

## DCISA

### Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi en Addictologie

## Information et consentement éclairé de l'utilisateur

- Depuis avril 2007 (resp. septembre 2010), toutes les personnes du canton de Vaud demandant un séjour résidentiel dans un établissement spécialisé en alcoologie (resp. en toxicodépendance) sont invitées à passer par une évaluation médico-psycho-sociale dans le cadre d'un dispositif d'indication, que ce soit EVITA dans le domaine alcool ou le DCIST dans le domaine des toxicodépendances. Dès janvier 2017, ces deux dispositifs n'en forment plus qu'un, le DCISA.
- Le but du DCISA est de pouvoir vous proposer, au terme d'une analyse socio-sanitaire de votre situation, une prise en charge et un suivi adaptés à vos besoins. Cette analyse porte sur des aspects liés à votre situation sociale (formation, logement, ressources financières, réseau social), à votre situation sanitaire (somatique et psychique), à votre consommation de substances psychotropes, aux éléments qui déclenchent votre demande (votre projet), à votre parcours de soins jusqu'ici et à votre situation judiciaire.
- Cette analyse est effectuée par des collaborateurs médico-sociaux des centres de traitement du canton de Vaud : la Policlinique d'addictologie et le Service d'alcoologie pour la région Centre ; l'UTAd pour la région Nord ; Entrée de Secours pour la région Ouest ; et les Unités de traitement des addictions de la Fondation de Nant pour la région Est.
- Cette analyse est effectuée sur la base de deux entretiens. Ils peuvent durer jusqu'à 1h30. Si vous le désirez, un-e référent-e de votre entourage (médecin, proche, curateur, etc.) peut également se joindre au deuxième entretien.
  - Au cours d'un 1<sup>er</sup> entretien, on vous demande de répondre à un questionnaire, l'Addiction Severity Index (ASI), qui sert à mesurer le degré de sévérité de votre addiction en investiguant votre besoin d'aide dans les différents domaines cités plus haut.
  - Lors du second entretien, les intervenants du DCISA établissent avec vous l'indication de votre prise en charge.
- Cette analyse est un préalable indispensable à votre entrée en établissement socio-éducatif (art. 6b al. 2 de la Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour les personnes handicapées (LAIH) et art. 37 du Règlement d'application de la loi (RLAIH)) (Directive sur l'Organisation et le fonctionnement du Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie – Dir. DCISA).
- Des réévaluations de suivi auront lieu au cours du séjour résidentiel, ainsi qu'à la fin du séjour.
- Les personnes sont libres d'interrompre leur suivi à tout moment du processus, mais le remboursement d'un séjour résidentiel par le Service de prévoyance et d'aide sociales ne sera alors plus garanti.



Service de la santé publique

Service de prévoyance et d'aide sociales

## DCISA

### Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi en Addictologie

- Les données recueillies au travers du questionnaire sont traitées confidentiellement et ne sont transmises qu'aux collaborateurs médico-sociaux du DCISA et des établissements socio-éducatifs, ainsi qu'à la responsable de la coordination opérationnelle du DCISA. Ces personnes sont toutes soumises au secret (de fonction et/ou professionnel, ainsi qu'au devoir de discrétion).
- Une fois anonymisées, les données peuvent aussi être utilisées à des fins de suivi statistique, de planification ou d'évaluation. Vous pouvez refuser que les données issues du questionnaire ASI ne soient intégrées au suivi statistique. Un éventuel refus n'a pas d'incidence sur l'analyse faite par le DCISA ni sur un éventuel financement du séjour résidentiel par le Service de prévoyance et d'aide sociales.

Le-la soussigné-e :

- affirme avoir lu attentivement et compris les informations ci-dessus à propos desquelles il-elle a pu poser toutes les questions qu'il-elle souhaitait ;  
 OUI  NON
- a pris note qu'un refus de participer au processus d'évaluation/indication empêche une entrée en établissements socio-éducatif ;  
 OUI  NON
- accepte de participer au suivi statistique complet du dispositif.  
 OUI  NON

Lieu et date:

Nom et Prénom :

Signature: