RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
La Réunion

Diagnostic régional

Synthèse

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



Novembre 2026

L'essentiel en une page

En 2026, l'Agence régionale de santé (ARS) La Réunion a conduit un diagnostic de l'offre destinée aux enfants et aux adultes vivant avec un handicap. Il croise la parole de 536 personnes (personnes concernées, proches, professionnels, partenaires) avec des questionnaires et des données statistiques. Sept enseignements s'en dégagent.

1. Une offre qui progresse, mais ne suffit pas à répondre aux besoins reconnus	Plus de 850 solutions ont été installées ou autorisées depuis 2022, et les établissements et services accompagnent environ un quart de personnes de plus que leur nombre de places. Mais les orientations prononcées par la MDPH restent bien plus nombreuses que les places. Une orientation ouvre un droit ; ce n'est pas une demande immédiate de place. Les écarts sont ciblés : les Hauts et les territoires enclavés, l'Est pour les enfants, l'Ouest pour les adultes. (Partie 2)
2. Qui attend, quoi et où : un besoin encore mal connu	Les listes d'attente ne permettent pas de compter les personnes. Vérifiées une à une, les inscriptions en établissement médicalisé pour adultes correspondent à moins d'une personne sur deux réellement en attente, et beaucoup de celles qui ont exprimé un choix souhaitent d'abord rester chez elles. Les situations les plus complexes ont doublé en un an. (Éclairage 1)
3. Les parcours se rompent aux transitions de vie, et quand personne ne fait le lien	Entrée au collège, majorité, passage à l'offre adulte (321 jeunes adultes restent en structure pour enfants), vieillissement des parents. La coordination existe, mais les familles font souvent le lien elles-mêmes. (Éclairage 3 à 8)
4. Le transport conditionne l'accès à tout le reste	Soins, école, emploi, répit, accompagnements plus souples : sans transport adapté, une réponse peut devenir inutilisable, et ce sont souvent les familles qui assurent les trajets. C'est la difficulté dont la criticité est la plus élevée. (Éclairage 2)
5. Se soigner reste difficile, d'abord en santé mentale	Plus de la moitié des établissements et services signalent des difficultés d'accès en santé mentale et aux soins dentaires ; la réponse aux crises est le point le plus tendu, et la continuité des soins repose souvent sur les proches. (Éclairage 9)
6. La participation réelle reste limitée	À l'école, la participation aux apprentissages et à la vie collective suppose des réponses adaptées aux besoins de chaque élève, les stages débouchent rarement sur un emploi ; la vie sociale et intime reste souvent limitée à l'établissement et à la famille ; un droit ouvert n'est pas toujours un droit exercé. (Éclairages 10 à 15)
7. Une transformation voulue, à des conditions exprimées, et qui ne part pas de zéro	Les acteurs adhèrent largement au passage de la place au parcours ; leurs réserves portent sur les conditions : moyens, coordination, souplesse choisie, maintien des réponses spécialisées. Le territoire dispose déjà de points d'appui : fonctionnement en file active, dispositifs intégrés, pôles d'appui à la scolarité, dispositifs d'accès aux soins : (Parties 2 et 4)

Et maintenant ? Quatre axes et 24 objectifs ont été présentés en comité stratégique (partie 5). Leur mise en œuvre reste à instruire avec l'ensemble des acteurs, pour construire une feuille de route partagée et un tableau de bord (partie 6).

1. Comment le diagnostic a été réalisé

1.1 Une démarche fondée sur la parole des acteurs

En 2026, l'ARS La Réunion a conduit un diagnostic de l'offre destinée aux enfants et aux adultes vivant avec un handicap. Lancé lors de la Conférence régionale du handicap du 20 mai 2026, il vise à mieux connaître les besoins et les attentes des personnes, de leurs proches, des professionnels et des partenaires, et à éclairer les décisions des institutions compétentes.

536	72	13	162
personnes rencontrées	établissements et services rencontrés	institutions et partenaires du territoire rencontrés	répondants aux questionnaires

Le diagnostic croise trois sources :

- Des entretiens (167 heures au total) : ils ont été réalisés dans 72 établissements et services médico-sociaux (ESMS), relevant de 10 organismes gestionnaires, menés en trois groupes séparés pour que chacun puisse s'exprimer librement : direction, professionnels, personnes accompagnées et leurs proches ; et avec 13 acteurs du territoire, dont la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), la Direction de l'Autonomie du Département, l'Éducation nationale et l'Assurance maladie.
- Des questionnaires en ligne au premier semestre 2026, remplis par des établissements et services, des associations représentant les usagers, des collectivités et des partenaires.
- Des données statistiques : répertoire national des établissements, MDPH, Insee, Rectorat, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Observatoire régional de la santé.

Cette synthèse en présente les principaux enseignements. Les données y sont simplifiées : leurs sources, leurs dates et leurs limites figurent dans le diagnostic complet, auquel renvoient les mentions « § » (partie) et « tab. » (tableau).

1.2 Ce que les données permettent de dire, et ce qu'elles ne disent pas

Une place n'est pas une personne. Grâce à l'accueil à temps partiel et au suivi d'un nombre variable de personnes dans l'année, une même place peut bénéficier à plusieurs personnes.

Une orientation n'est pas une demande immédiate de place. L'orientation décidée par la MDPH ouvre un droit. Une personne peut en avoir plusieurs ou ne pas souhaiter la réponse proposée.

Une liste d'attente n'est pas un nombre de personnes. Une même personne peut être inscrite à plusieurs endroits, et certaines inscriptions sont anciennes.

Les questionnaires reflètent les déclarations des structures répondantes. Leurs pourcentages valent pour elles et sont souvent des moyennes par établissement.

Les entretiens restituent des regards, pas des mesures. Les personnes ont surtout été rencontrées dans les établissements : celles qui attendent ou sont sans solution n'y sont pas représentées, et d'autres sources (mission COMETA, MDPH) complètent ce regard. La parole de celles qui s'expriment peu ou pas oralement passe souvent par leurs proches ou les professionnels.

Les sources n'ont pas toutes la même date. Les chiffres ne sont donc pas toujours comparables entre eux.

2. Une offre qui progresse, mais ne suffit pas à répondre aux besoins reconnus

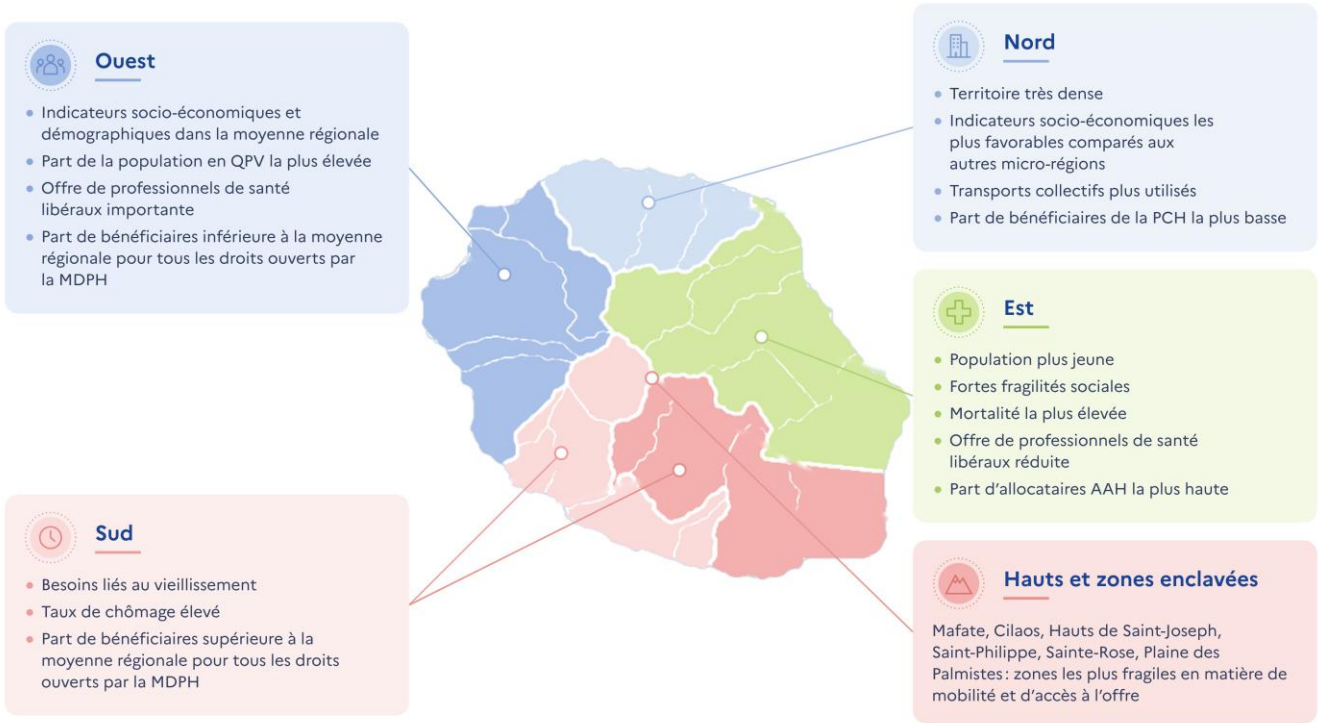
2.1 Un territoire aux besoins importants, et qui augmentent

La Réunion compte près de 890 000 habitants. Sa population reste jeune mais vieillit vite : le nombre de personnes très âgées devrait fortement progresser d'ici 2050. Le vieillissement concernera à la fois les personnes vivant avec un handicap et leurs proches aidants. Les fragilités sociales sont fortes : plus d'un habitant sur trois vit sous le seuil de pauvreté, plus d'une famille sur trois est monoparentale, et le mal-logement reste important (§ 2.1 à 2.3).

Les besoins reconnus augmentent vite. Plus de 76 000 personnes, soit 8,6 % de la population, ont au moins un droit ouvert par la MDPH fin 2025, un nombre en forte hausse depuis 2021. Plus de 10 000 élèves vivent avec un handicap, alors que le nombre total d'élèves baisse ; plus de 44 000 personnes sont reconnues travailleurs handicapés (§ 2.5 à 2.7).

Les quatre micro-régions présentent des profils contrastés : l'Est est le plus jeune et cumule les fragilités sociales les plus marquées, le Sud est le plus vieillissant ; le recours aux droits ouverts par la MDPH y est le plus fort (§ 2.1.3, 2.5).

Figure 1 — Des profils territoriaux contrastés



2.2 Une photographie de l'offre

En octobre 2026, La Réunion compte 98 établissements et services médico-sociaux pour les personnes vivant avec un handicap : 40 pour les enfants et adolescents, 58 pour les adultes. Environ 4 500 professionnels y travaillent (§ 2.8, 3.1).

Tableau 1 — Les types de structures

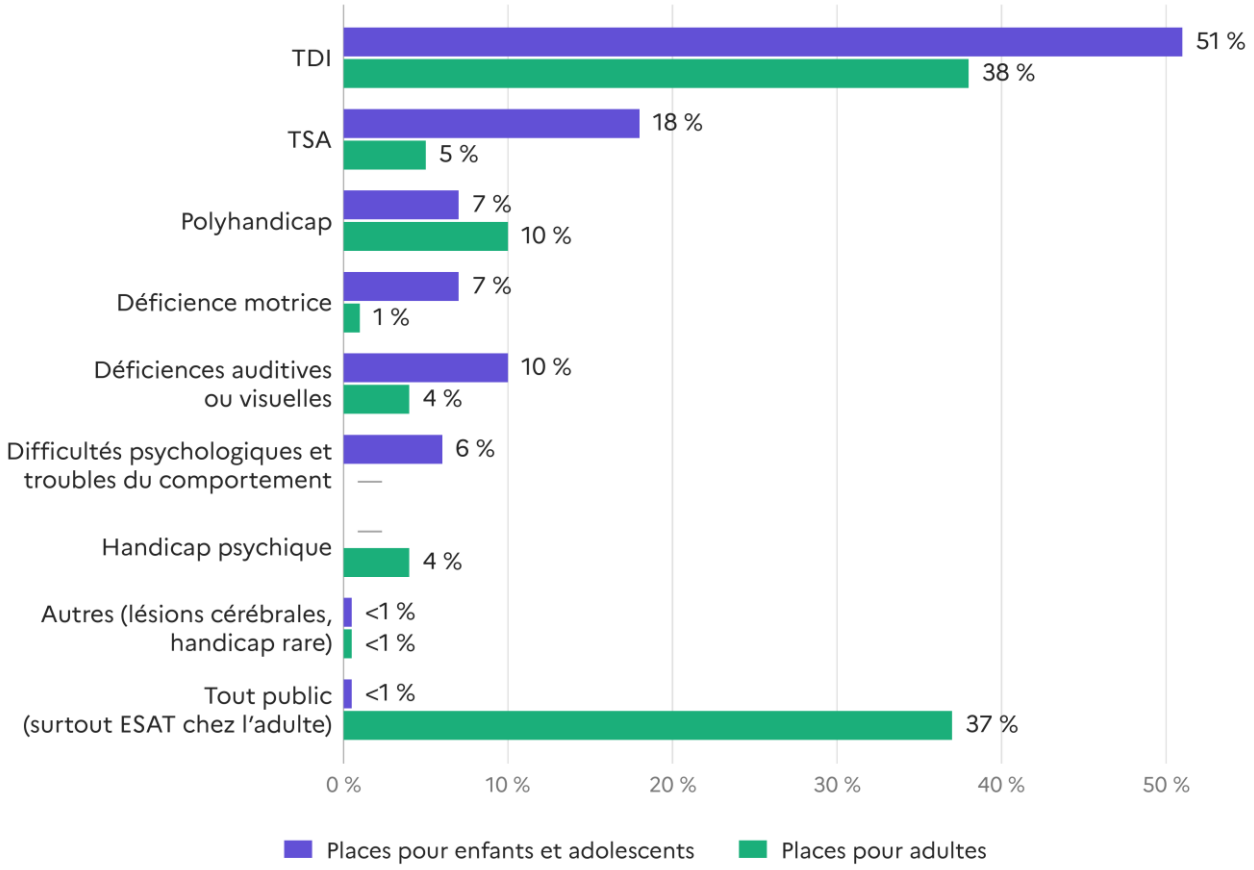
Enfants et adolescents (40)	Places	Ce qu'ils font	Adultes (58)	Places	Ce qu'ils font
IME (15)	1 073	Accueil de jour ou hébergement, trouble du développement intellectuel ou trouble du spectre de l'autisme	EANM (ex-Foyers) (21)	607	Hébergement ou accueil de jour non médicalisés
SESSAD (14)	1 176	Accompagnement en milieu ordinaire tous publics	SAVS (7)	310	Accompagnement en milieu ordinaire, pour la vie sociale
IEM (4)	94	Accueil de jour ou hébergement, déficience motrice	EAM (7)	398	Hébergement ou accueil de jour médicalisé
EEAP (4)	169	Accueil de jour ou hébergement, polyhandicap	MAS (4)	251	Hébergement ou accueil de jour, public nécessitant des soins constants
IES (1)	152	Accueil de jour ou hébergement, déficiences auditives ou visuelles	SAMSAH (8)	236	Accompagnement en milieu ordinaire, avec des soins
DITEP (2)	181	Difficultés psychologiques et troubles du comportement ; fonctionnent en dispositif intégré	ESAT (11)	986	Travail accompagné tout public
Total	2 845		Total	2 788	

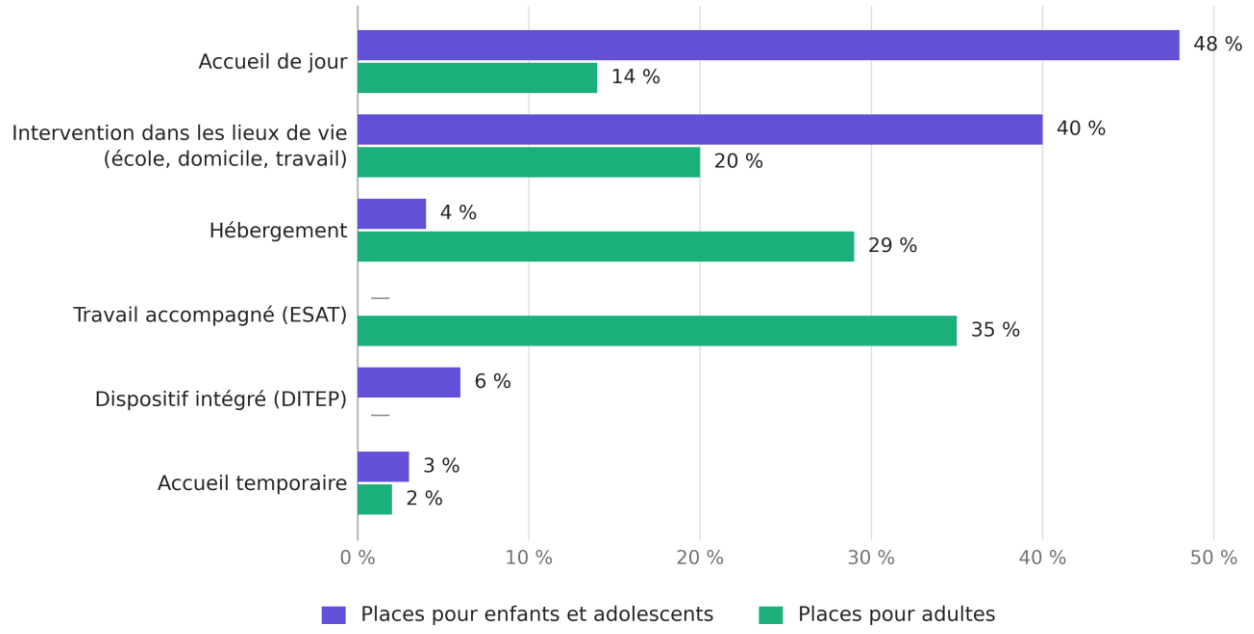
(§ 3.1.3 et 3.1.4, tab. 17, 22 et 84)

Où sont les structures ? Elles sont implantées surtout dans les grandes communes du littoral, en particulier Saint-Pierre, Saint-Denis et Saint-Paul. Plusieurs communes n'en accueillent aucune, notamment dans les cirques (Cilaos, Salazie) et le Sud-Est (Saint-Philippe, Sainte-Rose) ; les services interviennent toutefois au-delà de leur commune d'implantation.

Pour quels publics et sous quelle forme ? La moitié des places pour enfants sont dédiées aux personnes vivant avec un trouble du développement intellectuel (TDI), et un sixième aux personnes vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Chez l'adulte, plus d'un tiers des places sont ouvertes à tous les publics, surtout dans le travail accompagné ; les places dédiées aux personnes vivant avec un TSA y sont trois fois moins nombreuses que chez l'enfant, et celles dédiées au handicap psychique restent rares. Pour les enfants, l'offre repose surtout sur l'accueil de jour et l'intervention sur les lieux de vie ; pour les adultes, sur le travail accompagné et l'hébergement. Passer à l'âge adulte change donc la forme même de l'accompagnement (tab. 18, 19, 23, 24).

Figure 2 — Places selon le public accueilli et selon la forme d'accompagnement, enfants et adultes





Part de chaque public et de chaque forme d'accompagnement dans les places installées (§ 3.1.3 et 3.1.4, tab. 18, 19, 23 et 24)

Repérage et diagnostic précoces. Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les équipes de diagnostic autisme de proximité et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) repèrent, évaluent et accompagnent les jeunes enfants dans les quatre micro-régions ; ils sont souvent la porte d'entrée des parcours. Leur activité se mesure en suivis et non en places, et les délais d'attente se comptent en mois, parfois en années selon les territoires (§ 3.1.1, tab. 14).

Autour des établissements et services, d'autres ressources complètent l'offre sans être comptées en places (§ 3.3, tab. 48) :

- **Coordination et appui aux parcours** : Communauté 360, dispositif d'appui à la coordination (DAC), équipe relais handicaps rares, pôle de compétences et de prestations externalisées, pôle ressources handicap (PRH 974), plateformes de coordination et d'orientation (PCO).
- **École** : pôles d'appui à la scolarité, équipes mobiles d'appui à la scolarisation.
- **Emploi** : emploi accompagné, entreprises adaptées, dispositif COMÈTE de maintien dans l'emploi.
- **Vie à domicile et habitat** : services autonomie à domicile, habitat inclusif, accueil familial, équipe locale d'accompagnement sur les aides techniques.
- **Aidants, parentalité, entraide** : plateforme de répit Nord-Est, Cap Parents, groupes d'entraide mutuelle, espace d'écoute DETAK.

2.3 Quatre micro-régions, des écarts ciblés

Le Sud concentre le plus de places. Rapportées à la population, les places pour enfants sont les moins nombreuses dans l'Est, et les places pour adultes dans l'Ouest (tab. 40). Certaines réponses n'existent pas dans chaque micro-région : les services qui interviennent sur les lieux de vie compensent en partie, mais l'accueil en établissement suppose alors un déplacement. Les Hauts et les territoires enclavés sont les moins bien desservis ; Mafate est décrite comme une « zone blanche » de l'offre (§ 3.2.2, 3.2.3).

Tableau 2 — Les profils de l'offre par micro-région

	Enfants et adolescents	Adultes	À noter
Nord	Forte part d'intervention sur les lieux de vie ; offre sensorielle historique ; accueil de jour (TDI) organisé en deux tranches d'âge, avant et après 14 ans	Hébergement prépondérant	Pas de dispositif intégré d'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique implanté ; ceux des autres secteurs y interviennent
Est	Le moins de places rapporté à la population ; offre centrée sur les troubles du développement intellectuel et du spectre de l'autisme ; accueil temporaire le plus développé	Près de la moitié des places dédiées à l'autisme ; seules places pour les personnes cérébrolésées	Pas de places pour enfants polyhandicapés ou ayant une déficience motrice ou sensorielle : interventions de services d'autres micro-régions
Ouest	Accueil de jour prépondérant ; publics diversifiés ; moins de places pour les 14-20 ans que pour les 6-14 ans (TDI)	Le moins de places rapporté à la population ; travail accompagné prépondérant, peu d'hébergement	Pas de places dédiées au handicap psychique chez l'adulte ; Mafate, seule « zone blanche »
Sud	Le plus grand nombre de places ; accueil de jour prépondérant ; plus de places pour les 14-20 ans que pour les 6-14 ans (TDI)	Offre diversifiée ; près de la moitié des places de travail accompagné de l'île	Accueil temporaire adulte le plus faible ; volumes d'attente déclarés les plus élevés

(§ 3.2.1, 3.2.2, tab. 28 à 40)

2.4 Plus de personnes accompagnées que de places, moins de places que de besoins reconnus

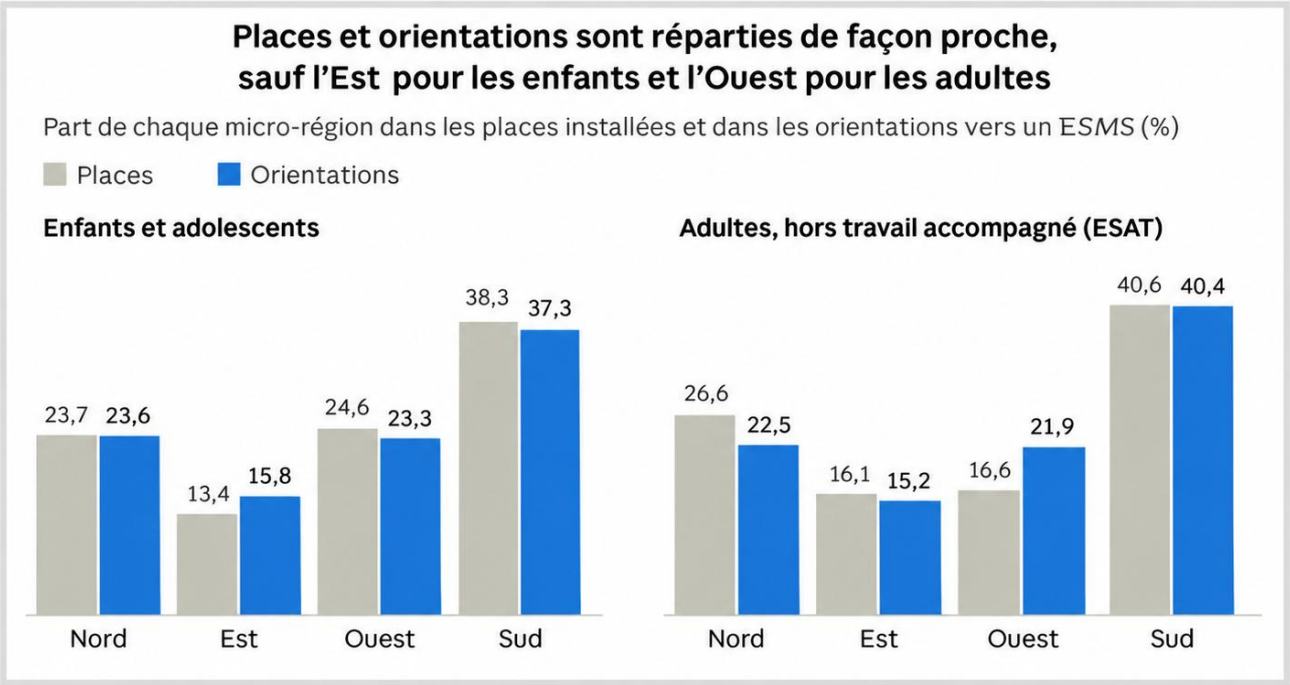
Tableau 3 — Places et personnes orientées par la MDPH

	Enfants et adolescents	Adultes
Places	2 845	2 788, dont 986 en ESAT
Personnes orientées par la MDPH (orientation en cours de validité)	5 204	7 519 vers un établissement ou un service 2 724 vers un ESAT

Une même personne peut être orientée à la fois vers un ESAT et vers un autre établissement ou service : les deux nombres ne s'additionnent pas.

Les établissements et services accompagnent environ un tiers de personnes de plus que leur nombre de places chez les enfants, et un cinquième chez les adultes : la plupart fonctionnent en file active et proposent un accueil séquentiel, quelques jours ou demi-journées par semaine (§ 3.1.2, tab. 15, 16). L'écart avec les orientations reste pourtant important. Mais une orientation ouvre un droit ; elle ne dit pas ce que souhaite la personne : une partie des personnes orientées vers une place médicalisée souhaitent d'abord rester chez elles (éclairage 1).

Figure 3 — Part de chaque micro-région dans les places et dans les orientations



Lecture : l'Est réunit 15,8 % des orientations d'enfants de l'île pour 13,4 % des places. La figure compare des répartitions ; elle ne mesure pas si l'offre suffit. À l'échelle de l'île, places et orientations sont réparties de façon proche ; deux écarts ressortent, l'Est pour les enfants et l'Ouest pour les adultes (§ 3.2.2, tab. 41, 42).

2.5 Ce qui évolue déjà

Domaine	Où en est-on ?	Ce qui évolue
Solutions récentes	**Réalisé**	Plus de 850 solutions installées ou autorisées depuis 2022, dont 380 dans les pôles d'appui à la scolarité (tab. 50)
Nouvelles solutions	**Programmé**	Environ 900 solutions prévues d'ici 2030, avec un accent fort sur les adultes (tab. 51)
Fonctionnement des structures	**En cours**	File active quasi généralisée ; trois structures sur quatre proposent un accueil séquentiel ou prévoient de le faire en 2027 (§ 3.4)
Structures pour enfants	**En cours**	Toutes en dispositif intégré d'ici fin 2027, pour ajuster la forme de l'accompagnement sans nouvelle décision de la MDPH ; convention-cadre régionale (§ 1.1)
Passage à l'âge adulte	**Signé, en déploiement**	Protocole ARS-Département de mai 2026 sur les jeunes adultes maintenus en structure pour enfants, adossé aux places pour adultes programmées (§ 3.1.3)
Personnes en attente	**En cours**	Mission COMETA : rencontre à domicile des personnes en attente d'une place médicalisée, démarrée en octobre 2025 (§ 3.2.3)
École	**Réalisé, en cours**	Pôles d'appui à la scolarité déployés en 2025 et 2026 ; un dispositif d'autorégulation dans un collège de Saint-André avec 10 places, ouverture en février 2027 ; deux services médico-social dans l'école à Saint-Denis (expérimenté en 2026-2027) et Saint-André ; de nouvelles unités d'enseignement dédiées à l'autisme en 2027
Personnes handicapées vieillissantes	**En déploiement**	Places identifiées en EHPAD (Saint-Paul, Saint-Louis) ; une unité dédiée dans les nouveaux projets d'EHPAD (§ 3.1.5)
Accès à la santé	**Réalisé, en cours**	Référents handicap dans la quasi-totalité des hôpitaux publics ; Handi-Accès, Handident, Handigynéco ; stratégie régionale d'habituation aux soins (§ 2.4.7)

3. Ce que vivent les personnes : les difficultés dans les parcours

Les entretiens et les questionnaires décrivent des difficultés dans tous les domaines de la vie. Elles ne s'additionnent pas seulement : elles s'enchaînent. Cinq mécanismes reviennent d'un thème à l'autre :

- La saturation entraine des blocages : quand une place ne se libère pas, toute une chaîne s'arrête : les jeunes adultes maintenus en structure pour enfants par manque de place adulte retardent l'admission des plus jeunes ; un essai ailleurs devient risqué quand rien ne garantit le retour.
- Le transport verrouille les autres réponses : que ce soit pour des soins, du répit, des stages ou des accompagnements plus souples : sans moyen de s'y rendre, une réponse qui existe reste inutilisable.
- La charge retombe sur les familles : elles font le lien entre les intervenants, assurent les trajets, prennent le relais les jours sans accueil et accompagnent aux rendez-vous médicaux, parfois au prix de leur emploi et de leur santé.
- Les coopérations reposent sur des personnes : elles sont nombreuses mais rarement formalisées, elles se défont quand un professionnel part.
- Les règles restent pensées pour des places : les décisions d'orientation se font par type de structure, les financements sont à la place, l'activité est comptée en journées de présence : les accompagnements combinés, les essais et le travail hors les murs sont difficiles à déployer dans ce cadre.

Les quinze éclairages qui suivent détaillent davantage les constats.

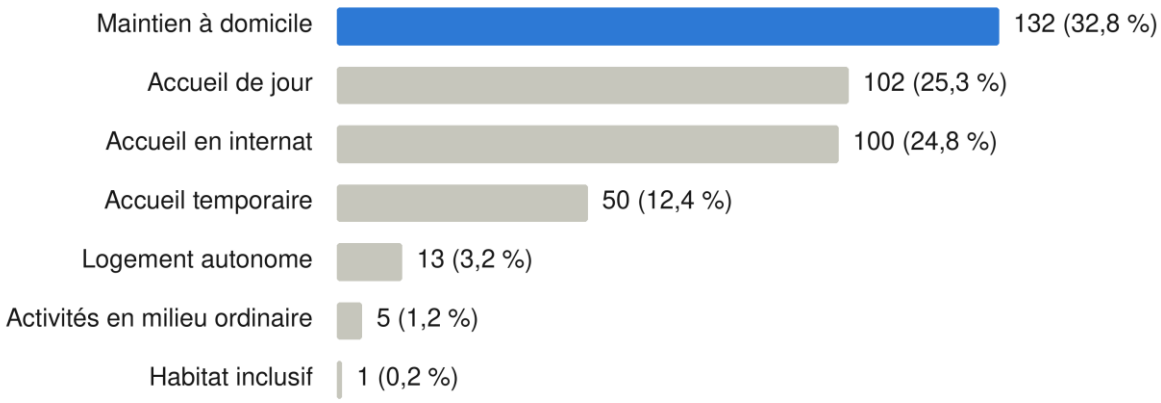
Qui attend, quoi et où : un besoin encore mal connu

Ce que montre le diagnostic

- Les données concernant les personnes en attente ne sont pas fiabilisées. Chaque établissement gère sa propre liste. Une même personne peut être inscrite à plusieurs endroits, parfois depuis longtemps, et beaucoup de structures n'ont pas recontacté toutes les personnes inscrites. Les listes mesurent une pression, pas un nombre de personnes. L'outil ViaTrajectoire ne permet pas aujourd'hui d'obtenir cette information, par manque de remplissage.
- Après un contact, l'attente est réelle, mais elle ne vise pas toujours la place demandée. Pour les établissements médicalisés pour adultes, environ 1 734 dossiers examinés un à un correspondent à 844 personnes réellement en attente ; parmi celles rencontrées chez elles, près d'une sur trois souhaite d'abord rester à domicile.
- Les délais vont de quelques semaines à plusieurs années, ils sont plus longs pour les adultes. La tension porte sur les services qui interviennent sur les lieux de vie des enfants, les services d'accompagnement des adultes à domicile et le travail accompagné. Le Sud déclare les volumes les plus élevés.
- Les situations les plus complexes augmentent vite. Les plans d'accompagnement global de la MDPH, destinés aux situations sans réponse adaptée, ont doublé en un an ; ils concernent surtout des moins de 20 ans, dans le Sud et l'Est. La rupture survient souvent à un passage : déscolarisation, entrée au collège, sortie d'un placement.
- L'admission reste gérée différemment par chaque établissement. Les instances d'admission partagées sont rares. Certaines admissions sont refusées pour différentes raisons : profil hors autorisation, domicile hors zone, sécurité.

Près d'une personne sur trois souhaite d'abord rester à domicile

Premier souhait des personnes en attente d'une place en établissement médicalisé (EAM ou MAS)
474 personnes rencontrées · 403 premiers choix exprimés



Pourcentages calculés sur les 403 premiers choix exprimés.

Mission COMETA, point d'étape d'octobre 2026 : premier souhait des 474 personnes rencontrées à domicile (tab. 45).

Ce que cela peut impliquer. Attendre sans savoir combien de temps, ni si son inscription est toujours active ; remplir des dossiers aux règles différentes et répéter sa situation à chaque interlocuteur ; vivre avec une solution par défaut, à domicile ou dans une structure devenue inadaptée ; ne pas recourir à ses droits en l'absence de soutien d'un professionnel.

Une situation rapportée

Une mère dont le fils vient en journée dans un foyer. Depuis 10 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'attente de La Réunion. [...] Et on n'a pas de place, quoi. », « Nous on vieillit, on se fatigue. »

Pour cette famille, la question est avant tout l'existence d'une réponse.

Ce qui existe. La mission COMETA qui rencontre à domicile les adultes en attente d'une place médicalisée ; des dispositifs de gestion de liste d'attente au financement non pérenne ; des dispositifs d'appui comme la Communauté 360 qui répondent sans liste d'attente ou en moins de trois mois ; des places dédiées aux situations critiques dans chaque micro-région ; ViaTrajectoire, un dossier unique d'admission encore insuffisamment renseigné.
Ce qui est prévu. Pouvoir exploiter ViaTrajectoire pour suivre la tension sur l'offre et harmoniser la procédure d'admission ; une porte d'entrée unique dans les dispositifs intégrés pour enfants ; une réserve de financement pour les situations complexes (Schéma Régional de Santé (SRS) et Schéma Départemental de l'Organisation Médico-Sociale (SDOSMS))

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 3.1.2, 3.2.3 (tab. 43 à 47) et (tab. 75) ; fiche de cadrage 1.2 et 2.2.

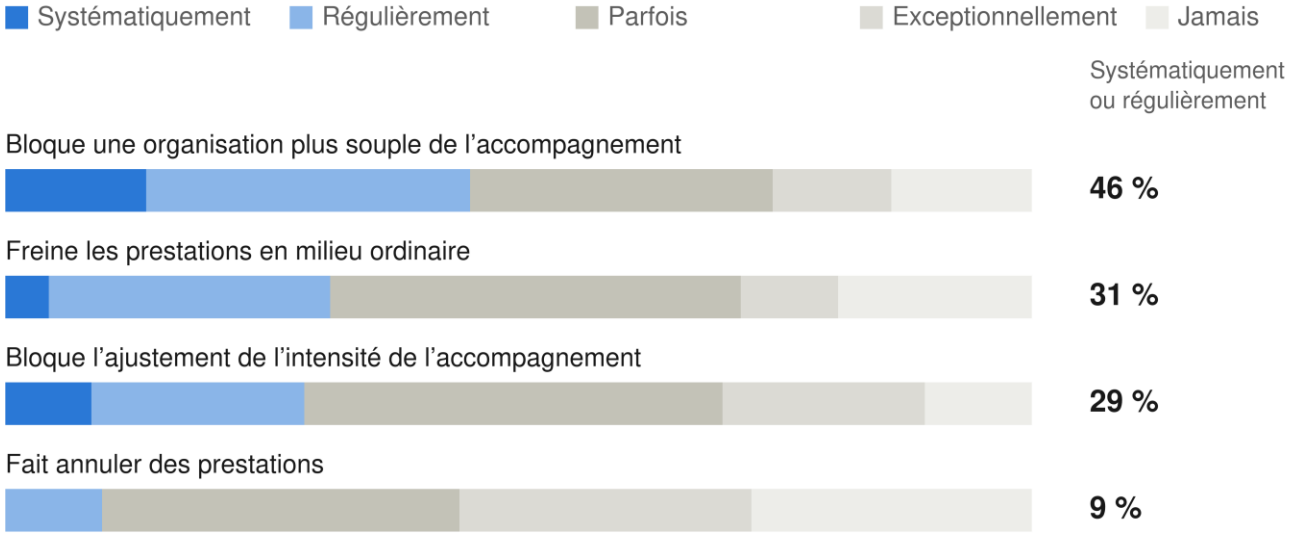
Le transport conditionne l'accès à tout le reste

Ce que montre le diagnostic

- Un territoire où tout passe par la voiture. Les transports collectifs sont jugés insuffisants en fréquence, en horaires et en fiabilité. Les Hauts et les territoires enclavés sont les plus exposés : Mafate, Cilaos, Hauts de Saint-Joseph, Saint-Philippe, Sainte-Rose, Plaine-des-Palmistes.
- Le transport adapté existe mais reste insuffisant. Peu de disponibilités le soir et le week-end ; des réservations contraignantes ; des courses annulées ou refusées ; des véhicules et des arrêts pas toujours accessibles ; des chauffeurs et accompagnateurs peu formés aux différents handicaps.
- L'ensemble est peu organisé. Les intercommunalités, la Région, le Département et l'Assurance maladie portent chacun une partie de la réponse ; le transport adapté fonctionne par intercommunalité, et passer de l'une à l'autre reste difficile.
- Sans transport, d'autres réponses deviennent inutilisables. Près d'un établissement sur deux estime que le transport bloque, systématiquement ou régulièrement, une organisation plus souple de l'accompagnement.
- La charge retombe sur les familles et les équipes. Les familles assurent une grande part des trajets, avec des coûts, de la fatigue et des effets sur leur propre emploi, qui s'aggravent quand elles vieillissent. Pour les professionnels, le temps de trajet est pris sur l'accompagnement.

Pour près d'un établissement sur deux, le transport bloque régulièrement une organisation plus souple

Fréquence déclarée par les établissements et services répondants (95 à 96 selon la question)



Questionnaire aux établissements et services, 1er semestre 2026 (fig. 18).

Ce que cela peut impliquer : le manque de transport empêche

Des soins et des séances de rééducation	**La mobilisation de places de répit**	**Un stage ou un emploi malgré les compétences**
Des activités culturelles, de sport, de loisirs	**Des sorties en soirées et le week-end**	**Des accompagnements plus souples**

Une situation rapportée

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. »

Cela illustre les limites actuelles des transports pour les sorties et la vie sociale.

Ce qui existe. Les services de transport adapté des intercommunalités et des prestataires ; l'aide de la plupart des établissements pour s'inscrire au transport adapté et l'apprentissage des transports en commun ; des véhicules partagés ponctuellement, des équipes mobiles et des consultations sur place qui évitent des trajets ; la prestation de compensation du handicap et les pass transport, lorsqu'ils peuvent être mobilisés.
Ce qui est prévu. Optimiser les pass transport et organiser le transport scolaire sur une plateforme commune (SDOSMS) ; faciliter les déplacements vers les soins et développer des transports mutualisés avec l'Assurance maladie (SRS) ; mettre en œuvre la feuille de route des mobilités à La Réunion qui fait suite aux états généraux des mobilités.

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 2.2 et 5.1 (fig. 18, tab. 67) ; fiche de cadrage 4.3.

Souplesse des accompagnements et appui aux acteurs ordinaires

Des réponses plus souples et hors les murs, à condition qu'elles soient choisies 3

Ce que montre le diagnostic

- La souplesse est déjà largement engagée. Près de quatre structures sur cinq proposent plusieurs formes d'accompagnement : accueil de jour, intervention sur les lieux de vie, hébergement, accueil temporaire.
- La mobilisation de plusieurs formes d'accompagnement reste contrainte par les places et les moyens. Le principal risque relevé : qu'un accueil à temps partiel traduise la saturation ou le manque de moyens plutôt que le besoin, avec des jours non accueillis qui retombent sur les familles. Une limite est mise en avant pour les personnes qui ont besoin de repères stables : la multiplication des lieux et des intervenants peut déstabiliser.
- Les règles restent pensées pour des places. Changer de forme d'accompagnement suppose souvent de nouvelles démarches ; les doubles décisions d'orientation et les doubles financements bloquent ; le droit de revenir à la solution précédente n'est pas garanti.
- L'expertise spécialisée sert déjà au-delà des murs, sans être reconnue. Plus de la moitié des structures ont conseillé ou formé des écoles, des employeurs, des clubs ou des soignants. Cette « fonction ressource » reste rarement nommée, organisée et financée, et peu visible pour les familles.

Ce que cela peut impliquer. Des jours sans accompagnement qui retombent sur la famille ; la peur de perdre sa place en essayant une autre formule ; des démarches à refaire pour changer de rythme ; des écoles, employeurs ou clubs qui ne savent pas à qui demander conseil.

Deux situations rapportées

Une mère assurait elle-même l'instruction de son fils, suivi par un service à domicile. Ne se sentant pas prête pour un accueil à temps plein, elle s'est vu proposer une entrée très progressive à l'institut médico-éducatif : d'abord un repas par semaine, accompagné par l'éducatrice du service. Son fils y est aujourd'hui accueilli trois jours par semaine.

« Petit à petit l'éducatrice s'est effacée, donc il pouvait manger avec les autres. »

-

Une autre mère s'est vu proposer un accueil temporaire dans un autre établissement que celui que connaît sa fille. Elle évoque les difficultés d'adaptation.

« […] 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. »

La souplesse aide quand elle est progressive et construite avec la famille.

Ce qui existe. Des accompagnements combinés entre établissements et services à domicile ; des immersions, des périodes d'essai et des appartements d'évaluation ; les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, qui fonctionnent déjà en dispositif (DITEP) ; des ressources régionales qui appuient les acteurs ordinaires (Communauté 360, équipe relais handicaps rares, PRH 974, pôles d'appui à la scolarité...).

Ce qui est prévu. Réorganiser les structures pour enfants en dispositif intégré d'ici fin 2027 ; le développement de la fonction ressource notamment auprès des écoles ; une réforme du financement des structures pour enfants à partir de 2027, qui intègre la modularité ; des établissements pour adultes qui interviennent hors les murs et davantage d'accueil temporaire (SRS et SDOSMS).

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 4.2 (tab. 53), § 5.2 (tab. 73 et 74) ; fiches de cadrage 1.3 et 1.6.

Coordination autour de la personne et entre institutions

La coordination existe partout, mais ce sont souvent les familles qui font le lien 4

Ce que montre le diagnostic

- Le projet de la personne est mieux coordonné que son parcours. Dans chaque structure, quelqu'un fait le lien, mais les rôles restent flous entre référent, coordonnateur du projet et coordonnateur du parcours, et la coordination s'arrête souvent aux murs de la structure.
- Les postes dédiés restent minoritaires : environ une structure sur trois a un coordonnateur de parcours, le plus souvent à temps partiel. Les partenaires attendent un coordonnateur unique et identifié, surtout pour les situations complexes, les transitions, l'avancée en âge et les aidants.
- La circulation de l'information est à optimiser. Quand plusieurs services interviennent, les logiciels ne sont pas compatibles et une même personne peut avoir plusieurs projets.
- Entre institutions, les responsabilités restent à clarifier. ARS, MDPH, Département, Éducation nationale, caisses d'allocations familiales et d'assurance maladie interviennent tour à tour ; les familles peuvent être renvoyées de l'une à l'autre. Les coopérations tiennent souvent à des relations personnelles ; les conventions sont rares.

Ce que cela peut impliquer. Des intervenants qui se multiplient ; des familles qui répètent leur histoire et ne savent pas toujours qui coordonne le parcours de leur proche ; des professionnels mobilisés sur des fonctions de coordination de manière non efficiente, parfois au détriment de l'accompagnement direct des personnes.

Une situation rapportée

Un père dont le fils, aujourd'hui en établissement pour adultes, était auparavant suivi par un service pour enfants.

« […] 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 ? »

Un interlocuteur qui connaît les circuits change le parcours, sans lui, la multiplicité des acteurs fait perdre ses repères.

Ce qui existe. Des référents et co-référents, des premiers postes de coordonnateur de parcours ; des dispositifs pour les situations complexes (dispositif d'appui à la coordination, Communauté 360 et le pôle de compétences et de prestations externalisées) ; les plans d'accompagnement global de la MDPH ; des instances de concertation départementales.
Ce qui est prévu. Une commission régionale de coordination des politiques du handicap (SRS) ; un pilotage intégré des politiques de l'autonomie (SDOSMS) ; des outils numériques de coordination avec le groupement régional e-santé ; une convention cadre régionale pour les dispositifs intégrés pour enfants.

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 4.3 (tab. 54), § 5.2 (tab. 71 et 76) ; fiches de cadrage 2.1 et 1.4.

Les transitions

Les passages d'une étape à l'autre sont les moments les plus à risque, à commencer par l'entrée dans l'âge adulte

5

Ce que montre le diagnostic

- Les transitions sont unanimement désignées comme les périodes les plus à risque : passage à l'âge adulte, sortie d'un établissement, changement de lieu de vie, vieillissement des parents. Les situations les plus complexes naissent souvent à l'entrée au collège ou à la sortie d'un placement.
- 321 jeunes adultes restent dans une structure pour enfants, faute de solution adulte (« amendement Creton »), près de la moitié dans le Sud ; certains jusqu'à 30 ans.
- Ce maintien ne s'explique pas seulement par le manque de places : préparation tardive, projet de vie peu défini, désaccords entre la personne, sa famille et les professionnels, crainte du changement ou image négative du secteur adulte. Il bloque en cascade : les places pour enfants se libèrent moins, ce qui retarde l'admission des plus jeunes.
- Les transitions les mieux sécurisées se font par étapes : accueil temporaire ou séquentiel, stages, immersions, périodes d'essai, passage de relais entre équipes. Mais il est difficile de garder sa place de départ pendant l'essai, et le suivi s'arrête parfois dès la sortie.

Les moments de vie les plus à risque

Entrée au collège changement d'exigences, d'interlocuteurs et de dispositifs	→ **Majorité** fin de la prise en charge par la protection de l'enfance par exemple	→ **Passage vers l'offre adulte** après 20 ans, maintien en structure pour enfants	→ **Sortie d'une structure, changement de lieu de vie** relais à trouver, suivi qui s'arrête	→ **Vieillissement des aidants** retour en famille impossible, décisions dans l'urgence

Ce que cela peut impliquer. Une grande incertitude sur « l'après » ; la peur de perdre des droits ou sa place ; des jeunes adultes qui vivent parmi des enfants, avec peu d'occasions d'expérimenter l'autonomie.

Une situation rapportée

Une mère souhaite que sa fille, jeune adulte, puisse alterner plusieurs formes d'accueil plutôt que de devoir choisir entre accueil de jour et internat. La jeune femme bénéficie déjà d'accueil temporaire et a 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. »

Le passage est attendu comme une possibilité supplémentaire qui préserve les repères construits, et non comme le remplacement brutal d'une réponse par une autre.

Ce qui existe. Des immersions, de l'accueil temporaire ou séquentiel, des appartements d'apprentissage, des services de suite ; une plateforme d'appui au logement inclusif (PALI) ; des accompagnements spécifiques pour les personnes sans solution ou maintenues en structure pour enfants comme la Case Oxygène.
Ce qui est prévu. La création de places pour sécuriser les passages dans le secteur adulte, selon le protocole de l'ARS et du Département : 954 places, dont 185 déjà installées ou autorisées et 769 programmées ; des programmes d'accompagnement vers l'autonomie (SRS) ; un dispositif passerelle et des assistants au projet de vie pour les 16-25 ans (SDOSMS).

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 3.1.3, 3.2.3, § 5.2 (tab. 72) ; fiche de cadrage 2.3.

Enfants en situation de double vulnérabilité

Les enfants vivant avec un handicap et protégés par l'aide sociale à l'enfance : des parcours fragilisés par le manque d'articulation 6

Ce que montre le diagnostic

- Ces situations sont fréquentes. Parmi les enfants confiés à des assistants familiaux, deux sur trois ont une notification de la MDPH. Ces situations se concentrent sur certaines structures pour enfants.
- Les besoins sont à la croisée de plusieurs champs. Ils cumulent des difficultés sociales, des traumatismes, des problématiques de santé et de santé mentale, des questions de justice qui demandent d'articuler protection de l'enfance, médico-social, soins et école. Il est parfois difficile de savoir qui porte la situation ; certains profils n'entrent dans aucune case.
- La coordination reste fragile et les lieux de vie instables. Délais de convention, relances multiples ; manque de familles d'accueil formées au handicap ; placements qui se rompent ; accueil temporaire mobilisé pour gérer les ruptures plutôt que pour le répit. La majorité, qui met fin au placement, est un point de rupture.

Ce que cela peut impliquer. Des enfants qui changent de lieu de vie ; des orientations tardives ou inadaptées ; des équipes médico-sociales parfois seules ou sollicitées au-delà de leur rôle.

Une situation rapportée

Dans un service pour enfants, les professionnels décrivent des placements en famille d'accueil qui tiennent parfois quinze jours. Ils proposent de soutenir les familles d'accueil, mais se heurtent à de la méfiance.

« […] on n'arrive jamais à trouver un lieu de vie stable pour l'enfant […] » « […] il y a beaucoup de méfiance du regard d'un autre professionnel d'un autre service […] »

Le manque de familles d'accueil formées et de soutien entre secteurs peut entrainer des ruptures qui impactent le travail engagé.

Ce qui existe. Des places de service d'accompagnement à domicile dédiées aux enfants confiés à l'ASE dans les quatre micro-régions depuis 2021 ; des places d'accueil temporaire dédiées dans l'Est ; une équipe ELIAS de l'établissement public de santé mentale, en appui de l'ASE, de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'Éducation nationale ; des référents qui font le lien avec l'ASE.
Ce qui est prévu. Un protocole de coopération entre protection de l'enfance, médico-social et soins, et l'expérimentation d'une structure d'accueil permanent, séquentiel ou de rupture (SDOSMS) ; une coordination renforcée avec la pédopsychiatrie (Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)).

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 3.1.3, § 5.1 (tab. 60) ; fiche de cadrage 2.4.

Les proches aidants

Les proches portent une grande part de l'accompagnement, et les possibilités de relais sont réduites

7

Ce que montre le diagnostic

- Les proches assurent une part essentielle de l'accompagnement : à domicile, pour les trajets, les démarches et les soins. Certains parents ont cessé de travailler.
- Le répit existe. Il reste difficile à obtenir. L'accueil temporaire représente moins de 3 % des places. Des séjours, des nuitées ou des accueils de week-end sont freinés par la saturation, l'éloignement, le transport, les critères d'admission, le manque d'information et leurs effets sur les prestations financières. Les urgences sont difficilement couvertes.
- L'épuisement et le vieillissement des aidants créent des ruptures. Une hospitalisation, une perte d'autonomie ou le décès d'un parent sont des moments critiques ; « l'après-aidant » n'est pas préparé de façon systématique.
- Le soutien aux aidants est répandu mais peu structuré. La plupart des structures proposent des actions (cafés des parents, guidance, entraide), rarement dans le cadre de partenariats formalisés ; les ressources restent peu connues des aidants isolés.

Ce que cela peut impliquer. Une possibilité de répit non connue, découverte tard ou trop éloignée ; une urgence familiale sans solution rapide ; des parents qui vieillissent à leur tour et s'inquiètent de savoir « qui prendra le relais » ; une forme de répit qui ne convient pas toujours à la personne accueillie.

Deux situations rapportées

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.

« Le cœur de maman ne voulait pas, mais il y a un an, on a décidé. On vieillit […]. » « […] le mercredi je dépose pour profiter avec les filles. »

-

Une mère, représentante des familles, s'occupe seule de sa fille, jeune adulte accueillie en accueil temporaire.

« Je m'occupe de ma fille toute seule. Je vais pas rajeunir et arriver à un moment donné où je pourrai plus et il faudrait qu'elle ait une place quelque part […] »

Un répit progressif et choisi, au même endroit que l'accueil de jour, devient acceptable ; l'inquiétude sur « l'après » commence bien avant le vieillissement de la personne elle-même.

Ce qui existe. La plateforme de répit Nord-Est (soutien psychologique, orientation vers l'accueil temporaire, suppléance, groupes de parole) ; des unités d'accueil temporaire, de l'accueil séquentiel en internat ; de l'accueil familial avec un service de mise en relation des accueillants et accueillis (Bienvenue la Kaz) ; des premières démarches d'anticipation de l'après-parents dans certains projets personnalisés.
Ce qui est prévu. Davantage d'accueil temporaire, le développement du relayage et des dispositifs de répit (SRS et SDOSMS)

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 3.1.4, 3.2.3 (tab. 46), § 5.1 (tab. 59) ; fiches de cadrage 1.5 et 2.5.

L'avancée en âge des personnes vivant avec un handicap

Vieillir avec un handicap : des changements déjà engagés, peu d'anticipation

8

Ce que montre le diagnostic

- Le vieillissement des personnes accompagnées est un sujet d'actualité. En moyenne dans une structure pour adultes, un tiers des personnes accompagnées ont 45 ans ou plus ; les plus âgés sont plus nombreux dans le Nord et l'Ouest. Des signes de vieillissement apparaissent parfois dès 40 ans.
- Les besoins changent plus vite que les organisations. Les personnes ressentent plus de fatigue, de la perte d'autonomie et l'augmentation des soins sont constatés ; des structures non médicalisées accompagnent des besoins devenus médicaux, avec une équipe à réadapter.
- Le vieillissement est encore peu anticipé. La prévention des fragilités liées à l'âge est répandue, mais rarement inscrite de façon systématique dans les projets personnalisés. Les changements d'orientation se décident souvent dans l'urgence.
- Après 60 ans, les réponses dédiées sont rares : 110 places d'EHPAD sont identifiées pour les personnes handicapées vieillissantes, à Saint-Paul et à Saint-Louis. Les liens avec le secteur des personnes âgées restent faibles et très rarement formalisés.

Ce que cela peut impliquer. Des personnes qui approchent des limites d'âge de leur structure sans solution d'aval ; des orientations décidées dans l'urgence, à l'hospitalisation ou au décès d'un parent ; un passage en EHPAD qui n'est pas toujours adapté ni souhaité.

Une situation rapportée

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 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. »

« […] 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 […] »

Ce qui existe. De l'hospitalisation à domicile, des soins palliatifs ; des unités ou des villas adaptées dans certains établissements ; du temps partiel progressif en travail accompagné ; des places identifiées en EHPAD.
Ce qui est prévu. Une unité dédiée pour les personnes vivant avec un handicap dans tous les nouveaux projets d'EHPAD ; un repérage partagé du vieillissement, deux unités expérimentales pour personnes handicapées vieillissantes et des dérogations d'âge (SDOSMS) ; une étude des effets du vieillissement sur les besoins (SRS).

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 3.1.5, § 5.1 (tab. 69) ; fiche de cadrage 2.6

Se soigner reste difficile, d'abord en santé mentale

9

Ce que montre le diagnostic

- La santé mentale est le point le plus tendu, surtout en situation de crise. Plus de la moitié des établissements et services signalent des difficultés d'accès aux soins en santé mentale, près de la moitié aux psychologues. La Réunion compte nettement moins de psychiatres libéraux qu'au niveau national.
- Les profils se complexifient : troubles du développement intellectuel ou troubles du neurodéveloppement associés à des troubles psychiatriques. Les équipes se disent insuffisamment formées, les coopérations avec le secteur de la santé mentale dépendent des personnes.
- Les difficultés touchent aussi des soins ordinaires : orthophonie, soins dentaires, gynécologie. Parmi les répondants au baromètre Handifaction, près d'une personne sur cinq n'a pas pu accéder aux soins dont elle avait besoin. Se faire soigner demande des adaptations (rythme, environnement, communication) encore peu répandues. À défaut, cela engendre des refus de soins ou nécessite une anesthésie générale.
- La prévention et le suivi restent inégaux, surtout chez les adultes : trois structures pour enfants sur quatre organisent un bilan de santé annuel, contre moins de la moitié des structures pour adultes.
- La continuité est mise à mal par les transitions et repose sur les aidants. Près d'une personne sur deux a besoin d'être accompagnée pour se soigner, le plus souvent par un proche. À l'inverse, des personnes peuvent rester à l'hôpital faute de solution de sortie.

Ce que cela peut impliquer. Des comptes rendus non transmis, des traitements mal relayés ; un suivi interrompu au passage à l'âge adulte ; des crises sans réponse rapide, des passages répétés aux urgences, des hospitalisations difficiles à démarrer ; des établissements qui gèrent seuls des situations qui dépassent leurs moyens ; des soins retardés ; des soins nécessitant une anesthésie générale ; des familles qui cherchent elles-mêmes des praticiens adaptés.

Une situation rapportée

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 aux soins.

« […] 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. »

Ce qui existe. L'unité de liaison médico-sociale de l'établissement public de santé mentale ; le centre ressources autisme, l'équipe ELIAS pour les adolescents, l'espace d'écoute DETAK ; des conventions avec des acteurs de santé dans la plupart des structures ; des parcours de soins spécifiques aux personnes vivant avec un handicap : Handi-Accès, HANDIDENT, Handigynéco et la stratégie régionale d'habituation aux soins ; le dispositif d'appui à la coordination et son observatoire des ruptures de parcours.
Ce qui est prévu. Des équipes mobiles de pédopsychiatrie, une réponse graduée aux crises, une liaison renforcée entre psychiatrie et médico-social, un centre expert pour les troubles associés (PTSM) ; des délais réduits en centre médico-psychologique, des cabinets de ville à accessibilité renforcée, des protocoles d'accueil aux urgences, de la prévention et des dépistages inscrits dans les contrats des structures (SRS).

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 2.4, § 5.1 (tab. 64 à 66) ; fiches de cadrage 3.1 à 3.4.

Faire valoir ses droits et ses choix

Connaître ses droits et décider pour soi : deux conditions encore inégalement réunies 10

Ce que montre le diagnostic

- De plus en plus de personnes ont des droits ouverts, mais y accéder reste difficile. L'information est dispersée (dispositifs, sigles et interlocuteurs multiples) ; certains droits sont découverts tard. La dématérialisation, l'illettrisme et la fracture numérique laissent des familles seules face aux démarches.
- Les aides existent mais sont complexes à mobiliser. Des dossiers longs, des délais importants, des règles mal comprises et des restes à charge peuvent conduire à un renoncement, notamment pour le répit, la mobilité, les aides techniques et l'adaptation du logement. L'accès aux droits repose beaucoup sur l'appui des professionnels, inégal selon les structures.
- Les proches sont une ressource essentielle : ils connaissent le parcours, alertent, soutiennent. Cependant leurs attentes peuvent différer de celles de la personne : surprotection face à un désir d'essayer ou décisions prises à sa place dans son intérêt.
- La participation aux décisions va de la simple signature à la vraie co-construction. Les outils de communication adaptée restent inégalement utilisés et ne permettent pas toujours à la personne de comprendre. La personne peut être absente de certaines réunions sur son projet. En moyenne, un peu plus d'un professionnel sur quatre est formé à l'autodétermination.
- L'expression collective est mise en place, plutôt de manière consultative. Les conseils de la vie sociale ont une portée parfois limitée. Leur constitution dépend de la mobilisation des personnes. La représentation est souvent parentale et les personnes non verbales y sont moins associées.

Ce que cela peut impliquer. Des droits découverts tard ou jamais demandés ; des démarches en ligne inaccessibles ; des documents non adaptés pour ceux qui ne peuvent pas les lire ; des choix faits pour la personne plutôt qu'avec elle, surtout quand elle s'exprime peu ou pas verbalement.

Une situation rapportée

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 mère. Il préfère sa chambre, même si cela le prive des soirées avec ses camarades.

« ça dépend de ma mère si elle dit que c'est mieux que ça reste ben ça reste » […] « je préfère ma chambre »

Quelle place donner à la parole du jeune mineur lorsque sa préférence diffère de celle de sa famille ?

Ce qui existe. Un point d'entrée pour informer et orienter (Communauté 360) ; des assistants au projet et parcours de vie pour aider les bénéficiaires à concrétiser leurs choix et aspirations (DAPV 974) ; une équipe locale d'accompagnement sur les aides techniques (EQLAAT) ; le « facile à lire et à comprendre » et la communication alternative et améliorée dans certains services ; des médiateurs pairs et les groupes d'entraide mutuelle.
Ce qui est prévu. Une mission d'expertise et d'information en communication alternative et améliorée pour soutenir l'autodétermination des personnes vivant avec un handicap ; de nouveaux groupes d'entraide mutuelle (SRS) ; l'autodétermination, la concertation et la pair-aidance (SDOSMS) ; plusieurs centaines de professionnels supplémentaires formés à l'autodétermination dans les établissements et services d'ici 2028.

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 2.5, § 5.1 (tab. 57 et 58) ; fiches de cadrage 4.1 et 4.2.

Aller à l'école

Plus d'élèves accueillis, mais une scolarité souvent courte et une inclusion inégale 11

Ce que montre le diagnostic

- Le nombre d'élèves à besoins particuliers augmente rapidement, alors que le nombre total d'élèves diminue.
- L'accompagnement humain est important. 9 315 jeunes ont un droit à une aide humaine, dont près d'un tiers attribué en attendant une place en ULIS ou en IME. L'Éducation nationale recense 6 398 élèves notifiés, dont 95 % accompagnés.
- Être dans l'école est une première étape pour être inclus. Les élèves en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) font environ 20h de classe par semaine dont plus de 6h en classe ordinaire. Les élèves accompagnés en unité d'enseignement externalisée par une structure médico-sociale font 15 heures de classe par semaine en moyenne dont moins de 2h en classe ordinaire. Cependant, des situations d'isolement peuvent être rapportées.
- Des places manquent de part et d'autre : une part importante des élèves d'ULIS attendent une place en établissement ou service médico-social, et les places d'ULIS sont elles-mêmes jugées insuffisantes.
- Les coopérations entre le secteur médico-social et les établissements scolaires restent fragiles et dépendantes des personnes.

Ce que cela peut impliquer. Des heures de classe réduites pour certains enfants ; une inclusion qui devient trop difficile quand l'accompagnant est absent ; des élèves présents mais qui peuvent être mis à l'écart ; des familles qui sont beaucoup mobilisées pour faire le lien entre l'école et la structure.

Deux situations rapportées

Une mère dont le fils était scolarisé en ULIS : les temps en classe ordinaire dépendaient de la présence d'une AESH, le plus souvent absente. Aujourd'hui accompagné par un IME, il est scolarisé dans une unité d'enseignement externalisée au collège.

« Il était en [ULIS] et lors des inclusions, s'il n'y avait pas d'AESH, il ne pouvait pas y aller. Et la plupart du temps, il n'y avait pas d'AESH. »

Elle met en question une inclusion réduite à une présence.

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 […] »

Les échanges entre classes permettent aux enfants de prendre part à la vie scolaire au-delà de leur unité d'enseignement.

Ce qui existe. 38 pôles d'appui à la scolarité portés par l'Éducation nationale et l'ARS, avec des équipes mobiles d'appui à la scolarisation ; 69 unités d'enseignement externalisées, dont 10 spécialisées ; deux services médico-sociaux dans l'école ; un plan de formation « école pour tous » par l'Éducation nationale ; des accompagnements au sein des établissements scolaires.
Ce qui est prévu. Des équipes médico-sociales ressources intégrées aux établissements scolaires ; de nouvelles unités externalisées ; un dispositif d'autorégulation au collège ; le développement de l'appui-ressources.

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 2.6, § 3.1.3, § 5.1 (tab. 61) ; fiche de cadrage 4.4.

Travailler

Le travail accompagné est sous tension et le passage vers l'emploi ordinaire reste étroit 12

Ce que montre le diagnostic

- L'offre de travail accompagné est inférieure au niveau national : 2,2 places en établissement et service d'accompagnement par le travail (ESAT) pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, contre 3,6 dans l'Hexagone.
- La capacité d'accompagnement en emploi accompagné augmente. Cependant la demande va plus vite : le délai d'attente est estimé à deux ou trois ans.
- Les freins s'accumulent pour les demandeurs d'emploi reconnus handicapés : la santé d'abord, puis la mobilité. Plus de la moitié ne peuvent pas se déplacer à plus de 30 minutes de chez eux.
- Du stage à l'emploi durable, le passage reste étroit. Les stages et immersions sont nombreux. Les sorties vers un emploi ou une formation restent rares. Le temps partagé entre ESAT et entreprise reste marginal, et les conventions avec les acteurs de l'emploi sont peu fréquentes. La crainte de perdre l'allocation aux adultes handicapés freine les essais.

Ce que cela peut impliquer. Des années d'attente pour une place en ESAT ou un accompagnement vers l'emploi ; des stages sans suite ; des employeurs peu préparés à l'accueil de personnes vivant avec un handicap ; des personnes qui renoncent à un contrat de peur de perdre leurs ressources.

Ce qui existe. L'emploi accompagné est en plein essor ; des entreprises adaptées ; des passerelles entre ESAT, entreprises adaptées et milieu ordinaire ; des chargés d'insertion qui prospectent et suivent les personnes en entreprise ; le dispositif COMÈTE pour prévenir la désinsertion professionnelle.
Ce qui est prévu. Fluidifier les parcours entre emploi protégé ou adapté et milieu ordinaire (SRS).

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 2.7, § 3.1.4, § 5.1 (tab. 62) ; fiche de cadrage 4.5.

Se loger, vivre chez soi

Choisir son lieu de vie : des solutions alternatives d'habitat encore rares et peu réversibles 13

Ce que montre le diagnostic

- Se loger est difficile pour tous, plus encore avec un handicap : il y a une pénurie de petits logements accessibles, des logements adaptés mal recensés dans le parc social, des freins à l'adaptation du parc privé (démarches, artisans qualifiés, restes à charge).
- Les solutions intermédiaires existent, leur nombre reste réduit. L'habitat inclusif se développe et l'accueil familial offre une autre possibilité. Les appartements-écoles et logements d'essai restent rares. La saturation rend le retour en arrière difficile après un changement d'habitat.
- À domicile, les relais sont fragiles. Les services d'accompagnement à domicile et les équipes mobiles soutiennent les parcours. Des difficultés subsistent sur les relais qui peuvent s'interrompre pendant le week-end ou les vacances, avec une charge qui se reporte sur les proches.
- Le choix d'habitat est peu outillé : seules 6 % des structures ont des conventions dans le champ de l'habitat, et l'accompagnement de ce choix n'est pas toujours inscrit dans le projet personnalisé.

Ce que cela peut impliquer. Un choix limité entre rester en famille et vivre en établissement ; la peur de vivre seul ou de perdre sa place en essayant autre chose ; un domicile parfois choisi, parfois subi ; un risque d'isolement après la sortie d'un établissement.

Une situation rapportée

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.

« J'ai toujours demandé à être en interne. Et mon souhait a été exaucé. » « J'aime beaucoup ici. »

Le choix de la personne ne va pas nécessairement vers le milieu ordinaire : vivre en établissement peut être un projet de vie, dès lors qu'il est choisi et que les liens et activités sont préservés.

Ce qui existe. Des appartements-écoles, des studios de mise en situation, des colocations et des appartements relais ; des partenariats avec les bailleurs sociaux ; une plateforme d'appui au logement inclusif (PALI) ; de l'habitat inclusif ; de l'accueil familial avec un service de mise en relation des accueillants et accueillis (Bienvenue la Kaz), des services autonomie à domicile (SAD).
Ce qui est prévu. Développer l'habitat inclusif et l'accueil familial, une vie au domicile choisie (SDOSMS) ; l'accompagnement vers le logement autonome et des établissements médicalisés « hors les murs » (SRS) ; un appel à projets de SAD avec 16 places dédiées aux personnes vivant avec un handicap.

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 2.3, § 3.1.4, § 5.1 (tab. 68) ; fiche de cadrage 4.6.

Participer à la vie sociale, culturelle et sportive

Une vie sociale souvent limitée aux murs de l'établissement et à la famille 14

Ce que montre le diagnostic

- La vie sociale reste souvent interne et collective. En moyenne, seules 7 % des personnes accompagnées par une structure adhèrent à une association sportive, culturelle ou de loisirs. Les activités proposées sont parfois peu renouvelées ou inadaptées à l'âge ou aux envies.
- L'accès aux activités ordinaires dépend de conditions rarement réunies : un accompagnement humain, un coût à régler (adhésion, licence, transport), l'accessibilité des lieux.
- Le soir, le week-end et les vacances sont les temps où la participation sociale est la plus faible alors que les attentes sont importantes. Ce sont les temps où les accompagnements s'arrêtent.
- Les partenariats existent avec les acteurs des loisirs. La recherche de partenariats doit encore se structurer, les ressources existantes sont parfois mal connues et l'information circule de manière informelle.

Ce que cela peut impliquer. Des loisirs pratiqués entre personnes accompagnées ; des attentes non répondues faute d'accompagnant ; des soirées, des week-ends et des vacances sans activité ; une vie sociale qui s'arrête quand l'accompagnement médico-social n'est pas présent.

Deux situations rapportées

Une mère dont la fille, jeune adulte, est en établissement enfant et attend un passage en établissement adulte. En dehors de la famille et de l'institut, 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 […] »

C'est la mère qui a fait seule les démarches, sans demander ou avoir de soutien.

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. »

L'accompagnement aide l'enfant à prendre part à la même activité sportive que les autres jeunes du club.

Ce qui existe. Handisport ; des accompagnements spécifiques vers des activités sportives ou de loisir : Loisir' Handicap 974 dans l'Ouest et le Sud, Autisme & Sport 974 et DI & Sport 974 sur toute l'île ; un pôle ressources handicap pour les 0-12 ans ; des groupes d'entraide mutuelle ; des sensibilisations auprès de clubs, piscines et lieux culturels, qui se sont adaptés pour l'accueil des personnes vivant avec un handicap.
Ce qui est prévu. L'accès au sport, à la culture et aux loisirs (SDOSMS) ; l'accès aux lieux de culture et de sport (SRS).

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 5.1 (tab. 63) ; fiche de cadrage 4.7.

Vie intime, affective et sexuelle

La vie intime est reconnue comme un droit, mais son accompagnement reste inégal et parfois tabou

15

Ce que montre le diagnostic

- L'accompagnement est inégal d'une structure à l'autre. En moyenne, un professionnel sur cinq est formé.
- Le sujet reste tabou dans certaines équipes et familles, surtout pour les personnes très dépendantes. Il est possible que l'avis familial soit recherché dans le secteur adulte.
- L'apprentissage du consentement et la protection contre les violences manquent d'outils pour les personnes qui communiquent peu ou pas oralement.
- Entre parler de vie affective et pouvoir rencontrer quelqu'un, l'écart reste grand : le cercle social est restreint, les désirs de parentalité sont freinés, et de la solitude affective est signalée, notamment chez des travailleurs d'ESAT.
- La situation des jeunes adultes maintenus en structure pour enfants complique l'accompagnement à la vie intime.

Ce que cela peut impliquer. Des jeunes adultes dont les besoins d'adultes sont partiellement pris en compte ; des espaces d'intimité limités ; un suivi gynécologique difficile d'accès ; des projets de couple ou d'enfant qui ont du mal à se réaliser.

Deux situations rapportées

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 en milieu ordinaire […]. Parce qu'on a des projets encore, on a des projets d'enfants. »

-

Du côté des professionnels, dans un établissement pour adultes très dépendants, l'équipe constate des besoins liés à la vie sexuelle. Sont évoqués une formation et des outils insuffisants, les espaces d'intimité limités à la chambre.

« Et quand c'est tabou pour nous, comment faire pour que ce ne soit pas tabou pour des gens qui n'ont pas de moyens de communiquer. »

Pour les personnes qui communiquent peu, le positionnement des équipes est déterminant.

Ce qui existe. Des partenariats fréquents avec le Planning familial et Intim'Agir, souvent formalisés par convention ; Handigynéco dans des établissements médicalisés pour adultes ; des programmes, des référents et des comités dédiés dans plusieurs structures ; Cap Parents qui accompagne les parents et futurs parents vivant avec un handicap.
Ce qui est prévu. Renforcer l'accompagnement et l'éducation à la vie relationnelle, affective et intime, l'accompagnement à la parentalité, la prévention des violences (SRS) ; la suite des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé sur la vie intime en établissement.

Pour aller plus loin : Diagnostic : § 5.1 (tab. 70) ; fiche de cadrage 4.8.

4. Une transformation voulue, des conditions exprimées

4.1 D'où vient la transformation

La transformation de l'offre fait passer d'une logique de places à une logique de parcours personnalisés, modulables et évolutifs, construits avec la personne. Elle est l'aboutissement de cinquante ans d'évolution de la politique du handicap. À La Réunion, les limites du modèle historique se lisent dans les tensions sur l'offre, les difficultés de passage à l'âge adulte, l'épuisement des aidants et le manque de lisibilité exprimé par les familles (§ 1.1).

HIER - à partir de 1975

Des établissements à part

Face à une société qui n'accueillait pas les personnes vivant avec un handicap, on crée des établissements spécialisés, organisés par type de handicap et par nombre de places. Ce modèle a permis de protéger, d'accompagner et de développer des expertises reconnues.

DEPUIS 2005

Un autre regard sur le handicap

Avec la loi du 11 février 2005 et la Convention de l'ONU ratifiée par la France en 2010, le handicap est aussi compris comme le résultat de la rencontre entre une personne et un environnement inadapté. L'école, les transports, le logement, l'emploi et les soins doivent donc évoluer.

AUJOURD'HUI

Une société accessible

L'objectif est que chacun puisse choisir sa vie et vivre au milieu des autres, avec l'appui d'un secteur médico-social qui devient une ressource au plus près des lieux de vie, sans renoncer aux réponses spécialisées lorsqu'elles sont nécessaires.

Elle repose sur sept principes communs, définis au niveau national, qui ont servi à construire les questionnaires et les entretiens du diagnostic :

Choisir sa vie

autodétermination

Soutenir la capacité de chaque personne à faire ses propres choix et à garder la maîtrise de sa vie.

Vivre au milieu des autres

inclusion

Permettre une participation pleine et entière à la vie ordinaire, avec les adaptations nécessaires.

Aucune personne sans réponse

inconditionnalité de l'accueil

Une ambition : que personne ne soit écarté d'un accompagnement en raison de la complexité de sa situation.

Une responsabilité partagée

responsabilité populationnelle

Organiser les réponses à l'échelle du territoire, y compris pour les personnes en attente ou sans accompagnement, au-delà des frontières entre institutions.

Le milieu ordinaire d'abord

Principe de subsidiarité, appui au droit commun

Privilégier les services ouverts à tous lorsqu'ils peuvent répondre, avec l'appui des établissements spécialisés.

Un accompagnement continu

parcours

Mieux relier les acteurs et les dispositifs pour éviter les ruptures d'accompagnement.

Un accompagnement qui s'ajuste

modularité

Pouvoir faire évoluer la forme de l'accompagnement selon les besoins.

4.2 Une adhésion large, des réserves sur la mise en œuvre

Les acteurs adhèrent assez largement aux principes de la transformation ; la principale tension porte « moins sur les objectifs de la transformation que sur les conditions nécessaires à sa mise en œuvre ». Connaître le vocabulaire n'est pas adhérer, et inversement : beaucoup de familles et de partenaires appliquent déjà ces principes sans en employer les mots.

- **Ce qui rassemble :** le passage de la place au parcours ; des réponses plus personnalisées, plus souples et combinables ; l'ouverture au milieu ordinaire ; une préoccupation commune pour les situations complexes et les personnes qui risquent de rester sans solution.
- **Les garde-fous exprimés :** la transformation ne doit pas devenir une inclusion uniforme ou « à marche forcée » ; une souplesse qui réduirait ou morcellerait l'accompagnement ; un transfert de responsabilités vers les acteurs ouverts à tous ou vers les familles, sans moyens ni expertise ; la disparition des réponses spécialisées pour celles et ceux qui en ont besoin.
- **Ce qui ne fait pas consensus :** l'inconditionnalité de l'accueil reste trop peu documentée pour conclure : les familles craignent que les situations complexes deviennent les « laissées pour compte », les acteurs de proximité rappellent qu'ils ne peuvent pas répondre à toutes les situations. La responsabilité populationnelle est soutenue dans son principe et souvent vécue sans être nommée. Cependant son périmètre, son pilotage et ses moyens restent à clarifier.



Diagnostic, § 4.3 et conclusion de la partie 4.

4.3 Les conditions de réussite selon les acteurs

Pour les acteurs, la transformation est « applicable et acceptable si les moyens, les règles et l'écosystème évoluent au même rythme que les objectifs donnés ». Le diagnostic en dégage onze conditions ; la dernière colonne, lecture de la mission, les rapproche des objectifs présentés.

Condition de réussite	Citée surtout par	Où la retrouver dans les objectifs
Une gouvernance territoriale claire et des responsabilités clarifiées	Institutions, établissements, collectivités, partenaires, usagers, familles	1.4
Une coordination stable et une information qui suit la personne	Tous les acteurs	2.1
Des acteurs du droit commun formés et appuyés par l'expertise spécialisée	Établissements, institutions, collectivités, partenaires, familles	1.6
Des règles de notification et de financement compatibles avec les parcours	Établissements, institutions, acteurs de proximité	1.3
Une souplesse choisie, progressive et réversible	Usagers, familles, établissements, partenaires	1.3
Des informations et des outils partagés entre acteurs	Institutions, établissements, partenaires, collectivités	1.2, 2.1
Des réponses organisées au plus près des lieux de vie	Établissements, partenaires, collectivités, usagers, familles	1.1, 4.3
Des personnes associées à la transformation, qui la comprennent	Usagers, familles, établissements, institutions, partenaires	4.1, 4.2
La complémentarité entre milieu ordinaire et réponses spécialisées	Tous les acteurs	Principe transversal
Des moyens humains et financiers pour les nouvelles missions	Établissements, collectivités, partenaires, usagers, familles	Lié à plusieurs objectifs, dépendant du national
Un accompagnement des métiers et des pratiques	Établissements, institutions, partenaires, collectivités	Transversal à plusieurs objectifs

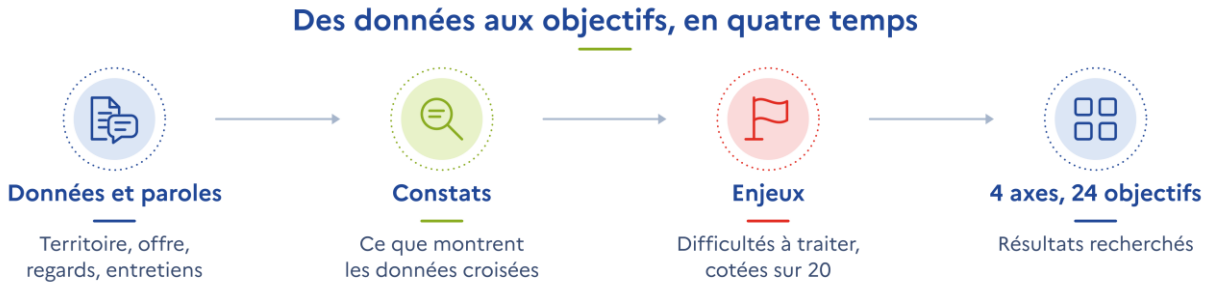
Diagnostic : § 4.3 (tab. 54).

Les professionnels, condition de la continuité. Environ 4 500 professionnels accompagnent les personnes dans les établissements et services. Le diagnostic décrit des équipes plutôt stables mais un absentéisme élevé, et des recrutements difficiles en orthophonie, en psychologie et sur les fonctions médicales. Les professionnels décrivent une charge accrue par les nouvelles coordinations, souvent prise sur le temps de terrain ; ils demandent un accompagnement humain du changement et des réponses claires sur les rôles, les moyens et le calendrier (§ 2.8, tab. 13, 54 et 77).

5. Des constats aux 24 objectifs

5.1 Comment les objectifs ont été définis

Les 24 objectifs sont issus d'un même raisonnement : partir des données et des paroles recueillies, en tirer des constats, regrouper les constats convergents en difficultés à traiter (les enjeux), puis traduire ces difficultés en résultats à atteindre.



Diagnostic, § 6.1 et 6.3, figure 19 simplifiée.

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. Des difficultés proches ont pu être réunies : l'accès aux soins dentaires, à la gynécologie, aux psychologues, aux orthophonistes, et aux autres soins somatiques forme ainsi l'objectif 3.2.

> **Comment lire la criticité**
>
> Chaque enjeu a été noté de 1 à 5 sur quatre critères, inspirés de la méthode de diagnostic territorial de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : l'ampleur (le problème est-il répandu ?), la gravité (quelles conséquences pour la personne ?), l'inégalité (certains territoires ou publics sont-ils plus touchés ?), l'urgence (la situation se dégrade-t-elle ?). Le total donne un niveau, de faible à très fort ; toutes les difficultés retenues sont au moins de criticité assez forte, la mobilité obtenant le score le plus élevé. La criticité compare les difficultés entre elles : elle ne fixe pas de priorité et ne remplace pas les arbitrages des institutions compétentes.

5.2 Quatre axes, 24 objectifs

Les quatre axes et les 24 objectifs ont été présentés au comité stratégique. Leur mise en œuvre reste à instruire. Les pistes d'actions, reprises de la fiche de cadrage de l'objectif, ont été proposées par les acteurs pendant le diagnostic : elles ne sont ni des recommandations de l'ARS ni des engagements.

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

Pourquoi cet axe ? Où que l'on habite à La Réunion, il doit être possible de trouver un accompagnement adapté, sans attente excessive, et sous une forme qui réponde aux besoins de la personne plutôt qu'aux places disponibles.

N° criticité	Objectif	En clair	Quelques pistes d'action recueillies lors des entretiens
1.1 assez forte	**Territorialiser l'offre médico-sociale pour améliorer sa lisibilité et son accessibilité**	Mieux répartir les établissements et services et rendre l'offre plus facile à connaître et à rejoindre.	• Réinterroger la répartition géographique des réponses • Développer les interventions de proximité • Rendre plus lisible la gouvernance territoriale de l'offre
1.2 très forte	**Organiser une gestion territoriale des besoins non couverts et des personnes en attente, fondée sur des données partagées**	Savoir qui attend, quelle réponse et où, pour organiser les réponses collectivement plutôt que structure par structure.	• Actualiser les listes d'attente • Développer une observation territoriale partagée des besoins • Structurer une porte d'entrée simplifiée pour les admissions
1.3 assez forte	**Rendre effectif l'accès à des accompagnements modulaires et diversifiés**	Pouvoir combiner plusieurs formes d'accompagnement, essayer et revenir en arrière, en adaptant les règles de décision et de financement.	• Fonder la modularité sur les besoins et le projet de la personne • Garantir le droit à l'essai, à l'erreur et au retour • Adapter notifications, autorisations et financements à une logique de parcours
1.4 assez forte	**Structurer la coordination territoriale entre institutions, ESMS et acteurs de droit commun**	Clarifier « qui fait quoi » entre institutions, établissements et services ouverts à tous, et consolider des coopérations encore fragiles.	• Stabiliser une gouvernance territoriale partagée • Formaliser un cadre commun de coopération • Clarifier la responsabilité populationnelle
1.5 assez forte	**Améliorer l'accès et la mobilisation des solutions de répit, d'accueil temporaire et de relais**	Permettre aux proches aidants de souffler et trouver rapidement une solution temporaire, y compris en urgence.	• Renforcer, diversifier et territorialiser l'offre de répit • Organiser l'accès planifié et les réponses urgentes • Rendre l'offre lisible et simple à mobiliser
1.6 assez forte	**Structurer et rendre accessible la fonction ressource médico-sociale sur les territoires**	Que les professionnels spécialisés partagent leur expertise avec l'école, les soignants, les entreprises, les associations, de façon visible et durable.	• Formaliser et rendre lisible la fonction ressource • Développer l'appui au droit commun • Reconnaître et mobiliser le savoir expérientiel

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

Pourquoi cet axe ? Les ruptures surviennent souvent aux moments de passage, ou quand personne ne fait le lien entre les intervenants. L'ambition : qu'aucune personne ni aucune famille ne porte seule son parcours.

N° criticité	Objectif	En clair	Quelques pistes d'action recueillies lors des entretiens
2.1 très forte	**Structurer la coordination des parcours et le partage d'information autour de la personne**	Que les informations utiles circulent entre les intervenants, sans répétitions ni charge trop importante pour la personne et ses proches.	• Clarifier et professionnaliser la fonction de coordination du parcours • Garantir un interlocuteur identifié et une coordination continue • Améliorer le partage et la continuité de l'information
2.2 très forte	**Garantir une réponse adaptée et réactive aux situations complexes et aux personnes sans solution**	Débloquer les parcours à l'arrêt et répondre vite aux situations complexes, plutôt que des renvois successifs.	• Observation territoriale des situations sans solution • Organiser une responsabilité réellement partagée face aux situations complexes • Mobiliser la fonction ressource pour ces situations
2.3 forte	**Anticiper et sécuriser les transitions tout au long du parcours de vie, avec une attention particulière au passage du secteur enfant au secteur adulte**	Préparer à l'avance les changements (école, emploi, logement, avancée en âge) et éviter que de jeunes adultes restent en structure pour enfants.	• Anticiper et préparer les transitions en amont • Favoriser des transitions progressives et réversibles • Sécuriser les droits et démarches liés aux changements de situation
2.4 très forte	**Sécuriser les parcours des enfants en situation de double vulnérabilité**	Mieux accompagner les enfants vivant avec un handicap qui relèvent aussi de la protection de l'enfance.	• Renforcer la coordination entre les acteurs autour de l'enfant • Diversifier les solutions d'accueil, d'hébergement et de répit • Anticiper et sécuriser le passage à l'âge adulte
2.5 forte	**Prévenir les conséquences de l'épuisement et du vieillissement des aidants et anticiper l'après-aidant**	Soutenir les proches dans la durée et préparer avec eux le moment où ils ne pourront plus assurer ce rôle.	• Repérer précocement les situations de fragilité • Renforcer les relais professionnels • Structurer l'accompagnement des aidants isolés
2.6 forte	**Adapter les parcours au vieillissement de la population vivant avec un handicap**	Faire évoluer l'accompagnement avec l'avancée en âge des personnes.	• Anticiper le vieillissement et les transitions • Adapter la prévention, la médicalisation et les soins • Diversifier les réponses après 60 ans

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

Pourquoi cet axe ? Se soigner reste plus difficile pour les personnes vivant avec un handicap : accès compliqué à certains soins, soins parfois tardifs, prévention insuffisante, informations qui se perdent entre les intervenants.

N° criticité	Objectif	En clair	Quelques pistes d'action recueillies lors des entretiens
3.1 très forte	**Améliorer l'accès à la psychiatrie, à la pédopsychiatrie et aux ressources de santé mentale, notamment en situation de crise**	Trouver une réponse en santé mentale, pour les enfants comme pour les adultes, et ne pas rester sans aide au moment d'une crise.	• Renforcer les ressources psychiatriques et psychologiques mobilisables • Structurer les relations entre psychiatrie de secteur et établissements • Organiser une réponse partagée aux situations de crise
3.2 assez forte	**Améliorer l'accès effectif aux soins et aux ressources de santé nécessaires aux personnes vivant avec un handicap**	Accéder dans de bonnes conditions au dentiste, au gynécologue, aux psychologues, aux orthophonistes et aux autres soins courants.	• Rendre lisible et mobilisable l'offre de soins adaptés • Rapprocher les soins des lieux de vie • Former les professionnels de santé de droit commun
3.3 forte	**Généraliser une prévention, un dépistage et un suivi de santé adaptés aux besoins des personnes vivant avec un handicap**	Que la prévention, les dépistages et le suivi régulier de la santé soient proposés de façon systématique et adaptée.	• Systématiser les bilans de santé et la réévaluation des traitements • Inscrire l'habituation aux soins dans une démarche préventive • Garantir l'accès à un médecin traitant
3.4 forte	**Garantir la continuité effective du parcours de soins entre les différents acteurs**	Que la structure, les soignants, l'hôpital et les proches se transmettent les informations et se relaient sans rupture.	• Identifier une fonction de coordination du parcours de soins • Systématiser la transmission des informations de santé • Formaliser les coopérations entre ESMS et établissements de santé

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

Pourquoi cet axe ? Pouvoir vivre comme tout le monde : faire ses choix, se déplacer, aller à l'école, travailler, se loger, avoir des loisirs et une vie affective. Cet axe dépasse largement le seul champ médico-social et questionne la société dans son ensemble.

N° criticité	Objectif	En clair	Quelques pistes d'action recueillies lors des entretiens
4.1 assez forte	**Améliorer l'accès à l'information, aux droits, aux démarches et aux dispositifs de compensation**	Comprendre ses droits, savoir à qui s'adresser, être aidé dans ses démarches et obtenir les aides auxquelles on a droit.	• Centraliser et rendre accessible l'information sur les droits • Développer l'aller-vers et les relais de proximité • Mieux informer et accompagner sur la compensation
4.2 forte	**Renforcer l'autodétermination et la participation effective des personnes aux décisions qui les concernent**	Que la personne soit actrice de ses choix et réellement associée aux décisions qui touchent sa vie.	• Rendre effectifs la co-construction du projet, le choix et le droit à l'essai • Garantir l'accessibilité et la continuité de l'expression • Promouvoir la participation collective et structurer la pair-aidance
4.3 très forte	**Garantir une mobilité permettant l'accès effectif aux différentes dimensions de la vie**	Disposer de transports adaptés pour se soigner, aller à l'école, au travail, aux loisirs ou en séjour de répit. C'est en lien avec tout le reste.	• Organiser et mutualiser les solutions de mobilité à l'échelle territoriale • Renforcer la disponibilité, l'accessibilité et la sécurisation des transports • Réduire la charge supportée par les familles
4.4 forte	**Favoriser l'accès à une scolarisation inclusive, adaptée et suffisamment soutenue**	Aller à l'école avec ses camarades, avec les adaptations et l'accompagnement nécessaires.	• Diversifier et individualiser les parcours scolaires • Sécuriser l'accompagnement humain et former la communauté scolaire • Structurer la coopération entre école, MDPH, médico-social et familles
4.5 forte	**Améliorer l'accès à l'emploi et sécuriser les parcours professionnels**	Trouver un emploi durable et le conserver, avec un appui adapté tout au long du parcours professionnel.	• Sécuriser les parcours entre ESAT, entreprise adaptée et milieu ordinaire • Structurer les partenariats territoriaux et accompagner les employeurs • Sécuriser droits et ressources lors des changements de statut
4.6 forte	**Diversifier les solutions d'habitat, d'hébergement et d'accompagnement à domicile**	Avoir le choix de son lieu de vie, avec des solutions adaptées et réversibles, et des relais suffisants pour vivre chez soi.	• Diversifier l'offre résidentielle en garantissant le choix du lieu de vie • Préparer des parcours résidentiels progressifs et réversibles • Sécuriser le maintien à domicile sans transférer la charge aux proches
4.7 assez forte	**Développer l'accès à une vie sociale, culturelle, sportive et de loisirs choisie et diversifiée**	Accéder aux activités de son choix (sport, culture, loisirs), avec des adaptations si besoin.	• Diversifier les activités à partir des choix des personnes • Rendre effectifs l'accès au droit commun, la mixité et l'accessibilité • Structurer les partenariats territoriaux et rendre l'offre lisible
4.8 très forte	**Garantir les conditions d'une vie intime, affective et sexuelle choisie, accompagnée et sécurisée**	Respecter le droit à une vie affective et intime, accompagner le consentement et protéger contre les violences sexuelles.	• Former et outiller les professionnels, rendre l'expression des besoins accessible • Développer l'information, l'éducation, la prévention et l'accès à la santé sexuelle • Accompagner l'exercice effectif de la vie relationnelle et affective

5.3 Ce que sont les objectifs, et ce qu'ils ne sont pas

Ce qu'ils sont	Ce qu'ils ne sont pas
Des résultats à atteindre, présentés au comité stratégique.	24 projets ou 24 actions déjà décidés.
Un cap commun pour l'ensemble des acteurs.	La désignation d'un responsable ou d'un calendrier.
Une vision qui dépasse le médico-social : santé, école, emploi, logement, transports, droits et vie sociale.	Une liste de priorités : la criticité ne remplace pas les arbitrages.
La base des travaux qui vont suivre.	Un sujet qui concernerait uniquement l'ARS.

Chacun des 24 objectifs fait l'objet d'une fiche de cadrage, dans la partie 7 du diagnostic. Chaque fiche rassemble les constats issus du diagnostic, les pistes recueillies auprès des acteurs (base de travail, ni recommandations de l'ARS ni engagements) et les cadres, acteurs et initiatives existants. Ce ne sont pas des fiches actions : ce sont des outils pour préparer les travaux à venir.

6. Et maintenant ?

Vous pouvez approfondir vos connaissances sur l'offre médico-sociale, avoir accès aux données détaillées ou prendre connaissance des actions proposées par les personnes interrogées dans les fiches de cadrage du diagnostic régional complet.

Mais le diagnostic n'est pas un aboutissement : il ouvre une étape de travail collectif autour des 24 objectifs. En effet le diagnostic ne concerne pas que l'offre médico-sociale : il dépasse le seul champ d'intervention de l'ARS.

La démarche qui suit le diagnostic vise à relier les politiques publiques du handicap et à rendre visible ce qui est déjà engagé : aucune institution ne peut répondre seule aux 24 objectifs. Cette démarche concerne donc l'ensemble du champ du handicap et mobilise les acteurs dans leurs compétences respectives. Leur mise en œuvre dépendra des engagements que chaque acteur prendra.

La mission transformation de l'offre assure le référencement de l'existant en centralisant les informations transmises par les institutions et les acteurs du territoire dans une feuille de route partagée. Celle-ci rassemble et articule les actions en cours ou programmées à un niveau régional ou micro-régional. Elles incluent un pilote, une étape et une échéance. Sa publication est prévue en mars 2027 sur la page ARS dédiée.

En parallèle, sur la même page, un tableau de bord public sera mis en avant. Il a pour objectif de rendre visibles les initiatives du territoire. Les acteurs du champ du handicap ont la possibilité de remplir un formulaire pour mettre en avant leurs actions. Le but est de permettre aux autres acteurs de s'en inspirer et de collaborer autour des mêmes objectifs.



L'intervention directe de la mission transformation de l'offre porte initialement sur 11 objectifs, qui dépendent du périmètre de la mission et des niveaux de criticité relevés dans le diagnostic. Ainsi cinq objectifs sont pilotés et six relèvent de la collaboration avec d'autres acteurs traitant déjà le sujet ou d'une animation pour soutenir une dynamique régionale.

Pour aller plus loin : le document « Du diagnostic régional à la transformation de l'offre Handicap » présente la méthode, les étapes à venir et la contribution de la mission transformation de l'offre.

Annexe A — Les mots et sigles

Accueil séquentiel	Accueil quelques jours ou demi-journées par semaine, ou par périodes, plutôt qu'en continu.
Accueil temporaire	Accueil de courte durée, pour le répit, un essai ou une urgence.
AESH	Accompagnant d'élèves vivant avec un handicap, à l'école.
Amendement Creton	Disposition qui permet à un jeune de plus de 20 ans de rester provisoirement dans une structure pour enfants, faute de solution adulte.
ARS	Agence régionale de santé.
CAMSP, CMPP	Centre d'action médico-sociale précoce, centre médico-psycho-pédagogique : repérage, diagnostic et accompagnement précoce des enfants.
Communauté 360	Point d'entrée territorial qui informe, oriente et coordonne les acteurs.
CAA, FALC	Communication alternative et améliorée ; « facile à lire et à comprendre » : outils qui facilitent l'expression et la compréhension.
Conseil de la vie sociale (CVS)	Instance de participation des personnes accompagnées et de leurs familles dans un établissement ou service.
Criticité	Niveau d'une difficulté, de « assez forte » à « très forte », mesuré sur quatre critères (voir 5.1).
Dispositif intégré	Fonctionnement coordonné de structures pour enfants qui permet d'ajuster les modalités d'accompagnement sans nouvelle décision de la MDPH, dans un cadre réglementaire précis.
Droit commun	Services ouverts à tous : école, soins, emploi, logement, transports, loisirs.
EAM, MAS	Établissement d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée : accueil d'adultes ayant d'importants besoins de soins et d'accompagnement.
ESAT	Établissement et service d'accompagnement par le travail.
ESMS	Établissements et services médico-sociaux.
File active	Mode de fonctionnement où une structure accompagne plus de personnes qu'elle n'a de places : une même place peut servir à plusieurs personnes dans l'année.
Fonction ressource	Appui apporté par les professionnels spécialisés aux acteurs ouverts à tous, aux familles ou aux personnes non accompagnées.
GEM	Groupe d'entraide mutuelle : collectif de personnes concernées qui s'entraident.
IME, SESSAD	Institut médico-éducatif ; service d'éducation spéciale et de soins à domicile.
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées ; sa commission décide des orientations et de certains droits.
Orientation	Décision de la MDPH qui ouvre un droit vers un type d'accompagnement ; ce n'est pas une demande immédiate de place.
Plan d'accompagnement global (PAG)	Réponse construite par la MDPH et les acteurs pour une personne sans solution adaptée.
PCH, AAH	Prestation de compensation du handicap ; allocation aux adultes handicapés.
Schémas	Schéma régional de santé (ARS, 2023-2028), schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (2025-2030), projet territorial de santé mentale (2025-2030).
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire, dans un établissement scolaire.

Annexe B — Pour aller plus loin

Où trouver chaque thème dans le diagnostic régional complet.

Thème de la synthèse	Diagnostic : sections et tableaux	Fiches de cadrage
La démarche, les précautions de lecture	§ 1.4 ; précautions p. 12	—
Le territoire et ses besoins	§ 2.1 à 2.8 (p. 13 à 33)	—
L'offre médico-sociale	§ 3.1 (tab. 15 à 24), § 3.2 par micro-région, § 3.3 dispositifs, § 3.4 évolution programmée (tab. 49 à 51)	1.1 (p. 155)
1. Qui attend, quoi et où	§ 3.2.3 (tab. 43 à 47) ; § 5.2 « Responsabilité populationnelle » (tab. 75)	1.2 (p. 158), 2.2 (p. 175)
2. Le transport	§ 2.2 ; § 5.1 « Mobilité et transports » (fig. 18, tab. 67)	4.3 (p. 207)
3. Des réponses plus souples	§ 5.2 « Modularité » (tab. 73) et « Fonction ressource » (tab. 74)	1.3 (p. 160), 1.6 (p. 169)
4. Coordonner	§ 5.2 « Coordination » (tab. 71) et « Coopération » (tab. 76)	2.1 (p. 172), 1.4 (p. 164)
5. Les transitions	§ 3.1.3, § 3.2.3 ; § 5.2 « Transition des parcours » (tab. 72)	2.3 (p. 178)
6. Double vulnérabilité	§ 3.1.3 ; § 5.1 « Double vulnérabilité » (tab. 60)	2.4 (p. 181)
7. Les aidants	§ 3.1.4, § 3.2.3 (tab. 46) ; § 5.1 « Aidants » (tab. 59)	1.5 (p. 166), 2.5 (p. 184)
8. Vieillir avec un handicap	§ 3.1.5 ; § 5.1 « Personnes handicapées vieillissantes » (tab. 69)	2.6 (p. 186)
9. Se soigner	§ 2.4 ; § 5.1 « Accès aux soins » (tab. 64 à 66)	3.1 à 3.4 (p. 189 à 200)
10. Droits et décisions	§ 2.5 ; § 5.1 « Autodétermination » (tab. 57) et « Accès aux droits » (tab. 58)	4.1 (p. 201), 4.2 (p. 204)
11. L'école	§ 2.6, § 3.1.3 ; § 5.1 « École inclusive » (tab. 61)	4.4 (p. 210)
12. L'emploi	§ 2.7, § 3.1.4 ; § 5.1 « Insertion professionnelle » (tab. 62)	4.5 (p. 213)
13. Se loger	§ 2.3, § 3.1.4 ; § 5.1 « Habitat » (tab. 68)	4.6 (p. 216)
14. La vie sociale	§ 5.1 « Vie sociale » (tab. 63)	4.7 (p. 219)
15. Vie intime, affective et sexuelle	§ 5.1 « Vie intime, affective et sexuelle » (tab. 70)	4.8 (p. 222)
Regards des acteurs, conditions de réussite	§ 1.1 ; § 4.1 à 4.5 (tab. 52 à 56) ; § 5.2 « Ressources humaines » (tab. 77)	—
Des constats aux objectifs	§ 6.1 à 6.3 (tab. 78 à 83, fig. 19 et 20) ; partie 7	Les 24 fiches (p. 155 à 224)