines sensibilisations ou formations ; des expériences de pair-aidance et de médiation sont citées.	Mobilisation du savoir expérientiel ; premières expériences concrètes déjà engagées.	Démarche encore ponctuelle et peu structurée.

Synthèse des pistes d'action proposées – Fonction ressource

- Formaliser et rendre lisible la fonction ressource à l'échelle territoriale : définir clairement ses missions, son périmètre et ses limites, identifier des pilotes et référents, harmoniser les procédures et mieux articuler les dispositifs existants ;
- Structurer durablement la sensibilisation et la montée en compétences du droit commun : développer des formations régulières et conjointes, privilégier les interventions concrètes en situation et intégrer davantage le handicap dans les formations initiales et continues des acteurs ordinaires ;
- Capitaliser et mutualiser les expertises médico-sociales : développer des pôles ou réseaux ressources, organiser tutorat, formations croisées et échanges de pratiques, produire des outils communs et faciliter la mobilisation territoriale des professionnels experts ;
- Renforcer les interventions hors les murs : créer des temps dédiés et organiser un appui progressif permettant au partenaire de gagner en autonomie tout en conservant un recours possible à l'ESMS ;
- Structurer les réseaux et partenariats territoriaux : cartographier les compétences et ressources, identifier des interlocuteurs stables, formaliser les coopérations utiles et organiser régulièrement des espaces d'interconnaissance et de partage de pratiques ;
- Dédier et financer les moyens nécessaires à la fonction ressource : prévoir les moyens humains et logistiques et intégrer les prestations indirectes, hors les murs et hors file active dans les cadres de suivi et de financement ;
- Améliorer l'information et le soutien aux familles : rendre l'offre de fonction ressource plus visible, proposer une information proactive, des interlocuteurs identifiables et des annuaires accessibles ;
- Renforcer la fonction ressource auprès de l'école : consolider les dispositifs médico-sociaux implantés ou intervenant en milieu scolaire, rendre plus régulières les actions de conseil, sensibilisation, formation et adaptation pédagogique ;
- Développer l'appui du médico-social au système de santé : formaliser les réseaux de professionnels adaptés, renforcer les formations conjointes et le transfert de compétences, développer l'habituation préventive et favoriser les interventions sanitaires sur site ;
- Prévoir un cadre permettant des interventions ponctuelles auprès de personnes en attente, sans solution ou en situation complexe, y compris pour du conseil, de l'évaluation ou de la préconisation ;
- Reconnaître le savoir expérientiel des personnes accompagnées : développer la pair-aidance et leur participation à la conception et à la coanimation des actions de la fonction ressource.

Responsabilité populationnelle

Une des finalités de la responsabilité populationnelle étant de proposer une réponse aux besoins de l'ensemble du territoire, il est important de se pencher sur l'état actuel des listes d'attente et des processus d'admission partagés des ESMS.

Dans chaque ESMS, en moyenne, la liste d'attente comprend 112 personnes. Cependant, ces listes d'attente ne peuvent pas être considérées comme à jour : 60 % des ESMS n'ont pas contacté toutes ces personnes, 65 % des ESMS ont des personnes injoignables toujours inscrites sur leur liste d'attente, 59 % identifient des personnes en orientation alternative, 46 % des ESMS déclarent que certaines personnes sont hors de leur secteur d'intervention.

Les délais moyens de contact des personnes sur liste d'attente sont disparates entre les ESMS : 33 % contactent les personnes en liste d'attente en moins de 3 mois, 27 % en moins d'1 an, 22 % le font avec 1 à 2 ans de délai, 11 % de 3 à 5 ans et 7 % en plus de 5 ans. Pour les ESMS enfants, 41 % contactent les personnes sur liste d'attente en moins de 3 mois, 38 % en moins d'1 an, 16 % le font avec 1 à 2 ans de délai, 5 % de 3 à 5 ans.

Parmi les personnes en liste d'attente, 33 % des ESMS déclarent réorienter vers le droit commun pour une moyenne de 65 personnes concernées par ESMS, avec un nombre bien plus important (jusqu'à 367) dans certains SESSAD.

29 % des ESMS participent à des instances partagées d'admission ; dans 57 % des cas, ces instances ne sont mobilisées que pour quelques situations exceptionnelles. Dans 11 % des cas, ces instances traitent entre la moitié et les trois quarts des admissions, dans 21 % des cas du quart à la moitié des admissions et dans 11 % des cas moins du quart.

Les refus d'admission ont concerné 27 % des ESMS en 2025. Parmi les ESMS ayant refusé une admission, pour 25 % d'entre eux la raison évoquée était la non-correspondance entre l'autorisation et la situation de handicap de la personne sur liste d'attente. Pour 18 % des ESMS, la raison se centrait sur la zone d'intervention qui ne correspondait pas au lieu d'habitation de la personne. 17 % des ESMS évoquent des risques pour la sécurité de la personne ou d'autrui comme raison principale de refus.

Les dispositifs médico-sociaux se démarquent du fonctionnement des ESMS par une absence de liste d'attente ou un délai d'attente court de moins de 3 mois (excepté pour l'emploi accompagné).

Tableau 75 – Responsabilité populationnelle (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Responsabilité partagée avec le droit commun	La responsabilité populationnelle est comprise comme la prise en compte non seulement des personnes accompagnées, mais aussi des personnes en attente, sans solution, non orientées ou éloignées des dispositifs. Elle est envisagée	Certaines directions interviennent déjà auprès de personnes hors file active ou	Concept encore inégalement connu ; périmètre d'intervention non formalisé ; crainte d'une ex-

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
	comme collective et implique le médico-social, le sanitaire, le social, l'école, les collectivités, employeurs, bailleurs et associations.	avant admission. De nombreux partenariats et actions de sensibilisation existent déjà.	tension des missions sans moyens supplémentaires ; tendance de certains acteurs à renvoyer les situations vers le médico-social.
Gestion des listes d'attente	Les personnes en attente d'une place ou sans accompagnement médico-social sont particulièrement exposées au non-recours, faute de professionnel pour informer, ouvrir ou suivre leurs droits. Les listes d'attente témoignent d'une forte demande mais ne suffisent pas à connaître l'ensemble des besoins ; certaines personnes restent invisibles	Des démarches d'actualisation des listes, de rencontre des personnes en attente déjà engagées ; des établissements proposent des informations collectives ou tentent d'ouvrir certains droits avant l'admission.	Données incomplètes ; faible visibilité sur certains publics ; manque de moyens pour intervenir auprès des personnes sur liste d'attente.
Répartition de l'offre et connaissance des besoins	Les ressources sont inégalement réparties pour des offres spécifiques et certaines zones sont décrites comme peu dotées ou trop étendues.	Développement d'antennes, de réseaux locaux et d'interventions dans les bassins de vie.	Absence d'observatoire enfance signalée ; concentration de certaines offres et absence de services sur certains territoires.
Anticipation de l'évolution des besoins et situations complexes	Les directions observent l'émergence ou l'évolution de besoins liés au vieillissement, aux situations complexes, à de nouveaux profils, aux transitions enfant-adulte et à des besoins spécialisés. Certains établissements spécialisés deviennent de fait des recours pour les situations que les autres acteurs ne peuvent prendre en charge.	Certaines structures adaptent déjà leurs prestations, agréments ou projets.	Offre parfois en décalage avec l'évolution des profils ; difficulté à anticiper lorsque les données disponibles sont insuffisantes ; risque de devenir le recours systématique pour la gestion de situations complexes, avec déstabilisation des équipes et des accompagnements existants.
Gouvernance et coopération	De nombreux acteurs et dispositifs existent sans toujours produire une vision commune des parcours et des ressources. Cohabitation avec des logiques propres aux ESMS et organismes gestionnaires	Coopérations inter-établissements, collectifs et instances locales déjà présents, mutualisations ponctuelles	Coopérations informelles ; absence d'interlocuteur ou d'instance clairement responsable, concurrence, redondance d'interventions
Moyens et financement des missions territoriales	L'élargissement territorial des missions génère davantage de coordination, déplacements et fonction ressource.	Des équipes réalisent déjà ces missions malgré l'absence de cadre stabilisé.	Actions souvent réalisées à moyens constants ; interventions hors file active ou partenariales peu valorisées.

Synthèse des pistes d'action proposées – Responsabilité populationnelle

- Clarifier et formaliser la responsabilité populationnelle : définir le périmètre d'intervention et les responsabilités de chaque acteur, reconnaître les interventions auprès des personnes non admises et préciser les contributions attendues du médico-social et du droit commun ;
- Développer une observation territoriale partagée des besoins : actualiser les listes d'attente, mieux repérer les personnes sans solution ou invisibles, partager les informations utiles et développer des outils de cartographie et de prospective ;

- Anticiper davantage l'évolution des besoins : faire évoluer l'offre et les projets au regard du vieillissement, des nouveaux profils, des situations complexes et des transitions enfant-adulte ;
- Réduire les inégalités territoriales d'accès à l'offre : réinterroger la répartition géographique des réponses, développer une observation territoriale des besoins, développer les interventions de proximité et les antennes pour mieux tenir compte des bassins de vie ;
- Structurer une gouvernance territoriale commune, renforcer la coopération et la complémentarité entre acteurs et développer les compétences du droit commun pour éviter le renvoi systématique vers le médico-social ;
- Éviter la concentration des situations complexes sur quelques établissements spécialisés : organiser une responsabilité réellement partagée à l'échelle territoriale et renforcer les compétences des autres acteurs.

Coopération

La coopération est une thématique transversale, mobilisée dans l'ensemble des thèmes de ce diagnostic. Elle est ici traitée comme une grille de lecture à part entière, bien que de nombreux éléments aient déjà été abordés.

Dans une logique de coopération inter-ESMS dans l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap, les nomenclatures SERAFIN-PH peuvent être un levier permettant une description commune des prestations proposées pour mieux les articuler. 73 % des ESMS ont déjà cartographié leurs prestations selon SERAFIN-PH. Parmi ceux ne l'ayant pas fait, ils sont 63 % à le prévoir en 2027.

Les coopérations, qu'elles soient entre ESMS ou avec des partenaires, sont de manière générale très peu formalisées par des conventions. Les exceptions notables sont les coopérations sous forme de prestations avec les professionnels de santé ou avec des associations de loisirs ou sportives, ainsi que les conventions scolaires qui sont encadrées pour permettre une intervention au sein des établissements scolaires. Le nombre de conventions est particulièrement bas dans les domaines de l'habitat (6 % des ESMS) et des PHV (2 % des ESMS).

Selon les associations représentantes d'usagers, les collectivités et les partenaires des ESMS, la coopération commence par l'interconnaissance des acteurs : elle est facilitée par la complémentarité des compétences. Ils identifient le cloisonnement institutionnel et une offre peu lisible comme des freins qui aboutissent à des pertes d'information, des difficultés d'orientation, des renvois de la personne d'un acteur à un autre, des ruptures de parcours. Les besoins exprimés pour améliorer la coopération convergent autour d'un annuaire territorial partagé, de temps de rencontre entre acteurs, de référents identifiés, d'outils communs de coordination, de procédures d'orientation communes, de réunions pour les situations complexes, de formations croisées.

Tableau 76 – Coopération (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Structuration et gouvernance des coopérations	Les coopérations sont nombreuses mais très hétérogènes. Elles partent d'initiatives individuelles ou de relations locales.	Des partenariats pérennes, collectifs inter-associatifs, COPIL et rencontres territoriales montrent qu'une coopération structurée est possible.	Partenariats fragilisés par les changements de professionnels ou d'organisation ; fonctionnement en silos ; concurrence ; absence de cadre

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
			territorial commun et de clarification partagée des responsabilités.
Coopérations inter-ESMS et accompagnements partagés	Relais, accueils partagés, accompagnements séquentiels, immersions, séjours d'essai, co-portages et interventions croisées existent déjà entre structures.	Ces coopérations permettent de combiner expertises et modalités d'accompagnement et peuvent sécuriser les transitions si elles sont anticipées.	Coopérations extérieures parfois faibles ; responsabilités mal définies ; saturation des structures de destination ; relais parfois déclenchés lorsqu'une place devient disponible.
Coopération lors des transitions	La coopération est déterminante lors des changements de service, de sorties ou des changements de chaque domaine de vie.	Visites, accueils temporaires, immersions, périodes d'essai et relais entre professionnels existent dans plusieurs territoires.	Manque de visibilité sur les possibilités ; préparation parfois tardive ; défaut de transmission ; rupture de prestations entre dispositifs.
Coopération avec le sanitaire, dont la psychiatrie	Les coopérations concernent les hôpitaux, CMP/CMPEA, EPSMR, professionnels libéraux et équipes spécialisées. Leur niveau de fonctionnement varie fortement selon les partenaires.	Conventions médicales fonctionnelles dans certaines situations ; équipes spécialisées ; formations croisées ; COPIL soins ; programmes d'habituation ; certaines coopérations ont amélioré les parcours ou réduit les délais.	Cloisonnement entre sanitaire et médico-social ; faible réciprocité de certains partenaires ; différences de culture et de temporalité ; fragilité des partenariats lors des changements d'équipe.
Coopération avec l'Éducation nationale	Les coopérations mobilisent écoles, ULIS, unités externalisées, enseignants référents.	Dispositifs externalisés, interventions directes à l'école, conventions, collaborations régulières et sensibilisation des équipes scolaires existent dans certaines situations.	Liens parfois ponctuels et dépendants des personnes ; manque d'AESH ; réticence de certains établissements ; recommandations médico-sociales peu reprises ; articulation entre dispositifs scolaires et ESMS peu lisible.
Coopération avec le droit commun	Les ESMS disposent de nombreux partenariats avec collectivités, associations et acteurs de droit commun. Chez les enfants, scolarité et loisirs sont davantage cités ; chez les adultes, ce sont emploi, logement, transport et vie sociale.	Stages, clubs, projets culturels, habitat inclusif, expériences professionnelles montrent que l'inclusion est possible lorsque les partenaires sont accompagnés et disposent des moyens nécessaires.	Méconnaissance ou peur du handicap ; partenaires peu formés ; demande fréquente de maintien d'un professionnel ESMS ; coopérations ponctuelles ou difficiles à pérenniser ; contraintes de transport et de ressources humaines.
Mutualisation de fonction ressource	Les ESMS apportent déjà leur expertise à d'autres ESMS ou acteurs du droit commun. Des mutualisations de professionnels, locaux, équipements ou capacités existent ponctuellement.	Expertise médico-sociale mobilisée à l'extérieur ; formations croisées ; appui entre ESMS ; mutualisations et interventions croisées déjà expérimentées.	Fonction rarement formalisée ; dépendance aux initiatives individuelles ; crainte de réduction des moyens déjà destinés aux ESMS ; obstacles administratifs à certaines mutualisations.
Outils communs et partage de l'information	Les informations circulent via les outils propres à chaque établissement. Quelques expériences de transmissions ou d'outils partagés existent.	Réunions de synthèse, échanges entre coordonnateurs, outils partagés et	Logiciels non interopérables ; plusieurs projets pour une même personne ; dossiers difficilement accessibles entre services ; transmissions

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
		transmissions croisées fonctionnent dans certaines coopérations.	non systématiques ; multiplicité des outils ; familles contraintes de répéter leur histoire.
Moyens et financement des coopérations	Coopérer implique réunions, coordination, déplacements, interventions croisées, sensibilisation et suivi partenarial, sans que ces activités disposent systématiquement de moyens propres.	Malgré les contraintes, les équipes maintiennent de nombreuses actions partenariales et certaines expérimentations ont trouvé des cadres permettant leur réalisation.	Coordination et fonction ressource peu valorisées ; difficultés liées aux doubles financements, notifications, règles de tarification, pointage et orientation ; lenteurs administratives ; contraintes de transport et d'éloignement.
Coopération face à la saturation de l'offre	La coopération permet d'organiser certains relais mais reste directement dépendante de la disponibilité effective d'une place, d'un accueil temporaire, d'un professionnel ou d'un dispositif relais.	Accueils temporaires, solutions intermédiaires, séjours d'essai et dispositifs partagés permettent de limiter certaines ruptures.	Listes d'attente et saturation bloquant les transitions ; absence de capacité chez les partenaires ; coopération parfois impossible malgré l'accord des acteurs ; manque d'accueil temporaire et de solutions d'urgence.

Synthèse des pistes d'action proposées – Coopération

- Structurer une gouvernance territoriale commune des coopérations : développer conventions-cadres, protocoles, feuilles de route, objectifs partagés et instances communes, clarifier les responsabilités et renforcer la coordination inter-associative ainsi que le rôle de facilitation de l'ARS ;
- Formaliser et sécuriser les coopérations entre ESMS : organiser des projets communs, des protocoles de relais et développer les accompagnements partagés, séquentiels, périodes d'essai et possibilités d'aller-retour ;
- Anticiper et sécuriser les transitions de parcours : préparer plus tôt les changements de secteur ou de dispositif, développer immersions et essais, associer les futurs partenaires avant la sortie, maintenir temporairement certains accompagnements et fiabiliser les transmissions ;
- Renforcer les coopérations entre sanitaire, psychiatrie et médico-social : identifier des interlocuteurs stables, formaliser les partenariats territoriaux, développer les concertations et formations conjointes et améliorer le partage d'outils et d'informations ;
- Renforcer la coopération entre Éducation nationale et médico-social : développer la coresponsabilité et les conventionnements, et structurer des rencontres associant Éducation nationale, MDPH et ESMS ;
- Pérenniser l'ouverture vers le droit commun : sensibiliser et former les acteurs ordinaires, formaliser les partenariats avec collectivités, associations, entreprises et les différents acteurs, accompagner les premières expériences puis organiser progressivement le relais ;
- Structurer et financer la fonction ressource et les mutualisations : développer les échanges de pratiques, mises à disposition et ressources territoriales et clarifier les responsabilités et financements correspondants ;
- Développer des outils communs et interopérables : tendre vers un projet ou processus partagé, harmoniser les supports et protocoles de transmission, faciliter l'accès aux informations utiles et éviter la répétition des démarches et informations par les familles ;

- Valoriser les prestations indirectes, adapter les notifications et règles de financement à la logique de parcours et simplifier les contraintes administratives ;
- Articuler les coopérations avec une gestion territoriale de la disponibilité de l'offre : partager les capacités disponibles, développer les accueils temporaires, croisés et dispositifs relais mutualisés et mieux coordonner listes d'attente, besoins de transition et solutions mobilisables.

Ressources humaines

Cette synthèse permet de dégager les spécificités autour des enjeux de ressources humaines identifiés lors des entretiens menés au sein des ESMS : continuité des accompagnements, attractivité et fidélisation, formation et montée en compétences, évolution des métiers, accompagnement du changement, charge de travail, sécurisation des parcours professionnels et mutualisation des ressources.

Les constats présentés ne visent pas à homogénéiser des situations parfois très différentes selon les établissements, mais à faire ressortir les points d'appui existants, les difficultés exprimées et les pistes d'action formulées par les différents acteurs du territoire.

Tableau 77 – Ressources humaines (synthèse des entretiens en ESMS)

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
Sécurisation des ressources humaines et continuité des accompagnements	Constat transversal mais hétérogène : tensions d'effectifs, absences, postes gelés ou non remplacés, départs ou contrats précaires peuvent fragiliser la continuité. Enfant : ruptures ou modifications d'accueil. Adulte : arbitrages de postes, postes non pérennes et tensions sur certaines fonctions.	Des structures présentent une stabilité forte. La co-référence, les équipes permanentes et certains renforcements d'encadrement permettent de préserver une continuité minimale. Les professionnels montrent une forte capacité d'adaptation.	Instabilité des effectifs, renforcée par la précarité de certains contrats (CDD/CNR) ; métiers en tension ; non-remplacements de postes ; départs à la retraite à anticiper ; remplacements parfois insuffisants. Les familles peuvent subir directement la rupture de continuité.
Attractivité, recrutement et fidélisation des professionnels	Les difficultés de recrutement ne sont pas uniformes mais concernent plusieurs métiers spécialisés : orthophonie, psychologie/neuropsychologie, fonctions médicales et certains postes éducatifs. Des difficultés d'attractivité salariale.	Certains établissements fidélisent leurs équipes ; VAE et parcours internes peuvent soutenir l'évolution professionnelle. Le recours ponctuel au libéral ou à des prestations extérieures constitue une réponse partielle.	Rémunérations jugées peu compétitives pour certains profils ; pénurie territoriale de spécialistes ; recours externe parfois lui-même limité par les tarifs proposés. L'attractivité peut être affectée par la charge de travail.
Formation et montée en compétences	Besoin récurrent dans l'ensemble des entretiens. Enfant : TND/TSA, polyhandicap, troubles associés, santé, CAA, inclusion scolaire. Adulte : diversification des publics, coordination de parcours, vieillissement/fin de vie, autodétermination, évolution des pratiques et insertion. Les familles étendent le besoin au droit commun.	DU, supervisions, VAE, formations PPA, colloques/webinaires, sensibilisations, immersions et partages de compétences existent déjà. Les ESMS disposent d'expertises mobilisables comme fonctions ressources.	Compétences inégalement réparties ; offre locale parfois insuffisante ; professionnels spécialisés rares ; accès difficile à certaines formations/DU ; manque de temps pour transférer les acquis ; risque de dilution des expertises si la polyvalence est excessive ;

Thématique	État des lieux	Points positifs	Difficultés identifiées
			partenaires de droit commun parfois peu formés.
Accompagnement du changement et management	La transformation est globalement comprise dans ses finalités, mais son application concrète reste souvent floue. Les directions comme les professionnels demandent un accompagnement humain distinct de la seule formation. Les familles sont souvent peu informées du projet structuré de transformation.	Retours d'expérience positifs de co-construction : réunions institutionnelles, groupes de travail, entretiens de positionnement, réécriture de projets, renforcement de l'encadrement. Forte disponibilité de familles/CVS pour participer.	Crainte d'un changement descendant ; absence de réponses précises sur le calendrier, les rôles et moyens ; résistances locales ; outils de traçabilité parfois vécus comme du contrôle ; encadrement lui-même déstabilisé ; information inégale entre secteurs et métiers.
Charge de travail, usure et risques psychosociaux	Facteurs organisationnels de risque, sans mesure territoriale standardisée des risques psychosociaux (RPS). Surcharge plus directement exprimée dans les établissements pour adultes. Les nouvelles coordinations, files actives, déplacements, traçabilité et situations complexes augmentent la charge.	Des organisations tentent de prévenir l'usure par renforcement d'équipes, répartition des missions, postes dédiés ou diversification des activités. Les équipes restent engagées.	Surcharge, fatigue, arrêts maladie et accidents du travail explicitement rapportés dans certains entretiens ; files actives dépassant les capacités ; ratios d'encadrement jugés insuffisants ; situations dangereuses ; cumul de fonctions ; temps de coordination pris sur le terrain ; impact sur la vie personnelle.
Inquiétude, sécurité de l'emploi et repères professionnels	Pas de réelle peur généralisée de licenciement. L'inquiétude concerne surtout le devenir des postes, la mobilité, la perte de spécialisation, la responsabilité professionnelle et la lisibilité des rôles. Quelques situations documentent une insécurité réelle ou passée.	Certaines fonctions, notamment de coordination, voient leur plus-value mieux reconnue avec le temps. Des établissements rassurent les équipes et organisent des temps de positionnement.	Crainte explicite de transformation/perte de poste dans certains entretiens ; inquiétude sur la responsabilité liée à de nouvelles pratiques ; précarité CDD/CNR. Le flou institutionnel alimente l'insécurité.
Effets des tensions RH sur les familles, aidants et personnes accompagnées	Les difficultés RH ne restent pas internes aux établissements. Secteur enfant : absence de professionnel pouvant conduire à un retour de l'enfant au domicile et à une désorganisation de l'emploi parental. Secteur adulte : manque de répit et inquiétude sur l'avenir. Les changements fréquents peuvent aussi déstabiliser les personnes accompagnées.	Engagement important des familles ; CVS et associations constituent des relais ; certains dispositifs de répit/accueil temporaire existent ; certaines équipes maintiennent des repères stables.	Réduction du répit, fatigue des aidants, conséquences professionnelles, instabilité des repères, difficulté à connaître les ressources. Certaines familles s'autolimitent dans leurs demandes car elles savent les services saturés.

Synthèse des pistes d'action proposées – Enjeux RH

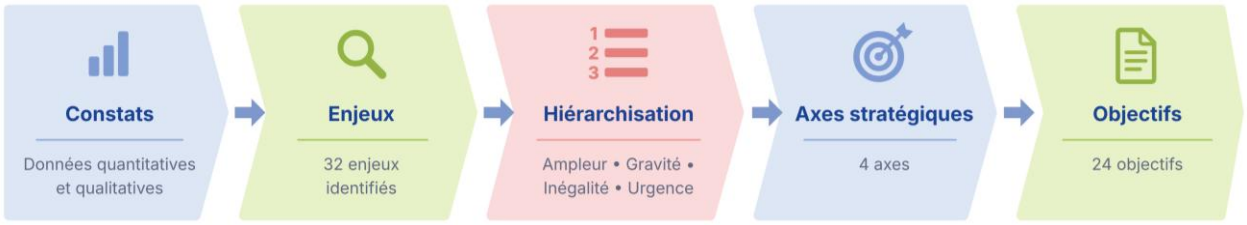
- Sécuriser les ressources humaines : anticiper les départs, faciliter les remplacements et favoriser la stabilisation des équipes ;
- Renforcer l'attractivité et la fidélisation des professionnels, notamment pour les métiers en tension ;

- Développer la formation et la montée en compétences, en tenant compte de l'évolution des publics, des pratiques et des nouvelles modalités d'accompagnement ;
- Faciliter le partage et la transmission des compétences : formations croisées, échanges de pratiques, immersions et valorisation des expertises internes ;
- Clarifier les rôles, missions et responsabilités dans un contexte d'évolution des métiers et des fonctions de coordination ;
- Mieux accompagner le changement, par une communication plus lisible, un management de proximité et une plus grande participation des professionnels à l'évolution des organisations ;
- Prévenir la surcharge et l'usure professionnelle, en veillant à l'adéquation entre les missions, la charge de travail, les effectifs et le temps disponible.

6. Des enjeux du diagnostic aux orientations stratégiques

Les enjeux sont issus du croisement des données territoriales (partie 2), de l'analyse de l'offre (partie 3), des regards des acteurs (partie 4) et des difficultés relevées dans les entretiens et les questionnaires (partie 5). 32 enjeux ont ainsi été identifiés puis hiérarchisés, avant d'être organisés en 4 axes et 24 objectifs (schéma ci-dessous).

Figure 19 – Du diagnostic aux objectifs



6.1 Critères et méthode de hiérarchisation des enjeux

Les données du diagnostic ont été traduites en constats, puis regroupées en enjeux. Un enjeu est une difficulté à traiter, appuyée sur des constats convergents.

Les enjeux portent sur l'évolution de l'offre, de son organisation et des réponses apportées aux personnes. Les ressources humaines, condition importante de réussite de la transformation (voir 5.2), ne constituent pas un enjeu autonome : elles relèvent principalement de leviers nationaux et des organismes gestionnaires, et ne font pas l'objet d'une intervention directe dans la feuille de route partagée. Ils ne sont donc pas cotés.

Chaque enjeu a été noté de 1 à 5 sur quatre critères, inspirés de la méthode de diagnostic territorial partagé de la CNSA :

- ampleur : le problème est-il répandu ?
- gravité : quelles conséquences pour la personne et son parcours ?
- inégalité : certains territoires ou publics sont-ils plus touchés ?
- urgence : la situation se dégrade-t-elle, faut-il agir rapidement ?

La notation s'appuie d'abord sur les données chiffrées et, à défaut, sur des constats qualitatifs convergents. La même grille a été appliquée aux 32 enjeux.

Les quatre notes sont additionnées pour obtenir un score sur 20, traduit en niveau de criticité : faible (4-7), modérée (8-11), assez forte (12-13), forte (14-15), très forte (16-20).

Cette hiérarchisation sert à comparer les enjeux entre eux : elle ne mesure pas leur importance absolue et ne remplace pas les arbitrages des institutions compétentes.

Tableau 78 – Cotation des enjeux

Critère / scoring	Question	Éch.	Description
Ampleur	Dans quelle mesure le problème apparaît-il répandu au sein de la population concernée ou récurrent dans les situations observées ?	1	Très limitée : phénomène rare, isolé ou très circonscrit ; lorsqu'une proportion robuste est disponible : < 10 %.
		2	Limitée : phénomène concernant une minorité des situations ou restant circonscrit à certains contextes ; lorsqu'une proportion robuste est disponible : 10 % à < 25 %.
		3	Intermédiaire : phénomène récurrent ou concernant une part substantielle de la population ou des situations observées ; lorsqu'une proportion robuste est disponible : 25 % à < 50 %.
		4	Large : phénomène fréquemment observé, concernant une part importante de la population ou plusieurs territoires, publics ou contextes ; lorsqu'une proportion robuste est disponible : 50 % à < 75 %.
		5	Très large : phénomène très largement répandu ou quasi généralisé au sein de la population ou des situations concernées ; lorsqu'une proportion robuste est disponible : ≥ 75 %.
Gravité	Quelles conséquences le problème produit-il sur la personne, ses droits, sa qualité de vie ou la continuité de son parcours ?	1	Difficulté ponctuelle ou inconfort sans conséquence significative sur la continuité ou la qualité du parcours.
		2	Limitation réelle mais modérée ; adaptation nécessaire sans remise en cause importante du parcours.
		3	Conséquence significative : retard, perte d'opportunité, réponse partiellement inadéquate, restriction de choix, dépendance accrue à l'entourage ou conséquence comparable.
		4	Conséquence majeure : renoncement, rupture de parcours, crise, maintien durable dans une réponse inadéquate ou effets importants sur plusieurs dimensions de vie.
		5	Conséquence critique : absence de réponse adaptée ou atteinte majeure à la santé, la sécurité, les droits fondamentaux ou la continuité globale du parcours.
Inégalité	Certains territoires ou certains publics (y compris les personnes vivant avec un handicap par rapport à la population générale) sont-ils plus défavorisés que d'autres face à cet enjeu ?	1	Aucune inégalité notable objectivée malgré des données permettant une comparaison.
		2	Écart limité ou ponctuel, sans conséquence importante sur l'accès.
		3	Écart quantitatif ou spécificité territoriale / populationnelle identifiée qualitativement.
		4	Écart important entraînant sous-couverture, accès dégradé, réponse moins adaptée ou conséquences significatives sur les parcours.
		5	Absence ou quasi-absence de réponse accessible ou rupture d'équité majeure établie pour un territoire ou un public.
Urgence	Comment le problème évolue-t-il et dans quel délai apparaît-il nécessaire d'agir ? (l'urgence n'est pas une conséquence de la gravité)	1	Situation stable ou en amélioration ; pas de dégradation prévisible identifiée.
		2	Évolution défavorable lente ou risque à moyen/long terme sans tension particulière à court terme.
		3	Aggravation ou augmentation documentée ; besoin d'anticipation à moyen terme.
		4	Aggravation importante et rapide, ou situation récurrente nécessitant une action à court terme.
		5	Évolution rapide ou situation déjà fortement dégradée, nécessitant une réponse immédiate ou à très court terme.

6.2 Les enjeux et leur niveau de criticité

Le tableau suivant présente les 32 enjeux issus du diagnostic, leur score global sur 20 et le niveau de criticité correspondant.

Tableau 79 – Criticité des enjeux

Catégorie	Enjeu	Score / 20	Criticité
01 - Offre médico-sociale et couverture territoriale	Inégalités territoriales d'implantation et d'accessibilité de l'offre médico-sociale	13	ASSEZ FORTE
	Saturation de l'offre et délais d'attente limitant l'accès aux accompagnements médico-sociaux.	16	TRÈS FORTE
02 - Situations complexes	Difficulté à organiser une réponse adaptée pour les situations complexes ou les personnes sans solution, entraînant des parcours durablement bloqués ou des reports vers des acteurs non dimensionnés pour ces besoins.	16	TRÈS FORTE
03 - Transitions de parcours	Maintien en amendement Creton et risque de rupture lors du passage du secteur enfant vers le secteur adulte.	13	ASSEZ FORTE
	Transitions de parcours insuffisamment anticipées et sécurisées lors du passage d'un ESMS à un autre et dans l'ensemble des domaines de vie : scolarité, emploi, logement, grand âge...	14	FORTE
04 - Double vulnérabilité	Difficultés spécifiques des enfants en situation de double vulnérabilité dans leurs parcours.	16	TRÈS FORTE
05 - Modularité et cadre de fonctionnement	Accès limité à des accompagnements modulaires et diversifiés, avec des modalités parfois contraintes par l'organisation ou les capacités plutôt que par les besoins.	12	ASSEZ FORTE
	Règles de notification, de financement et d'activité insuffisamment adaptées aux parcours modulaires, aux essais et aux possibilités de retour.	13	ASSEZ FORTE
06 - Coordination de parcours	Coordination des parcours insuffisamment formalisée, avec partage d'information incomplet et report de charge supplémentaire sur les familles ou les professionnels.	16	TRÈS FORTE
07 - Coordination territoriale	Coordination territoriale entre institutions, ESMS et acteurs de droit commun insuffisamment clarifiée, avec des coopérations encore fragiles.	12	ASSEZ FORTE
08 — Fonction ressource	Fonction ressource médico-sociale insuffisamment structurée, visible, accessible ou soutenable.	13	ASSEZ FORTE
09 - Données insuffisamment consolidées	Manque de données sur les besoins non couverts et les personnes en attente, ne permettant pas un pilotage de l'offre par la donnée et l'exercice d'une responsabilité populationnelle.	16	TRÈS FORTE
10 - Accès aux soins et parcours de santé	Accès insuffisant à la psychiatrie, à la pédopsychiatrie et aux ressources de santé mentale, notamment en situation de crise.	16	TRÈS FORTE
	Accès insuffisant aux soins bucco-dentaires adaptés pour les personnes vivant avec un handicap.	12	ASSEZ FORTE
	Accès insuffisant à la gynécologie et au suivi de santé sexuelle et reproductive adaptés aux personnes vivant avec un handicap.	12	ASSEZ FORTE
	Accès insuffisant aux psychologues et aux orthophonistes.	12	ASSEZ FORTE

Catégorie	Enjeu	Score / 20	Criticité
	Accès insuffisant ou tardif aux autres soins somatiques médicaux de droit commun pour les personnes vivant avec un handicap.	12	ASSEZ FORTE
	Fragilité de la coordination et de la continuité du parcours de soins entre ESMS, professionnels de santé, établissements sanitaires et proches.	15	FORTE
	Prévention, dépistage et suivi de santé insuffisamment systématiques ou adaptés aux personnes vivant avec un handicap.	14	FORTE
11 - Mobilité et transports	Insuffisance des solutions de mobilité et de transport adaptés, limitant l'accès effectif aux soins, à la scolarité, à l'emploi, aux loisirs et au répit.	18	TRÈS FORTE
12 - Habitat, domicile et offre résidentielle	Offre résidentielle insuffisamment diversifiée, accessible, adaptée et réversible pour répondre aux choix et évolutions de parcours.	14	FORTE
	Maintien à domicile et participation sociale fragilisés par l'insuffisance ou la discontinuité des relais nécessaires.	12	ASSEZ FORTE
13 - Vieillissement	Inadéquation de l'accompagnement avec les besoins liés à l'avancée en âge des personnes vivant avec un handicap.	15	FORTE
14 - Aidants	Offre de répit, d'accueil temporaire et de relais aux aidants insuffisante ou inégalement accessible, notamment en situation d'urgence.	13	ASSEZ FORTE
	Épuisement des aidants, vieillissement des aidants avec anticipation insuffisante de l'après-aidant.	15	FORTE
15 - Droits, démarches	Manque d'informations, difficultés de compréhension et d'accessibilité des droits et démarches, avec accompagnement administratif et compensation parfois difficiles à mobiliser.	12	ASSEZ FORTE
16 - Autodétermination	Inégalités dans l'autodétermination et la participation des personnes aux décisions qui les concernent.	14	FORTE
17 - Scolarisation	Accès limité à une scolarisation inclusive, adaptée et suffisamment soutenue pour les enfants et adolescents vivant avec un handicap.	14	FORTE
18 - Emploi et parcours professionnels	Accès limité à un emploi durable et sécurisation insuffisante des parcours professionnels des personnes vivant avec un handicap.	14	FORTE
19 - Vie sociale, culturelle, sportive et loisirs	Accès limité à une vie sociale, culturelle, sportive et de loisirs diversifiée, ordinaire, adaptée et individualisée.	13	ASSEZ FORTE
20 - Vie intime, affective et sexuelle	Accompagnement à la vie intime, affective et sexuelle insuffisamment structuré, accessible et outillé dans les ESMS pour permettre le consentement éclairé et la protection contre les violences sexuelles.	16	TRÈS FORTE
	Accès limité à une vie relationnelle, affective et sexuelle pleine et entière par des contraintes institutionnelles, familiales ou sociales.	13	ASSEZ FORTE

Légende des niveaux de criticité

	Faible (4 à 7/20)
	Modérée (8 à 11/20)
	Assez forte (12 à 13/20)
	Forte (14 à 15/20)
	Très forte (16 à 20/20)

La hiérarchisation fait apparaître 15 enjeux de criticité assez forte, 9 enjeux de criticité forte et 8 enjeux de criticité très forte. Aucun des enjeux retenus dans le diagnostic ne relève des niveaux faible ou modéré. La mobilité et les transports présentent le score le plus élevé, avec 18/20.

Cette hiérarchisation éclaire la programmation sans la déterminer à elle seule (cf. document « Du diagnostic régional à la transformation de l'offre Handicap »).

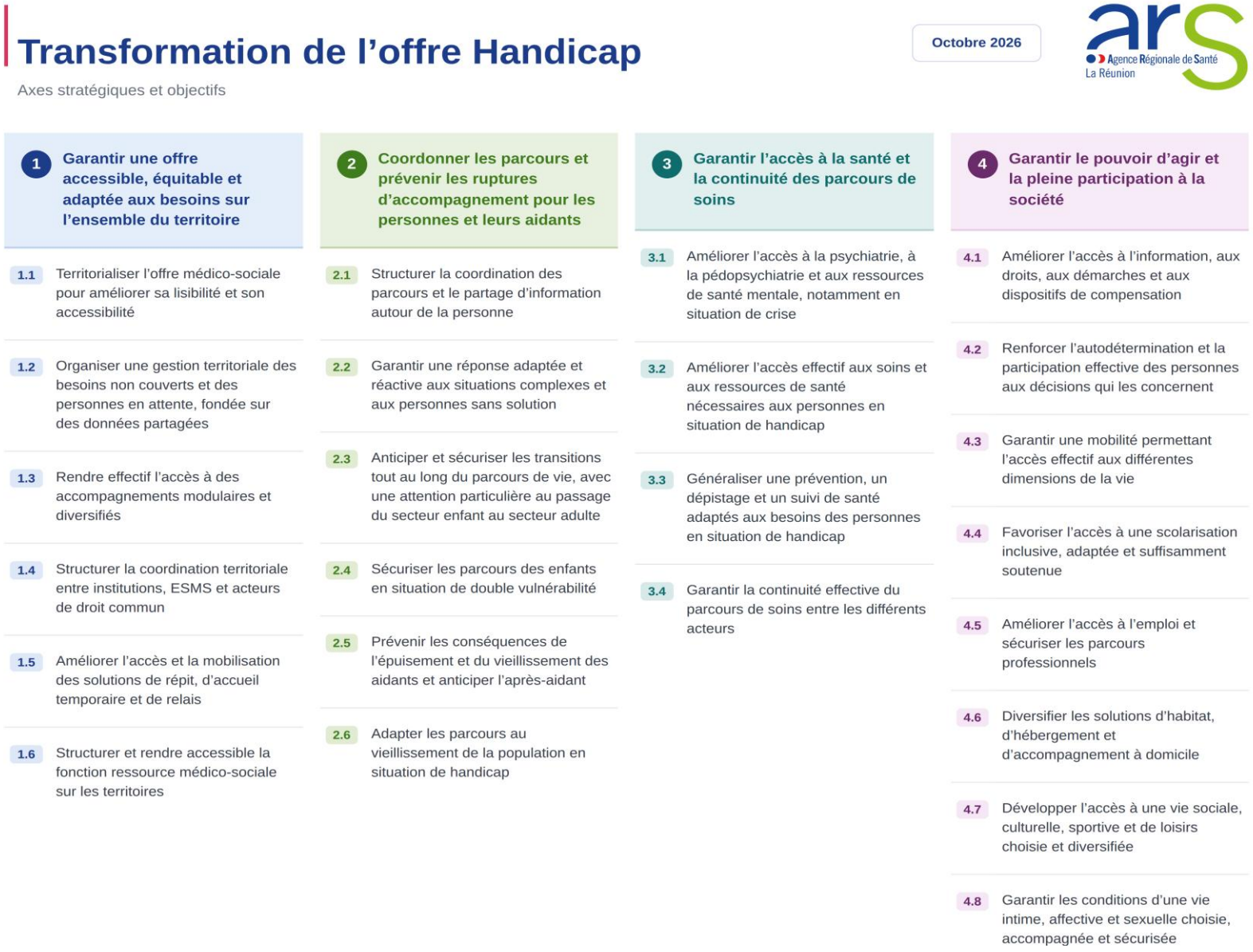
6.3 La structuration en axes stratégiques et objectifs

Les 32 enjeux ont été regroupés en 4 axes stratégiques et traduits en 24 objectifs. Un axe rassemble les enjeux qui relèvent d'une même orientation. Un objectif exprime le résultat recherché, sans préjuger des actions, de leur pilote ni de leurs modalités.

Lorsque plusieurs enjeux renvoient à une même finalité, ils ont été réunis dans un même objectif : 14 enjeux sont ainsi regroupés en 6 objectifs, et les 18 autres correspondent chacun à un objectif. Par exemple, les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires, à la gynécologie, aux psychologues et orthophonistes et aux autres soins somatiques forment l'objectif 3.2.

Le schéma suivant synthétise l'architecture des axes stratégiques qui en résultent.

Figure 20 – Synthèse visuelle des axes stratégiques et des objectifs



Les tableaux suivants précisent, pour chaque objectif, les enjeux du diagnostic auxquels il répond.

Tableau 80 – Enjeux des objectifs de l'axe 1

Axe 1 : Garantir une offre accessible, équitable et adaptée aux besoins sur l'ensemble du territoire		
N°	**Objectif**	**Enjeux principalement couverts**
1.1	Territorialiser l'offre médico-sociale pour améliorer sa lisibilité et son accessibilité	Inégalités territoriales d'implantation et d'accessibilité de l'offre
1.2	Organiser une gestion territoriale des besoins non couverts et des personnes en attente, fondée sur des données partagées	Saturation de l'offre et délais d'attente limitant l'accès aux accompagnements médico-sociaux Manque de données sur les besoins non couverts et les personnes en attente, limitant le pilotage de l'offre par la donnée
1.3	Rendre effectif l'accès à des accompagnements modulaires et diversifiés	Règles de notification, de financement et d'activité insuffisamment adaptées aux parcours modulaires, aux essais et aux possibilités de retour Accès limité à des accompagnements modulaires et diversifiés, avec des modalités parfois contraintes par l'organisation ou les capacités plutôt que par les besoins
1.4	Structurer la coordination territoriale entre institutions, ESMS et acteurs de droit commun	Coordination territoriale entre institutions, ESMS et acteurs de droit commun insuffisamment clarifiée, avec des coopérations encore fragiles
1.5	Améliorer l'accès et la mobilisation des solutions de répit, d'accueil temporaire et de relais	Offre de répit, d'accueil temporaire et de relais aux aidants insuffisante ou inégalement accessible
1.6	Structurer et rendre accessible la fonction ressource médico-sociale sur les territoires	Fonction ressource médico-sociale insuffisamment structurée, visible, accessible ou soutenable.

Tableau 81 – Enjeux des objectifs de l'axe 2

Axe 2 : Coordonner les parcours et prévenir les ruptures d'accompagnement pour les personnes et leurs aidants		
N°	**Objectif**	**Enjeux principalement couverts**
2.1	Structurer la coordination des parcours et le partage d'information autour de la personne	Coordination des parcours insuffisamment formalisée, avec partage d'information incomplet et report de charge supplémentaire sur les familles ou les professionnels.
2.2	Garantir une réponse adaptée et réactive aux situations complexes et aux personnes sans solution	Difficulté à organiser une réponse adaptée aux situations complexes ou aux personnes sans solution ; parcours durablement bloqués
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	Transitions de parcours insuffisamment anticipées et sécurisées lors du passage d'un ESMS à un autre et dans l'ensemble des domaines de vie : scolarité, emploi, logement, grand âge Maintien en amendement Creton et risque de rupture lors du passage du secteur enfant vers le secteur adulte
2.4	Sécuriser les parcours des enfants en situation de double vulnérabilité	Difficultés spécifiques des enfants en situation de double vulnérabilité dans leurs parcours
2.5	Prévenir les conséquences de l'épuisement et du vieillissement des aidants et anticiper l'après-aidant	Épuisement des aidants ; vieillissement des aidants ; anticipation insuffisante de l'après-aidant

Axe 2 : Coordonner les parcours et prévenir les ruptures d'accompagnement pour les personnes et leurs aidants		
2.6	Adapter les parcours au vieillissement de la population vivant avec un handicap	Inadéquation de l'accompagnement avec les besoins liés à l'avancée en âge des personnes vivant avec un handicap.

Tableau 82 – Enjeux des objectifs de l'axe 3

Axe 3 : Garantir l'accès à la santé et la continuité des parcours de soins		
N°	**Objectif**	**Enjeux principalement couverts**
3.1	Améliorer l'accès à la psychiatrie, à la pédopsychiatrie et aux ressources de santé mentale, notamment en situation de crise	Accès insuffisant à la psychiatrie, pédopsychiatrie et ressources de santé mentale
3.2	Améliorer l'accès effectif aux soins et aux ressources de santé nécessaires aux personnes vivant avec un handicap	Soins bucco-dentaires ; gynécologie et santé sexuelle et reproductive ; autres soins somatiques ; psychologues ; orthophonistes
3.3	Généraliser une prévention, un dépistage et un suivi de santé adaptés aux besoins des personnes vivant avec un handicap	Prévention, dépistage et suivi de santé insuffisamment systématiques ou adaptés
3.4	Garantir la continuité effective du parcours de soins entre les différents acteurs	Fragilité de la coordination et de la continuité entre ESMS, professionnels de santé, établissements sanitaires et proches

Tableau 83 – Enjeux des objectifs de l'axe 4

Axe 4 : Garantir le pouvoir d'agir et la pleine participation à la société		
N°	**Objectif**	**Enjeux principalement couverts**
4.1	Améliorer l'accès à l'information, aux droits, aux démarches et aux dispositifs de compensation	Manque d'informations ; difficultés de compréhension et d'accessibilité des droits et démarches ; accompagnement administratif difficile à mobiliser
4.2	Renforcer l'autodétermination et la participation effective des personnes aux décisions qui les concernent	Inégalités dans l'autodétermination et la participation
4.3	Garantir une mobilité permettant l'accès effectif aux différentes dimensions de la vie	Insuffisance des solutions de mobilité et de transport adaptés limitant soins, scolarité, emploi, loisirs et répit
4.4	Favoriser l'accès à une scolarisation inclusive, adaptée et suffisamment soutenue	Accès limité à une scolarisation inclusive et adaptée
4.5	Améliorer l'accès à l'emploi et sécuriser les parcours professionnels	Accès limité à un emploi durable et sécurisation insuffisante des parcours professionnels
4.6	Diversifier les solutions d'habitat, d'hébergement et d'accompagnement à domicile	Offre résidentielle insuffisamment diversifiée, accessible, adaptée et réversible ; maintien à domicile fragilisé par l'insuffisance des relais
4.7	Développer l'accès à une vie sociale, culturelle, sportive et de loisirs choisie et diversifiée	Accès limité à une vie sociale, culturelle, sportive et de loisirs ordinaire, adaptée et individualisée
4.8	Garantir les conditions d'une vie intime, affective et sexuelle choisie, accompagnée et sécurisée	Accompagnement insuffisamment structuré concernant consentement et prévention des violences ; contraintes limitant l'accès à une vie relationnelle, affective et sexuelle pleine et entière

7. Les fiches de cadrage

Pour chacun des 24 objectifs, une fiche de cadrage rassemble ce que le diagnostic permet d'établir. Elle porte le numéro et l'intitulé de l'objectif ainsi que son axe, et comprend trois rubriques :

- Contexte et constats issus du diagnostic : la synthèse des données (parties 2 et 3) et des difficultés relevées dans les entretiens et questionnaires (partie 5) ;
- Pistes d'actions issues du diagnostic : elles rassemblent les propositions recueillies auprès des acteurs lors des entretiens et des questionnaires du diagnostic. Elles constituent une base de travail à analyser et à compléter avec les acteurs concernés ; elles ne constituent ni des recommandations de l'ARS ni des engagements.
- Cadre, acteurs et initiatives existants : les cadres stratégiques, les instances, les dispositifs, expérimentations et projets, les pratiques des ESMS et partenaires, et les acteurs susceptibles d'intervenir. Cette rubrique n'est pas exhaustive.

La mention « Compétences institutionnelles pré-identifiées » indique les institutions dont le sujet relève ; elle ne vaut pas désignation d'un pilote. Les fiches de cadrage ne sont pas des fiches actions, mais des outils pour préciser les objectifs et préparer les travaux à venir.

Les 24 fiches de cadrage sont présentées ci-après.

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'Inspecteur d'académie – Directeur académique des services de l'Éducation nationale (IA-DASEN), la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), la MDPH, la CAF, la Mutualité sociale agricole (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 vivant avec un handicap protégés au titre de l'ASE » : 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 personnes vieillissantes vivant avec un handicap » : 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 vivant avec un 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 vivant avec un handicap au titre de l'ASE) : 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, Union régionale des professionnels de santé (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 personnes vivant avec un handicap » : 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 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

Conclusion : Les suites du diagnostic

Le diagnostic dépasse le seul périmètre d'intervention de l'ARS et appelle une mobilisation coordonnée des acteurs concernés. Il ne concerne pas que l'offre médico-sociale mais l'offre Handicap dans son ensemble : santé, scolarisation, emploi, habitat, mobilité, droits, participation sociale et la coordination entre tous ces acteurs.

Le diagnostic et les fiches de cadrage ouvrent une nouvelle étape de travail collectif autour des 24 objectifs, qui définissent des résultats recherchés. Pour chacun d'eux, il s'agira de préciser les besoins restant à couvrir et les réponses existantes, puis d'identifier les actions à poursuivre ou à construire. Ces échanges permettront de définir les actions à engager, les contributions de chacun, les conditions nécessaires à leur mise en œuvre, ainsi que leur pilotage et leur calendrier.

Les actions programmées ou financées seront rassemblées dans une feuille de route partagée, structurée selon les 24 objectifs. Sa construction, comme la mise en œuvre des objectifs, dépendra de la mobilisation des acteurs et des engagements qu'ils pourront prendre dans leurs champs de compétence respectifs. Cette feuille de route aura pour objectif de réunir dans un même support l'ensemble des politiques publiques déployées dans le champ du handicap et de rendre visible les actions en cours à une échelle régionale ou micro-régionale. Elle sera complétée par un tableau de bord public qui rendra visibles les initiatives du territoire à plus petite échelle.

Cette nouvelle étape appelle un dialogue dans la durée, enrichi par l'expérience des acteurs du territoire, des personnes vivant avec un handicap et de leurs proches. La finalité est de traduire progressivement les objectifs en améliorations concrètes des accompagnements et des parcours, au plus près des besoins et des choix de vie des personnes.

Le document « Du diagnostic régional à la transformation de l'offre Handicap » précise la méthode proposée pour construire cette feuille de route et le tableau de bord associé, la contribution de la mission transformation de l'offre et le calendrier de travail.

8. Glossaire des sigles et acronymes

A

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ADAPEI	Association départementale des amis et parents de personnes handicapées mentales
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
AJ	Accueil de jour
ALD	Affections de longue durée
ALEFPA	Association Laïque pour l'Éducation, la Formation, la Prévention et l'Autonomie
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APAJH	Association pour adultes et jeunes handicapés
ARMOS-OI	Association régionale des maîtres d'ouvrage sociaux et aménageurs Océan Indien
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASFA	Association Saint-François d'Assise
ASH	Aide sociale à l'hébergement
AT	Accueil temporaire

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
CASUD	Communauté d'agglomération du Sud
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CD	Conseil Départemental
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA	Conseil Départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CDSEI	Comité départemental de suivi de l'école inclusive
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CHOR	Centre Hospitalier Ouest Réunion
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CINOR	Communauté intercommunale du Nord de La Réunion
CIREST	Communauté intercommunale Réunion Est
CIVIS	Communauté Intercommunale des Villes solidaires
CLS	Contrat local de santé
CMI	Carte mobilité inclusion
CMP	Centre médico-psychologique
CMPEA	Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNH	Conférence nationale du handicap
CNR	Crédits non reconductibles
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COMETA	Coordination multi-établissements de traitement des listes d'attente
COPIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRA	Centre ressources autisme
CRH	Conférence régionale du handicap
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

DA	Déficience auditive
DAAC	Délégation académique à l'éducation artistique et à l'action culturelle
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DAPV	Dispositif d'Assistance au Projet de Vie
DAR	Dispositif d'autorégulation

DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DEAL	Direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DEETS	Direction de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DG	Directeur général / direction générale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGLA	Dispositif de gestion de liste d'attente
DI	Dispositif intégré
DITEP	Dispositif d'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
DM	Déficience motrice
DMP	Dossier médical partagé
DPTC	Difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DRAJES	Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DUI	Dossier usager informatisé
DV	Déficience visuelle

E

EA	Entreprise adaptée
EAM	Établissement d'accueil médicalisé
EANM	Établissement d'accueil non médicalisé
EATT	Entreprise adaptée de travail temporaire
EDAP	Équipe diagnostic autisme de proximité
EEAP	Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
EGM	États Généraux des Mobilités
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELAN (loi)	Évolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique
ELIAS	Équipe de liaison et d'intervention auprès d'adolescents en souffrance
EMAAF	Équipe mobile d'appui aux accueillants familiaux
EMAS	Équipe mobile d'appui à la scolarité
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
EPE	Equipe pluridisciplinaire d'évaluation
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
ESS	Équipe de suivi de scolarisation
ETP	Équivalent temps plein

F

FA	Fiche action
FALC	Facile à lire et à comprendre
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FAO	Foyer d'accueil occupationnel
FEHAP	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

G

GCS	Groupement de coopération sanitaire de moyens
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GHER	Groupe Hospitalier Est Réunion
GIP	Groupement d'intérêt public
GIP SAP	Groupement d'Intérêt Public des Services à la Personne
GOS	Groupe opérationnel de synthèse

H

H	Hébergement
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé

I

IA-DASEN	Inspecteur d'académie – Directeur académique des services de l'Éducation nationale

IDEC	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État coordonnateur/trice
IEDOM	Institut d'émission des départements d'outre-mer
IEM	Institut d'éducation motrice
IES	Institut d'éducation sensorielle
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IME	Institut médico-éducatif
IMP	Institut médico-pédagogique
IMPRO	Institut médico-professionnel
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRSAM	Institut régional des jeunes sourds et des jeunes aveugles
ITCS	Instance territoriale de concertation en santé

L

LSF	Langue des signes française

M

MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MFR	Maison familiale rurale
MO	Milieu ordinaire
MOPOP	Modalités pratiques opérationnelles
MPR	Médecine physique et de réadaptation
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle

O

OG	Organisme gestionnaire
OI	Océan Indien
ORP	Observatoire des ruptures de parcours
ORS	Observatoire régional de la santé
OR2S	Observatoire régional de la santé et du social

P

PAG	Plan d'accompagnement global
PALI	Plateforme d'appui au logement inclusif
PAS	Pôle d'appui à la scolarité
PCD	Président du Conseil Départemental
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PFR	Plateforme de répit
PHV	Personnes handicapées vieillissantes
PIB	Produit intérieur brut
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PMR	Personne à mobilité réduite
PPA	Projet personnalisé d'accompagnement
PRH	Pôle ressources handicap
PRS	Projet régional de santé 2023-2033
PTSM	Projet territorial de santé mentale

Q

QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville

R

RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RH	Ressources humaines
RP	Recensement de la population
RPS	Risques psychosociaux
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RSA	Revenu de solidarité active

S

SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAD	Services autonomie à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAPPH	Service d'accompagnement à la parentalité des personnes vivant avec un handicap
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SDOSMS	Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2025-2030 en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
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
SI	Système d'information
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SNPPE	Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance
SPDA	Service public départemental de l'autonomie
SRS	Schéma régional de santé 2023-2028
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

T

TDAH	Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité
TDI	Trouble du développement intellectuel
TDO	Transformation de l'offre
TND	Troubles neurodéveloppementaux
TO	Territoire de l'Ouest
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TSLA	Troubles spécifiques du langage et des apprentissages

U

UAT	Unité d'accueil temporaire
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
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USLD	Unité de soins de longue durée

V

VAE	Validation des acquis de l'expérience
VIAS	Vie intime, affective et sexuelle
VSL	Véhicule sanitaire léger

9. Annexes

Annexe 1 : Catégorie d'ESMS et missions

Tableau 84 – Signification et mission des différentes catégories d'ESMS

Catégorie ESMS	Signification et mission	Autorité d'autorisation
Établissements et services accueillant ou accompagnant des enfants et adolescents handicapés – Article L. 312-1 I 2°		
CMPP Centres médico-psycho-pédagogiques	Le CMPP accompagne les enfants, adolescents et jeunes adultes de 0 à 20 ans présentant des difficultés ou troubles psychiques, psychologiques, comportementaux, des apprentissages ou du neurodéveloppement, par des actions de repérage, diagnostic et accompagnement thérapeutique, éducatif et rééducatif, en lien avec leur famille et leurs lieux de vie.	Autorisation délivrée par le Directeur général de l'ARS (DGARS)
EEAP Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés	Les EEAP assurent le suivi médical, l'apprentissage des moyens de communication et le développement de l'éveil sensori-moteur et intellectuel des enfants et adolescents présentant un handicap grave à expression multiple, associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation, conformément aux plans personnalisés de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation.	Autorisation délivrée par le DGARS
IEM Instituts d'éducation motrice	Les IEM assurent la prise en charge des enfants et adolescents présentant une déficience motrice, conformément aux plans personnalisés de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation.	Autorisation délivrée par le DGARS
IES Instituts d'éducation sensorielle	Les IES assurent la prise en charge, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation, des enfants et adolescents présentant une déficience sensorielle.	Autorisation délivrée par le DGARS
DITEP Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques	Les DITEP assurent la prise en charge d'enfants, d'adolescents ou de jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques et des troubles du comportement qui perturbent leur accès aux apprentissages. Le DITEP permet de dépasser les cloisonnements des établissements et services pour offrir, seul ou en coopération avec les partenaires du territoire, une diversité d'interventions modulables et adaptables aux besoins du jeune.	Autorisation délivrée par le DGARS
SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (souvent adossé à un établissement)	Les SESSAD apportent aux jeunes de 0 à 20 ans et aux familles un accompagnement, un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé dans le cadre d'une inclusion scolaire ou autre lieu de vie.	Autorisation délivrée par le DGARS

Catégorie ESMS	Signification et mission	Autorité d'autorisation
Centres d'action médico-sociale précoce – Article L. 312-1 I 3°		
CAMSP Centres d'action médico-sociale précoce	Les CAMSP assurent le dépistage précoce et le traitement en cure ambulatoire des enfants de moins de 6 ans présentant un risque de handicap ou atteints d'un handicap sensoriel ou moteur en vue de réduire l'aggravation du handicap.	Autorisation conjointe délivrée par le DGARS et le président du Conseil Départemental (PCD)
Établissements ou services d'accompagnement par le travail, de réadaptation, de pré-orientation et de rééducation professionnelle – Article L. 312-1 I 5°		
ESAT Établissements et services d'accompagnement par le travail	Les ESAT accueillent des personnes handicapées dont les capacités de travail ne leur permettent pas, momentanément ou durablement, d'exercer une activité professionnelle en autonomie.	Autorisation délivrée par le DGARS
Établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes âgées – Article L. 312-1 I 6°		
EHPA Logements-foyers / établissements d'hébergement pour personnes âgées	Les logements-foyers sont des EHPA destinés au logement collectif à titre de résidence principale de personnes âgées non dépendantes, dans un immeuble comportant à la fois des locaux privatifs et des locaux communs destinés à la vie collective.	Autorisation par le PCD (si habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale)
EHPAD Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Les EHPAD assurent aux résidents, de manière collective, l'hébergement, la restauration, l'entretien et les soins nécessaires.	Autorisation conjointe du PCD et du DGARS
Services de soins infirmiers ou d'aide et d'accompagnement à domicile – Article L. 312-1 I 6° et 7°		
SAAD Services d'aide et d'accompagnement à domicile	Les SAAD fournissent des prestations d'aide aux activités quotidiennes aux personnes âgées en perte d'autonomie bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), aux personnes vivant avec un handicap bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques ou invalidantes.	Autorisation délivrée par le PCD
SSIAD Services de soins infirmiers à domicile	Les SSIAD organisent et dispensent des soins infirmiers et d'hygiène directement au domicile de personnes âgées de 60 ans et plus, et d'adultes de moins de 60 ans vivant avec un handicap ou atteintes de maladies chroniques.	Autorisation délivrée par le DGARS
Établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées – Article L. 312-1 I 7°		
EAM Établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées (foyers d'accueil médicalisés)	Les EAM (foyers d'accueil médicalisés selon la nomenclature FINESS) reçoivent des personnes vivant avec un handicap et ayant besoin d'une assistance pour l'essentiel des actes de la vie quotidienne ainsi que d'une médicalisation.	Autorisation conjointe du PCD et du DGARS
EANM Établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées	Les EANM pour personnes handicapées (foyers de vie ou occupationnels, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalents pour adultes handicapés selon la nomenclature FINESS) assurent l'hébergement de personnes dont le niveau d'autonomie ne nécessite pas, en théorie, une médicalisation de la prise en charge.	Autorisation délivrée par le PCD

Catégorie ESMS	Signification et mission	Autorité d'autorisation
MAS Maisons d'accueil spécialisées	Les MAS reçoivent des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou bien d'une association de ces handicaps, qui ne peuvent subvenir seules aux actes essentiels de la vie quotidienne.	Autorisation délivrée par le DGARS
SAMSAH Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés	Les SAMSAH accompagnent des personnes dont l'état nécessite des soins réguliers et coordonnés ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ordinaire.	Autorisation conjointe du DGARS et du PCD
SAVS Services d'accompagnement à la vie sociale	Les SAVS accompagnent les personnes adultes handicapées, travailleuses ou non, dans la réalisation de leur projet de vie : maintenir ou restaurer les liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires et professionnels, et faciliter leur accès aux services proposés par la collectivité.	Autorisation délivrée par le PCD

Extrait de l'instruction n° DGCS/SD4C/2022/240 du 7 décembre 2022, précisant le périmètre des champs de compétences des ESMS.

Annexe 2 : Grilles d'entretiens semi-directifs

Tableau 85 – Grille d'entretien semi-directif à destination des directions des ESMS

Thèmes	Question(s) principale(s)	Relances et sous-questions possibles
Transformation de l'offre	Que vous évoque la transformation de l'offre ?	Quelle est votre vision de la transformation de l'offre de votre ESMS à 3 ans ?
Liste d'attente et besoins du territoire	Quelle est votre stratégie de gestion de liste d'attente à l'heure actuelle ? Quels besoins de personnes en liste d'attente ou non accompagnés par les ESMS repérez-vous ? Quel est votre fonctionnement en ce qui concerne les plans d'accompagnement globaux ? (PAG)	Avez-vous prévu une évolution ? Si non, comment projetteriez-vous sa gestion dans les deux prochaines années ? Seriez-vous favorable à une porte d'entrée unique d'admission inter-opérateurs ?
Public accueilli et évolution	Quelle typologie de public vous pose des difficultés d'accompagnement par votre ESMS ? Que pensez-vous de faire évoluer votre typologie de public accueilli (âge, diagnostic) ?	Quelles améliorations (internes ou partenariales) proposeriez-vous pour fluidifier cet accompagnement ? Comment fonctionnent les coopérations autour des publics avec handicaps multiples ? Comment fonctionnent les coopérations autour des personnes accompagnées suivies par l'ASE et votre ESMS ?

Thèmes	Question(s) principale(s)	Relances et sous-questions possibles
Modularité des prestations	Repérez-vous une modalité d'accompagnement pour laquelle il y a un besoin et pour laquelle vous n'avez pas de réponse ? (accueil de jour, milieu ouvert, hébergement, accueil temporaire) Comment projetez-vous l'évolution de votre organisation pour permettre cette modularité ?	Si oui, faites-vous appel à d'autres ESMS pour mettre en place ces modalités ? Si vous n'avez pas de lien avec d'autres ESMS, pour quelles raisons ?
Fonction de coordination	Comment est organisée la coordination de parcours sur votre ESMS ? Quels sont les liens avec le droit commun ? Comment envisagez-vous l'évolution de cette coordination pour fluidifier le parcours sur un territoire ?	Comment communiquez-vous les informations à d'autres ESMS ? au droit commun ? Avez-vous envisagé la mise en place d'un PPA unique avec d'autres acteurs ? Comment projetteriez-vous la mise en place d'un PPA unique propre à la personne accompagnée ? Avez-vous une procédure unique d'évaluation partagée entre différents services ? entre différents ESMS ?
Transitions de parcours	Comment favorisez-vous les sorties de votre ESMS vers le milieu ordinaire dans l'accompagnement proposé ?	Quelles coopérations avez-vous mises en place pour faciliter les transitions entre ESMS ? Quelles sont les difficultés relevées qui amènent à des sorties sans réponse aux besoins ? Comment travaillez-vous à accompagner des parcours vers le milieu ordinaire pour vos jeunes adultes en amendement Creton ? Qu'est-ce qui permettrait de fluidifier la transition vers le secteur adulte ?
Fonction ressource	Comment définissez-vous la fonction ressource dans votre organisation ? Comment est-elle pilotée, formalisée, organisée ? Comment projetteriez-vous sa mise en place/son développement dans votre ESMS ? Quelles conditions sont nécessaires pour rendre cette fonction viable ?	Comment communiquez-vous autour de votre fonction ressource ? Quels partenaires seraient les plus concernés ?
Calcul de l'activité	Comment calculez-vous l'activité actuellement ?	Quelle évolution de ce mode de calcul est envisagée ? Quels freins relevez-vous pour fonctionner en file active ou en séquentiel ? Quels sont les motifs lors de la mise en place d'un séquentiel ? Qu'est-ce qui est proposé aux personnes accompagnées en séquentiel lorsqu'elles ne sont pas sur l'ESMS ?

Thèmes	Question(s) principale(s)	Relances et sous-questions possibles
Autodétermination	Comment les personnes accompagnées sont-elles incluses dans les prises de décision lors de changements dans votre organisation ?	Comment les supports sont-ils adaptés ? Quelles difficultés identifiez-vous pour développer l'autodétermination ? Quels axes d'amélioration sont envisagés ?
Adaptation de l'offre	Quelles prestations sont les plus compliquées à mettre en place ou manquent sur votre territoire ? Qu'est-ce que vous mettez en œuvre sur votre territoire pour développer l'inclusion ?	Comment s'organise votre accompagnement autour de : scolarité, insertion professionnelle, accès aux loisirs, culture et sports, accès aux soins, transports, habitat, PHV, VIAS. Quelles difficultés rencontrez-vous ? Quelles améliorations internes ou partenariales proposeriez-vous pour fluidifier ces articulations ?
Conduite de la transformation de l'offre	Sur quels thèmes de la transformation de l'offre souhaitez-vous être accompagné ? Sous quelle(s) forme(s) ? Quelle serait votre priorité ?	Quels thèmes devraient faire l'objet de groupes de travail ? Que vous évoque la notion de responsabilité populationnelle ?
Thème libre	Avez-vous des éléments à ajouter ?	

Tableau 86 – Grille d'entretien semi-directif à destination des professionnels des ESMS

Thèmes	Question(s) principale(s)	Relances et sous-questions possibles
Transformation de l'offre	Que vous évoque la transformation de l'offre ?	Quelle est votre vision de la transformation de l'offre de votre ESMS à 3 ans ?
Public accueilli et évolution	Quelle typologie de public vous pose des difficultés d'accompagnement par votre ESMS ? Que pensez-vous de faire évoluer votre typologie de public accueilli (âge, diagnostic) ?	Quelles améliorations (internes ou partenariales) proposeriez-vous pour fluidifier cet accompagnement ? Comment fonctionnent les coopérations autour des publics avec handicap multiples ? Comment fonctionnent les coopérations autour des personnes accompagnées suivis par l'ASE et votre ESMS ?
Modularité des prestations	Votre ESMS propose-t-il des changements de modalités d'accompagnement ? (milieu ordinaire, accueil de jour, hébergement) Si oui : Comment est-ce organisé ? Repérez-vous une modalité d'accompagnement pour laquelle il y a un besoin et pour laquelle vous n'avez pas de réponse ?	Comment projetez-vous l'évolution de votre organisation pour permettre cette modularité ?
Fonction de coordination	Comment est organisée la coordination de parcours sur votre ESMS ? Quels sont les liens avec le droit commun ? Comment envisagez-vous l'évolution de cette coordination pour fluidifier le parcours sur un territoire ?	Comment communiquez-vous les informations à d'autres ESMS ? au droit commun ?

Thèmes	Question(s) principale(s)	Relances et sous-questions possibles
Transitions de parcours	Comment envisagez-vous les sorties dans l'accompagnement proposé ?	Comment favorisez-vous les sorties vers le milieu ordinaire dans l'accompagnement proposé ? Quelles sont les difficultés relevées qui amènent à des sorties sans réponse aux besoins ? Comment travaillez-vous à accompagner des parcours vers le milieu ordinaire pour les personnes en amendement Creton ? Qu'est-ce qui permettrait de fluidifier la transition vers le secteur adulte ?
Fonction ressource	Quelles actions avez-vous déjà menées auprès du droit commun pour transmettre votre expertise ?	Sous quelle forme ? À qui s'adresse-t-elle ? Comment projetteriez-vous la mise en place/le développement de ces actions dans votre ESMS ?
Calcul de l'activité	Comment participez-vous au calcul de l'activité actuellement ?	Si séquentiel, quels sont les motifs lors de la mise en place d'un séquentiel ? Qu'est-ce qui est proposé aux personnes accompagnées en séquentiel lorsqu'elles ne sont pas sur l'ESMS ? Comment comptabilisez-vous l'activité pour le public en séquentiel ?
Autodétermination	Comment les personnes accompagnées et les familles sont-elles intégrées dans la construction du projet d'accompagnement ? Quel est votre rôle dans celle-ci ?	Comment les supports sont-ils adaptés pour faciliter la compréhension des personnes accompagnées ? Notamment le PPA ? Quelle est votre posture pour faciliter cette autodétermination ? Quelles difficultés identifiez-vous pour développer leur autodétermination ? Quels axes d'amélioration sont envisagés ?
Adaptation de l'offre	Qu'est-ce que vous mettez en œuvre sur votre territoire pour développer l'inclusion ? Quelles prestations sont les plus compliquées à mettre en place/manquent sur votre territoire ?	Comment s'organise votre accompagnement autour de : scolarité, insertion professionnelle, accès aux loisirs, culture et sports, accès aux soins, transports, habitat, PHV, VIAS. Quelles difficultés rencontrez-vous ? Quelles améliorations internes ou partenariales proposeriez-vous pour fluidifier ces articulations ?
Conduite de la transformation de l'offre	Sur quels thèmes de la transformation de l'offre souhaitez-vous être accompagné ? Sous quelle(s) forme(s) ? Quelle serait votre priorité ?	Quels thèmes devraient faire l'objet de groupes de travail ?
Thème libre	Avez-vous des éléments à rajouter ?	

Tableau 87 – Grille d'entretien semi-directif à destination des CVS, usagers, aidants

Thèmes	Question(s) principale(s)	Relances et sous-questions possibles
Transformation de l'offre	Que vous évoque la transformation de l'offre ?	Présentation des éléments relatifs à la transformation de l'offre.
Inclusion	Que faudrait-il selon vous pour développer l'inclusion ?	
Attentes, couverture des besoins du territoire	Pouvez-vous présenter ce que vous propose l'ESMS ? Quelles attentes avez-vous pour lesquelles vous n'avez pas de réponse ?	Quelles activités faites-vous avec l'établissement ? De manière générale, quels besoins des personnes accompagnées en ESMS vous semblent non couverts ou insuffisamment accompagnés ?
Modularité des prestations	Votre projet d'accompagnement est-il souple ? Vous propose-t-on d'autres types d'accompagnement ? (accueil temporaire, hébergement, accueil de jour, milieu ordinaire) Si ce n'est pas le cas : y a-t-il un type d'accompagnement dont vous auriez besoin et qui ne vous est pas proposé ?	Ces changements sont-ils inscrits dans votre projet personnalisé d'accompagnement (PPA) chaque année ? En cours d'année ? Des avenants sont-ils réalisés ? Êtes-vous accompagné par plusieurs ESMS ?
Fonction de coordination	Avez-vous une personne repère (référent, coordinateur) au sein de l'ESMS ? Vous aide-t-elle dans vos démarches en dehors de l'ESMS ?	Vous arrive-t-il de transmettre vous-même des informations sur votre projet à d'autres ESMS ou à d'autres professionnels ? Utilisez-vous des outils numériques ? Que penseriez-vous d'un projet d'accompagnement (PPA) unique, propre à chaque personne et mis à jour par tous les intervenants ?
Transitions de parcours	Comment êtes-vous accompagné, vous ou votre proche, au moment de la sortie de l'ESMS ?	Pour les enfants et les jeunes : en dehors d'une orientation vers un établissement pour adultes, quelles autres solutions de sortie envisagez-vous ? Avez-vous constaté un accompagnement spécifique pour les jeunes adultes de plus de 20 ans ? Quelles différences avez-vous remarquées ?
Fonction ressource	Avez-vous sollicité l'ESMS pour vous aider à aller vers une association ou un autre partenaire extérieur ?	Pour quel type d'aide : une prise de contact, une sensibilisation du partenaire… ?
Accueil séquentiel	L'ESMS propose-t-il un accueil séquentiel (accompagnement à temps partiel ou par périodes) ? Dans quelles situations ?	Que vous propose-t-on pendant les périodes où vous n'êtes pas à l'ESMS ?

Thèmes	Question(s) principale(s)	Relances et sous-questions possibles
Autodétermination et droits des personnes	Comment êtes-vous associés, vous et votre famille, à la construction de votre projet d'accompagnement ? Quel y est votre rôle ? Votre avis est-il suffisamment pris en compte dans votre projet ?	Que faudrait-il changer pour que votre avis soit encore mieux entendu ? Avez-vous des propositions ? Comment êtes-vous associés aux décisions de l'ESMS lorsque son organisation change ? Les documents remis par l'ESMS sont-ils simples à comprendre ? Des outils de communication adaptés vous sont-ils proposés ?
Aidants	Connaissez-vous des dispositifs d'aide ou de répit pour les aidants ? Repérez-vous des besoins, des types d'aide à développer ?	Comment voyez-vous l'avenir de votre enfant ou de votre proche dans 10 ou 20 ans ?
Adaptation de l'offre	Quels accompagnements manquent aujourd'hui dans votre ESMS (scolarité, insertion professionnelle, accès aux loisirs, à la culture et aux sports, accès aux soins, transports, habitat…) ? Quelles améliorations proposeriez-vous, au sein de l'ESMS ou avec ses partenaires ?	Comment se passe votre accompagnement autour de : la scolarité, l'insertion professionnelle, l'accès aux loisirs, à la culture et aux sports en milieu ordinaire, la prévention et l'accès aux soins, les transports, l'habitat et le maintien à domicile, l'avancée en âge (adultes), la VIAS ? Quelles difficultés rencontrez-vous ? Quelles améliorations proposeriez-vous pour mieux articuler ces parcours ? Transports : pour quelles activités manque-t-il des solutions de transport ? Les changements dans votre accompagnement (rythme, lieux) ont-ils des conséquences sur vos déplacements ? Habitat : quelles difficultés rencontrez-vous dans vos démarches liées au logement ? Un type d'habitat serait-il à développer ?
Conduite de la transformation de l'offre	Sur quels thèmes de la transformation de l'offre (parcours, inclusion, autodétermination, fonction ressource…) avez-vous été informé ?	Souhaiteriez-vous participer à des journées d'information, des conférences ou des groupes de réflexion ? Sur quels thèmes ?
Thème libre	Avez-vous des éléments à ajouter ? Des questions à poser ?	

Annexe 3 : Questionnaires

Tableau 88 – Questionnaire État des lieux de la transformation de l'offre à destination des directions des ESMS

Grille de questions à destination des ESMS

> Questionnaire d'état des lieux de la transformation de l'offre auprès des établissements et services médico-sociaux.

N°	Questions et champs renseignés
1 Identification de la structure	
1	Organisme gestionnaire

N°	Questions et champs renseignés
2	Nom de l'ESMS
3	Type ESMS
4	Typologie du handicap du public accueilli
2 Capacités autorisées et âges des publics	
5	En accueil de jour : nombre de places autorisées
6	Tranche d'âge accueil de jour
7	En milieu ouvert : nombre de places autorisées
8	Tranche d'âge milieu ouvert
9	En hébergement : nombre de places autorisées
10	Tranche d'âge hébergement
11	En accueil temporaire nombre de places autorisées
12	Tranche d'âge hébergement temporaire
3 Couverture territoriale	
13	Quelle est votre zone d'intervention ? Cochez les communes
14	Précisez s'il existe une zone géographique qui n'est pas couverte parmi les communes que vous avez cochées
15	Identifiez-vous des zones blanches dans la couverture territoriale des ESMS pour votre public accueilli ?
4 Accès aux accompagnements et admissions	
16	Combien de personnes sont inscrites sur votre liste d'attente ?
17	Le nombre de personnes inscrites sur votre liste d'attente comprend :
18	Estimation du délai moyen de contact des personnes sur liste d'attente
19	Des personnes inscrites sur votre liste d'attente ont-elles été réorientées vers le droit commun ?
20	Nombre de personnes réorientées vers le droit commun
21	Existe-t-il une instance partagée d'admission avec un autre ESMS ?
22	Cette instance partagée d'admission concerne
23	Citez les ESMS concernés
24	Nombre de personnes accompagnées dans votre établissement dans le cadre d'un PAG
25	Votre ESMS a refusé des admissions en 2025
26	Motifs des refus
5 Fonctionnement et description des prestations	
27	Est-ce que votre ESMS fonctionne en file active ?
28	Avez-vous prévu de tester un fonctionnement en file active en 2026-2027 ?
29	Faites-vous des accueils séquentiels ?
30	Avez-vous prévu de tester les accueils séquentiels en 2026-2027 ?
31	Avez-vous cartographié vos prestations existantes selon la nomenclature SERAFIN-PH ?
32	Prévoyez-vous de cartographier vos prestations existantes selon la nomenclature SERAFIN-PH en 2026 ou 2027 ?

N°	Questions et champs renseignés
33	Cochez les prestations directes que votre ESMS propose aux personnes accompagnées
34	Les Dossiers Uniques Informatisés des personnes accompagnées sont-ils renseignés à l'aide de la nomenclature Serafin-PH ?
6 Modularité et coordination des parcours	
35	Proposez-vous des parcours avec modalités d'accompagnement multiples aux personnes accompagnées : accueil de jour/milieu ouvert/hébergement ? (en lien ou non avec d'autres ESMS)
36	Ces modalités d'accompagnement sont proposées
37	Citez les ESMS d'autres OG concernés
38	Quels types de modalités d'accompagnement proposez-vous aux personnes que vous accompagnez
39	Les modifications des modalités d'accompagnement sont-elles inscrites au Projet Personnalisé d'Accompagnement PPA ?
40	Faites-vous des modifications de modalités d'accompagnement en cours de PPA ?
41	La fonction de coordination de parcours est-elle assurée par des professionnels dédiés ?
42	Précisez le temps partiel
43	Citez les autres missions du professionnel assurant la fonction de coordination de parcours
44	Estimation du nombre de situations par professionnel assurant la fonction de coordination de parcours
45	Le PPA de la personne accompagnée est-il construit à partir de la nomenclature des besoins et des prestations ?
46	Le PPA de la personne accompagnée est-il communiqué à d'autres ESMS ?
47	Le PPA de la personne accompagnée est-il communiqué à des acteurs du droit commun ?
48	Le PPA de la personne accompagnée contient-il des objectifs co-portés ?
7 Fonction ressource	
49	Réalisez vous des prestations EXTERNES de soutien-expert ? (interventions individualisées visant à accompagner la coordination des parcours des personnes accompagnées : conception PPA, évaluations...)
50	Estimation du nombre de professionnels réalisant cette prestation
51	Estimation du nombre d'actions réalisées sur l'année 2025
52	Avez-vous prévu de développer cette prestation externe de soutien-expert en 2026-2027 ?
53	Réalisez-vous des prestations EXTERNES d'appui-ressources ? (interventions ponctuelles ou régulières, ciblées, à visée technique ou méthodologique : conseils, actions d'informations ou de sensibilisation...)
54	Quels thèmes sont concernés
55	Estimation du nombre de professionnels réalisant cette prestation
56	Estimation du nombre d'actions réalisées sur l'année 2025
57	Avez-vous prévu de développer cette prestation externe d'appui-ressources en 2026-2027 ?
58	Quels thèmes seraient concernés
59	Réalisez-vous des prestations d'animation de réseaux de partenaires EXTERNES ? (organisation d'évènements tels que séminaires, webinaires, des groupes de travail et d'échanges de bonnes pratiques...)
60	Quels thèmes sont concernés
61	Estimation du nombre d'actions réalisées sur l'année 2025

N°	Questions et champs renseignés
62	Avez-vous prévu de développer cette prestation d'animation de réseaux de partenaires en 2026-2027 ?
63	Quels thèmes seraient concernés
64	Réalisez-vous des prestations EXTERNES de soutien au développement de projets liés à l'adaptation de l'offre ? (accompagnement d'acteurs du territoire dans une démarche de développement de projets...)
65	Quels thèmes sont concernés
66	Estimation du nombre d'actions réalisées sur l'année 2025
67	Avez-vous prévu de développer cette prestation de soutien au développement de projets liés à l'adaptation de l'offre en 2026-2027 ?
68	Quels thèmes seraient concernés
69	Réalisez-vous une enquête de satisfaction auprès des personnes ciblées par la fonction ressource ?
8 Autodétermination et communication	
70	Quel est le pourcentage de professionnels formés à l'autodétermination dans votre ESMS ?
71	Combien de professionnels sont prévus en formation sur ce thème de l'autodétermination en 2026-2027 ?
72	Quel est le pourcentage de professionnels formés à la Communication Alternative et Améliorée dans votre ESMS ?
73	Combien de professionnels sont prévus en formation sur ce thème de CAA en 2026-2027 ?
74	Le PPA contient-il systématiquement une évaluation ou un objectif sur la CAA ?
75	Des actions de pair-aidance sont-elles réalisées sur votre ESMS ?
76	Si des actions de pair-aidance sont réalisées, quels thèmes sont abordés ?
9 Information et mobilisation autour de la transformation	
77	Avez-vous informé les professionnels sur la transformation de l'offre ?
78	Avez-vous déjà mobilisé les professionnels sur la transformation de l'offre ?
79	Avez-vous informé les personnes accompagnées, leurs aidants sur la transformation de l'offre ?
80	Avez-vous déjà mobilisé les personnes accompagnées, leurs aidants sur la transformation de l'offre ?
81	Sur quelle(s) thématique(s) souhaiteriez-vous être accompagné ?
10 Double vulnérabilité et amendement Creton	
82	Pourcentage des enfants en double vulnérabilité (protection de l'enfance et handicap) parmi les personnes accompagnées par votre ESMS
83	Votre ESMS est-il sollicité pour l'accueil ou l'accompagnement d'enfants suivis par l'ASE ? (hors places dédiées ASE)
84	Quels sont les principaux freins repérés à l'accueil des enfants à double vulnérabilité ? (sous forme de tirets, 1 idée par tiret)
85	Quels sont les principaux freins repérés pour la sortie des personnes accompagnées sous amendement Creton vers des parcours en inclusion, en alternative aux places en établissements pour adultes ?
11 Accompagnement des aidants	
86	Proposez-vous des actions à destination des aidants ?
87	Sous quelles modalités

N°	Questions et champs renseignés
88	Estimation du nombre d'actions collectives à destination des aidants sur 2025
89	Précisez les thèmes abordés collectivement
90	Lister les partenaires principaux mobilisés autour du thème des aidants
91	Avez-vous conventionné avec des acteurs du droit commun sur cette thématique des aidants ?
92	Préciser les partenaires concernés par ces conventions
12 Vie intime affective et sexuelle	
93	Quel est le pourcentage de professionnels formés à la VIAS sur votre ESMS ?
94	Le PPA contient-il systématiquement une évaluation ou un objectif sur le thème de la VIAS ?
95	Lister les partenaires principaux mobilisés autour du thème de la VIAS
96	Avez-vous conventionné avec des acteurs du droit commun sur cette thématique VIAS ?
97	Lister les partenaires concernés par ces conventions
13 Accès aux soins et prévention en santé	
98	Avez-vous mis en place un bilan de santé annuel ?
99	Réalisez-vous des actions de prévention à la santé à destination des personnes accompagnées ?
100	Quels thèmes sont abordés ?
101	Proposez-vous des actions d'habituation aux soins en amont de consultations médicales et paramédicales ?
102	Pour quelles spécialités médicales repérez-vous des difficultés d'accès aux soins pour votre public ?
103	Pour quelles professions paramédicales repérez-vous des difficultés d'accès aux soins pour votre public ?
104	Avez-vous conventionné avec des acteurs de la santé ?
105	Nombre de conventions
106	Lister les partenaires concernés par ces conventions
14 Mobilité et transports	
107	Des prestations sont annulées par manque de transport
108	Les transports freinent la mise en place de prestations en milieu ordinaire
109	Les transports sont/seront bloquants pour l'ajustement de l'intensité de votre accompagnement
110	Les transports sont/seront bloquants pour proposer une modularité des prestations pour la personne
111	Proposez-vous un soutien à l'inscription aux services de transport adapté ?
112	Le PPA contient-il systématiquement une évaluation ou un objectif pour l'apprentissage de l'utilisation des transports en commun ?
15 Vie sociale loisirs culture et sport	
113	Proposez-vous un accompagnement pour permettre l'inscription et la participation à des activités de loisirs, culturelles ou sportives dans le milieu ordinaire ?
114	Des personnes accompagnées participent-elles en autonomie à une activité en inclusion de loisirs, culturelle ou sportive ?
115	Estimation du nombre d'adhérents à des associations de lien social, culturelles, sportives ou de loisirs parmi les personnes accompagnées par votre ESMS

N°	Questions et champs renseignés
116	Estimation du nombre de bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap dans le cadre de la participation sociale en complément de l'accompagnement de l'ESMS
117	Avez-vous conventionné avec des acteurs du droit commun sur cette thématique de l'accès aux loisirs, à la culture et aux sports ?
118	Nombre de conventions
119	Lister les partenaires concernés par ces conventions
16 Scolarisation	
120	Le public de votre ESMS est en âge scolaire
121	Taux de scolarisation des moins de 16 ans
122	Pourcentage de scolarisation en milieu ordinaire modalité UEE
123	Nombre d'heures de classe hebdomadaire moyen en UEE
124	Nombre d'heures de classe hebdomadaire moyen en inclusion en classe ordinaire pour les élèves UEE
125	Pourcentage de scolarisation en milieu ordinaire modalité ULIS
126	Nombre d'heures de classe hebdomadaire moyen en ULIS
127	Nombre d'heures de classe hebdomadaire moyen en inclusion en classe ordinaire pour les élèves ULIS
128	Avez-vous conventionné avec des écoles, collèges, lycées ? (hors convention de création et de fonctionnement d'une UEE)
129	Nombre de conventions
130	Lister les partenaires concernés par ces conventions
17 Insertion professionnelle	
131	Votre ESMS propose de l'accompagnement à l'insertion professionnelle
132	Pourcentage d'inscription à France Travail (parmi les personnes accompagnées ayant un projet professionnel)
133	Pourcentage de personnes accompagnées ayant participé à des évènements sur le thème de l'insertion professionnelle en 2025 (parmi les personnes accompagnées ayant un projet professionnel)
134	Pourcentage de personnes accompagnées ayant fait un stage en milieu ordinaire en 2025 (parmi les personnes accompagnées ayant un projet professionnel)
135	Pourcentage de personnes accompagnées ayant suivi une action de formation en 2025 (parmi les personnes accompagnées ayant un projet professionnel)
136	Nombre de sorties vers un centre de formation ou un emploi en 2025
137	[ESAT] Pourcentage de travailleurs d'ESAT en temps partiel avec une entreprise adaptée ou du milieu ordinaire
138	[ESAT] Pourcentage de travailleurs d'ESAT ayant effectué des mises à disposition en 2025
139	Lister les partenaires principaux mobilisés autour du thème de l'insertion professionnelle
140	Avez-vous conventionné avec des acteurs du droit commun autour du thème de l'insertion professionnelle ? (hors convention de stage)
141	Lister les partenaires concernés par ces conventions
18 Habitat	
142	Votre ESMS propose-t-il des accompagnements pour la réalisation du choix d'habitat de la personne accompagnée ? (accès ou maintien à un logement de tout type)

N°	Questions et champs renseignés
143	Les personnes accompagnées ont-elles reçu toutes les informations sur les modes d'habitat possibles ?
144	Le choix de mode d'habitat des personnes accompagnées est-il systématiquement inscrit au PPA ?
145	Avez-vous engagé des actions en faveur de l'adaptation architecturale de vos établissements dans le cadre de la transformation de l'offre ?
146	Avez-vous déjà accompagné des personnes vers d'autres types d'habitat que l'ESMS ?
147	Lister les types d'habitat et acteurs concernés
148	Avez-vous conventionné avec des acteurs du droit commun autour du thème de l'habitat ?
149	Lister les partenaires concernés par ces conventions
19 Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes	
150	Votre ESMS accompagne des personnes vieillissantes vivant avec un handicap (plus de 45 ans)
151	Pourcentage de personnes de plus de 45 ans dans votre ESMS
152	Pourcentage de personnes de plus de 55 ans dans votre ESMS
153	Proposez-vous un plan de prévention personnalisé spécifique au vieillissement inclus au PPA pour les plus de 45 ans ?
154	Des actions de prévention et dépistage des fragilités spécifiques à ce public sont-elles organisées sur votre ESMS ? (somatique, douleur, nutrition, autonomie, locomoteur, sensoriel, cognitif, psy)
155	Quels thèmes sont abordés dans ces actions de prévention et dépistage ?
156	Les professionnels de votre ESMS ont-ils réalisé des sensibilisations / informations aux établissements et services du secteur des personnes âgées en 2025 ?
157	Les professionnels de votre ESMS ont-ils été sensibilisés par des établissements et services du secteur des personnes âgées en 2025 ?
158	Lister les partenaires principaux mobilisés pour l'accompagnement des personnes vieillissantes vivant avec un handicap
159	Avez-vous conventionné avec des acteurs du secteur des personnes âgées ?
160	Lister les partenaires concernés par ces conventions
20 Commentaire libre	
161	Commentaire libre

Tableau 89 – Questionnaire État des lieux de la transformation de l'offre à destination des partenaires du médico-social

Grille de questions à destination des partenaires médico-sociaux

> Questionnaire des partenaires médico-sociaux.

N°	Questions et champs renseignés
1 Identification du dispositif et public accompagné	
1	Nom de votre dispositif
2	Catégorie
3	Quel type de public accompagnez-vous ?
2 Couverture territoriale et besoins non couverts	
4	Identifiez-vous des zones blanches géographiques pour votre intervention ?

N°	Questions et champs renseignés
5	Précisez lesquelles
6	Votre zone d'intervention est-elle adaptée à vos missions et votre public ?
7	Précisez pourquoi
8	Quels besoins non couverts par vos prestations repérez-vous pour le public que vous accompagnez ?
3 Participation aux instances territoriales	
9	À quelles instances territoriales participez-vous ?
4 Accès au dispositif et orientations	
10	Avez-vous une liste d'attente ?
11	Quel est le délai d'attente moyen en 2025 pour votre intervention ?
12	Comment a évolué votre liste d'attente en 2025 ?
13	Quelle part des personnes que vous accompagnez provient du milieu ordinaire ?
14	Quelles améliorations sur l'orientation vers votre dispositif proposeriez-vous ?
15	Quelle part des situations orientez-vous vers le milieu ordinaire sans accompagnement des Établissements et Services Médico-Sociaux ?
5 Coopération avec les ESMS	
16	À quelle fréquence travaillez-vous avec des ESMS ?
17	Avec quels types d'ESMS coopérez-vous régulièrement ?
18	Sur quels thèmes porte principalement cette coopération ?
19	Comment qualifieriez-vous globalement la coopération avec les ESMS ?
20	Quels sont les points forts des coopérations actuelles ?
21	Quels sont les principaux freins repérés ?
6 Dispositifs intégrés et projet personnalisé partagé	
22	Dans la perspective du déploiement des dispositifs intégrés pour les ESMS enfants, quel pourrait être votre rôle par rapport à ceux-ci ?
23	Avez-vous envisagé la mise en place d'un Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) unique avec d'autres acteurs ?
24	Comment votre dispositif s'articulerait-il avec un PPA unique incluant plusieurs associations médico-sociales et les acteurs du droit commun ?
7 Coordination et continuité des parcours	
25	Quels sont les principaux freins identifiés dans vos missions de coordination ?
26	Observez-vous des doublons, des chevauchements dans les fonctions de coordination ?
27	Précisez lesquels
28	Observez-vous des besoins non couverts dans les fonctions de coordination sur votre territoire ?
29	Précisez lesquels
30	Quelles sont les principales causes de ruptures de parcours que vous constatez ?
31	Quels leviers repérez-vous pour les réduire ?
8 Fonction ressource	
32	Combien de prestations ressources avez-vous réalisées ces 3 derniers mois ?

N°	Questions et champs renseignés
33	Quels types de prestations ressources avez-vous réalisés ces 3 derniers mois ?
34	Quels thèmes abordez-vous lors de vos prestations ressources ?
35	Quels sont les publics visés par ces prestations ressources ?
36	Êtes-vous en attente de prestations de fonctions ressources de la part d'ESMS vers votre dispositif ?
37	Précisez le type et le thème des prestations attendues
9 Autodétermination communication et pair-aidance	
38	Quel pourcentage de votre équipe est formé à l'autodétermination ?
39	Quel pourcentage de votre équipe est formé à la Communication Alternative et Améliorée ?
40	Quelles difficultés identifiez-vous pour développer l'autodétermination ?
41	Quels axes d'amélioration sont envisagés ?
42	Intégrez-vous de la pair-aidance dans vos prestations ?
43	Avez-vous prévu de développer des actions de pair-aidance ?
10 Accompagnement des aidants	
44	Quels sont les besoins des aidants les plus fréquemment exprimés ?
45	Selon vous, quelle offre est manquante à destination des aidants ?
46	Avez-vous conventionné avec des acteurs du droit commun sur cette thématique des aidants ?
47	Préciser les partenaires concernés par ces conventions
11 Scolarisation	
48	Comment évaluez-vous l'articulation avec les partenaires de l'Éducation nationale ?
49	Quelles améliorations (internes ou partenariales) proposeriez-vous pour fluidifier cette articulation ?
12 Insertion professionnelle	
50	Comment évaluez-vous l'articulation avec les partenaires de l'insertion professionnelle ?
51	Quelles améliorations (internes ou partenariales) proposeriez-vous pour fluidifier cette articulation ?
52	Avez-vous conventionné avec des acteurs du droit commun sur cette thématique de l'insertion professionnelle ?
53	Préciser les partenaires concernés par ces conventions
13 Vie sociale loisirs culture et sport	
54	Comment évaluez-vous l'articulation avec les partenaires du secteur des loisirs, de la culture et du sport ?
55	Quelles améliorations (internes ou partenariales) proposeriez-vous pour fluidifier cette articulation ?
56	Avez-vous conventionné avec des acteurs du droit commun sur cette thématique des loisirs, de la culture et du sport ?
57	Préciser les partenaires concernés par ces conventions
14 Accès aux soins	
58	Comment évaluez-vous l'articulation avec les partenaires du secteur médical ?
59	Quelles améliorations (internes ou partenariales) proposeriez-vous pour fluidifier cette articulation ?

N°	Questions et champs renseignés
60	Avez-vous conventionné avec des acteurs du secteur médical ?
61	Préciser les partenaires concernés par ces conventions
15 Mobilité et transports	
62	Les transports sont-ils un frein dans la mise en place des parcours en inclusion ?
63	Des prestations sont-elles annulées par manque de solution de transport ?
64	Quelles problématiques principales relevez-vous sur la thématique des transports ?
16 Habitat et maintien à domicile	
65	Comment évaluez-vous l'articulation avec les partenaires du logement et du maintien à domicile ?
66	Quelles améliorations (internes ou partenariales) proposeriez-vous pour fluidifier cette articulation ?
67	Quels freins repérez-vous pour le maintien au domicile des personnes que vous accompagnez ?
68	Quels freins relevez-vous pour l'accès à un habitat inclusif pour les personnes que vous accompagnez ?
69	Avez-vous conventionné avec des acteurs du secteur du logement ou du maintien à domicile ?
70	Préciser les partenaires concernés par ces conventions
17 Accompagnement du vieillissement	
71	Comment évaluez-vous l'articulation avec les partenaires du secteur des personnes âgées ?
72	Quelles améliorations (internes ou partenariales) proposeriez-vous pour fluidifier cette articulation ?
73	Avez-vous conventionné avec des acteurs du secteur des personnes âgées ?
74	Préciser les partenaires concernés par ces conventions
18 Autres partenaires	
75	Lister vos autres partenaires principaux s'ils ne correspondent pas aux catégories ci-dessus (hors ESMS)
19 Perspectives de transformation et priorités	
76	Quelle est votre vision de l'impact de la transformation de l'offre sur votre dispositif à 3 ans ?
77	Quelle est votre vision de l'impact de la transformation de l'offre sur votre dispositif à 10 ans ?
78	Quels thèmes de la transformation de l'offre médico-sociale souhaitez-vous investir en partenariat avec les ESMS ?
79	Quels autres thèmes devraient faire l'objet de groupes de travail selon vous ?
80	Quelles seraient selon vous les trois priorités pour l'amélioration des parcours ?
20 Commentaire libre	
81	Commentaire libre

Tableau 90 – Questionnaire État des lieux de la transformation de l'offre à destination des associations et des partenaires généralistes

Grille de questions à destination des associations représentantes d'usagers et d'aidants, et de tout acteur du territoire

Questionnaire généraliste des associations et partenaires du territoire.

N°	Questions et champs renseignés
1 Identification missions publics et territoire	
1	Nom de votre structure ou fonction de représentation
2	Catégorie partenaire
3	Quelle est la mission principale de votre structure auprès des personnes vivant avec un handicap et/ou de leurs proches ?
4	Quelles tranches d'âge concernent principalement votre action auprès des personnes vivant avec un handicap ?
5	Quels types de handicap ou de situations rencontrez-vous principalement ?
6	Sur quel territoire intervenez-vous auprès des personnes vivant avec un handicap ?
2 Besoins et réponses disponibles	
7	Quels sont les principaux besoins que vous repérez chez les personnes vivant avec un handicap et/ou leurs proches ?
8	Parmi ces besoins, lesquels vous semblent aujourd'hui les moins bien couverts ?
9	Selon vous, pour quelle(s) raison(s) ?
10	Certains publics vivant avec un handicap vous semblent-ils particulièrement concernés par un manque de réponses adaptées ?
11	Certaines tranches d'âge vous semblent-elles particulièrement concernées par un manque de réponses adaptées ?
3 Ruptures et difficultés de parcours	
12	Dans votre activité, observez-vous des ruptures de parcours ou des situations sans solutions adaptées pour des personnes vivant avec un handicap ?
13	Dans quelles situations ces ruptures apparaissent-elles le plus souvent ?
14	Selon vous, quelles sont les principales causes des difficultés de parcours des personnes vivant avec un handicap ?
15	Précisez votre réponse sur le(s) thème(s) choisi(s)
16	Selon vous, quelle(s) solution(s) pourraient être mises en place ?
4 Accès aux soins aux droits et aux services de droit commun	
17	Quelles difficultés observez-vous dans l'accès aux soins, aux droits ou aux services de droit commun ?
18	Précisez votre réponse sur le(s) thème(s) choisi(s)
19	Selon vous, quelle(s) solution(s) pourraient être mises en place ?
5 Coopérations entre acteurs	
20	Dans le cadre de l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap, avec quels acteurs coopérez-vous le plus souvent ?
21	Qu'est-ce qui fonctionne bien dans les coopérations autour des situations de handicap ?
22	Qu'est-ce qui freine aujourd'hui la coopération entre acteurs autour des situations de handicap ?

N°	Questions et champs renseignés
23	De quoi auriez-vous besoin pour mieux coopérer autour des situations de handicap ?
24	Précisez votre réponse si vous le souhaitez
6 Ressources évolutions prioritaires et appui médico-social	
25	Quelles ressources, initiatives ou bonnes pratiques en faveur des personnes vivant avec un handicap mériteraient d'être mieux connues ou renforcées ?
26	Selon vous, quelles évolutions seraient prioritaires pour mieux accompagner ces personnes sur le territoire ?
27	Précisez votre réponse si vous le souhaitez
28	Comment les structures médico-sociales pourraient-elles mieux soutenir les acteurs du territoire dans l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap ?
29	Avez-vous un message ou une proposition à faire remonter concernant l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap ?
7 Participation aux suites du diagnostic	
30	Accepteriez-vous d'être recontacté pour la suite du diagnostic ? (restitution, groupe de travail...)
31	Merci d'indiquer les coordonnées de la personne à contacter : Nom / fonction / mail / téléphone
32	Quel(s) format(s) vous sembleraient les plus adaptés pour participer aux prochains temps d'échange ?
33	Souhaitez-vous préciser votre réponse ?
34	Y a-t-il une thématique que vous souhaiteriez voir abordée en priorité lors de ces temps d'échange ?
8 Commentaire libre	
35	Commentaire libre

10. Bibliographie et sources

Cette bibliographie recense les références mobilisées dans le diagnostic régional : les références des notes de bas de page, les sources indiquées sous les tableaux, graphiques et figures, ainsi que les textes et documents cités dans le corps du texte et les fiches de cadrage des objectifs.

1. Textes législatifs et règlementaires

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 *d'orientation en faveur des personnes handicapées*. JORF du 1er juillet 1975.

Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 *portant diverses mesures d'ordre social*, article 22 dit « amendement Creton », codifié à l'article L. 242-4 du Code de l'action sociale et des familles.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. JORF n° 36 du 12 février 2005.

Organisation des Nations unies. *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, adoptée le 13 décembre 2006, ratifiée par la France le 18 février 2010 (publiée par le décret n° 2010-356 du 1er avril 2010).

Circulaire n° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 *relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes*.

Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 *portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (loi ELAN)*.

Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 *relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences*.

Instruction n° DGCS/SD4C/2022/240 du 7 décembre 2022. Extrait relatif au périmètre des champs de compétences des ESMS reproduit en annexe 1 du diagnostic.

Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 *relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du Code de l'action sociale et des familles et portant diverses dispositions*.

Circulaire n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 *relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes vivant avec un handicap 2024-2030 issu de la Conférence nationale du handicap 2023*.

Décret du 5 juillet 2024 *relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux*. JORF n° 0159 du 6 juillet 2024.

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049889025

Code de l'action sociale et des familles. Article L. 312-7-1 et annexe 2-12 (fonctionnement en dispositif intégré).

2. Plans, schémas et documents de planification

Agence régionale de santé La Réunion. *Projet régional de santé (PRS) La Réunion 2023-2033*.

Agence régionale de santé La Réunion. *Schéma régional de santé (SRS) 2023-2028, révisé au 6 janvier 2026 ; Projet territorial de santé mentale (PTSM) de La Réunion 2025-2030 ; Convention-cadre régionale relative au fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux pour enfants. 2026 ; Protocole relatif aux situations relevant de l'amendement Creton. Mai 2026 ; Programmation régionale du plan « 50 000 solutions » 2024-2030.*

Département de La Réunion. *Contrat départemental de prévention et de protection de l'enfance. Adopté en 2025 ; Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) personnes âgées – personnes handicapées 2025-2030.*

Ministère chargé des solidarités. *Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance (SNPPE) 2025-2027*.

Présidence de la République, Gouvernement. *Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023*. Dossier de presse.

Région académique de La Réunion. *Rentrée scolaire 2026-2027 : l'école au cœur. Dossier de presse, 2026 ; Plan de formation « École pour tous » 2025-2027.*

Région Réunion, État. *États généraux des mobilités de La Réunion*. 2023.

Charte Romain Jacob *pour l'accès à la santé des personnes vivant avec un handicap*. 2014. Déclinaison départementale à La Réunion.

3. Rapports, études et recommandations

Agefiph. *Emploi et chômage des personnes handicapées. Tableau de bord*. 2024.

Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP). *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. Campagne 2024 ; La transformation vers une offre de services coordonnés. 2025.*

ARMOS Océan Indien. *Rapport annuel*. 2026.

Assemblée nationale. Question écrite n° 9723 : réponse du ministère de l'Éducation nationale. Journal officiel du 14 avril 2026.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). *Attribution des droits par les MDPH en 2023*. Repères statistiques n° 23, avril 2025.

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2025-04/PUB-RS-23_MDPH_VF-access.pdf

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). *Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux*. Repères statistiques n° 24, avril 2025 (données 2023).

https://cnsa.fr/sites/default/files/2025-04/PUB-RS-24-tensions-ESMS_DFO_ML_MBC_VF.pdf

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). *Réponse accompagnée pour tous (RAPT). Données 2024 ; SERAFIN-PH : services et établissements, réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées. Nomenclatures des besoins et des prestations.*

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Le handicap en chiffres. Édition 2024*. Panoramas de la DREES, novembre 2024.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/HANDICAP24.pdf

Panoramas de la DREES, social, plaquette de présentation, édition 2024.

EPSMR, Équipe mobile d'appui aux accueillants familiaux (EMAAF). Plaquette de présentation, juin 2024.

Fondation pour le logement des défavorisés. *L'état du mal-logement en France. 31e rapport annuel, Synthèse* 2026.

https://www.fondationpourlelogement.fr/wp-content/uploads/2026/04/webcorrigee15avril-synthesereunion2026-1.pdf

Haute Autorité de santé (HAS). *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, 2018 ; Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS. Volet 1 : socle transversal. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, février 2025* https://has-sante.fr/jcms/p_3590098/fr/accompagner-la-vie-intime-affective-et-sexuelle-des-personnes-en-essms-volet-1-socle-transversal *; Évaluer la coordination territoriale dans les accompagnements. Fiche pratique, évaluation des ESSMS, 2026.*

Inspection générale des affaires sociales (IGAS). *Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?* Rapport n° 2024-017R, mars 2025.

https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2025-03/2024-017R%20rapport%20.pdf

Inspection générale des finances (IGF), Inspection générale des affaires sociales (IGAS). *Divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (AAH, AEEH, PCH, APA, ASH) et panorama des aides extralégales*. Rapport, juillet 2025.

Insee (Dehon M.). *Une population en hausse et vieillissante, malgré des naissances nombreuses. Projections de population à La Réunion à l'horizon 2050*. Insee Analyses Réunion n° 77, novembre 2022.

https://www.insee.fr/fr/statistiques/6664672

Insee, DEAL La Réunion (Fabre É., Garoche B., Coudrin C., Peton A.). *172 500 logements à construire entre 2021 et 2050. Les besoins en logements à La Réunion à l'horizon 2050*. Insee Analyses Réunion n° 93, novembre 2024.

https://www.insee.fr/fr/statistiques/8282207

Ipsos. *Observatoire de la performance sociale*. 2024.

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de La Réunion. Étude flash sur les besoins d'aide humaine à la scolarisation (AESH) au 31 août 2025. Décembre 2025.

Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. *Les centres de santé. Page d'information, 2025 ; Les maisons de santé. Page d'information, 2026.*

Observatoire régional de la santé (ORS) La Réunion. *L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés à La Réunion. Tableau de bord. Édition 2025 ; Portrait régional. Juin 2026.*

Piveteau D. et al. *« Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes vivant avec un handicap et pour leurs proches*. Rapport, juin 2014.

4. Données statistiques et bases de données

Assurance maladie (régimes d'assurance maladie). *Données 2023 ; Data Ameli : effectifs de professionnels de santé libéraux par territoire, La Réunion. 2024.*

Caisse d'allocations familiales (CAF) de La Réunion. *Données allocataires*. 2024 *; données CAF exploitées par l'OR2S au 31 décembre 2023.*

Comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI) de La Réunion. *État de la scolarisation. 2025 ; Bilan des pôles d'appui à la scolarité (PAS) 2025-2026.*

Département de La Réunion. *Aide : habitat inclusif. Listing des habitats inclusifs*.

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). *Données 2024*.

DREES, ARS La Réunion. *Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)*. Situation extraite en octobre 2026, cartographie au 1er janvier 2026.

IEDOM. *Cartographie des intercommunalités de La Réunion*. 2024 (adaptation ARS La Réunion).

Inserm, CépiDc. *Statistiques des causes médicales de décès 2021-2023*.

Insee. *Recensements de la population 2012 à 2023 et populations de référence en vigueur à compter du 1er janvier 2026. Décembre 2025 ; exploitations principales et complémentaires, géographie au 1er janvier 2026 ; Recensements de la population 2016 et 2022 : déplacements domicile-travail ; Comptes régionaux 2023 ; Taux de chômage localisés. Moyenne annuelle 2025 ; DGFiP, Cnaf, Cnav, CCMSA. Fichier localisé social et fiscal (Filosofi). 2023 ; Logements sociaux au 1er janvier 2025 : comparaisons départementales ; Lits et places publics et privés installés au 31 décembre 2022 par discipline. 2025 ; Professionnels de santé au 1er janvier 2025 ; Pyramide des âges au 1er janvier 2025 ; État civil 2023 ; Base permanente des équipements 2024 ; Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) 2024.*

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de La Réunion. *État des bénéficiaires des droits ESMS adultes*. Décembre 2022 *; Statistiques annuelles 2024*.

Rectorat de La Réunion. *Données de scolarisation des élèves en situation de handicap*. Septembre 2026.

Handifaction. *Baromètre Handifaction La Réunion, juillet 2025 – juin 2026* (1 730 réponses).

5. Sources produites dans le cadre du diagnostic et données régionales non publiées

Agence régionale de santé La Réunion. *Questionnaire état des lieux « Transformation de l'offre ». Premier semestre 2026 ; Entretiens semi-directifs menés auprès des ESMS et des acteurs du territoire 2026. Grilles d'entretien en annexe 2 ; Enquête « Bed Blockers ». 2025 ; Cartographie des groupes d'entraide mutuelle (GEM). Situation au 12 mars 2026 ; Identification des besoins CAMSP / CMPP. Mai 2026, dans le cadre de la structuration de la filière TND ; Concertations territoriales de santé. Quatre micro-régions, 2024.*

Communauté 360 La Réunion. *Mission COMETA (coordination multi-établissements de traitement des listes d'attente) : point d'étape*. Octobre 2026.

Dispositif d'appui à la coordination (DAC) La Réunion. *Observatoire des ruptures de parcours*.

Table des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 – Population par tranche d'âge, 2012 et 2023 à La Réunion 13
Tableau 2 – Décomposition du revenu disponible des ménages 15
Tableau 3 – Évolution de la répartition des familles selon leur composition entre 2012 et 2023 15
Tableau 4 – Taux de chômage à La Réunion et en France hexagonale, en 2025 16
Tableau 5 – Indicateurs détaillés par micro-région (2022) 17
Tableau 6 – Évolution des déplacements domicile-travail par micro-région à La Réunion et en France hexagonale (2016-2022) 19
Tableau 7 – Indicateurs de mortalité et de prévalence des affections de longue durée par micro-région à La Réunion et en France hexagonale 21
Tableau 8 – Offre de professionnels de santé libéraux 23
Tableau 9 – Principaux indicateurs du handicap par micro-région à La Réunion (2025) 27
Tableau 10 – Part de bénéficiaires d'un type de droit ouvert par la MDPH parmi la population régionale et nationale 28
Tableau 11 – Part de bénéficiaires d'un type de droit ouvert par la MDPH parmi la population générale des micro-régions (2025) 29
Tableau 12 – Répartition des élèves vivant avec un handicap par type de trouble (rentrée 2024) 31
Tableau 13 – Taux moyen d'absentéisme, de rotation et de vacance des professionnels médico-sociaux du champ du handicap à La Réunion 33
Tableau 14 – Activité, couverture territoriale et publics accueillis par les CAMSP et CMPP 34
Tableau 15 – Comparaison des capacités et des effectifs accompagnés dans les ESMS en 2024 (FINESS et ANAP) 36
Tableau 16 – Modalités d'organisation dans les ESMS 36
Tableau 17 – Offre médico-sociale pour les enfants par type d'ESMS 37
Tableau 18 – Répartition de l'offre pour les enfants 38
Tableau 19 – Places installées des ESMS enfants, par public 38
Tableau 20 – Premier bilan régional des PAS (2025-2026) - Origine des demandes 40
Tableau 21 – Premier bilan régional des PAS (2025-2026) - Types de réponses apportées 40
Tableau 22 – Offre médico-sociale pour les adultes par type d'ESMS 44
Tableau 23 – Répartition de l'offre pour les adultes 45
Tableau 24 – Places installées des ESMS adultes, par public 45
Tableau 25 – L'accueil familial à La Réunion en 2022 48
Tableau 26 – Moyenne du taux de PHV en ESMS adultes 50
Tableau 27 – Offre pour les personnes âgées et les personnes handicapées vieillissantes 51
Tableau 28 – Modalités d'accompagnement enfants/adolescents (Nord) 53
Tableau 29 – Modalités d'accompagnement adultes (Nord) 54
Tableau 30 – Modalités d'accompagnement enfants/adolescents (Est) 54
Tableau 31 – Modalités d'accompagnement adultes (Est) 55
Tableau 32 – Modalités d'accompagnement enfants/adolescents (Sud) 55
Tableau 33 – Modalités d'accompagnement adultes (Sud) 56
Tableau 34 – Modalités d'accompagnement enfants/adolescents (Ouest) 56
Tableau 35 – Modalités d'accompagnement adultes (Ouest) 57
Tableau 36 – Modalités d'accompagnement enfant/adolescent par territoire 58
Tableau 37 – Modalités d'accompagnement adulte par territoire 58
Tableau 38 – Répartition par typologie enfant/adolescent 59
Tableau 39 – Répartition par typologie adulte 60
Tableau 40 – Taux par micro-région 62
Tableau 41 – Répartition territoriale des orientations (enfants) 64
Tableau 42 – Répartition territoriale des orientations (adultes) 64
Tableau 43 – Liste d'attente secteur enfant 65
Tableau 44 – Liste d'attente secteur adulte 66
Tableau 45 – Vœux d'orientation exprimés (mission COMETA) 67
Tableau 46 – Modalités de répit souhaitées (mission COMETA) 67

Tableau 47 – Répartition des places en situations critiques 68
Tableau 48 – Récapitulatif des dispositifs, des projets innovants et des GEM 70
Tableau 49 – Réalisations 2022-2026 (enfant, adulte, accès à la santé) 76
Tableau 50 – Solutions installées ou autorisées entre 2022 et 2026 par le Conseil Départemental et/ou l'ARS 76
Tableau 51 – Perspectives 2026-2030 (enfant, école, adulte) 77
Tableau 52 – Compréhension de la transformation de l'offre par catégorie d'acteurs 79
Tableau 53 – Réserves et nuances des acteurs autour des principes de transformation de l'offre 80
Tableau 54 – Conditions de réussite de la transformation de l'offre selon les acteurs 82
Tableau 55 – Expériences vécues des usagers et familles au regard des principes de transformation 84
Tableau 56 – Appropriation des piliers et composantes ANAP de la transformation de l'offre 88
Tableau 57 – Autodétermination (synthèse des entretiens en ESMS) 91
Tableau 58 – Accès aux droits (synthèse des entretiens en ESMS) 93
Tableau 59 – Aidants (synthèse des entretiens en ESMS) 96
Tableau 60 – Double vulnérabilité (synthèse des entretiens en ESMS) 98
Tableau 61 – École inclusive (synthèse des entretiens en ESMS) 100
Tableau 62 – Insertion professionnelle (synthèse des entretiens en ESMS) 103
Tableau 63 – Vie sociale (synthèse des entretiens en ESMS) 105
Tableau 64 – Difficultés d'accès aux soins par spécialité médicale 108
Tableau 65 – Difficultés d'accès aux soins par profession paramédicale 109
Tableau 66 – Accès aux soins (synthèse des entretiens en ESMS) 109
Tableau 67 – Mobilité et transports (synthèse des entretiens en ESMS) 114
Tableau 68 – Habitat (synthèse des entretiens en ESMS) 118
Tableau 69 – Personnes handicapées vieillissantes (synthèse des entretiens en ESMS) 121
Tableau 70 – Vie intime, affective et sexuelle (synthèse des entretiens en ESMS) 123
Tableau 71 – Coordination (synthèse des entretiens en ESMS) 126
Tableau 72 – Transition des parcours (synthèse des entretiens en ESMS) 129
Tableau 73 – Modularité des prestations (synthèse des entretiens en ESMS) 132
Tableau 74 – Fonction ressource (synthèse des entretiens en ESMS) 135
Tableau 75 – Responsabilité populationnelle (synthèse des entretiens en ESMS) 138
Tableau 76 – Coopération (synthèse des entretiens en ESMS) 140
Tableau 77 – Ressources humaines (synthèse des entretiens en ESMS) 143
Tableau 78 – Cotation des enjeux 147
Tableau 79 – Criticité des enjeux 148
Tableau 80 – Enjeux des objectifs de l'axe 1 152
Tableau 81 – Enjeux des objectifs de l'axe 2 152
Tableau 82 – Enjeux des objectifs de l'axe 3 153
Tableau 83 – Enjeux des objectifs de l'axe 4 153
Tableau 84 – Signification et mission des différentes catégories d'ESMS 230
Tableau 85 – Grille d'entretien semi-directif à destination des directions des ESMS 232
Tableau 86 – Grille d'entretien semi-directif à destination des professionnels des ESMS 234
Tableau 87 – Grille d'entretien semi-directif à destination des CVS, usagers, aidants 236
Tableau 88 – Questionnaire État des lieux de la transformation de l'offre à destination des directions des ESMS 237
Tableau 89 – Questionnaire État des lieux de la transformation de l'offre à destination des partenaires du médico-social 243
Tableau 90 – Questionnaire État des lieux de la transformation de l'offre à destination des associations et des partenaires généralistes 247

Figures

Figure 1 – Les grandes étapes de la transformation de l'offre médico-sociale 5
Figure 2 – Les principes socles de la transformation de l'offre médico-sociale 6
Figure 3 – D'une logique de places à une logique territoriale centrée sur la personne 6
Figure 4 – Une offre de services coordonnés / Piliers de l'ANAP 7
Figure 5 – Comitologie de la transformation de l'offre médico-sociale 8

Figure 6 – Méthodologie du diagnostic régional 10
Figure 7 – Structure par âge de la population réunionnaise, 2012 et 2023 13
Figure 8 – L'essentiel sur La Réunion 14
Figure 9 – Les micro-régions 16
Figure 10 – Focus sur les indicateurs de fragilité socio-économique par micro-région à La Réunion (2022-2024) 18
Figure 11 – Modes de déplacement domicile-travail par micro-région à La Réunion et en France hexagonale (2022) 19
Figure 12 – Les établissements sanitaires à La Réunion au 1er janvier 2026 22
Figure 13 – Les structures médico-sociales pour enfants vivant avec un handicap 37
Figure 14 – Les structures médico-sociales pour adultes vivant avec un handicap à La Réunion au 1er janvier 2026 44
Figure 15 – Les structures médico-sociales pour personnes âgées 51
Figure 16 – Âges d'admission de l'accueil TDI et TSA, par micro-région 61
Figure 17 – Cartographie des GEM à La Réunion 74
Figure 18 – Fréquence des difficultés liées aux transports 113
Figure 19 – Du diagnostic aux objectifs 146
Figure 20 – Synthèse visuelle des axes stratégiques et des objectifs 151