

COVID-19 / NOUVELLE CALEDONIE

HANDICAP ET CONFINEMENT

LE BILAN



Collectif
HANDICAPS
Nouvelle-Calédonie





INTRODUCTION

Toutes les situations de crise, notamment sanitaire, comme l'actuelle Pandémie COVID19, ont tendance à creuser les inégalités et les déséquilibres au sein des populations. Les personnes vulnérables, sur le plan économique, sanitaire, ou autre, sont les premières impactées.

Les personnes en situation de handicap, qu'elles soient dans une situation de vulnérabilité ou non, peuvent alors être en première ligne de ces inégalités et déséquilibres, si les conditions préalables à leur inclusion ne sont pas respectées. Ces conditions concernent l'accessibilité, les aides techniques, les services de soutien, la protection sociale, le développement communautaire, la non-discrimination.

Comme le stipule la Convention internationale relative aux droits des personnes en situation de handicap, les États doivent, d'autant plus en contexte de crise, garantir la protection, la dignité, la sécurité et le bien-être des personnes en situation de handicap. Il est donc important que les institutions publiques soient vigilantes à apporter des réponses adaptées au regard de la diversité des situations de handicap, comprenant bien que les problématiques rencontrées par les personnes handicapées dans un tel contexte sont diverses et variées. Elles sont à la fois fonction de la situation de handicap de la personne, de son degré d'autonomie, de son contexte de vie, de son besoin d'accompagnement et de soutien.

Dans le contexte de la crise sanitaire COVID 19 en Nouvelle-Calédonie, et après près d'un mois de confinement strict, le Collectif handicaps a souhaité établir un bilan réalisé dans le prisme handicap et dépendance et apporter des recommandations en prévention d'une prochaine période de confinement sur le territoire.

Ce bilan se veut le plus objectif possible, précisant à la fois, l'impact du confinement et des mesures restrictives sur les conditions de vies des personnes en situation de handicap mais également, le degré d'accessibilité et d'adaptation des mesures et réponses apportées dans le cadre de l'épidémie. Il a été réalisé à partir de :

- L'analyse des mesures prises et réponses apportées par les institutions du territoire au regard de l'application de la Convention internationale relative aux droits des personnes en situation de handicap,
- de remontées associatives et d'acteurs du secteur,
- de témoignages de personnes en situation de handicap ou de leur famille,
- des réponses au questionnaire diffusé par le Collectif auprès des personnes en situation de handicap après le confinement,



I. GESTION DE CRISE « COVID 19 » EN NOUVELLE-CALÉDONIE

Le 18 mars 2020, la Nouvelle-Calédonie déplore ses 2 premiers cas de coronavirus sur le territoire. Le gouvernement local en coopération avec le Haut-commissariat décide dès le lendemain, d'appliquer un certain nombre de mesures préventives pour contenir la propagation du virus sur le territoire.

Rappel de la chronologie des mesures préventives appliquées sur le territoire

20 mars : confinement partiel

- Fermeture de l'aéroport international, fermeture des crèches et établissements scolaires du 1^{er} et 2nd degrés, interdiction de rassemblement de plus de 50 personnes, service d'accueil minimum pour la garde des personnels « dits » prioritaires. Mise en place de la continuité pédagogique pour les élèves (...).

22 mars : confinement strict de la population (2 prolongements d'une semaine le 5 et le 13 avril)

- Fermetures des commerces à l'exception des commerces de premières nécessités et pharmacies.

20 avril : mise en place d'un confinement adapté

- Réouverture des crèches, réouverture partielle des établissements scolaires, interdiction des rassemblements de plus de 50 personnes, réouverture des commerces dans le respect des mesures barrières, interdiction d'ouverture pour les boîtes de nuit et bars.

Mesures spécifiques appliquées au champ du handicap et de la dépendance :

19 mars - Préparation à la mise en confinement

- Réunion d'information organisée par le cabinet en charge des questions du handicap au gouvernement, à l'attention des associations représentatives des établissements et structures médico-sociaux (EMS) et acteurs du secteur.

20 mars - Confinement partiel

- Début de la mise en confinement stricte des structures et établissements médico-sociaux (EMS) type « internat ».
- Fermeture progressive avec maintien d'un service minimum des structures EMS au format « externat » avec un maintien préférentiel à domicile des personnes en situation de handicap dans des conditions adaptées.
- Interruption de l'intervention des assistantes de vie scolaire sur la période de fermeture des établissements scolaires.
- Maintien de l'activité des auxiliaires de vie à domicile, dans le respect des gestes barrières.
- Identification des personnels du secteur médico-social (personnels des EMS, auxiliaires de vie...) comme « personnel prioritaire ».

22 mars - Confinement strict

- Fermeture de tous les EMS dit « externat »



18 avril - Confinement adapté

- Reprise de l'activité pour les assistantes de vies scolaire en même temps de la reprise de l'école.
- Ré-ouverture des EMS « externat » sous réserve de la possibilité du respect des mesures barrières et/ou d'assurer une continuité de l'accompagnement médico-social pour un maintien préférentiel à domicile.
- Poursuite du confinement strict pour les EMS « internat » avec un assouplissement des mesures quant aux visites extérieures sous réserve du respect des mesures barrières. Déconfinement progressif à compter du 20 avril et jusqu' au 4 mai.
- Fin du statut de « personnel prioritaire » et des mesures les concernant (service d'accueil minimum).
- Reprise des activités associatives possibles sous réserve de l'application de mesures barrières et d'un effectif de regroupement très réduit, et obligatoirement inférieur à 50 personnes.

II. BILAN

1- D'un point de vue général

Le confinement a inévitablement impacté le quotidien des personnes en situation de handicap ne serait-ce qu'en raison des mesures restrictives appliquées et le sentiment de peur ressenti en raison du risque épidémique.

Mais les témoignages démontrent bien que certaines personnes en situation de handicap l'ont été plus que d'autres. Certaines, sur le plan émotionnel ou psychologique, d'autres en raison d'un manque d'accessibilité des mesures, de l'information ou encore de l'arrêt partiel voire total de certains soins. La période courte sur laquelle le confinement s'est déroulé aura aidé à limiter les conséquences. Avec une durée plus longue, il aurait été bien plus difficile à vivre et à gérer pour les personnes, leurs familles et les parents d'enfant(s) en situation de handicap, mais aussi les professionnels des établissements médico-sociaux restés en activité.

Une majorité de personnes en situation de handicap ont bénéficié du soutien et de la présence de leur entourage proche, parents, familles, amis, voisins, ou encore de professionnels de l'accompagnement (éducateurs, auxiliaires...) ou médicaux (infirmière, psychologue...) ou même d'agents (assistantes sociales...). Et cela, fort heureusement, car pour toutes, cette présence, qu'elle ait été physique ou à distance, a été une aide précieuse et indispensable pour faire face à cette situation particulière et éviter de considérables dégâts sur de nombreux plans.

A l'image de la diversité des situations de handicap, le confinement a été vécu plus ou moins bien mais surtout très différemment selon le profil, l'autonomie, l'environnement et les besoins de la personne. Il reste incontestable que certaines personnes et enfants en situation de handicap ont été plus à risque face à la période et au confinement ; on pense notamment à ceux pour qui le changement, les situations de stress et d'angoisse sont difficiles à dominer, aggravent les troubles, ou encore aux personnes disposant d'une santé mentale déjà fragile au départ.


2- L'accès à l'information et à la communication¹

L'accès à l'information et à la communication reste un point sensible pour une partie des personnes en situation de handicap, notamment celles présentant des troubles psychosociaux, les personnes atteintes de déficiences auditives, visuelles, intellectuelles et/ou cognitives.

Le terme « accessibilité » englobe la compréhension du message par la personne en situation de handicap (capacité intellectuelle, mode de communication...) mais aussi, son accès aux technologies de communication et de l'information et aux outils numériques.

Cela, impliquant qu'une même personne peut être amenée à faire face plusieurs obstacles avant d'accéder à l'information :

¹ En référence à l'article 9 - 1.b) de la convention internationale des droits des personnes handicapées (CDPH) et au préambule de la charte du handicap en Nouvelle-Calédonie - article 4 du préambule des accord de Nouméa : « la charte invite à prendre des mesures concrètes (...) pour répondre aux besoins de la personne en situation de handicap dans sa vie quotidienne : (...), l'information (...)

- 
- obstacle en termes de compréhension du message (niveau scolaire faible, message trop technique et complexe, absence de traduction en langue des signes, en facile à lire et à comprendre...),
 - absence d'accès aux technologies de l'information et des communications (fracture numérique : financier, maîtrise de l'outil, absence d'accès aux réseaux...) et le cas échéant, adapté lorsque nécessaire.

« La vulnérabilité des personnes en situation de handicap face à l'épidémie est aggravée par leur difficulté à recevoir, comprendre et donner suite à des informations ou y avoir accès ».

Pacific Disability Forum – document / Réf. COVID-19_PDF_08

Il est indispensable que l'ensemble des communications et des informations soit accessible à tous, d'autant plus celles concernant les mesures et informations relatives à la santé publique et de surcroît en période de crise sanitaire.

Concernant l'accès à l'information des personnes sourdes et malentendantes

L'accès à l'information des points presse quotidien du gouvernement pour les personnes sourdes ou malentendantes a été possible grâce à la présence systématique d'un interprète en Langue des signes françaises (LSF).

L'une des chaînes télévisées locales a également diffusée le clip de prévention des gestes barrières du ministère français de la santé, bénéficiant d'une traduction LSF intégrée. Par ailleurs, un journal d'information télévisé local court entièrement traduit en LSF a également été proposé sur l'une des chaînes télévisées locales une fois par semaine.

Néanmoins,

Nombre d'informations de santé publique ont présenté une accessibilité bien trop insuffisante. En effet, plusieurs communications visuelles (vidéos, clip) web ou tv, diffusées par le gouvernement et les institutions publiques n'ont pas fait l'objet d'une traduction systématique en LSF, en audiodescription (ou simple lecture audio des textes) ou en Facile à lire et à comprendre, faisant alors obstacle à l'information des personnes déficientes visuelles, auditives, cognitives et/ou intellectuelles.

Les personnes sourdes et malentendantes ont été rapidement isolées et exclues en début de crise avant la mise en place de l'interprète LSF lors des points presse quotidiens. Des actions associatives, avec peu de moyens, ont tout de même pu « répondre à la nécessité » en traduisant systématiquement les vidéos du gouvernement, mais inévitablement en décalage avec le reste de la population. Sans compter, une diffusion uniquement réalisée par le biais de leurs propres supports de communication, atteignant les seuls membres et sympathisants de l'association et non la communauté sourde dans sa totalité.

A noter aussi que les chaînes télévisées locales n'offrent pas d'option sous-titrages (contrairement aux chaînes nationales), les journaux télévisés quotidiens locaux leur étaient donc complètement inaccessibles.


De leur côté, les personnes déficientes visuelles, accédant uniquement aux informations « auditives », ont pu se retrouver restreintes et limitées dans leur compréhension des messages. Du fait, entre autres, de l'absence d'audiodescriptions ou de lecture audio des textes sur les vidéos préventives, notamment les supports digitaux et télévisés (vidéo, clip, interview filmée...) lorsque des éléments majoritairement visuels ont pu être utilisés (illustrations, animations graphiques...).

De plus, nombre de personnes, tout type de handicap et d'âge confondus, ont précisé avoir souvent eu de grandes difficultés à comprendre les messages et informations diffusées, car jugés trop compliqués et parfois trop techniques.

Par ailleurs,

L'accès aux technologies du numérique pour les personnes en situation de handicap reste un obstacle majeur à leur accès à l'information et à la communication. Frappé de plein fouet par une fracture numérique déjà très présente en Nouvelle-Calédonie, un nombre important de personnes en situation de handicap ne dispose pas d'équipements ou outils informatiques ou numériques individuels, et de surcroît, connectés en raison de l'absence de ressources financières et/ou d'accès à des technologies adaptés à prix abordables. Ils sont aussi confrontés pour beaucoup à la non-maîtrise de l'outil numérique ou informatique (notamment chez les personnes plus âgées).





Sans internet ou sans accès à un réseau de télécommunications, certaines personnes en situation de handicap se sont retrouvées avec un accès limité, voire inexistant dans certains cas, aux informations et mesures de santé publique. Elles ont également été confrontées à une rupture de la communication et du lien avec leurs proches et l'entourage, les isolant davantage et les privant de toute aide sur le plan émotionnel et psychologique, tant nécessaire dans cette situation.

3- Les services de soutien

Les services de soutien sont essentiels pour assurer l'autonomie et l'indépendance des personnes en situation de handicap. Ils permettent par le biais d'une gamme de services (à domicile, en établissement), d'accompagnements ou d'aides personnelles et individuelles de garantir à la personne en situation de handicap des conditions de vie sur la base de l'égalité avec les autres. Les services de soutien sont ainsi un levier de lutte contre l'isolement et garantissent le respect de la dignité de la personne.

Le soutien pour une personne en situation de handicap varie et peut-être plus ou moins important selon ses besoins. Il peut intervenir sur plusieurs domaines² :

- Prise de décision et à l'exercice de la capacité juridique
- Mobilité personnelle et transports
- Communication par d'autres modes/moyens et sous d'autres formats
- Activités de la vie quotidienne et de soutien à la personne
- Vie autonome au sein de la communauté
- (...)

Quelques exemples de service de soutien : service d'aide à la personne, accompagnement médico-social, soutien à la prise de décision, groupe et réseaux d'entraide et de soutien, interprète en langue des signes, service de prise en charge de répit...

a. **Accompagnement médico-social et soutien (psycho-émotionnel) aux personnes en situation de handicap, aux familles et aidants**

La période de confinement vécue par la population calédonienne a été une situation inédite. Les citoyens ont dû modifier leurs habitudes de vie. Ils ont été restreints dans leurs déplacements, leurs activités sociales et professionnelles... Ces restrictions ont été des sources de stress et d'angoisses inévitables. L'isolement social et le contexte épidémique ont tout autant été des facteurs aggravants.

Pour les personnes en situation de handicap, un tel contexte s'est avéré encore plus difficile à surmonter, notamment les plus fragiles psychologiquement ou encore celles présentant des troubles psychiques ou cognitifs. En effet, le stress et l'angoisse, aggravés par un lien social inexistant et un confinement à domicile, sont des facteurs propices à la dégradation d'une santé mentale parfois déjà fragile, à l'accentuation de leurs troubles, voire à l'apparition de comportements dangereux envers eux-mêmes.

Le confinement a également pu engendrer des situations complexes au quotidien pour les parents d'enfants présentant ces mêmes troubles. Le changement de rythme, l'incompréhension de la situation, les angoisses et le stress peuvent rapidement être difficile à gérer au quotidien, aussi bien pour ces enfants que pour leurs parents. D'autant plus, si ces derniers ne disposent pas des outils ou soutiens nécessaires pour les aider à y faire face.

Accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap relevant d'EMS (handicap) ou d'accompagnement médico-social en milieu ouvert (type SESSAD)

D'une manière globale, les enfants ou personnes en situation de handicap bénéficiant en temps normal d'un accompagnement médico-social, en milieu ouvert (SESSAD), comme en établissement spécialisé, ont majoritairement conservé un contact plus ou moins appuyé et régulier avec les équipes de professionnels de la structure.

2 Réf. Pacific Disability Forum





Le bilan reste, cependant, difficile à apprécier et surtout très disparate. En effet, certaines familles ou personnes en situation de handicap se sont vu bénéficier d'une présence très satisfaisante, au regard du contexte, de par sa régularité et sa pertinence, quand d'autres n'ont eu que très peu voire aucun accompagnement.

Cinq grands facteurs ont influencé la pertinence, l'intensité et la régularité de l'accompagnement :

- Niveau d'activités assuré par la structure et ses modalités (télétravail, VAD...)
- Besoins exprimés par la famille (incluant les refus d'intervention à domicile de professionnels extérieurs pour éviter toute contamination)
- Équipement de la famille (outils informatique, téléphone, accès internet...) lorsque les professionnels assuraient un lien à distance.
- Adaptation et accessibilité du format de l'accompagnement au regard de la situation de handicap
- Lieu de résidence (isolement géographique...)

L'accompagnement individuel, lorsqu'il a eu lieu, a été sans conteste bénéfique aussi bien pour le bénéficiaire que pour les familles qui ont bénéficié indirectement d'un soutien émotionnel très appréciable au vu du contexte et pris conscience du travail des professionnels.

“Concernant les prises en charges, du positif est à constater au niveau du service SESSAD en effet, la période de confinement a permis aux parents de mieux prendre conscience du travail des éducateurs et de l'importance du relais par l'entourage. La formule adaptée mise en place par l'équipe consistait à faire de la guidance par téléphone mais également de passer une fois par semaine, avec l'accord des familles, pour déposer des exercices pour les jeunes suivis. Chaque éducateur a pu constater lors de leur visite à domicile que les parents étaient demandeurs et très heureux de les voir, de même que les enfants, mais aussi d'échanger sur l'évolution des acquisitions des jeunes. ”

Directrice d'un établissement

Ceci dit, deux observations sont à relever :

- Le niveau d'accompagnement très disparate d'une structure à l'autre, constaté aussi bien du côté des professionnels que des personnes en situation de handicap ou de leurs familles. Dans certains cas, l'ensemble de l'équipe a été mobilisé, dans d'autres, seule une poignée de professionnels ont assuré leurs activités.
- La méthode d'accompagnement jugée parfois inadaptée par les parents ou le bénéficiaire au regard de la situation de handicap.

Par ailleurs,

Les établissements d'hébergement médicalisés ayant continué à fonctionner dans un contexte de confinement vis-à-vis de l'extérieur, l'accompagnement médico-social et les soins qu'ils assurent se sont maintenus.

La rupture complète de liens sociaux, notamment avec les familles et d'autant plus pour ceux ne disposant de moyens de communication, est apparu comme très difficile à vivre sur le plan émotionnel pour les résidents habitués à un contact régulier.

Plusieurs acteurs ont reconnu la souplesse du Conseil de handicap et de la dépendance et/ou du SAOMS (DPASS) dans l'octroi d'heures d'auxiliaires de vie supplémentaires pour les bénéficiaires qui en présentaient le besoin. Une augmentation censée compenser, par une présence à domicile plus soutenue, la réduction ou l'arrêt d'accompagnement médico-social quotidien et répondre à un besoin plus important du fait d'un confinement strict à domicile. Le délai de mise en place a cependant pu être assez long (jusqu'à 15 jours) au regard de l'urgence du contexte.





Cas particulier de l'accompagnement médico-social et psychologique des personnes en situation de handicap psychique

Personnes concernées, associations et familles, professionnels... Tous sont unanimes et s'accordent sur le fait qu'une période de confinement est particulièrement difficile et présente un risque accru pour la santé mentale des personnes atteints de troubles psychiques. L'isolement social et familial, la perte de repères, l'anxiété générée par la situation... sont autant de facteurs pouvant avoir un impact sur des fragilités déjà existantes. Les personnes en situation de handicap deviennent alors encore plus vulnérables face à leurs troubles.

Pour rappel, sur le territoire, le « Centre hospitalier spécialisé Albert-Bousquet » (CHS) est à ce jour l'établissement principal assurant un accompagnement médico-social et un accueil aux personnes en situation de handicap psychique. Exception faite, des maisons familiales de l'UAFAM, dont l'accompagnement socio-éducatif réalisé se limite à ses résidents et à quelques accompagnements en externe.

Force est de constater que le bilan du confinement oppose deux visions : celle du Centre hospitalier spécialisé (CHS) et celle des associations de parents.

Le premier, assurant que de nombreuses mesures ont été prises par le biais d'une réorganisation interne pour garantir une continuité de suivi individuel et une disponibilité d'écoute auprès des personnes suivies par leurs services et confinés hors de la structure. Cette dernière, restée en activité et entièrement ouverte aux personnes extérieures durant toute la période du confinement, assurait des consultations (individuelle uniquement), des visites à domicile sur demande (même si relativement compliqué à mettre en place). Cependant, la structure a reconnu une évaluation des risques insuffisante pour les personnes confinées à domiciles seules et ne bénéficiant pas ou plus d'un suivi régulier par leur service.

Les seconds, dénoncent un manque cruel d'accompagnement et de soutien auprès des personnes concernées mais également pour les familles ainsi que des ressources d'aides inadaptées. En effet, il est reproché que les ressources, comme les plateformes d'écoute à titre d'exemple, étaient illusoire en pratique dans le sens où elles impliquaient une démarche individuelle de « demande d'aide » de la part de la personne en souffrance, de surcroît auprès d'inconnus.

Ils soutiennent qu'un fonctionnement inverse aurait été nécessaire et que c'était aux professionnels de l'accompagnement médico-social d'être proactif en faisant alors la démarche systématique de contacter les personnes reconnues en situation de handicap psychique identifiées par leur service, le cas échéant, les visiter lorsque cela apparaissait nécessaire, et ceci qu'elles résident chez elle ou en famille, et qu'elle bénéficie ou non d'un accompagnement régulier de la part du CHS.

Ils arguent, par ailleurs, le fait que la personne souffrant de troubles psychiques n'a pas forcément la faculté à conscientiser son mal être et à identifier elle-même les signes préalables à une crise « délirante », une décompensation ou autre. Pour les associations, cette période de crise n'a fait que mettre en exergue l'absence d'un dispositif d'accompagnement en milieu ouvert sur le territoire du type SAMSAH ou SAVS³

“Nous, parents et amis de personnes souffrant de troubles psychiques, savons pertinemment que l'isolement social, le confinement, la privation familiale et plus encore aggravent considérablement les symptômes d'une personne psychotique ! (...) Aucune mesure n'a été prise, aucun soutien, aucun accompagnement, aucune visite ou quoi que ce soit ? Est-ce normal ? Sachant que toutes ces personnes ont tellement de difficultés au quotidien hors confinement, alors confiné qu'est-ce que ça donne... Débrouillez-vous ! ”

Parent d'un adulte schizophrène

De leur côté, plusieurs personnes en situation de handicap psychique, ont quant à elles, fait remonter par le biais des questionnaires individuel :

- Un fort sentiment d'isolement et d'un fort ressenti sur l'absence de soutien de la part des professionnels du secteur.

³ Dispositif médico-social favorisant l'autonomie et le maintien en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap psychique par le biais d'un accompagnement et d'un soutien aussi bien éducatif que psychologique.



- L'arrêt de leurs séances régulières avec leur psychiatre ou psychologue pendant la période de confinement.

Par ailleurs, plusieurs familles et personnes concernées, expriment leur inquiétude et incompréhension concernant la manière dont le CHS « gère » les situations d'urgences, en période de confinement comme en temps normal. Elles dénoncent dans certains cas, des pratiques pouvant mettre en danger la personne en crise.

“ Je suis une personne en situation de handicap psychique. J'ai vécu ce confinement seul dans mon appartement médicalisé. Je l'ai vécu difficilement avec de l'angoisse qui venait parfois. Mais le plus angoissant a été de prendre en charge un ami schizophrène qui est sorti du CHS encore en crise. Il n'a pas supporté les restrictions. Ces propos m'ont fait peur, moi qui suis déjà une personne vulnérable et j'ai dû m'occuper de ramener chez lui cette personne en décompensation. Rien n'était fait pour lui à sa sortie du CHS et si je n'avais pas été là pour l'aider je ne sais même pas s'il aurait pu rentrer chez lui. Personne pour le surveiller... Bref, je ne trouve pas cela normal. Aujourd'hui il est hospitalisé (...) mais je ne trouve pas normal qu'on laisse une personne en situation de faiblesse livrer à elle-même. ”

“Psychiatre inaccessible, (...), personne pour me soutenir, pour savoir si j'allais bien ”

Témoignages de jeunes adultes en situation de handicap psychique

Identification d'un besoin d'accompagnement psychologique préventif chez les enfants sourds

“Certaines familles, dont les parents ne savent pas communiquer avec leurs enfants sourds, parce qu'ils ne pratiquent aucun mode de communication (...) trouvent dans l'école une délivrance qui leur permet de communiquer. Et là d'un coup, les enfants se retrouvent confinés privés de communication, ou bien, seulement quelques échanges vitaux avec leurs familles. L'impact psychologique sur l'enfant peut être traumatique. ”

Une professionnelle du secteur

Le confinement a amené les acteurs associatifs et les professionnels de la communication intervenant auprès des enfants sourds et malentendants, à s'interroger sur la nécessité d'une prévention sur le plan psychologique de ces derniers pendant cette situation si particulière. D'autant plus, pour les familles où la communication peut être difficile voire, absente, en raison de l'absence de maîtrise d'outils de communication (absence de pratique la langue des signes, de la langue parlée complétée...) et qui n'auraient pu maintenir un lien avec l'association (absence d'outils de connexion...).

Une perte de communication aussi brutale peut sans nul doute avoir des impacts négatifs sur l'état émotionnel et psychologique des enfants, pouvant générer chez lui de l'anxiété, des troubles du comportement (etc.) inhabituels ou exacerbés.

Soutien émotionnel et psychologique des familles

Comme précisé plus haut, le confinement a pu engendrer des situations très complexes au quotidien aussi bien pour les familles et parents d'enfants que les personnes en situation de handicap elles-mêmes. D'autant plus, lorsque le changement de rythme, les situations d'angoisses et de stress (...) peuvent accentuer les troubles de la personne ou de l'enfant en situation de handicap. On pense notamment aux personnes autistes, TDHA, TED, en situation de handicap psychique, mais pas seulement.

Dans ces circonstances, le quotidien a pu très vite être compliqué et éprouvant pour les parents et les familles, en prise avec leurs propres stress et angoisses éventuelles. La situation s'est révélée d'autant plus difficile voire à risque lorsque les parents ne disposaient pas d'outils ou du soutien de professionnels nécessaires pour les aider à y faire face.





Il a d'ailleurs été constaté une vulnérabilité plus grande chez certaines familles. Celles dont les enfants ne bénéficient pas en temps normal d'un accompagnement médico-éducatif par une structure ou un service ; celles, éloignées des établissements médico-sociaux comme les familles de la province Nord, celles ne bénéficiant d'aucune offre de prise en charge médico-éducatif ou médico-sociale sur le territoire pour répondre au besoin de la situation de handicap de l'enfant (troubles psychologiques et/ou du comportement, troubles psychiques dans le cas d'adulte – cf. point précédent).

Des dispositifs « écoute », tels que SOS écoute ou le numéro vert du CHS, ont été mis en place pour soutenir, orienter voire accompagner les personnes en « détresse » psychologique durant le confinement. Ces mesures pouvaient alors apporter une réponse aux parents et familles en difficulté ou en détresse. En pratique, deux problématiques ont été identifiées :

- Le manque de communication et de messages ciblées sur les parents et familles de personnes en situation de handicap les incitant alors à utiliser ces services : beaucoup n'ont pas eu le réflexe d'utiliser ses services, ne se sentant pas concernés ou considérant comme inadaptés à leurs problématiques.
- Des professionnels d'écoute insuffisamment formés aux problématiques propres au handicap et ne disposant pas des ressources nécessaires pour répondre de manière concrète aux besoins spécifiques de ces parents (*exemple de besoins identifiés chez les parents : méthodes et outils adaptés pour gérer des situations de crise à répétition, aider l'enfant à mieux accepter le changement...*)

Temps de répit

Les familles avec un enfant en situation de handicap, plus que tous les autres, mais aussi les aidants d'une manière générale, ont été particulièrement exposés à un épuisement physique ou psychologique, accentué par un fort sentiment d'isolement chez certain. Aucune alternative ou temps de répit ne leur a été possible. Présent et sollicité en continu, ils se sont souvent sentis démunis sans l'appui de professionnels ou de relève.

Le confinement strict à domicile, la fermeture des écoles et l'arrêt des prises en charge et des interventions professionnelles ont amené les parents à endosser de nombreux rôles pour répondre aux besoins spécifiques de leur l'enfant : auxiliaire de vie, psychologue, éducatrice ou encore kinésithérapeute... Ceci dans le but de maintenir les acquis de l'enfant. Assurant en parallèle, le rôle d'enseignant.e, quand nécessaire celui d'assistant.e de vie scolaire, leur propre télétravail et leurs contraintes familiales (courses, repas, gestion du reste de la fratrie...). La situation fut d'autant plus compliquée dans le cas de familles monoparentales n'ayant alors aucun moment de répit nécessaire pour permettre à l'unique parent de se reposer, de faire ses courses, de consacrer du temps au reste de la fratrie...

Sur une période aussi courte que le temps de confinement en Nouvelle-Calédonie, à savoir un mois, la situation a été « *relativement supportable* » pour la plupart des parents. Cependant, dans le cas d'un confinement plus long, la situation serait devenue autrement compliquée. Permettre des temps de répit aurait été indispensable, ne serait-ce que pour prévenir et lutter contre les détresses psychologiques et émotionnelles, voire dans certaines situations extrêmes, des risques de maltraitance.

Problématique dans le cas où un parent/aidant contracterait le COVID19

Bien qu'aucune famille ne semble avoir été réellement concernée sur la période, les parents et aidants ont remontées leurs inquiétudes sur l'existence de mesures de soutien mobilisables dans le cas où, contractant le virus, le cas échéant hospitalisés, ils auraient été incapables de s'occuper de leur proche ou de leur enfant en situation de handicap.

Une inquiétude d'autant plus grande et justifiée dans le cas de handicap lourd, de familles monoparentales, isolées ou lorsque le nombre d'aidants auprès de la personne en situation de handicap ou de dépendance est très réduit voire unique.

b. Établissements, services médico-sociaux (EMS) et prestataires de services à domicile dédié au handicap et à la dépendance

Activités, fonctionnement organisationnel des EMS





Comme précisé en partie I, plusieurs mesures ont été prises à l'encontre des établissements et services médico-sociaux. Elles concernaient de grandes orientations et laissaient les EMS libres de définir la manière de gérer leurs organisations de travail, leurs équipes et d'assurer ou non une continuité dans les prises en charge des bénéficiaires.

« Une réunion, organisée au gouvernement le 19 mars (veille du confinement partiel) avec les responsables d'établissements médico-sociaux précisait, en effet, les consignes à suivre face à la crise croissante. Une distinction est alors faite entre les établissements déclarés scolaires (ISA et IME- IMPRO) qui doivent fermer immédiatement et les autres EMS dit « externat » qui gardent un statut médico-social et doivent entrer dans un plan progressif soit de fermeture à l'accueil, soit de confinement. Aucune directive particulière n'est émise sur la manière dont le suivi médico-éducatif doit se mettre en place. Seul est évoqué le télétravail qui est à favoriser. Pour la province Sud, le SAOMS est désigné comme l'interlocuteur unique des EMS pour toutes leurs questions. Il est précisé que les établissements du Nord seront contactés directement par la DASS. »

Une orientation, de prime abord, appréciable dans le sens où elle octroie une certaine flexibilité aux EMS. Cependant, l'absence de définition claire de l'accompagnement médico-social auprès des personnes en situation de handicap, comme cela est le cas, a inévitablement créé des disparités dans la continuité des prises en charge et d'accompagnement des bénéficiaires. Ce qui reste dommageable pour ces derniers, premiers impactés par cette situation.

Certaines structures ont réinventé leur manière d'intervenir pour assurer la continuité de l'accompagnement. Elles ont pu dans certains cas, créer dans l'urgence de nouvelles méthodes de travail pour leur permettre une continuité de la prise en charge à domicile. Une réorganisation des méthodes et des temps de travail qui ont exigé une extrême flexibilité et une grande disponibilité de la part des équipes.

Sans compter, une certaine réactivité des directions confrontées à un taux d'absentéisme plus important qu'en temps normal et aux inquiétudes et fragilités psychologiques des salariés en raison de l'ambiance de peur et de psychose générale générée par le risque épidémique et la période d'incertitude.

Il faut reconnaître aux personnels (ayant conservé leurs activités) une forte mobilisation, flexibilité et de grandes valeurs de solidarité, qui ont permis aux établissements, malgré le contexte de crise épidémique et incertain, de maintenir leurs accompagnements et une présence auprès de leurs bénéficiaires, et dans certains cas, de pallier l'arrêt ou la réduction d'activités d'autres acteurs et prestataires du secteur.

Le manque de reconnaissance (encouragements, remerciements) de la part du gouvernement à l'égard de la mobilisation et du dévouement de ces personnels qui assurent une mission de service public est décevant pour nombre d'acteurs du secteur, de familles et bénéficiaires.

Soutien et informations des EMS

En termes de soutien et d'information, les EMS de la province Sud reconnaissent avoir bénéficié d'un interlocuteur disponible et relativement réactif au vu des circonstances par le biais du SAOM, service de la DPASS (province Sud), alors identifié par la DASS (gouvernement) comme l'interlocuteur principal pour les structures du sud pendant la crise.


Les structures EMS (prestataires d'aide à domicile inclus) implantées en province Nord et province des Iles se sont, quant à elles, très vite senties isolées. Elles regrettent l'absence de soutien et de lien avec les services de la DASS (leur interlocuteur principal en temps normal).

Service des tutelles

Dans le cadre des mesures de protection tutelle ou curatelle, les bénéficiaires se voient dans certains cas, attribuer le versement du budget course à la semaine. Pendant le confinement, plusieurs majeurs protégés ont vu leur versement hebdomadaire passer à 15 jours. A première vue, cette pratique peut sembler anodine voire dans certain cas, se justifier dans le cadre d'une démarche éducative ou d'apprentissage de la gestion d'un budget visant l'autonomie de la personne. Elle a pu, cependant, s'avérer problématique pour plusieurs personnes concernées, pour qui ce changement de pratiques n'avait (ou n'était) pas été accompagné d'une démarche éducative (de la part d'un professionnel type éducateur spécialisé par ex.).

La pratique a été dénoncée par plusieurs familles précisant que dans de nombreuses situations, les personnes concernées par une mesure de protection rencontraient de grandes difficultés à gérer correctement leur budget sur une période si longue. Plusieurs





bénéficiaires ont également reconnu avoir eu beaucoup de difficultés à s'adapter à ce changement de pratique qui a été une source d'angoisses très importante pour eux.

Par ailleurs, il a été précisé par plusieurs bénéficiaires et professionnels du secteur, que les tuteurs/curateurs n'ont pas toujours accepté de se déplacer au domicile des bénéficiaires confinés pour effectuer le versement du budget « courses », notamment. Une situation qui a pu s'avérer problématique pour les usagers lorsqu'ils rencontraient eux-mêmes des difficultés à se déplacer.

“Les remises d'argent (courses alimentaires, etc.) par les tuteurs sont des moments de vie très importants pour les personnes en situation de handicap psy (un calendrier de remises bouleversé au dernier moment, un contretemps, etc..) sont sources d'angoisses très fortes (en boucle). Plusieurs personnes ont été confrontées à diverses difficultés « financières » pendant cette période. Ce qui a contribué à augmenter leurs angoisses. ”

Président d'une association

Intervention des prestataires de service d'aide à domicile et transporteurs adaptés

Concernant les prestataires de service d'aide à domicile,

Le personnel des prestataires de service d'aide à domicile a été identifié « personnel prioritaire », dès le début de la crise. Ils ont été autorisés à poursuivre leurs activités dans le respect d'un protocole sanitaire précis relatif aux mesures barrières et de protection face à la contamination.

D'une manière générale, les prestataires ont assurés les prestations auprès de leurs bénéficiaires. Certaines entreprises ont fait preuve d'une grande réactivité et disponibilité, et ce malgré les difficultés liées à l'absence de personnel (droit de retrait, congé maladie...) et de moyens de protection suffisants. Par ailleurs, la reconnaissance « personnel prioritaire » permettant l'accès au service d'accueil minimum dans les établissements scolaires, a été une mesure qui a participé au maintien des activités.

Comme pour les personnels EMS, il est regretté qu'aucune reconnaissance (encouragements, remerciements) de la part du gouvernement n'ait été faite à l'égard des auxiliaires de vie qui ont été présentes auprès des bénéficiaires et ont fait preuve d'une disponibilité et de solidarité, dans un contexte d'incertitude et de psychose générale.

Remarque

Bien que loin d'être une majorité, il a été dénoncé les manquements d'une poignée de prestataires qui ont arrêté brutalement leurs interventions à domicile, parfois sans en informer au préalable le bénéficiaire, ni s'assurant qu'une relève serait assurée par la famille, par un acteur associatif ou un autre prestataire. La raison justifiée par la plupart était le manque d'équipement de protection.

Même s'il s'entend qu'en période de crise sanitaire, des interventions identifiées comme moins essentielles (ex. repassage) soient réduites pour permettre au prestataire de faire face à des problématiques d'organisations en raison d'une plus grande sollicitation sur les prestations et/ou d'équipes réduites. Il n'en est pas moins que l'arrêt total et brutal, sans l'alternative, de l'intervention à domicile (établi par le biais d'un PAP ou à titre individuel) est totalement inacceptable et pointe un manque de professionnalisme avéré et ce quelles qu'en soit les raisons.

Il n'est pas sans rappeler qu'un.e auxiliaire de vie intervient auprès de personnes, parfois vulnérables, pour assurer selon le besoin, de la simple prestation de ménage aux actes essentiels du quotidien, comme le fait de se nourrir par exemple.

Concernant les entreprises de transport,





L'ensemble des sociétés d'ambulance ont maintenu leurs activités et ont continué à assurer le transport de leurs bénéficiaires. Cependant, plusieurs transporteurs « dit privés » ont stoppé leurs prestations par peur du risque de contamination pour leur personnel (et des bénéficiaires) du fait de l'absence d'équipements de protection.

Un arrêt problématique pour les bénéficiaires qui dans ces circonstances ne disposent alors plus de moyen de transport pour leurs déplacements, aussi vital soit-il (courses alimentaires, approvisionnement en médicament, impératif personnel, accès aux aides sociales...).

4- La consultation des collectifs d'associations du handicap

Comme stipulée dans la Convention internationale relative aux droits des personnes en situation de handicap, (point 3 de l'article 4 – obligations générales), la consultation des associations est un élément nécessaire et essentiel à l'inclusion et l'accessibilité (au sens large) des personnes en situation de handicap. Un principe d'autant plus indispensable en période de crise sanitaire où les réponses apportées se doivent d'être inclusives, à savoir adaptées et accessibles à la diversité des handicaps, afin de garantir leur protection et leur sûreté.

Dans la gestion de la crise sanitaire COVID19, le gouvernement de Nouvelle-Calédonie a mis en place une cellule de crise afin de définir les réponses apportées dans la lutte contre la propagation du virus (sans qu'il ne soit jamais question dans aucun des points presse des personnes en situation de handicap). Toutefois, deux rencontres dédiées (*dont la 1ère évoquée dans le point. 3.b. - Activités, fonctionnement organisationnel des EMS*) ont été initiées par le cabinet politique : une première démarche avant la mise en place confinement strict et l'autre juste avant la période de confinement adapté ; cela reste cependant considéré comme insuffisant par les associations compte tenu de la complexité de la situation.

Il est, en effet, regretté par les associations de ne pas avoir été associées à la cellule de crise ou tout du moins, la mise en place d'une cellule de crise spéciale « handicap et dépendance » qui aurait permis de s'assurer, avant mise en œuvre, que les réponses apportées dans la lutte contre la propagation du virus soient accessibles et adaptées à l'ensemble des personnes en situation de handicap et répondent aux besoins réels de cette population en raison de leurs spécificités et diversité. Il s'agit également d'être vigilant à l'égard de pratiques discriminatoires fréquentes en temps de crise ou de situation d'urgence.

5- L'application des mesures restrictives et réglementaires

Le confinement strict mis en place par le gouvernement s'est accompagné de mesures restrictives applicables à l'ensemble de la population. L'une des mesures phares portait sur une restriction de circulation pour la population avec la mise en place d'une attestation de sortie exceptionnelle, obligatoire, encadrant l'objet de la sortie ainsi que sa durée et sa zone géographique.

Format et respect de l'attestation de sortie exceptionnelle

La mise en place d'une attestation de sortie exceptionnelle au format Facile à lire et à comprendre, a indéniablement facilité la compréhension et le respect des règles de sortie pour de nombreuses personnes. En effet, ce fut un outil de participation capital pour les personnes en situation de handicap mental, cognitif ou psychique, mais aussi pour les personnes illettrées en situation de handicap (ou non, d'ailleurs !).

Cependant,

Malgré l'attestation simplifiée, les familles, les aidants et les professionnels ont précisé qu'il n'avait pas toujours été aisé de faire respecter la pratique aux personnes présentant, en autres, des troubles psychiques et/ou cognitif (oubli, difficulté à appliquer appréhender la règle...).

Quelques personnes en situation de handicap ont ainsi fait l'objet de verbalisation par les forces de l'ordre pour absence de présentation de l'attestation de sortie exceptionnelle.





De leur côté, les personnes déficientes visuelles n'ont eu accès à aucun format réellement accessible (ou alternative) leur permettant le respect de cette mesure de manière entièrement autonome au regard de leur handicap. Ils ont ainsi été contraints de faire appel à l'aide systématique d'une personne tierce pour remplir le document afin de respecter la réglementation.

Par ailleurs, l'absence d'équipement informatiques ou numériques et imprimantes, ou de connexion internet a rendu d'autant plus difficile l'application de cette réglementation aussi bien par les personnes en situation de handicap que les professionnels, comme les auxiliaires de vie à domicile. Une situation d'autant plus vraie dans la province des Iles.

“Pour les AVD (...), ce sont les coordonnateurs de terrain dans les trois îles qui se sont déplacés pour leur remettre des attestations et autorisation de déplacement. ”

Directrice d'un service d'aide à domicile

Délai et distance de sortie : des inégalités dans les dérogations

Dans un contexte "handicap", les mesures restrictives de sortie dites de loisirs, limitées à 1h et à 1km du domicile, se sont révélées bien plus contraignantes pour les familles. Les raisons, comme exprimé dans les témoignages ci-après, sont diverses et variés et propre à la situation individuelle de chacun. Il est regretté qu'aucune mesure particulière n'ait été proposée aux parents ou personnes en situation de handicap, ni même, la possibilité d'obtenir de dérogations particulières au regard des difficultés propres aux familles et à la situation de handicap.

“ Nous avons notre fils de 24 ans polyhandicapé en fauteuil roulant. Dans notre quartier, il n'y a que des côtes. Il pèse 90 kg et son fauteuil 60 kg. Je ne pouvais pas le promener dans notre quartier et il ne sortait qu'une heure par semaine. La police nous a interdit la promenade Pierre Vernier car c'est à plus d'un kilomètre de notre habitation. Nous avons alors contacté le Haut-commissariat qui a refusé de nous accorder une dérogation. ”

Une maman d'un jeune adulte polyhandicapé

Seul l'Institut spécialisé pour l'autisme (ISA)⁴ s'est vu bénéficier d'une attestation dérogatoire spécifique pour les enfants de sa structure, accordant un temps de sortie plus long et dans des lieux qui leur étaient connus. Il est regrettable que d'autres enfants ou adultes en situation de handicap rencontrant des problématiques de fond très similaires, à celles rencontrées par les enfants autistes, n'aient pu bénéficier de cette même dérogation.

“ Nos jeunes ont besoin de sortir et l'attestation dérogatoire de sortie n'était pas suffisante parce qu'ils doivent sortir dans des lieux connus dont ils ont l'habitude, sinon cela peut générer chez eux de l'angoisse. Nous nous sommes mis en relation avec le Haut-commissariat pour demander une attestation spécifique propre à l'ISA. ”

Extrait de l'interview de la directrice de l'ISA – SUD Mag (province Sud) 15 mai 2020

4 A notre connaissance au moment de la rédaction du bilan



6- L'accès aux services de soin et de santé

Rupture de la continuité des soins de santé

Une rupture dans la continuité des soins de santé indispensables aux personnes en situation de handicap a été constaté pendant le confinement (kinésithérapeute, psychiatre...). L'arrêt de ces soins a alors pu mettre en péril la santé physique, mentale, et le bien-être des bénéficiaires, mais également leur faire perdre les précieux acquis (motricité, état psychologique...) obtenus et pérennisés par un travail constant et régulier. Les familles, même avec toute leur bonne volonté, n'ont pu se substituer à l'intervention d'un professionnel. Les conséquences dans certains cas ont été désastreuses.

Accompagnements encadrés et visites interdites à l'hôpital

Pour lutter contre une éventuelle propagation du virus et protéger les patients, plusieurs mesures de protection ont été appliquées au Médipôle. Ainsi, les visites ont été interdites lors d'hospitalisation et les patients non autorisés à être accompagnés lors d'une prise en charge à l'hôpital et ce quel que soit les raisons (accouchement, consultation, hospitalisation...). A l'exception de situation particulière, comme pour l'hospitalisation d'un enfant, où il a été constaté l'autorisation de la présence d'une seule personne sous réserve d'un protocole sanitaire précis.

Bien que compréhensibles, ces mesures ont pu se révéler problématiques dans le cadre de soins hospitaliers ou d'une hospitalisation complète de personnes ou d'enfant en situation de handicap lourd ou polyhandicap, notamment. En effet, ces patients et de surcroît les enfants, nécessitent une présence accrue voire à temps complet à leurs côtés. Limiter l'accompagnement à une seule personne (parent, aidant...) a nécessité des réorganisations personnelles et professionnelles parfois difficile à gérer pour les familles, notamment dans le cadre de la présence d'une fratrie et d'une hospitalisation longue durée.

Par ailleurs, l'accompagnement en fin de vie limité à la présence d'un seul proche a aussi pu être une situation difficile à vivre, voire traumatique, pour les familles et de surcroît pour des parents...

7- L'accès aux kits de protections (masque et gel hydro-alcoolique)

En raison des problématiques d'approvisionnement générales subies par l'ensemble du territoire, les établissements médico-sociaux et les prestataires d'aide à domicile ont eu beaucoup de difficulté à s'approvisionner en masques et gels hydro-alcooliques pendant la période de confinement. La direction des affaires sanitaires et sociales (DASS), ne disposant pas d'un stock suffisant pour absorber les besoins de l'ensemble des acteurs, a fait le choix de rationner les distributions et prioriser l'approvisionnement de certains secteurs identifiés comme les plus à risque face à une contamination (personnel des hôpitaux, médecins...). Les EMS et les prestataires à domicile ont fait l'objet d'un approvisionnement mais relativement faible et tardif. Par ailleurs, une flambée des prix en raison des ruptures générales a été constaté au niveau des fournisseurs locaux habituel (jusqu'à 150 % d'augmentation sur les masques).

Cependant,

Des filières solidaires de création de masque en tissu ont vu le jour. Certains établissements se sont ainsi vu bénéficier de dons de masque en tissu pour compenser les problématiques d'approvisionnement. Des prestataires du secteur ont également créés en interne des masques en tissu pour équiper leurs équipes pour rassurer et protéger autant que possible leurs équipes et bénéficiaires. Des familles ont fait le choix, quant à elles, de refuser l'intervention des professionnels à domicile (EMS ou prestataires privés) en raison de l'absence de protection.

Il est à noter que les EMS et les prestataires d'aide à domicile interviennent auprès de personnes handicapées ou dépendantes, souvent, vulnérables sur le plan de la santé, et possiblement, à risque face au COVID19. L'absence d'équipements de protection pour les professionnels intervenants auprès des bénéficiaires aurait pu avoir de graves conséquences, dans une situation de propagation du virus plus intense.

5 Remontées obtenues au moment de la rédaction du bilan, ne concernés que ces profils, il est à penser néanmoins que d'autres profils de personnes en situations de handicap auraient pu être également concernés.





De plus, aucune mesure favorisant l'équipement en kit de protection des personnes en situation de handicap dites « vulnérables » (gratuité, coût réduit...) ne semble avoir été proposée. Ces personnes à risque devaient donc assurer leur propre équipement à leur propre frais. La problématique que soulève cette situation est double : capacité à absorber financièrement le coût de la fourniture en kit de protection pour les personnes à faibles ressources (d'autant plus en période de flambé des prix) et les problématiques entourant l'accès au kit (accessibilité, identification d'un lieu où se fournir...).

8- Continuité pédagogique

Suite à la fermeture des établissements scolaires, une continuité pédagogique a été mise en place pour maintenir un contact régulier entre les élèves et leurs professeurs. En raison d'un nombre très réduit de retours sur le sujet, il n'a pas été possible de porter un regard objectif de la situation des élèves en situation de handicap concernées par ce dispositif.

Les quelques retours obtenus font néanmoins état d'un manque d'adaptation de la méthode au regard de la situation de handicap de l'élève ou de l'impossibilité (ou tout du moins, la difficulté) de poursuivre le travail scolaire en raison de l'absence de l'AVS pour les élèves concernées.

Par ailleurs, tout laisse à croire, que la fracture numérique et l'inaccessibilité de certains supports ont pu être un frein à la continuité pédagogique de certains élèves en situation de handicap.

A titre d'exemple, la continuité pédagogique proposée par l'émission télévisée Lumni sur NC1ère tous les matins, était inaccessible aux enfants sourds et malentendants, en raison de l'absence de sous-titrage (et/ou traduction LSF).

III. RECOMMANDATIONS

Recommandations générales – Gestion de crise

En prévision d'une nouvelle période de crise sur le territoire,

- 1- Définir un plan de gestion de crise pour le secteur du handicap et de la dépendance **en urgence** et en collaboration avec les acteurs de terrain


En période de crise,

- 2- Mise en place d'une cellule de crise spécifique « handicap et dépendance » avec l'objectif :
 - a. D'assurer et garantir l'accessibilité et l'adaptation des réponses apportées par les instances décisionnaires au regard de la diversité des handicaps.
 - b. Identifier en temps réel les problématiques et difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap et leur famille, et permettre de la réactivité dans les réponses apportées.
- 3- Identifier, recenser et évaluer les risques pour les personnes en situation de handicap les plus vulnérables et/ou présentant un besoin de soutien important.

Recommandations – Accès à l'information et à la communication

- 1- Poursuivre et renforcer l'accessibilité aux informations de santé publique à toutes les personnes en situation de handicap, intégrant de manière systématique :
 - Une traduction en langue des signes française (LSF) sur tous les supports
 - Une traduction en Langue parlée complétée pour les allocutions du gouvernement, en plus de la traduction LSF
 - Un sous-titrage et de l'audiodescription sur toutes les vidéos de prévention et d'information relative à la santé publique
 - Une légende aux images et graphiques diffusées sur les supports écrits numériques et web.



- 
- 2- Veiller à diffuser les supports d'information (brochure, note d'information...) et formulaires sur les mesures de protection au format Word (format accessible au logiciel de commande et lecture vocale) voire idéalement des supports en braille, et au format Facile à lire et à comprendre
 - 3- Veiller à l'accessibilité réelle des sites d'information, notamment celui du gouvernement (fonctionnalité sonore, commande vocale...)
 - 4- Travailler avec les services à domicile et les associations pour favoriser la diffusion des informations de santé publique aux personnes en situation de handicap, d'une part pour permettre un accompagnement dans la compréhension des informations lorsque cela est nécessaire et garantir l'information des personnes isolées géographiquement et n'ayant pas accès aux différents supports d'information (absence d'accès au réseau internet, absence d'équipements informatique ou de télévision...)
 - 5- Proposer un dispositif facilitant l'équipement numérique et informatique aux personnes en situation de handicap à faible ressources. (du type dispositif MIPE)

Recommandations - Accompagnement médico-sociale et soutien aux personnes en situation de handicap, aux familles et aidants

A court terme,

- 1- Mise en place un SAVS à destination des personnes en situation de handicap psychique assurant un accompagnement médico-social avec une mission proactive auprès de ce public, y compris ceux confinés en familles, le cas échéance, assurant un soutien aux familles.
- 2- Handicap psychique en particulier : Mise en place d'un espace de dialogue entre les professionnels, les personnes en situation de handicap et les associations de parents et familles.

En période de crise,

- 3- Création d'une plateforme ressources et d'écoute « accessible » composés d'une équipe pluridisciplinaire (psychologue, éducateur spécialisé, médecin...) spécialement destinée aux enfants et adultes en situation de handicap, aux parents et aux aidants.
- 4- Offrir aux aidants et parents d'adultes et enfants en situation de handicap, et particulièrement les familles monoparentales, la possibilité de recourir à des temps de répit par le biais, par exemple, de la présence d'une auxiliaire à domicile sur un temps plus ou moins long.
- 5- Définir des mesures et solutions d'urgences à prendre et/ou à disposition des familles, lorsque le nombre d'aidant est limité et/ou aucun n'est disponible (éloignement géographique, contamination de l'aidant...).

Recommandations – Établissements, services médico-social (EMS) et prestataires de service à domicile dédiés au handicap et à la dépendance

A très court terme,

- 1- Mener un travail de réflexion avec les acteurs du secteur afin de s'accorder sur une définition claire de l'accompagnement médico-sociale et particulièrement en période de crise.





En période de crise,

- 2- Organiser une réserve de personnels médico-sociaux et d'auxiliaires de vie, par le biais de la mobilisation du personnel de profession du secteur à l'arrêt (assistantes de vie scolaire) ou de la mutualisation de personnel entre acteurs, pour permettre de compenser les risques d'absentéisme au sein des EMS et maintenir les accompagnements et la continuité des soins en cas de renforcement de l'activité et/ou de réduction d'effectifs.
- 3- Réglementer et contrôler l'activité des prestataires à domicile (*en dehors comme en période de crise*).
- 4- Prendre en compte l'ensemble des acteurs de la filière nécessaires au fonctionnement des EMS et de leurs activités (service de gamelle, transport, blanchisserie, offre de soins...) dans les mesures appliquées et s'assurer de leur coordination et du maintien de leurs activités respectives.
- 5- Faciliter la démarche des employeurs qui souhaiteraient mettre en place une écoute psychologique auprès de leurs salariés.

Recommandations – Consultation des collectifs d'associations du handicap

- 1- Associer les collectifs représentatifs de personnes en situation de handicap et d'associations à la cellule de crise, et s'assurer que les représentants qui y participent s'attachent à représenter la diversité des situations de handicap.
- 2- Mettre en place une consultation hebdomadaire, au travers notamment de la cellule de crise proposée plus haut.

Recommandations - Application des mesures restrictives et réglementaires

1. Adapter la réglementation et permettre la mise en place de dérogation exceptionnelle au regard des problématiques spécifiques de certaines situations de handicap : allongement de la durée de sortie, dérogations particulières en raison de problématique d'accessibilité...
2. Permettre aux personnes en situation de handicap, notamment déficientes visuelles, d'utiliser leur carte de reconnaissance de handicap, en remplacement de l'attestation de sortie, si aucun autre format ne leur est accessible

Recommandations – Accès aux services de soin et de santé

1. Adopter un plan garantissant la continuité des soins en autorisant, par exemple, l'intervention des professionnels de santé *indispensable* au maintien de la bonne santé, du bien-être de la personne en situation de handicap et de ses acquis, (ex. : kinésithérapeute)

Recommandations – Accès aux kits de protections

1. Accès et fourniture (sur demande) de kit de protection gratuit ou du moins, à cout réduit, pour les personnes en situation de handicap identifiées comme vulnérables sur le plan de la santé ou à risque face au virus.
2. S'assurer que les établissements médico-sociaux et prestataires de service disposent en interne d'un stock réserve minimum de kit de protection (en toutes circonstances).
3. Garantir l'accès prioritaire aux équipements de protection aux personnels intervenants (notamment EMS) auprès des personnes en situation de handicap à risque et/ou vulnérables sur le plan de la santé.





Recommandation diverse

- 1- Octroyer une allocation complémentaire à tous les bénéficiaires d'allocations handicap ou d'invalidité pour compenser l'augmentation du coût des biens et services.



