

Réf. dossier : 00001060
Cécilia LORANT
cecilia.lorant@emicite.fr



Les enseignements de la crise COVID 19 en habitat inclusif

Rapport final

*Axe thématique : tirer les enseignements de la crise
COVID 19 pour améliorer l'accompagnement des
personnes âgées ou en situation de handicap*

Juin 2021

Sommaire

Introduction	3
I. Méthodologie de l'étude	4
1. Les dispositifs d'habitats inclusifs partenaires de l'étude.....	4
2. Le comité de pilotage.....	5
3. Déroulement de la méthodologie de l'étude	5
II. Les alternatives pour maintenir un cadre de vie ordinaire	8
1. Les pratiques alternatives pour garantir une continuité du parcours de santé des habitants, et garder le contact avec l'extérieur	8
a. L'interruption des professionnels paramédicaux	8
b. Les visites des familles.....	9
2. Les pratiques alternatives pour continuer à proposer des activités.....	10
a. Les activités au sein des maisons	10
b. Les sorties et activités extérieures	11
III. Les partenariats et les échanges entre acteurs	12
1. Les partenariats et collaborations mis en place	13
a. Des échanges avec le secteur sanitaire.....	13
b. Des échanges avec le secteur de la grande distribution.....	13
c. Des échanges avec le secteur associatif et le voisinage	14
d. Des échanges avec la commune d'implantation.....	14
2. Les enseignements sur les échanges entre acteurs	14
IV. Les mesures et précautions prises par les porteurs de projet d'habitat inclusif	17
1. Une prise de risque mesurée.....	17
2. La gestion de la contamination au sein des maisons	18
V. Les enseignements de la crise COVID 19 pour les acteurs de l'habitat inclusif	20
1. Impacts sur les habitants	20
2. Impacts sur les familles.....	21
3. Impacts sur les professionnels	22
4. Impacts sur les dispositifs	23
Conclusion	25
Recommandations pour la gestion de crise en habitat inclusif	27
Bibliographie	30
Annexes.....	32
Annexe 1 : Grille d'observation	32
Annexe 2 : Calendrier de synthèse des mesures gouvernementales depuis Mars 2020 .	34

Introduction

Depuis le mois de Mars 2020, le pays est marqué par une crise sanitaire qui a impactés le fonctionnement et l'organisation des dispositifs d'habitats inclusifs. Face à cette situation inédite, aux périodes de confinements et de déconfinements, les porteurs de projet ont du faire preuve d'adaptabilité, de réactivité et d'inventivité pour assurer une continuité de l'accompagnement des habitants durant cette période particulière.

Alors que les dispositifs d'habitats accompagnés, partagés et insérés, s'inscrivent dans le milieu inclusif avec une vie sur l'extérieur, les porteurs de projet ont dû fonctionner et parfois construire leur projet au milieu de la crise sanitaire.

D'autre part, les mesures de confinement mises en place par les institutions telles que l'ARS, concernaient principalement le secteur sanitaire et médico-social. Elles comprenaient des restrictions de liberté (confinement en chambre) et l'instauration d'une distanciation physique (1m50 minimum). Leur maintien sur une longue période pouvait conduire à une limitation et à des modifications des relations sociales avec des conséquences sur leur santé physique et psychique. Ces mesures n'étant pas adaptées pour le milieu inclusif des habitats partagés et accompagnés, les professionnels de ces habitats se sont à la fois appuyés sur les mesures adressées aux citoyens et aux secteurs sanitaire et médico-social pour construire leur propre réflexion et inventer un mode fonctionnement.

Les représentants des habitats inclusifs parlent à la fois d'une souplesse d'application mais également d'une crainte, au début de la crise COVID-19, de ne pas avoir les outils pour affronter cette période de crise, notamment en cas de contamination et d'hospitalisation des habitants.

Les dispositifs d'habitat partagé et accompagné ont ainsi du accroître leur capacité d'agencement (ou « bricolage ») organisationnel, en inventant de nouvelles solutions et en mettant en place des mesures appropriées auprès du public qu'ils accompagnent, tout en prenant en compte la gravité de la situation sanitaire. Il s'agissait donc, pour chaque dispositif, de mesurer l'aspect « risqué/bénéfique » en tenant compte des troubles des habitants.

Cette étude visait à recueillir et valoriser les expériences de la crise COVID 19 de 4 dispositifs d'habitat partagé et accompagné partenaires afin de :

- ❖ **Identifier les réponses alternatives** aux habitants qui permettraient de continuer à vivre le plus normalement possible
- ❖ **Tirer des enseignements** en identifiant les effets de la crise sur les différents acteurs (habitants, salariés, personnel encadrant etc)
- ❖ **Proposer des recommandations** pour la gestion de crise en habitat inclusif, pour adapter l'environnement tout en veillant à maintenir le lien social et le respect des attentes des habitants. L'enjeu ici est proposer des recommandations en lien avec les pratiques d'accompagnement déployées par les dispositifs, et qui s'inscrivent dans une logique de société inclusive.

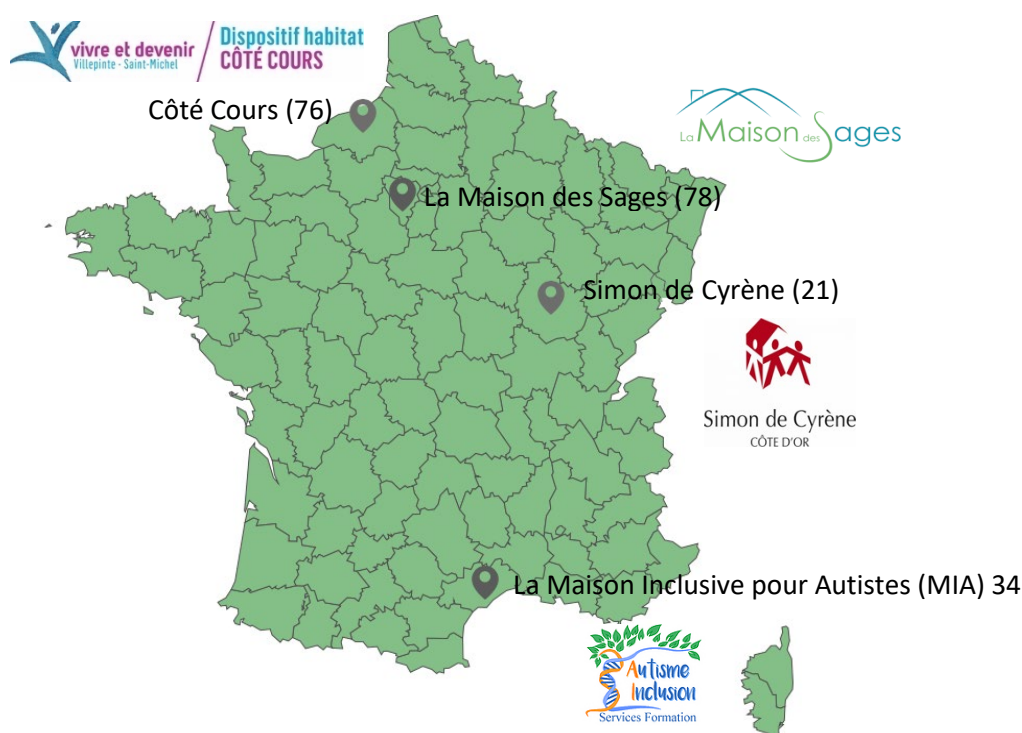
I. Méthodologie de l'étude

1. Les dispositifs d'habitats inclusifs partenaires de l'étude

En raison des liens existants avant la crise sanitaire entre le bureau d'étude émiCité et les porteurs de projet des différents habitats partagés, le bureau d'études a eu l'occasion d'échanger avec certains d'entre-deux dans leur réflexion sur l'adaptation de leur organisation et la mise en place des gestes barrières. Il est alors vite apparu que les solutions identifiées et mises en œuvre dans un dispositif ne pouvaient pas s'appliquer à un autre (notamment en raison de la spécificité des troubles des personnes), mais aussi que certaines pratiques développées par l'un pouvaient servir à d'autres.

A travers cette étude, l'idée était donc de favoriser le partage d'informations en animant la réflexion entre plusieurs dispositifs qui ne se connaissaient pas auparavant mais qui ont pu échanger ensemble et se retrouver sur des positions communes. Le projet de construire des recommandations de bonnes pratiques est né de cette coopération informelle.

Les 4 dispositifs d'habitats partagés et accompagnés partenaires de l'étude sont :



A noter également, la diversité des publics accueillis par les 4 dispositifs :

- ❖ Côte Cours : 16 des personnes présentant des troubles psychiques
- ❖ La MIA : 6 jeunes adultes autistes avec une déficience intellectuelle associée
- ❖ La Maison des Sages : 8 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
- ❖ Simon de Cyrène Côte d'Or : 12 personnes avec un handicap moteur et cognitif (traumatisme crânien, SEP, IMC, AVC etc.)

2. Le comité de pilotage

Un Comité de pilotage national a été mis en place en octobre 2020. Il était composé d'un représentant de chaque dispositif d'habitat partagé participant à l'étude, et d'un représentant de la CNSA, de deux représentants de la fondation Médéric Alzheimer, du directeur de l'observatoire nationale des aides humaines porté par Handéo et d'un chercheur universitaire.

Le rôle du COPIL était de discuter des différentes options ou approches proposées pour la réalisation de l'étude, de contribuer à l'analyse des résultats produits et d'échanger sur le rapport.

Le COPIL s'est réuni à 4 reprises au cours de l'étude, selon le calendrier suivant :

- ❖ Octobre 2020 : présentation des objectifs du projet, de la méthodologie et discussion sur les guides d'entretien
- ❖ Janvier 2021 : échange autour des retours des monographies et analyse des résultats
- ❖ Mars 2021 : échange autour de l'organisation des focus groups
- ❖ Juin 2021 : présentation du rapport final et des recommandations

Les réunions ont été réalisées par visio-conférence.

3. Déroulement de la méthodologie de l'étude

L'étude s'est déroulée en trois phases :

► Phase 1 : la veille documentaire

Une veille de la littérature médico-sociale et sanitaire, de la presse et des travaux de recherche, de revues professionnelles et scientifiques sur la gestion de crises, sur la prise de décision en contexte d'incertitude, et sur les questions éthiques que cela engendre a été réalisée. Au sein des 4 dispositifs d'habitats partagés, ce travail de veille était déjà réalisé partiellement ; il s'agissait donc de le compléter et de mettre en commun les connaissances réunies et d'interroger leurs sources. L'objectif de ce travail de veille documentaire était également d'affiner les grilles d'entretien avec les différents acteurs.

► Phase 2 : une approche monographique des habitats partagés

Il s'agissait ensuite de recueillir et capitaliser les retours d'expérience de la crise COVID 19 des 4 dispositifs.

La première phase de l'étude consistait à mener une approche monographique des dispositifs, grâce à la réalisation de 30 entretiens individuels et des échanges en groupe :

- ❖ Des entretiens avec les 4 gestionnaires
- ❖ Des entretiens avec les coordinateurs/animateurs des dispositifs
- ❖ Des entretiens avec les intervenants professionnels (9 intervenants)

- ❖ Des entretiens avec les habitants (3 entretiens individuels et plusieurs discussions en groupe, soit des échanges avec une vingtaine d’habitants)
- ❖ Des entretiens avec les familles (6 familles)
- ❖ Les partenaires : 4 entretiens (3 médecins, 1 responsable Intermarché)

Les entretiens et les échanges avec les habitants et les intervenants ont été menés sur place, au sein des différentes maisons entre Novembre 2020 et Janvier 2021. C’était l’occasion pour le bureau d’étude émiCité de pouvoir visiter les lieux, et rencontrer l’ensemble des habitants et professionnels.

L’objectif des monographies est de construire un récit, grâce aux observations et entretiens réalisés avec les différentes parties prenantes. Tout au long des monographies, des verbatims issus des entretiens viennent exprimer le point de vue de chaque acteur (habitant, partenaire, intervenant etc) sur leur expérience de la crise sanitaire en habitat inclusif, sur la manière dont ils l’ont vécu ou encore les enseignements qu’ils en tirent.

Des écarts peuvent apparaître entre les éléments recueillis lors des entretiens, et la réalité du dispositif. C’est pourquoi les monographies ont fait l’objet de plusieurs modifications et ajustements avec le porteur de projet. Chaque monographie a ainsi été validée par le porteur de projet avant de la considérer comme finalisée.

Une première partie de la monographie consiste à présenter et décrire le dispositif avec :

- ❖ un tableau de description générale ;
- ❖ la genèse du dispositif ;
- ❖ une présentation des habitants (portraits) ;
- ❖ une présentation de l’organisation du dispositif.

Cette description du fonctionnement général est également issue des entretiens et des observations réalisées sur le terrain. Cette première partie permet de comprendre le fonctionnement de chaque dispositif ainsi que les enjeux qui lui sont propres.

Une deuxième partie de la monographie consiste à décrire le déroulement de la crise COVID 19 au sein de chaque dispositif :

- ❖ Les craintes au début de la crise
- ❖ Le déroulement du premier confinement
- ❖ Les liens avec l’extérieur (familles, amis, professionnels)
- ❖ La recherche d’alternatives pour maintenir un cadre de vie ordinaire
- ❖ L’expérience du second confinement et la gestion de la contamination au sein du dispositif
- ❖ La question de la vaccination (abordée uniquement avec la Maison des Sages)
- ❖ L’inclusion dans la cité et la solidarité de l’écosystème (abordée uniquement avec la Maison des Sages et la MIA)
- ❖ Les effets de la crise sur les habitants et les salariés
- ❖ Les enseignements de la crise et les leviers à mettre en place

S'agissant de leur construction, elles ont été anonymisées grâce à l'utilisation de pseudonymes pour désigner les différents acteurs interrogés. Toutefois, cette anonymisation reste partielle car les dispositifs sont nommés.

► Phase 3 : Co-construire des recommandations grâce aux Focus groups

Après avoir réalisées les observations, il était prévu de proposer des recommandations et de co-construire un outil afin de permettre aux dispositifs d'habitat inclusif de mieux anticiper la gestion de crise épidémique. L'idée d'un guide avait été proposé. Toutefois, au fur et à mesure des échanges et de l'avancée du projet, ce format n'apparaissait pas comme le plus pertinent au regard du public visé. En effet, un guide composé de recommandations apparaît davantage comme un outil institutionnel. Or, cet outil sera destiné aux dispositifs d'habitats inclusifs.

Les membres du comité de pilotage avaient ensuite proposé de créer un jeu participatif. Toutefois, la crise de la COVID 19 n'étant pas terminée à ce stade de l'étude, l'effet qu'elle provoque compromet les réussites d'un jeu.

Il a ainsi été convenu d'identifier plusieurs points d'analyses issus des monographies afin de les approfondir lors de focus groups avec les différents acteurs interrogés à l'occasion des observations. Sur la base des exemples relevés au sein de chaque monographie et qui se réfèrent à la problématique traitée, l'objectif des focus groups était alors d'approfondir l'analyse de chaque thème et de faire émerger des recommandations de bonnes pratiques.

4 focus groups ont ainsi été organisés et animés par le bureau d'étude :

- ❖ **Un focus group « familles »** (4 familles participantes) sur le thème du lien social et des visites des familles : comment favoriser le maintien du lien avec les familles en période de confinement ? Quelle place pour les visites ? dans quelles conditions et avec quelles précautions ?
- ❖ **Un focus group « salariés »** (5 salariés participants) sur le thème de l'investissement des équipes en période de confinement strict : Comment anticiper la période de transition et éviter l'usure professionnelle ? Quelles formes de « ressourcement » les habitats inclusifs pourraient-ils mettre en place ?
- ❖ **Un focus group « personnel encadrant »** (7 participants) sur le thème de l'organisation du travail en période de crise sanitaire et la gestion des équipements : En cas de contamination de plusieurs salariés, où trouver de nouvelles ressources ? Comment convaincre des personnes de venir travailler au sein d'un foyer de contamination ? Quelle(s) évolution(s) de l'encadrement et de l'organisation du travail mettre en place au sein d'un habitat inclusif en période de crise sanitaire afin d'assurer une continuité de l'accompagnement et la protection des intervenants ? Quels sont les acteurs à solliciter ? sur quel(s) aspect(s) ?

- ❖ **Un focus group « habitants »** (4 habitants participant) sur le thème des activités/sorties extérieures et de l'accompagnement : Quel souvenir gardez-vous du premier confinement ? Avez-vous eu le sentiment que cette crise à changer vos relations avec les auxiliaires de vie ? Quelles sont les bonnes pratiques en termes d'activité lors d'un confinement strict (premier confinement) ?



Pour ce dernier focus group, une attention particulière a été portée sur l'animation afin de permettre la participation d'un maximum d'habitants issus de plusieurs dispositifs. Les 4 focus groups ont été réalisés par visio, sur une durée de deux heures chacun. Le focus group habitant a réuni deux habitantes de la maison des sages et deux habitants du dispositif Simon de Cyrène.

Enfin, un dernier focus group avait été proposé aux membres du COPIL : un focus group « bénévoles ». Il s'agissait de les interroger sur leur rôle au sein du dispositif et leur place en période de crise sanitaire. Toutefois, la période complexe durant laquelle l'étude a été réalisée n'a pas permis de mettre en place ce focus group (difficultés pour mobiliser les bénévoles).

II. Les alternatives pour maintenir un cadre de vie ordinaire

L'objectif de cette enquête était de recueillir les expériences du premier confinement auprès des acteurs ayant un rôle au sein d'un dispositif d'habitat inclusif. Mais comme les entretiens et observations ont été réalisés à la fin de l'année 2020, le thème du deuxième confinement s'est imposé. Les enquêtés ont pris en compte les deux événements et les ont comparés. La première ayant impacté la seconde, et l'ensemble étant le terreau de leurs réflexions actuelles, il aurait donc été trop artificiel de ne les faire parler que du premier confinement.

1. Les pratiques alternatives pour garantir une continuité du parcours de santé des habitants, et garder le contact avec l'extérieur

Qu'ils s'agissent des interventions des professionnels extérieurs, des visites des familles, des visites des bénévoles ou encore des activités et sorties, la quasi-totalité fut interrompue durant le premier confinement, pour ensuite reprendre partiellement. Les dispositifs d'habitats inclusifs ont donc dû mettre en place des solutions alternatives pour garantir une continuité de l'accompagnement des habitants, dans un milieu le plus inclusif possible.

a. L'interruption des professionnels paramédicaux

En dehors des intervenants à domicile, les autres professionnels extérieurs sont principalement des infirmiers, des psychomotriciens, des kinésithérapeutes et des

orthophonistes. Durant le premier confinement, seuls les infirmiers ont été autorisés à continuer leurs interventions aux domiciles. Plusieurs alternatives ont été mis en place par les dispositifs afin de garantir une continuité de l'accompagnement des habitants :

- ❖ Un accompagnement à distance par les professionnels de manière à maintenir un accompagnement sanitaire, éducatif ou médico-social (kinésithérapie, psychiatre, orthophoniste etc.). Cet accompagnement se faisait de différentes manières :
 - Sous forme de téléconsultation, entre l'habitant et le professionnel : une aide à l'installation était réalisée par un auxiliaire de vie, puis la consultation se faisait en aparté. Tous les habitants n'ont pas pu bénéficier de cet accompagnement à distance en raison du format (numérique) qui n'était pas adapté par rapport à leur pathologie. C'est notamment le cas pour des personnes présentant des troubles du spectre autistique ainsi que les personnes avec la maladie d'Alzheimer.
 - Pour les séances de kinésithérapie, des vidéos ont pu être réalisées par les professionnels et envoyées aux maisons, avec des exercices simples à réaliser, de manière à ce que les habitants puissent les reproduire à l'aide de l'auxiliaire de vie. Dans ce cas de figure, des conseils étaient également donnés aux intervenants à domicile afin qu'ils puissent reproduire les gestes en toute sécurité. Cette prise de relais et cette implication par les assistants de vie leur ont permis de découvrir un autre aspect de l'accompagnement des habitants, et de créer d'autres liens.
- ❖ Des médiations téléphoniques auprès des familles ayant choisi de se confiner avec leur proche au sein de la maison familiale. A la MIA, ces temps d'échanges étaient réalisés par un psychologue, et en dehors de toute prise en charge (et donc financée par la structure porteuse du dispositif d'habitat inclusif). L'objectif de cet accompagnement était d'accompagner les familles autour de l'anxiété générée par la crise sanitaire, le confinement, et l'accueil de leur proche en cas de troubles du comportement. Ces temps avaient lieu deux heures par semaine, et un contact téléphonique supplémentaire avec la psychologue était toujours possible.

Hors période de crise sanitaire, les interventions des professionnels médicaux ou paramédicaux permettent aux intervenants à domicile de se libérer du temps pour aider d'autres habitants, ou réaliser certaines tâches de la vie quotidienne comme faire le repas ou l'entretien de la maison : « *Cela nous fait du bien lorsqu'il y a d'autres intervenants, on se sent moins seul et on peut faire d'autres tâches* » (auxiliaire de vie, Focus group salarié). L'absence de ces professionnels médicaux ou paramédicaux durant le premier confinement a donc eu pour effet de contribuer à l'épuisement professionnel des intervenants, du fait de leur mobilisation à la réalisation de multiples tâches de travail en lien avec tous les aspects de la vie quotidienne mais aussi en lien avec la santé des habitants.

b. Les visites des familles

Les visites des familles ont fait l'objet de mesures évolutives, en s'adaptant au contexte général. Lors du premier confinement, la règle établie par les dispositifs, et en concertation avec les habitants et les familles, était leur arrêt temporaire afin de favoriser le « vase clos ». Pour ne pas rompre le contact avec les familles, l'utilisation des outils numériques tels que les

appels en visioconférence ont été organisés au sein des maisons. Certains dispositifs ont également mis en place des groupes WhatsApp avec les familles de manière à leur envoyer régulièrement des nouvelles de leur proche, ainsi que des photos. L'objectif était de rassurer les familles, mais aussi de permettre un maintien du lien sur la vie extérieure pour les habitants. Toutefois, ces nouvelles pratiques ont parfois nécessité un temps d'apprentissage à leur utilisation puisque certains habitants n'avaient encore jamais utilisée la visioconférence ou autre application numérique permettant la communication à distance (autre que le téléphone). Ces temps d'apprentissage ont été réalisés par le personnel sur place, les auxiliaires de vie. D'autre part, cela nécessitait d'avoir une bonne connexion internet, ce qui était le cas au sein des 4 dispositifs étudiés.

En tout état de cause, les liens avec les proches ont été mis à rude épreuve durant le premier confinement. Dans certains cas, le confinement aura également permis de reprendre contact avec des proches dont les liens étaient auparavant abimés (cf monographie du dispositif Côté Cours).

Toujours dans un esprit de co-décision avec les habitants, les visites des familles ont pu reprendre avec certaines précautions (de manières planifiées et en respectant les gestes barrières) à partir du 11 mai 2020, soit à la fin du premier confinement, avant d'être de nouveau interrompu au second confinement, en Novembre 2020.

Recommandation :

1) Renforcer l'accès au numérique des habitants, de leur famille et des professionnels pour faciliter l'accompagnement à distance, quel que soit la maladie ou le handicap. Il s'agirait d'une part, de proposer des actions de formations adaptées aux différents acteurs et d'autre part, développer des sources de financement pour l'achat d'équipements numériques au sein des habitats inclusifs. Cet aspect lié à l'usage du numérique pourrait également être abordé lors des formations initiales des intervenants (DEAES, ADVF, TISF etc) afin de renforcer l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap.

2. Les pratiques alternatives pour continuer à proposer des activités

a. Les activités au sein des maisons

Durant le premier confinement, les professionnels des dispositifs observés ont su transformer cette situation angoissante en une fête, un enchantement qui est venu enjoliver le quotidien des habitants : « *On a fait beaucoup de choses comme si c'était exceptionnel. Comme si c'étaient les vacances. Comme si ici, c'était le paradis, tandis que dehors c'était dangereux. Je pense qu'on a tous vraiment apprécié ces moments car ils nous ont soudés* » (coordinatrice de la Maison des Sages).

Ainsi, les intervenants à domicile ont usé de leur créativité et de leur imagination afin de proposer aux habitants une multitude d'activités et ainsi occuper les esprits : barbecue, soirées animées, danse, chant, parcours sportif, Ping-pong, trampoline, jardinage, chasse aux œufs, jeux vidéo, ateliers coiffure/esthétique, activités créatives ou de loisirs, des temps de

relaxation, et des challenges : « *Notre mission principale durant la période du confinement était d'apaiser les résidents. On avait une attention particulière à dédramatiser la situation* » (assistant de vie, dispositif Simon de Cyrène).

Toutes ces activités sont d'ordinaire proposées par les accueils de jour (ADJ), les groupes d'entraide mutuelles (GEM), les services de la municipalité, les bénévoles ou encore les familles. Or, là encore, l'interruption de ces différents services et de la visite des bénévoles et des familles sur une partie de l'année 2020, a permis aux intervenants d'investir la question de l'animation, incitant ces professionnels à faire preuve d'inventivité et à diversifier leurs pratiques professionnelles.

b. Les sorties et activités extérieures

Les dispositifs d'habitats inclusifs ne sont pas destinés à vivre en vase clos : la plupart des habitants ont des activités extérieures à différents moments de la journée. Ces temps d'activités extérieures permettent l'équilibre de ces dispositifs, lesquels ont besoin d'interactions avec l'écosystème : ils sont activateurs de solidarité au niveau local. Ce fonctionnement d'ouverture sur l'extérieur nécessite donc une prise de relais par d'autres acteurs tels que les familles, les bénévoles, ou autre professionnel (professionnel des ESAT, animateur de GEM, équitérapeute etc.).

Tout comme pour les professionnels extérieurs, les familles tiennent un rôle important dans le fonctionnement de certains dispositifs, en venant réaliser une partie des accompagnements. C'est le cas notamment pour les accompagnements à l'extérieur, ou les rendez-vous médicaux. Les bénévoles peuvent également avoir un rôle important, tant dans leur présence auprès des habitants que dans les activités qu'ils proposent pour permettre le maintien du lien social. Pourtant, qu'il s'agisse des bénévoles ou des familles, leurs interventions au sein des maisons ont été interrompues pendant de longues semaines, contraignant les dispositifs à pallier au manque de ressources humaines créé en partie par leurs absences, en recrutant de nouveaux intervenants (et donc en faisant entrer dans les maisons des personnes extérieures).

Enfin, concernant les promenades extérieures, chaque dispositif étudié a agi différemment, avec comme point commun de mesurer le risque à chaque prise de décision :

Au sein de la MIA, les habitants sortaient individuellement ou en groupe, accompagné d'un ou plusieurs intervenants. Des attestations dérogatoires pour l'ensemble des habitants leur ont été transmises par le médecin psychiatre de l'Unité Diagnostic et Soins pour Adultes Autistes (UDSAA) du CHU. Cette attestation permettait aux habitants de faire des promenades au-delà des 1 kilomètre et 1 heure autorisés par le gouvernement. Elle a également permis aux habitants de rentrer dans leur famille tous les week-end, y compris durant le premier confinement. L'interdiction totale du lien social du fait de la suppression des activités extérieures et d'un confinement strict est néfaste pour le public autiste : « *C'est trop compliqué pour eux et c'est plus dangereux que le virus lui-même. Les effets secondaires sont tellement énormes dû à la réclusion et à l'enfermement que ça ne vaut pas le coup* » (extrait de la monographie sur la MIA)

A la Maison des Sages, les sorties en groupe, sans limitation dans le temps et dans l'espace ont également été rapidement mises en place par l'équipe, avec l'accord de la députée, qui était présidente de la Commission des Lois de l'Assemblée nationale.

Au sein du dispositif Simon de Cyrène, les équipes ont agi avec prudence, du fait notamment des pathologies des personnes accompagnées et des risques qui y sont liés. Ainsi, peu de sorties ont été organisées, et sont restées dans la limite des 1 kilomètre et 1 heure autorisés.

Concernant les habitants des appartements gérés par le dispositif Côté Cours, les habitants se sont occupés principalement individuellement, et n'ont pas bénéficié de mesures exceptionnelles pour les sorties extérieures.

La spécificité des dispositifs d'habitat inclusif concerne la liberté de transgression des règles pour les habitants, comme pour chaque citoyen à part entière : chaque habitant était libre de respecter ou non les règles établis par le gouvernement et relayées par les dispositifs. Le rôle du dispositif était d'ouvrir le dialogue avec les locataires, sous un aspect de pédagogie citoyenne. Au sein du dispositif Simon de Cyrène, ces échanges entre habitants et intervenants étaient d'autant plus importants qu'ils concernaient également les intervenants qui vivent sur place, au sein des maisons : pour être cohérent avec leur discours, les intervenants ont également limité leurs sorties, de la même manière que les habitants.

Recommandations :

2) Maintenir les visites des bénévoles et des proches (familles, amis, voisins), en période de crise sanitaire. Les bénévoles et les proches doivent être considérés de la même manière que les intervenants à domicile, en ce qu'ils apportent aux habitants en termes de bien-être et de lien social. Les dispositifs s'accordent à dire que les interventions des bénévoles et des proches sont aussi essentielles que celles des auxiliaires de vie. En période de crise sanitaire, il s'agit donc de mener une réflexion sur les acteurs essentiels pour fonctionner.

3) Proposer des mesures gouvernementales exceptionnelles ou des attestations dérogatoires (en termes de sorties sans limitation dans le temps ni dans l'espace notamment) **dès le début de la crise.** Cette souplesse pour les sorties extérieures est nécessaire car l'expérience du « vase clos » du premier confinement a permis au dispositif de tirer un enseignement clé : la vie extérieure est essentielle au bon équilibre des dispositifs, des habitants qui y vivent et des professionnels qui y travaillent.

III. Les partenariats et les échanges entre acteurs

Tous les efforts de partenariats mis en place avec les professionnels (en lien ou non avec le champ de la santé) en dehors de la crise sanitaire, mais aussi tous les efforts d'inclusion

réalisés en créant des liens avec le voisinage, avec la commune, peuvent se révéler très précieux lors d'une gestion de crise.

1. Les partenariats et collaborations mis en place

a. Des échanges avec le secteur sanitaire

Tout au long de la crise, les dispositifs ont entretenu une étroite collaboration avec le secteur sanitaire. En fonction des dispositifs, les échanges pouvaient concerner :

- ❖ Un appui technique pour la gestion des troubles du comportement : l'objectif ici est de maintenir la continuité de l'accompagnement en venant en appui auprès des professionnels (intervenant à domicile)
- ❖ La mise en place de médiations téléphoniques pour venir en aide aux familles confrontées à des troubles du comportement (anxiété, agitation, etc.) parfois accentués par la période de confinement.
- ❖ Des dérogations et des certificats médicaux permettant aux habitants de faire de plus longues promenades et de permettre aux habitants de rentrer dans leur famille le week-end.
- ❖ Des informations et des conseils sur les mesures barrières, les protocoles à mettre en place, les différents symptômes et la vaccination.
- ❖ L'identification des personnes potentiellement à risques parmi les habitants.
- ❖ Une aide au dépistage via la réalisation de tests PCR.

Ces partenaires du secteur sanitaire concernent :

- ❖ Les acteurs de santé issus d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)
- ❖ Les professionnels du CHU
- ❖ Les professionnels de l'hôpital de jour
- ❖ Les médecins généralistes
- ❖ Les infirmiers libéraux

La majorité de ces collaborations souvent non formalisées ne sont pas nées durant la crise mais ont été renforcées durant cette période. D'autre part, compte-tenu de la survenue rapide et non anticipée du confinement, l'identification anticipée de ces acteurs a permis aux dispositifs d'être plus réactifs en cette période de gestion de crise.

b. Des échanges avec le secteur de la grande distribution

Durant la crise, la maison des Sages a également construit des liens étroits avec la direction d'Intermarché de sa commune d'implantation. Contrairement au secteur sanitaire, les liens avec ce géant de la grande distribution se sont créés en pleine période de crise sanitaire.

Cette collaboration concerne :

- ❖ la livraison de courses à domicile
- ❖ la donation de masques et gel hydroalcoolique

- ❖ la donation de produits abîmés qui ne peut pas être mis en rayon, telles que des conserves

De la même manière que pour le secteur sanitaire, cette collaboration n'est pas formalisée, notamment du fait de l'urgence de la situation liée à la survenue rapide du confinement.

c. Des échanges avec le secteur associatif et le voisinage

Des équipements de protection individuelles (EPI) tels que des masques en tissus et des blouses ont également été fabriqués et mis en donation auprès des dispositifs d'habitat inclusif par le tissu associatif local.

D'autre part, le voisinage a aussi été source de solidarité en proposant leur aide pour l'entretien du jardin (la maison des Sages), ou encore pour la donation de certains objets non utilisés tels que des DVD (la MIA).

Les dispositifs d'habitat inclusif sont acteurs de solidarité au niveau local.

d. Des échanges avec la commune d'implantation

Les dispositifs rencontrent des difficultés pour entretenir de bonnes relations avec la commune d'implantation. Lorsqu'elles ne sont pas mauvaises, elles restent cordiales. Seule la Maison des Sages a réussi à construire de solides liens avec la Marie de Buc, et ce dès le début du projet. Dès le début de la crise, la mairie a positionné la Maison des Sages et l'EHPAD de Buc sur un même pied d'égalité en prenant des nouvelles des uns et des autres et en essayant de les accompagner le plus possible grâce à :

- ❖ Un appui auprès de la Maison des Sages concernant leur demande auprès de la Députée pour l'assouplissement des sorties extérieures (demande de dérogations permettant aux habitants de faire de plus longues promenades, dans un périmètre plus élargi, et en groupe).
- ❖ Un approvisionnement en EPI (masques et gants)

C'est également une bienveillance qui s'est installée et qui a perduré tout au long de la crise.

2. Les enseignements sur les échanges entre acteurs

Certains dispositifs sont bien insérés localement, ils ont été identifiés par le voisinage ainsi que par les acteurs du milieu inclusif tels que la commune, la grande distribution, les associations locales etc. Tous ces liens créés avant le début de la crise se sont révélés porteurs de ressources en période de crise sanitaire. Toutefois, cette inclusion dans la cité n'est pas systématique et relève pour certains porteurs de projet d'un travail de longue haleine. En effet, l'inclusion ne se mesure pas uniquement à la situation géographique de l'habitat dans la commune ou encore à la proximité des services de commodités. L'inclusion se mesure aussi et surtout par la volonté du voisinage, et plus généralement des acteurs du milieu inclusif (la boulangère, le caissier du supermarché, le serveur du restaurant etc.), de rompre avec les préjugés et les représentations sur les personnes handicapées. Ils ont une place importante

dans le bon fonctionnement des dispositifs. Toutefois, les professionnels de santé sont également des partenaires à privilégier, notamment en période de crise sanitaire.

Contrairement au secteur médico-social, la mutualisation de ressources humaines ou autre outil n'a pas été mis en place, notamment à cause du manque de connaissance sur l'existence d'autres dispositifs d'habitat inclusif sur leur territoire. Pourtant, ces échanges de bonnes pratiques et ces coopérations entre porteurs de projet auraient tout leur sens, tout particulièrement en période de crise.

Recommandations :

4) Tirer les enseignements des collaborations mise en place et/ou renforcées pendant la crise sanitaire de manière à anticiper les futurs partenariats à déployer en tant de crise.

5) Favoriser le développement des collaborations entre les dispositifs d'habitat inclusif via la création d'une plateforme d'échanges et de mutualisation qui leur serait dédiée. Il s'agirait dans un premier temps de repérer les dispositifs d'habitat inclusif en fonctionnement et/ou en projet sur son territoire, grâce à une veille active. L'idée d'une plateforme d'échanges serait de développer la mutualisation d'outils, de réflexions, de moyens, de ressources, ou encore de professionnels entre les dispositifs.

6) Créer un label type « ville amie de l'habitat inclusif » pour donner une dynamique citoyenne aux projets et changer les représentations sur les personnes âgées ou en situation de handicap. La mairie est un acteur à privilégier par les dispositifs dans le champ de l'inclusion, puisqu'elle est en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire. De plus, le rôle de ces dispositifs d'habitats partagés est justement de travailler sur l'environnement, sur l'écosystème, et d'être impliquée dans la vie de sa commune d'implantation. Pour cela, les communes doivent aussi être impliquées dans les projets d'habitats inclusifs de leur territoire, et montrer leur soutien. Une labellisation à destination des communes, de la même manière qu'il existe un label « Ville amie des aînés », permettrait aux mairies de montrer leur engagement auprès de ces dispositifs. D'autre part, une articulation pourrait également être mise en œuvre dans le cadre du financement de l'Aide à la Vie Partagé (AVP), et notamment au sein des conventions mis en place entre les Conseils départementaux et les porteurs de projet. Il s'agirait de mentionner au sein de ces conventions, l'engagement des Départements et des Métropoles à promouvoir l'habitat inclusif auprès des communes.

IV. Les mesures et précautions prises par les porteurs de projet d'habitat inclusif

En fonction de la lourdeur du handicap des habitants ou des symptômes de la maladie, les nouvelles règles établis en matière de port du masque ou de distanciation sociale pouvaient être difficiles à mettre en œuvre. Les porteurs de projet et les équipes ont du faire preuve de patience, de pédagogie et de consensus avec les habitants, afin de mettre en place les précautions nécessaires au sein de l'habitat.

De par leur statut juridique hors champ médico-social, les habitats inclusifs n'étaient pas soumis aux mêmes restrictions que les établissements et services médico-sociaux (confinement en chambre, interruption des sorties extérieures etc). Chaque dispositif a donc pris des décisions qui lui était propres, en fonction du public accueillis, de son fonctionnement, des valeurs qu'il souhaite promouvoir et aussi et surtout, des risques encourus.

1. Une prise de risque mesurée

Les mesures gouvernementales liées à la crise sanitaire ont évolué tout au long de la période. Les dispositifs d'habitat inclusif ont privilégié dans un premier temps la distanciation, le lavage des mains et l'utilisation du gel hydroalcoolique. Une surveillance accrue au moindre symptôme était également mise en œuvre par les équipes (prise de température, de la tension, signalement etc.)

Concernant la distanciation sociale lors des repas, les 4 dispositifs ont procédé à un réagencement des pièces communes de manière à ne pas dépasser 4 à 6 personnes par tables.

De la même manière que pour l'ensemble de la population, les dispositifs d'habitat inclusif n'avaient pas accès aux masques au début de la crise, à cause des difficultés d'approvisionnement. D'autre part, ne faisant pas partie du champ médico-social, les dispositifs n'ont pas été immédiatement identifiés par les pouvoirs publics et les institutions pour l'approvisionnement en masque. Le port du masque a donc été introduit au sein des maisons de manière progressive car en plus d'être difficile à obtenir (du moins au début de la crise) son utilisation engendre également des troubles du comportement chez certains habitants. C'est le cas à la Maison des Sages qui accueillent un public avec la maladie d'Alzheimer : « *au début ça les rendait fou que les auxiliaires le porte, ça les perturbait trop. On a eu droit à plusieurs troubles du comportement où certains tapaient sur les portes. Ils ne les reconnaissent pas, ils ne les entendaient pas...* » ; « *C'est aux autres de s'adapter à eux et pas l'inverse. C'est une maladie qui crée beaucoup d'angoisse. Tout ce qui peut générer de l'anxiété, il faut éviter. Tout est une histoire de balance et de mesure du risque : on prend des risques à ne pas mettre de masque mais si on le met, on génère des angoisses* » (extrait de la monographie). C'est également le cas à la MIA qui accueille de jeunes adultes autistes : « *le port du masque c'est très pénible pour eux, c'est compliqué de le garder même s'ils ont compris qu'il fallait le mettre* » (extrait de la monographie). Et enfin, c'est aussi le cas à Côté Cours : « *j'avais peur des infirmiers à cause de leur masque* » (extrait de la monographie).

Seul le dispositif Simon de Cyrène a introduit, au fil du temps, le masque obligatoire pour tous (salariés et habitants) dans les pièces de vie commune des maisons (salle à manger, cuisines etc). La direction a également fait le choix de suivre les recommandations de l'ARS concernant l'application des gestes barrières, de manière à prendre le moins de risque possible pour les habitants :

- ❖ Interruption des sorties extérieures et des visites durant toute la durée du confinement
- ❖ Désinfection des courses selon la méthode recommandée
- ❖ Utilisation massive du gel hydroalcoolique
- ❖ Contrôle assidus de la température des habitants

Ce choix de la direction et des habitants de vivre en vase clos durant toute la période de confinement, et d'introduire le port du masque au sein de la maison y compris pour les personnes en situation de handicap, est justifié par les pathologies que présentent certains habitants (difficultés respiratoires).

Pour les autres dispositifs, si le port du masque n'est pas imposé pour les habitants au sein des maisons, ils doivent le porter s'ils souhaitent se rendre à l'extérieur. Avec le temps, les habitants se sont habitués à le porter à l'extérieur et à voir les intervenants avec le masque : *« Avec le temps ils se sont habitués à nous voir comme ça, ils voient des gens masqués sur les photos des journaux, aux informations, c'est devenu quelque chose de normal même s'ils ne savent pas pourquoi. Alors de temps en temps, nous leur réexpliquons que les masques nous empêchent de leur transmettre un virus et cette courte explication leur convient »* (extrait de la monographie sur la Maison des Sages).

Les règles concernant les gestes barrières et notamment le port du masque varient d'un habitat à un autre. Le point important, et qui est aussi le point commun aux 4 dispositifs observés, est que ces règles sont discutées et acceptées par les habitants, et que rien ne leur est imposé.

2. La gestion de la contamination au sein des maisons

Les 4 dispositifs étudiés avaient mis en place un protocole à suivre en cas de contamination au sein de l'habitat. Contrairement aux établissements et services médico-sociaux, les habitats inclusifs ont eu la liberté d'inventer leur propre protocole. Pour ce faire, ils ont pris appuis sur les recommandations de l'ARS et elles ont été adaptées en fonction de chaque projet, au gré des échanges avec les partenaires de la santé et de l'évolution de la pandémie.

Toutefois, ces protocoles n'avaient pas été pensés en cas de contamination de plusieurs habitants ou salariés. Dans ce cas, la gestion d'une contamination massive (la moitié des habitants et/ou professionnels) est alors différente de celle pensée initialement. Ainsi, la Maison des Sages et Simon de Cyrène Côte d'Or ont été confrontés à un ensemble d'interrogations :

- ❖ sur la question de l'isolement : doit-on isoler les habitants testés positifs ou les habitants testés négatifs ? Ou doivent-ils être isolés ? Au sein du dispositif, dans leur chambre ? A l'hôtel ? À l'hôpital ? Au sein des familles ? Quelle solution pour les habitants qui n'ont pas de familles ou pour les familles qui n'ont pas les moyens

d'accueillir leur proche durant cette période (éloignement géographique, présence de personnes à risque etc.) ? Quels moyens apporter aux familles ? (Équipement, informations, soutien etc.)

- ❖ sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif : en cas de contamination de plusieurs salariés, où trouver de nouvelles ressources ? Comment convaincre des personnes extérieures de venir travailler au sein d'un foyer de contamination ?

Enfin, les dispositifs ayant expérimenté la contamination massive au sein des maisons, pointent du doigt l'aspect budgétaire : achat des EPI (blouses, lunettes, visières, masques, charlottes, gants), décontamination de l'habitat par une entreprise extérieure, remplacement des salariés partis en isolement et perte des heures PCH ou APA des habitants absents (alors que le besoin des autres habitants pour un accompagnement 24/24 est toujours présent).

Recommandations :

7) Promouvoir le pouvoir d'agir et de décision des habitants. Les habitants des dispositifs étudiés insistent sur la nécessité de ne pas imposer de manière unilatérale des mesures restrictives au sein des maisons qui sont avant tout leur « chez soi ». Il s'agit plutôt d'instaurer un dialogue entre l'équipe de professionnels et les habitants, de manière à ce qu'une décision commune soit prise et comprise par tous.

8) Renforcer les mesures d'hygiène hors période crise sanitaire. Le maintien de certaines précautions liées à l'hygiène telles que se laver les mains plus régulièrement et avec une méthode bien précise, ou encore une utilisation plus quotidienne du gel hydro alcoolique permettra d'agir sur la santé des habitants, y compris hors période de crise sanitaire.

9) Mettre à la disposition des intervenants à domicile des outils d'aide au diagnostic tels qu'une grille de questions sur les différents symptômes, un thermomètre et un oxymètre. L'objectif est de pouvoir donner un maximum d'informations aux médecins urgentistes lors d'une situation critique, et ainsi accélérer le diagnostic et la prise en charge de l'habitant. Cette mesure permettrait également de produire un effet rassurant auprès de l'ensemble des acteurs : habitants, famille, intervenants, personnel encadrant etc.

V. Les enseignements de la crise COVID 19 pour les acteurs de l'habitat inclusif

1. Impacts sur les habitants

Au sein de la maison des Sages, le premier confinement a mis en évidence le besoin d'être « entre soi » afin de « se centrer » et de créer des liens entre les salariés et les habitants qui ne se connaissaient pas encore suffisamment. En effet, cela ne faisait que quelques mois que la maison avait ouvert ses portes lorsque l'annonce du confinement est tombée. Le passage régulier de personnes extérieures (familles, professionnels etc.) ne permettait pas de créer ces liens indispensables au mieux vivre ensemble. Pour les 4 dispositifs et du fait de leur ouverture récente, le confinement a créé une forme d'effacement provisoire du statut de chacun pour laisser place au sentiment d'appartenance à un même groupe, et de la bienveillance entre ses membres : « *on est tous dans le même bateau* » (extrait des focus groups)

A Simon de Cyrène, cet état d'esprit positif a d'abord été porté par les habitants, avant d'être transmis aux assistants de vie : « *Les personnes handicapées sont déjà habituées à la contrainte : pendant le confinement, ce sont elles qui ont soutenu les assistants, car ils sont habitués à être « confinés », à devoir attendre sans savoir combien de temps. Un état d'esprit positif qu'elles ont transmis aux assistants* ». (extrait des monographies)

A Côté Cours, certains habitants avaient l'habitude d'aller en hôpital de jour, principalement pour la prise de médicaments. Durant le confinement, ces allers et venues ont été interrompus. La solution alternative fut de faire intervenir les infirmières directement au sein des appartements, une solution qui a été appréciée par les habitants.

La crise sanitaire aura également permis aux habitants de révéler de nouvelles capacités, d'inventer des choses qu'ils croyaient perdus, de participer à des activités de groupe, et de ne pas se laisser enliser. La solidarité se mesure également, lorsque c'est possible, à la participation des habitants aux tâches de la vie quotidienne (l'entretien du logement, la préparation des repas etc.) de manière à éviter l'épuisement des intervenants.

Le journal télévisé aura été l'une des principales sources d'angoisses pour les habitants, tout dispositif confondu. La présence en continue des intervenants au sein des maisons leur ont permis de repérer ces temps, et de négocier avec les personnes concernées pour les convaincre de ne plus regarder les chaînes d'information, ou du moins avec une fréquence plus basse. En contrepartie, les intervenants continuaient à s'informer de l'évolution de la crise sanitaire en prenant soin de choisir leurs mots et les informations qu'ils transmettent de manière à ne pas créer plus d'angoisses.

Pour les habitants, l'expérience de la crise sanitaire en habitat inclusif leur aura appris plusieurs choses :

1. « *Il faut apprendre à être souple, à faire des concessions* »
2. « *Il faut apprécier sa chance, prendre les choses du bon côté* »

3. « On ne peut rien prévoir (sur l'extérieur)¹ »

Recommandations :

10) Rechercher la participation des habitants pour les actes de la vie quotidienne, en favorisant la stimulation et en les rendant acteurs de leur accompagnement. En période de confinement, l'ennui face au manque de sorties et d'activités peut facilement générer des troubles du comportement ou un mal être. Il s'agit de profiter de cette période de confinement pour inciter les habitants à proposer de nouvelles activités, à favoriser leur esprit de création, leur permettre d'inventer des choses, de développer de nouvelles capacités.

11) Etablir un rapport sécurité/bienveillance en filtrant les informations relatives à la crise sanitaire de manière à ne pas créer des angoisses auprès des habitants.

2. Impacts sur les familles

Si le début de la crise et l'annonce du premier confinement a généré certaines angoisses auprès des familles, avec le recul elles expriment un sentiment de soulagement et de reconnaissance envers le dispositif d'habitat inclusif dans lequel leur proche est accueilli.

Outre la qualité et la continuité de l'accompagnement proposé à leur proche en dépit de cette crise sanitaire, les familles ont particulièrement apprécié être en contact régulier avec leur proche mais également avec l'équipe d'intervenants et/ou la direction. Les contacts avec l'équipe et la direction pouvaient se faire par échanges de mails, par appels téléphoniques, ou via l'application WhatsApp. La disponibilité des équipes et leur attention envers les familles font partie des qualités recherchées et appréciées par les familles, notamment en période de confinement : si les familles ont été régulièrement en contact avec leur proche durant cette période, les échanges avec les professionnels sont tout aussi importants et rassurants.

L'implication des proches aidants au sein du dispositif varie d'un dispositif à un autre. Pour certains habitats, l'association des familles dans la prise de décision fait partie du fonctionnement même du dispositif. Pour ces dispositifs, ce fonctionnement perdure y compris en période de crise sanitaire. De par l'urgence et le caractère exceptionnel de la situation, la prise de décision se fait généralement de manière informelle, à l'occasion d'échanges téléphoniques avec les familles. Cela peut concerner par exemple le port du masque au sein de la maison, l'évolution des modalités des visites des familles ou encore les sorties extérieures.

Alors qu'avec les établissements, les familles sont davantage dans une posture passive sans grand pouvoir de décision, l'habitat inclusif leur offre la possibilité de participer activement à son fonctionnement en étant associé à la prise de décision. Cette participation active des proches aidants est rendue possible grâce au nombre restreint d'habitants au sein des

¹ Extrait du focus group habitants

dispositifs (avec une moyenne de 6 et 10 habitants par maison), mais aussi grâce à la volonté des porteurs de projet de laisser une place aux familles.

A l'inverse, au sein d'autres dispositifs les familles illustrent cette confiance envers l'équipe d'intervenant et l'équipe encadrante par un recul progressif de leurs interventions : « *au départ je gérais pleins de choses pour mon fis, notamment ses rendez-vous médicaux. Maintenant j'ai confiance donc je laisse de plus en plus la main* » ; « *je ne vais plus avec lui a ses rendez-vous-médicaux ni à l'hôpital. Soit il y va seul, soit accompagné d'un assistant de vie.* » (extrait du focus group famille)

Recommandation :

12) Garder un contact régulier avec les familles, continuer de les soutenir à distance grâce à des échanges téléphoniques. Maintenir une relation de confiance réciproque entre les familles et le dispositif, avec de la bienveillance dans la manière de communiquer.

3. Impacts sur les professionnels

La situation de crise sanitaire a eu pour conséquences sur les habitants d'être séparés de leur famille, et de provoquer des angoisses, des incertitudes sur l'après. Pour permettre à des personnes fragilisées par la maladie ou le handicap, de vivre cette période de confinement le mieux possible, les professionnels des habitats inclusifs ont inventé une histoire dans laquelle tout le monde pouvait se retrouver. Ils ont donc été force de propositions et de créativité pour la mise en place de nouvelles activités, pour rassurer les habitants, tout en prêtant une attention particulière au moindre symptôme. Mais tous ces efforts fournis lors du confinement pour assurer une continuité de l'accompagnement et vivre cette période de manière la plus positive possible, les a conduits pour la majorité à l'usure voire à l'épuisement professionnel, visible dès la fin du premier confinement.

Ce surinvestissement se mesure également par l'esprit de solidarité qui s'est créé ou renforcé entre les membres de l'équipe. En effet, l'absence de certains membres de l'équipe a eu pour conséquence, pour le reste de l'équipe, de devoir compenser cette carence en personnel. Cette crise aura donc permis d'établir une véritable solidarité entre les intervenants de chaque dispositif étudié, de resserrer les liens, et *in fine* de surmonter cette période.

Pour éviter cette usure professionnelle, les intervenants ont tenté de mettre en place plusieurs actions dites « ressourçantes » (sans pour autant les qualifier telle quelle, ni avoir conscience de leurs effets « ressourçants ») :

- ❖ Les activités « plaisirs » avec les habitants telles que les soirées autour d'un barbecue : ces temps étaient bénéfiques à la fois pour les habitants et les intervenants.
- ❖ La spiritualité : pour les intervenants et habitants croyants, ces moments d'échanges autour de la spiritualité à des moments bien repérés et réguliers étaient aussi un prétexte à l'échange car en lien avec la réalité de la situation.
- ❖ Des activités manuelles proposés aux professionnels une fois par semaine.

- ❖ Augmentation de la fréquence et de la durée des temps de réunion et des temps d'échanges informels entre les intervenants de manière à faire le point régulièrement sur la situation et exprimer leurs éventuelles inquiétudes. Pour les dispositifs n'ayant pas augmenté le temps et la fréquence des réunions, ce sont les échanges informels entre les intervenants (pendant ou en dehors des temps d'accompagnement) qui ont augmenté.

L'enjeu durant le confinement était donc de pouvoir assurer une continuité de l'accompagnement de tous les habitants, tout en s'octroyant des moments de repos.

Cette période de crise sanitaire a également permis de faire valoir l'utilité sociale du métier d'auxiliaire de vie, et de le mettre sur le devant de la scène publique, en étant davantage considérés comme des soignants et que comme des femmes de ménage. La crise sanitaire a également mis en avant tout l'investissement des auxiliaires de vie dans leur métier, et qui rompt avec les représentations sur le métier : « *on ne fait pas ce métier par hasard mais par conviction* » (extrait du focus group salarié)

L'habitat inclusif est perçu par les intervenants comme un modèle de société à part entière : vivre au cœur de la cité, en lien avec l'écosystème, et pas seulement dans une relation verticale aidant/aidé. Pour ces professionnels qui s'investissent dans ces projets, ils ont à cœur de promouvoir l'image du vivre ensemble comme un idéal.

Recommandations :

13) Mettre en place, en période de crise sanitaire, des renforts en ressources humaines auprès des dispositifs d'habitat inclusif. La mise en place d'un partenariat avec un service de soins infirmier à domicile (SSIAD) permettrait de déléguer la réalisation de certains actes, et notamment les soins d'hygiène. L'objectif est de soulager l'équipe de manière à ce que les professionnels puissent s'accorder des petits temps de repos plus fréquemment, et d'autre part d'assurer pleinement l'animation de la vie quotidienne, tout en limitant les interventions extérieures. La collaboration avec un service polyvalent d'aide et de soin à domicile (SPASAD) paraît ici tout à fait pertinent pour les porteurs de dispositifs d'habitats inclusifs, car elle permettrait d'avoir une connaissance commune et partagée des habitants, mais aussi de garantir une véritable complémentarité dans les actes afférés à chaque professionnel.

14) Développer des actions « ressourçantes » à destination des professionnels pour éviter l'épuisement : intensifier les temps de réunion ou les temps d'échanges entre les professionnels en période de confinement, pour représenter au minimum 10 heures par semaines (en fonction du nombre d'habitants, des troubles du comportements et angoisses que génèrent la crise etc).

4. Impacts sur les dispositifs

Les dispositifs ont dû s'adapter tout au long de la crise sanitaire, que ce soit dans leur fonctionnement ou dans leur organisation :

- Modification des plannings en fonction des absents et des présents
- Recrutement en CDD pour remplacer un salarié testé positif ou en arrêt car considéré comme étant une personne vulnérable
- Augmentation des temps de réunions pour échanger avec les équipes sur l'évolution de la crise sanitaire, les protocoles, les gestes barrières et les nouvelles restrictions.
- Mise en place de protocoles sanitaires adaptés au dispositif
- La recherche de solutions alternatives pour compenser l'absence des autres professionnels (orthophonistes, kinésithérapeute etc), pour soutenir les familles et maintenir le lien, pour compenser le manque de sorties ou d'activités extérieures etc.

S'agissant de la question du coût de la crise pour les dispositifs et la question de l'isolement en cas de contamination, il est important pour certains dispositifs de réfléchir à une possibilité de soutien financier externe de manière à trouver une alternative d'hébergement lors de cette période de confinement. En effet, en fonction du handicap ou de la pathologie des habitants, l'isolement en chambre pendant plusieurs jours paraît peu probable voir maltraitant (c'est le cas notamment pour les personnes présentant des troubles du spectre autistique). Par ailleurs, les familles ne sont pas toujours aptes à accueillir leur proche au sein de la cellule familiale (éloignement géographique, fragilités, absence de familles etc.).

Cette étude montre également que les temps d'accompagnement ont été majorés (alors que les plans APA/PCH n'ont pas évolués) lors des périodes de confinement, du fait de l'arrêt des activités extérieures et des visites des familles. Le public visé par les habitats inclusifs étant généralement un public fragilisé financièrement, il paraît peu probable de les solliciter pour prendre en charge le surcoût des ressources humaines liés à cette période de crise sanitaire.

Recommandation :

15) Créer un fond d'urgence dédié à l'habitat inclusif qui permettrait de financer le développement de ces dispositifs, via un appel à la philanthropie. Ce fond permettrait de financer la mise en place de projets innovants en lien avec l'habitat inclusif, mais aussi de favoriser leur développement. Ce fond permettrait également de venir en soutien des dispositifs lors d'une crise sanitaire (par exemple pour le remplacement des salariés absents, pour compenser les heures d'aide humaine perdues, pour financer les actions de ressourcement des professionnels, les EPI, pour trouver une alternative d'hébergement en cas d'isolement etc.).

Conclusion

La richesse des dispositifs d'habitat inclusif relève tout d'abord de la diversité des modes de fonctionnement : lieu de vie, public accueillis, temps de présence des professionnels, partenaires etc. Le choix du modèle organisationnel pour la mise en place des aides humaines relève là aussi d'un choix stratégique de la part du porteur du projet. Sur les 4 dispositifs étudiés, les porteurs de projet ont choisi 4 modes d'organisation différents :

- Au sein du dispositif Coté cours, il s'agit d'un service prestataire « interne » à la structure porteuse mais non dédié à l'habitat inclusif puisqu'il intervient également aux domiciles des bénéficiaires (comme le font tous les services d'aide à domicile)
- Au sein de la MIA, intervient un SAAD prestataire « externe » au dispositif avec une équipe dédiée à la MIA
- La Maison des Sages gère un service mandataire (donc interne) et entièrement dédié au dispositif.
- Simon de Cyrène Côte d'Or est un service prestataire « interne » et dédié aux maisons partagées.

La richesse de ces projets relève également de la diversité des profils des professionnels (éducateur spécialisé, auxiliaire de vie sociale, aide-soignant etc.). Cette hétérogénéité amène les porteurs de projet à s'interroger sur la manière de nommer ces professionnels qui interviennent au sein du dispositif :

- Ils sont nommés « assistants de vie » à Simon de Cyrène Côte d'Or, qu'ils soient issus d'une formation DEAVS ou éducateur spécialisé
- A la maison des Sages et à la MIA, ce sont des auxiliaires de vie (y compris les intervenants ayant un autre diplôme que le DEAVS)
- A Côté Cours, les intervenantes étaient initialement nommées « maitresses de maison ». Aujourd'hui, ce sont des auxiliaires socio-éducative.

Pour répondre à cette réflexion, les intervenants proposent la mise en place dans un premier temps d'une formation sur le « vivre ensemble ». En effet, malgré leurs parcours de formation diverse mais complémentaire, ces professionnels ont aujourd'hui en commun cet état d'esprit du vivre ensemble. Il s'agirait de consolider ce dénominateur commun grâce à la formation. D'autre part, les intervenants proposent la création d'un statut commun à l'ensemble des habitats inclusifs, de manière à valoriser leur expérience au sein d'un tel dispositif, mais aussi pour valoriser leur sentiment d'appartenance.

D'autre part, l'habitat inclusif est un lieu dans lequel est cultivée la notion de prendre soin, dans lequel on apprend à prendre soin les uns des autres. La crise sanitaire a révélé à quel point cette notion était importante. Les habitants ont continué à vivre le plus normalement possible, tout en restant prudent. Leur force selon eux est de faire partie du milieu inclusif avec toute la souplesse et la liberté qui va avec, et qui leur a permis de s'adapter et de surmonter cette crise du mieux possible. Cette étude démontre également la capacité des habitats inclusifs à affronter la crise, en ayant créés leurs propres outils, avec leurs propres moyens.

La dimension familiale de l'habitat inclusif est aussi un atout dans la gestion de crise : les familles se connaissent, organisent des repas au sein de leur maison avec tous les habitants,

ou au sein des maisons partagés avec la présence de toutes les familles et les habitants. Cet aspect familial de l'habitat inclusif permet d'une part le développement d'un attachement certain entre tous ses membres (familles, habitants, professionnels), mais elle permet aussi d'instaurer une fonction responsabilisant dans laquelle le dialogue et le consensus sont la clé.

Cette étude souligne une autre spécificité des habitats inclusifs. Il s'agit de leur réseau, qui comporte à la fois des partenaires du champ sanitaire et médico-social, mais également d'autres partenaires plus « inclusifs » et insérés dans le tissu local.

Enfin, qu'il s'agisse de la question de la vaccination, ou des tests de dépistage de la COVID 19 pour les habitants, la priorisation a son intérêt d'abord et avant tout dans le cadre du « vivre ensemble ». En effet, il ne s'agit pas d'être soumis aux mêmes restrictions que le secteur sanitaire ou médico-sociale, les porteurs de projet tiennent à garder cette souplesse et cette possibilité de s'adapter moins contraignante. Plus qu'un aspect, le « vivre ensemble » est un état d'esprit pour les intervenants des habitats inclusifs, le dénominateur commun à tous ceux qui font le choix de vivre et/ou de travailler au sein de ces dispositifs.

Recommandations pour la gestion de crise en habitat inclusif

RECOMMANDATIONS	ACTIONS A METTRE EN PLACE / OBJECTIFS VISES
1. Renforcer l'accès au numérique des habitants, de leur famille et des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Proposer des actions de formations adaptées aux différents acteurs ⇒ Développer des sources de financement pour l'achat d'équipements numériques au sein des habitats inclusifs. ⇒ Intégrer cet aspect lié à l'usage du numérique au sein des formations initiales des intervenants (DEAES, ADVF, TISF etc) ⇒ Faciliter l'accompagnement à distance, quel que soit la maladie ou le handicap ⇒ Renforcer l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap
2. Maintenir les visites des bénévoles et des proches (familles, amis, voisins), en période de crise sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Considérer les bénévoles et les proches de la même manière que les intervenants à domicile, en ce qu'ils apportent aux habitants en termes de bien-être et de lien social. ⇒ Mener une réflexion au sein de chaque dispositif sur les acteurs essentiels pour fonctionner ⇒ Maintenir le lien social sur l'extérieur ⇒ Eviter l'épuisement des intervenants à domicile
3. Proposer des mesures gouvernementales exceptionnelles ou des attestations dérogatoires dès le début de la crise	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Permettre aux personnes âgées ou en situation de handicap qui le souhaitent de réaliser des sorties sur l'extérieure, et ce dès le début de la crise ⇒ Eviter la vie en « vase clos » qui compromet le bon équilibre des dispositifs et la santé mentale des habitants qui y vivent
4. Tirer les enseignements des collaborations mise en place et/ou renforcées pendant la crise sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Anticiper les futurs partenariats à déployer en tant de crise.
5. Créer une plateforme d'échanges et de mutualisation qui leur serait dédiée	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Repérer les dispositifs d'habitat inclusif en fonctionnement et/ou en projet sur son territoire, grâce à une veille active. ⇒ Favoriser le développement des collaborations entre les dispositifs d'habitat inclusif

	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Développer la mutualisation d'outils, de réflexions, de moyens, de ressources, ou encore de professionnels entre les dispositifs.
6. Créer un label type « ville amie de l'habitat inclusif »	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Favoriser le développement de partenariats et d'échanges avec les communes d'implantation ⇒ Développer la communication auprès des communes sur les projets d'habitat inclusif afin de les encourager à s'engager auprès de ces dispositifs ⇒ Mettre en place une articulation dans le cadre du financement de l'Aide à la Vie Partagé (AVP), et notamment au sein des conventions entre les Conseils départementaux et les porteurs de projet. Il s'agirait de mentionner au sein de ces conventions, l'engagement des Départements et des Métropoles à promouvoir l'habitat inclusif auprès des communes. ⇒ Donner une dynamique citoyenne aux projets ⇒ Changer les représentations sur les personnes âgées ou en situation de handicap
7. Promouvoir le pouvoir d'agir et de décision des habitants	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Instaurer un dialogue entre l'équipe de professionnels et les habitants, de manière à ce qu'une décision commune soit prise et comprise par tous.
8. Renforcer les mesures d'hygiène hors période crise sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Maintenir certaines précautions liées à l'hygiène telles que se laver les mains plus régulièrement et avec une méthode bien précise ⇒ Maintenir une utilisation quotidienne du gel hydro alcoolique ⇒ Agir sur la santé des habitants, y compris hors période de crise sanitaire
9. Mettre à la disposition des intervenants à domicile des outils d'aide au diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Intégrer dans le protocole de gestion de crise l'utilisation d'outils par les intervenants tels qu'une grille de questions sur les différents symptômes, un thermomètre et un oxymètre. ⇒ Donner un maximum d'informations aux médecins urgentistes lors d'une situation critique ⇒ Accélérer le diagnostic et la prise en charge de l'habitant. ⇒ Rassurer l'ensemble des acteurs : habitants, famille, intervenants, personnel encadrant etc.
10. Rechercher la participation des habitants pour les actes de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Favoriser la stimulation en rendant les habitants acteurs de leur accompagnement ⇒ Profiter de cette période de confinement pour inciter les habitants à proposer de nouvelles activités, à favoriser leur esprit de création, leur permettre d'inventer des choses, de développer de nouvelles capacités

11. Etablir un rapport sécurité/bienveillance	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Filtrer les informations relatives à la crise sanitaire ⇒ Eviter de créer des angoisses auprès des habitants
12. Garder un contact régulier avec les familles	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Continuer de les soutenir à distance grâce à des échanges téléphoniques ⇒ Maintenir une relation de confiance réciproque entre les familles et le dispositif, avec de la bienveillance dans la manière de communiquer
13. Mettre en place, en période de crise sanitaire, des renforts en ressources humaines auprès des dispositifs d'habitat inclusif	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mettre en place un partenariat avec un SSIAD ou un SPASAD ⇒ Déléguer la réalisation de certains actes, et notamment les soins d'hygiène ⇒ Soulager l'équipe de manière à ce que les professionnels puissent s'accorder des petits temps de repos plus fréquemment, et d'autre part d'assurer pleinement l'animation de la vie quotidienne, tout en limitant les interventions extérieures ⇒ Avoir une connaissance commune et partagée des habitants, mais aussi de garantir une véritable complémentarité dans les actes afférés à chaque professionnel.
14. Développer des actions « ressourçantes » à destination des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Intensifier les temps de réunion ou les temps d'échanges entre les professionnels en période de confinement, pour représenter au minimum 10 heures par semaines (en fonction du nombre d'habitants, des troubles du comportements et angoisses que génèrent la crise etc). ⇒ Éviter l'épuisement des intervenants
15. Créer un fond d'urgence dédié à l'habitat inclusif	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Financer la mise en place de projets innovants en lien avec l'habitat inclusif, mais aussi de favoriser leur développement ⇒ Venir en soutien des dispositifs lors d'une crise sanitaire (par exemple pour le remplacement des salariés absents, pour compenser les heures d'aide humaine perdues, pour financer les actions de ressourcement des professionnels, les EPI, pour trouver une alternative d'hébergement en cas d'isolement etc.). ⇒ Appel à la philanthropie

Bibliographie

CREAI PACA et Corse, « Les pratiques "alternatives" déployées par les ESMS dans le cadre de la crise COVID-19 : Quels enseignements quant à l'accompagnement des personnes, la transformation de l'offre et la logique « inclusive » ? », Volet 1 et 2, 2020

DARES, Résultats de l'enquête flash Covid-19 auprès des organismes de services à la personne-novembre 2020

DRESS, « Comment vivent les personnes handicapées Les conditions de vie des personnes déclarant de fortes restrictions d'activité », N°75 Février 2021

ESPACE ÉTHIQUE D'Ile-De-France, « Covid-19 : enquête nationale situations de handicap en établissement et à domicile », Mai 2020

ESPACE ÉTHIQUE D'Ile-De-France, « Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés? », Janvier 2021

HAS, « COVID-19 Fin de vie des personnes accompagnées par un établissement ou service social ou médicosocial », Mai 2020

HAS, « COVID-19 les mesures barrières et la qualité du lien dans le secteur social et médico-social », Mai 2020

HAS, « COVID-19 - Entre protection et autonomie : les principes de l'action sociale et médico-sociale à l'épreuve de la crise », Mai 2020

Handéo, La page Ressources COVID-19 : <https://www.handeo.fr/l-observatoire/page-ressources-covid-19>

Handéo, Recommandations sur l'utilisation des équipements de protection : Guide Handéo « Intervention à domicile en période d'épidémie virale COVID 19 »

Handéo, « Retour d'expérience COVID 19 »

IRDES, « Détresse psychologique pendant le premier confinement lié à la Covid-19 : des facteurs de vulnérabilité spécifiques aux personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap », n° 255 - Février 2021

Les petits frères des pauvres, « Isolement des personnes âgées : les effets du confinement », Juin 2020

Les petits frères des pauvres, Premier baromètre « *Solitude et isolement, quand on a plus de 60 ans en France* », 2017

Ministère des Solidarités et de la Santé, « Information actualisée sur la conduite à tenir concernant les visites services à domicile intervenant auprès de personnes âgées et handicapées en stade épidémique de coronavirus Covid-19 », 2 avril 2020

Ministère des solidarités et de la Santé, Recommandations pour maintenir le lien social dans les établissements accueillant des personnes âgées, Novembre 2020

Observatoire COVID 19, ETHIQUE ET SOCIETE, Première synthèse des travaux de l'observatoire, identifier les enjeux, partager les questionnements, répondre dans l'urgence

Annexes

Annexe 1 : Grille d'observation

Éléments observés	Analyse
Situation de l'habitat dans la ville :	Quels commerces présents dans les environs ?
Description de l'habitat : agencement géographique (plusieurs étages ?), emplacement de la cuisine (fermée ? Ouverte à tous ?), des chambres des habitants. Fonction des différents espaces.	Décoration des chambres et des parties communes : personnalisée ? Les habitants se sont-ils attribués l'espace comme ils pourraient le faire à domicile ?
Horaires de vie de façon générale : Lever/toilette/repas/coucher	Horaires libres ? Imposés ? Sont-ils tous les mêmes pour tout le monde ?
Lever : Tout le monde à la même heure ? Lever imposé ?	Que se passe-t-il quand les colocataires ont des rythmes différents ?
Toilette :	Salle de bain individuelle ou partagée ? Liberté de ne pas se laver ?
Habillage : Qui ? Quand ?	L'habitant peut-il s'habiller comme il le souhaite ? L'habitant peut-il choisir de ne pas s'habiller ? (rester en pyjama par exemple)
Repas : Qui les prépare ? Comment les habitants les mangent-ils ? Aidés ? Seuls ? Où les habitants mangent-ils ? (table commune?)	Menu libres ou imposés ? L'habitant est-il libre de ne pas manger ? (ou de ne pas manger avec les autres) De se faire livrer à manger ? De manger à l'extérieur ? (accompagné éventuellement) De grignoter dans la journée ?
Prise des médicaments : Qui les prépare ? Qui les donne ?	La prise des médicaments est-elle consignée ?
Déplacement : Liberté d'aller et venir, dans la maison ou en dehors. Y'a-t-il des pièces interdites aux habitants ?	La porte d'entrée est-elle fermée ? Les chambres et les toilettes ferment-ils à clé ? Qui détient la ou les clés ?
Tâches ménagères :	Les habitants sont-ils sollicités pour ces différentes tâches ? Proposent-ils spontanément de l'aide ? Sont-ils encouragés à le faire ?

Qui installe la table ? Qui fait la vaisselle ? Qui s'occupe de l'entretien de la maison ? Qui fait les courses ?	
Visite des familles en temps normal versus en temps de crise A quelle heure ? Où vont-ils ? (dans la chambre ? Dans les pièces communes?) Que font-ils ?	Les proches restent-ils avec les membres de leur famille ou y'a-t-il des interactions avec les autres habitants ? Sont-ils sollicités pour la vie de la colocation ?
Activités	Lesquelles ? De qui provient l'initiative ? Y'a-t-il un rythme régulier ? (jardinage le mercredi, couture le vendredi...) Ont-elles lieu dans l'habitat ou en dehors ? Quelles activités ont pu être maintenu depuis le début de la crise ? D'autres activités ont-elles été mises en place ? Lesquelles ?
Rapport au monde extérieur	Lecture de journaux ? Télévision ? (personnelle ou partagée?) Téléphone ? Qui gère l'argent ? Régulation de l'information provenant de l'extérieur concernant l'actualité de la crise sanitaire ?
Description des acteurs : le rôle de chacun.	- nombre d'habitants - nombre et rôle des intervenants - étudiants ? - service civique ? - la coordinatrice : rôle - Kinés ? - IDE ? - Médecin ?
Service d'aide humaine	Service mandataire : avantages ? inconvénients ? Et notamment en période de crise .
Interaction et collocation	Interactions entre les habitants Modification des intégrations dû à la période de crise et au confinement ?
Observations libres	

Annexe 2 : Calendrier de synthèse des mesures gouvernementales depuis Mars 2020

12 MARS 2020 : le président annonce dans sa première allocution télévisée sur l'épidémie, la fermeture des crèches, écoles, collèges, lycées et universités « dès lundi et jusqu'à nouvel ordre » et recommande aux personnes les plus vulnérables de rester chez elles.

13 MARS 2020 : le premier ministre Edouard Philippe annonce l'interdiction des rassemblements de plus de 100 personnes. C'est également à compter de cette date que l'interdiction des visites extérieures pour les établissements médico-sociaux entre en vigueur.

17 MARS 2020 : le confinement entre en vigueur en France à midi, pour 15 jours minimum. Une allocution du président de la république faisant référence au maintien du lien social avec les personnes âgées : « garder le lien, appeler nos proches, donner des nouvelles, organiser aussi les choses avec nos voisins, inventer de nouvelles solidarités entre générations, de rester profondément solidaires et d'innover là aussi sur ce point ».

18 MARS 2020 : tout déplacement doit être justifié sur le territoire par une attestation.

28 MARS 2020 : annonce de la commande de plus d'un milliard de masques, de l'augmentation de la capacité du nombre de lits en réanimation qui sera portée à 14 000 lits et de la massification de la politique de tests. Par ailleurs, les pouvoirs publics recommandaient aux directrices et directeurs d'établissements, de renforcer les mesures de protection même en l'absence de cas suspect ou confirmé au sein de leurs structures d'hébergement, ce renforcement de mesures pouvant aller de l'interdiction des activités et prises de repas collectives jusqu'au confinement individuel dans les chambres.

2 AVRIL 2020 : le Président de la République annonce que les conditions de sortie pour les personnes en situation de handicap et leur accompagnant sont désormais assouplies.

6 AVRIL 2020 : opération de dépistage des personnes les plus vulnérables, en mettant la priorité sur les personnes âgées, les personnes handicapées les plus fragiles et les professionnels qui les accompagnent en établissement.

20 AVRIL 2020 : publication d'un Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESMS. Il précise qu'il « est important de permettre et de renforcer, dans la mesure du possible, un maintien du lien social entre les personnes et leurs proches »

JEUDI 7 MAI 2020 : Edouard Philippe annonce « la levée progressive » du confinement à partir du 11 mai, avec des restrictions pour quatre régions. Il est conseillé aux personnes âgées de plus de « 65-70 ans » ainsi que de toutes les personnes atteintes de pathologies à risques (insuffisances respiratoires, cardiaques, hypertension, obésité...) de rester confinées plus longtemps que le reste de la population

11 MAI 2020 : Début du déconfinement progressif et reprise progressive des visites en établissement, dans un cadre sécurisé. En raison de la dégradation de la situation épidémique dans de nombreux établissements, des mesures de protection ont été renforcées dans tous

les ESMS accueillant des personnes âgées afin de les protéger du virus : distanciation sociale voire isolement en cas de contamination

LUNDI 2 JUIN 2020 : réouverture des bars, restaurants et piscines, rentrée dans les écoles, les collèges et les lycées.

LUNDI 22 JUIN 2020 : début de la phase 3 du déconfinement

20 JUILLET 2020 : Retour du masque obligatoire dans les lieux publics confinés

1ER SEPTEMBRE 2020 : généralisation du port du masque en France. Le port du masque en entreprise devient obligatoire sauf dans les bureaux individuels

11 SEPTEMBRE 2020 : le Premier ministre a annoncé que la durée d'isolement serait désormais ramenée à sept jours, au lieu de 14 actuellement.

28 SEPTEMBRE 2020 : Entrée en vigueur des nouvelles mesures sanitaires restrictives en France dans les 69 départements en "zone d'alerte" : fermeture des piscines couvertes et salles des sport, interdiction des rassemblements de plus de 10 personnes dans l'espace public etc

OCTOBRE 2020 : nouvelles restrictions et re-confinement : Bars et piscines fermés, le couvre-feu débute chaque jour à 21h et s'achève à 6h. Emmanuel Macron annonce également, lors d'une allocution télévisée, que tout le territoire français est re-confiné à partir du 30 octobre.

NOVEMBRE 2020 : Vers une sortie du confinement en trois temps

DECEMBRE 2020 : déconfinement, plan vaccination, mesures sanitaires pour Noël et premiers vaccins

JANVIER 2021 : début de la vaccination, extension du couvre-feu à 18 h et durcissement des restrictions. Plus de 700 centres de vaccination ont ouvert. La campagne de vaccination s'est également ouverte aux personnes "présentant une des pathologies conduisant à un très haut risque de forme grave de la maladie.

MARS-AVRIL 2021 : un re-confinement qui ne dit pas son nom

Mai 2021 : les deux premières étapes du déconfinement

JUIN 2021 : les deux dernières étapes du déconfinement