



Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP  
Unité d'évaluation de programmes de prévention - UEPP

# Evaluation de la phase pilote du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi pour personnes en situation de Handicap (DCISH)

Stéphane Luyet, Jean-Pierre Gervasoni, Françoise Dubois-Arber

RAISONS DE SANTÉ 206 – LAUSANNE

*Unil*  
UNIL | Université de Lausanne



## Raisons de santé 206

**Étude financée par :** Mandat du Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) du canton de Vaud

**Citation suggérée :** Luyet S, Gervasoni JP , Dubois-Arber F. Evaluation de la phase pilote du Dispositif d'Indication et de Suivi pour personnes en situation de Handicap (DCISH). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014 (Raisons de santé 206).

**Remerciements :** A toutes les personnes et institutions qui ont participé à l'évaluation.

**Date d'édition :** Septembre 2014

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
1.1	Présentation de la phase pilote du DCISH .....	7
1.2	Déroulement de la procédure d'indication .....	9
1.3	Mandat d'évaluation.....	9
1.3.1	Méthodes proposées .....	10
<b>2</b>	<b>Analyses descriptives .....</b>	<b>13</b>
2.1	Processus d'indication .....	15
2.2	Accès aux prestations .....	20
<b>3</b>	<b>Entretiens durant la phase pilote.....</b>	<b>21</b>
3.1	Entretiens avec les membres de l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI) .....	23
3.2	Entretiens avec des membres de la Commission d'indication et de suivi (CIS) .....	27
3.3	Les expériences des proches et des associations .....	32
3.4	Entretiens avec les directeurs ou les membres de la direction des institutions.....	34
3.5	Entretiens avec des collaborateurs du SPAS .....	35
<b>4</b>	<b>Conclusions et recommandations.....</b>	<b>41</b>
4.1	En ce qui concerne la phase 1 .....	44
4.2	En ce qui concerne la phase 2 .....	44
4.3	En ce qui concerne le DCISH en général.....	45
<b>5</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>49</b>
5.1	La grille d'entretiens utilisée.....	51
5.2	Liste des personnes interviewées .....	52
5.2.1	L'IEBI.....	52
5.2.2	La CIS.....	52
5.2.3	Le Forum Handicap Vaud.....	52
5.2.4	Les ESE .....	52
5.2.5	Le SPAS.....	53
5.3	Tableau des abréviations .....	53
5.4	Algorithme du fonctionnement du DCISH.....	54

## Liste des tableaux

Tableau 1	Temporalité du processus d'indication.....	17
-----------	--	----

## Liste des figures

Figure 1	Répartition des dossiers en fonction de leur état, n=220 .....	15
Figure 2	Répartition des dossiers en fonction du périmètre DCISH, n=212 .....	16
Figure 3	Répartition des dossiers en fonction de leur degré d'urgence estimé, n =194.....	17
Figure 4	Nombre de jours moyens des différentes phases du processus .....	18
Figure 5	Evolution du nombre de demandes, par mois, avril 2012-juillet 2013, n=220 .....	19

# 1

# Introduction



# 1 Introduction

## 1.1 Présentation de la phase pilote du DCISH

Dans son Plan Stratégique Handicap 2011 (PSH2011)<sup>a</sup>, le canton de Vaud a défini un certain nombre d'axes prioritaires, à savoir : promouvoir l'autonomie de la personne en situation de handicap, faciliter l'accessibilité aux prestations, diversifier l'offre de prestations.

Le Dispositif d'Indication et de Suivi pour personnes en situation de Handicap (DCISH) s'inscrit dans ce plan et a pour objectif de compenser les inconvénients dans les modalités d'accès à une prise en charge des personnes en situation de handicap prévalant jusqu'à l'introduction de la phase pilote, tout en prenant en compte ses avantages. Cette phase pilote s'est étendue du 1er avril 2012 au 31 décembre 2013. La mise sur pied de ce dispositif a donc comme objectif d'améliorer la recherche de solutions visant l'amélioration de l'autonomie et de l'intégration des personnes en situation de handicap<sup>1</sup>. Par personnes en situation de handicap, le DCISH comprend les personnes présentant une déficience intellectuelle, physique ou multiple (polyhandicap). Le DCISH est mis en place par le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), responsable pour le réseau des établissements socio-éducatifs pour personnes adultes en situation de handicap, qui doit se coordonner avec le Service des Assurances Sociales et de l'Hébergement (SASH), dans la mesure où ce dernier gère la politique d'aide à domicile.

Jusqu'à l'introduction du DCISH, les personnes en situation de handicap souhaitant accéder aux prestations des établissements socio-éducatifs vaudois devaient s'adresser directement aux fournisseurs de prestations, avec l'inconvénient majeur de faire reposer le poids de la procédure d'accès sur la personne handicapée et/ou son entourage. Cette situation était jugée insatisfaisante, car l'accès à l'information n'était pas égal pour tous et les modalités d'accès adoptées par les établissements socio-éducatifs (ESE) étaient très hétéroclites. Comme l'indique le PSH2011, un nombre important de confédéré-e-s occupe des places en ESE du canton de Vaud. Le nombre de personnes en situation de handicap d'autres cantons est plus important que le nombre de Vaudois occupant une place dans un autre canton. Le DCISH s'adresse exclusivement aux ressortissants vaudois et apporte une réponse à chacun d'entre eux.

Le DCISH est composé de quatre instances, ainsi que de deux types de procédures différentes :

- **Le Secrétariat du DCISH (S-DCISH)** : le S-DCISH, assuré par le SPAS, reçoit les demandes d'accompagnement par un ESE et s'assure que les dossiers sont complets et correspondent au périmètre du DCISH. Il s'occupe également de la transmission des dossiers à l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI), de l'organisation des séances de la Commission d'indication et de suivi (CIS) et de la vérification du respect des délais de traitement des demandes. Le secrétariat s'occupe donc du suivi des

---

<sup>a</sup> [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dsas/spas/fichiers\\_pdf/RPT\\_H3\\_20110114\\_PSH2011\\_v8.00.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/spas/fichiers_pdf/RPT_H3_20110114_PSH2011_v8.00.pdf)



demandes de leur réception à la communication de la décision. Enfin, la mise à jour du système d'information (recensement des places disponibles, etc.) lui incombe également.

- **L'Instance d'Evaluation des Besoins Individuels (IEBI) :** *Pro Infirmis Vaud*, sur mandat du SPAS, joue le rôle de l'IEBI. Cette instance évalue les besoins des personnes en situation de handicap. Elle fournit une analyse détaillée des besoins individuels, avec une proposition du type de prestation(s) à fournir, et la transmet aux personnes concernées et à la CIS pour validation. Dans un deuxième temps, l'IEBI est chargée d'identifier la (les) place(s) disponibles qui correspondent le mieux aux besoins et aux souhaits de la personne identifiés lors de la phase d'évaluation. Dans la mesure où l'IEBI s'occupe du placement, elle devrait disposer également de toutes les informations utiles et nécessaires concernant ce domaine (nombre de places disponibles, établissement ayant des places disponibles, ...). En cas d'indisponibilité de places pour le type de prestation(s) indiquée(s) ou de besoins particuliers, l'IEBI peut demander un appui à la section « Aide aux personnes handicapées et gestion des institutions » (APHAGI) du Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) (création de places, augmentation des dotations, etc.).
- **La Commission d'Indication et de Suivi (CIS) :** la CIS est composée de 10 membres<sup>b</sup> et a pour mission de se tenir informée de l'évolution des prestations dans et hors ESE, ainsi que de prendre position sur les dossiers évalués par l'IEBI. Pour ce faire, elle dispose de 10 jours pour examiner les demandes, les valider et/ou demander à l'IEBI un complément d'information. Sinon, les demandes sont considérées comme validées par la CIS. Chaque membre peut demander qu'un dossier soit traité en séance plénière. De plus, la participation d'un représentant de l'IEBI peut être demandée pour présenter/discuter l'évaluation des besoins individuels effectuée.
- **La direction du Service de Prévoyance et d'Aide Sociales (SPAS) :** la direction ratifie les décisions de la CIS, après que l'IEBI a déterminé l'accès aux prestations.

Le périmètre du DCISH, à savoir les personnes à qui s'adresse le DCISH, se compose des nouvelles demandes d'accès aux prestations des ESE du canton de Vaud par des résidents vaudois, des réorientations et des demandes des résidents vaudois demandant un placement hors du canton de Vaud. En ce qui concerne les admissions de ressortissants extra-cantonaux, ces derniers doivent être indiqués par le dispositif de leur canton de domicile et l'admission notifiée au DCISH.

---

<sup>b</sup> 3 représentants du SPAS, 3 représentants des fournisseurs de prestations (ESE et RAHMO), 3 représentants des associations de parents et de défense des personnes en situation de handicap et un représentant du réseau d'aide et de soins à domicile (AVASAD).



## 1.2 Déroulement de la procédure d'indication

Le déroulement de l'ensemble du processus d'indication, c'est à dire de la demande de prestations à la décision de leur octroi, est résumé sous forme de schéma à l'Annexe 5.4<sup>4</sup>.

Le déroulement du processus se déroule en quatre phases :

1. **La phase 0** : Cette phase n'apparaît pas dans le schéma de l'Annexe 3.2. On peut la définir comme la réception et l'analyse de la demande. Cette phase est réalisée par le SPAS
2. **La phase 1** : L'évaluation consiste à effectuer un bilan des besoins individuels de la personne en situation de handicap, avec l'aide de l'entourage et, si nécessaire, le fournisseur de prestations. Cette phase correspond au mandat 1 confié à l'IEBI.
3. **La phase 2** : la phase 2 correspond à la recherche d'une place en ESE pour la personne évaluée, la place adéquate dans la mesure du possible. Plus précisément, une fois l'évaluation acceptée et validée par la CIS, l'IEBI, en relation avec les différents prestataires et le SPAS, est chargée de mettre en œuvre la phase 1, c'est-à-dire que l'IEBI doit identifier la (les) place(s) la (les) plus adéquate(s) pour la personne évaluée et organiser l'accès aux prestations ainsi identifiées.
4. **La phase 3** : Durant la phase pilote, aucune réévaluation n'a été effectuée. Néanmoins, une année après l'entrée en ESE de l'utilisateur, l'IEBI évalue la pertinence et l'adéquation des prestations aux besoins de la personne handicapée. Cette réévaluation doit comprendre les éventuelles mesures correctives à apporter à la situation de l'utilisateur pour garantir cette adéquation.

## 1.3 Mandat d'évaluation

Le SPAS a mandaté l'Unité d'évaluation des programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) du CHUV pour évaluer la phase pilote du DCISH. L'UEPP avait réalisé un état des lieux des besoins et lacunes du dispositif de prise en charge des personnes en situation de handicap en 2010<sup>1</sup>.

De manière plus détaillée, le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) du Canton de Vaud souhaitait que l'évaluation de la phase pilote du DCISH puisse inclure les dimensions suivantes :

a) Analyse du profil des bénéficiaires du DCISH, recensement du nombre d'analyses des besoins individuels effectuées par l'Instance d'évaluation des besoins individuels de Pro Infirmis Vaud, nombre d'heures pour effectuer les évaluations, nombre d'heures de déplacement pour effectuer les évaluations, type de prestations indiquées (analyse des indications), nombre de dossiers transmis à la Commission d'indication et suivi (CIS), nombre de dossiers présentés lors des séances de la CIS.

b) Analyse de l'adéquation de l'outil d'évaluation des besoins utilisé par l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI) de Pro Infirmis Vaud.

c) Recensement du nombre de personnes orientées dans un ESE par l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI) de Pro Infirmis Vaud, nombre d'heures pour préparer l'orientation et orienter, nombre d'heures de déplacement pour effectuer l'orientation, durée moyenne de la recherche d'un prestataire, nombre et type de places manquantes dans les ESE.

d) Recensement du nombre de dossiers réévalués après 12 mois par l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI) de Pro Infirmis Vaud et nombre de dossiers pour lesquels une mesure corrective a été estimée nécessaire.

e) Analyse de la satisfaction des bénéficiaires et de leur entourage, des ESE (fournisseurs de prestations), des partenaires impliqués dans le dispositif (IEBI de Pro Infirmis Vaud, CIS, etc.).

f) Analyse de l'organisation du dispositif : procédures, organisation, échanges entre les partenaires, etc.

g) Analyse de l'adéquation du système d'information du DCISH (places disponibles, dossiers individuels et profil des ESE).

h) Analyse du travail effectué par le SPAS dans le cadre du DCISH : tâches du secrétariat DCISH, dossiers réorientés vers d'autres dispositifs, gestion des « urgences » et des situations « complexes », gestion de la liste d'attente des dossiers à transmettre à l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI) de Pro Infirmis Vaud.

### 1.3.1 Méthodes proposées

Pour réaliser cette évaluation, l'UEPP s'est appuyée sur des méthodes tant qualitatives que quantitatives.

#### 1.3.1.1 Méthodes qualitatives

Les méthodes qualitatives utilisées consistent en une série d'entretiens menée durant l'été et l'automne 2013 avec l'ensemble des parties prenantes au développement et à la mise en œuvre du DCISH (voir Annexe 5), ainsi qu'un focus group mené avec des familles de bénéficiaires, c'est-à-dire :

- Cinq entretiens auprès de l'Instance d'Evaluation des Besoins Individuels (IEBI), à savoir 4 entretiens individuels avec les chefs de projet et la direction de Pro Infirmis et un entretien de groupe avec les collaborateurs IEBI, c'est-à-dire les personnes directement en charge des évaluations.
- Trois entretiens auprès de la Commission d'Indication et de Suivi (CIS).
- 2 entretiens auprès des collaborateurs SPAS.

- 9 entretiens auprès des institutions, dont certains collectifs.
- Un focus group avec des familles de personnes ayant passé par le DCISH a été réalisé. Pour ce faire, les évaluateurs ont demandé à l'IEBI de présélectionner des familles, représentant un large éventail de situations, que les évaluateurs pourraient contacter. L'IEBI a pris contact avec un certain nombre de famille pour leur demander si elles étaient d'accord de participer à l'évaluation de la phase pilote du DCISH et a communiqué aux évaluateurs une liste de onze familles. Un « focus group » avec 6 familles a été mis sur pied. Deux familles n'étant pas disponibles à la date prévue ont été interviewées par téléphone. Une personne ne s'est pas présentée ; une famille n'a pas pu être atteinte et aucune date convenable n'a pu être trouvée avec la dernière famille.
- Un entretien avec 3 représentantes du Forum Handicap Vaud (FHVd), qui sont également membres de la CIS.

Les interviews ont été menées soit en face à face, soit par téléphone, ont été enregistrées avec l'accord des personnes interviewées et ont fait l'objet de résumés semi-structurés. La discussion qui s'est tenue au sein du « focus group » n'a pas été enregistrée en raison du refus de l'enregistrement par quelques participants. Des notes manuscrites ont été prises par l'équipe d'évaluation et ont fait l'objet d'un résumé semi-structuré.

A l'exception du focus group, pour lequel les évaluateurs avaient une grille de questions différentes, les entretiens portaient sur les principaux thèmes suivants : points positifs et négatifs du DCISH, l'impact du DCISH sur les flux d'information, la question des orientations/réorientations, le problème des réévaluations, les besoins non couverts et la pérennisation du dispositif.

Pour le focus group, les évaluateurs ont effectué un premier tour de table pour avoir un résumé des situations rencontrées par les personnes, avant d'entrer dans le vif du sujet : les points positifs et négatifs, l'expérience de l'évaluation et de l'après validation et les améliorations qui pourraient être envisagées.

Pour l'ensemble de la partie qualitative les avis exprimés sont ceux des personnes qui ont participés à l'évaluation.

### 1.3.1.2 Méthodes quantitatives

Le chef de projet DCISH au SPAS a fourni la base de données des personnes ayant passé par le dispositif entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 juillet 2013. Cette base de données compte 220 personnes, pour lesquelles les principales informations sont disponibles (âge, sexe, phase du DCISH, type de handicap, ...).

Des analyses descriptives sur les variables les plus pertinentes en regard des objectifs du DCISH ont été effectuées. Plus précisément, à côté de quelques informations décrivant la population (sexe, âge, type de handicap), les évaluateurs se sont principalement intéressés aux différentes

temporalités du DCISH, à savoir le temps entre les différentes phases (évaluation, validation, ...) du dispositif, ainsi qu'à l'évolution mensuelle du nombre de dossiers.

Dans la partie suivante, les principaux résultats des analyses descriptives sont présentés.

# 2

## Analyses descriptives



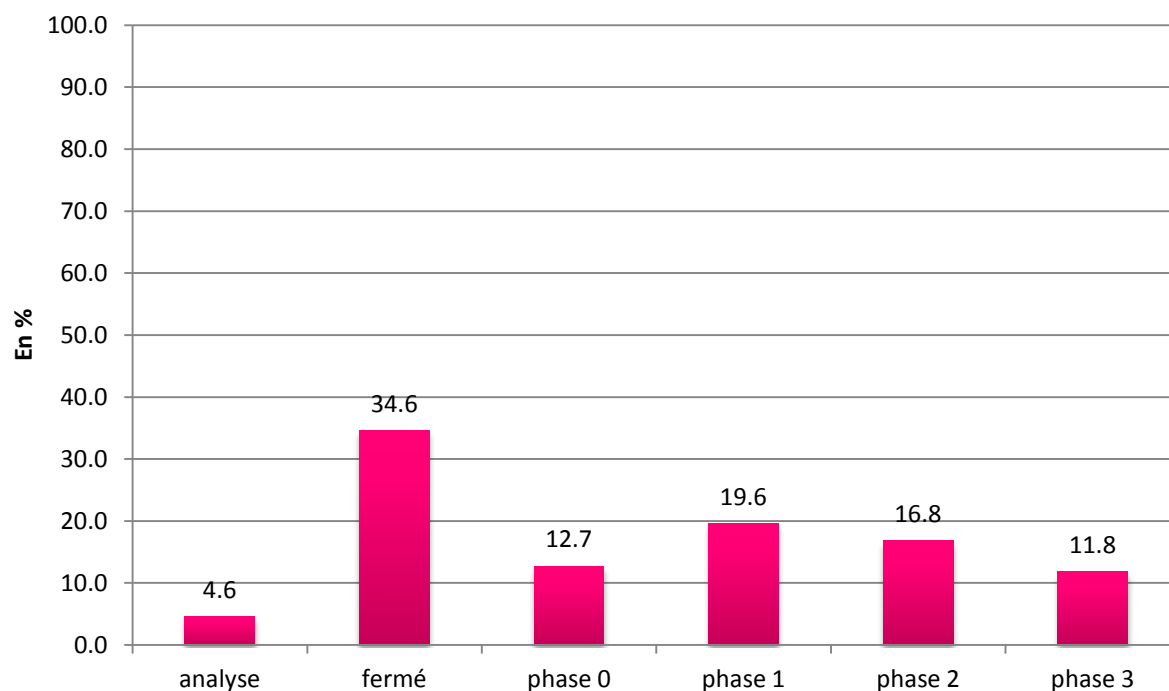
## 2 Analyses descriptives

### 2.1 Processus d'indication

Sur l'ensemble de la période couverte par la base de données, soit du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 juillet 2013, 220 personnes en situation de handicap ont passé par le processus d'indication. Ces personnes sont en majorité des hommes (65.9%). Elles sont âgées en moyenne de 29.8 ans<sup>c</sup> et les femmes sont plus âgées (30.4 ans) que les hommes (29.5 ans). De plus, un tiers des personnes ont 18 ans et moins au moment où elles se sont adressées au DCISH. De plus, 10 personnes (4.6%) ne sont pas des résidents vaudois<sup>d</sup>.

Au moment de la remise de la base de données (15 août 2013), les bénéficiaires se répartissaient de la façon suivante (Figure 1) en fonction du déroulement de la procédure d'indication :

**Figure 1 Répartition des dossiers en fonction de leur état, n=220**



Un tiers des dossiers (34.6% ; soit 76 dossiers) sont fermés. La fermeture d'un dossier peut intervenir pour plusieurs raisons, comme une réorientation vers d'autres structures, des demandes hors périmètre (par exemple, une demande d'un-e confédéré-e), une demande de

<sup>c</sup> L'âge des personnes indiquées s'étend de 11 à 73 ans.

<sup>d</sup> Les personnes qui ne sont pas des résidents vaudois n'entrent pas dans le processus du DCISH.

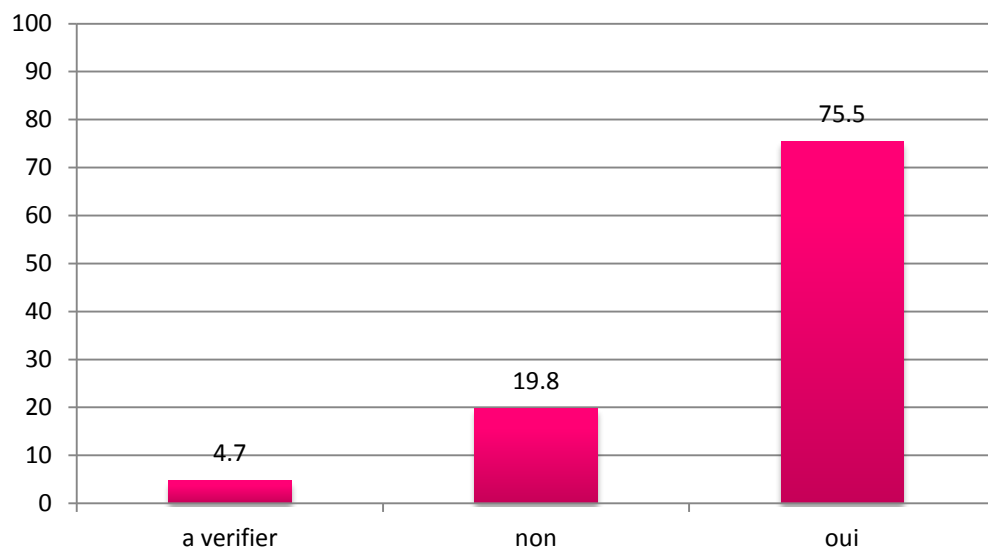


place en EMS ou la fin de la procédure. Sur la période d'analyse, 28 dossiers (12.7%) était en attente d'être transmis à l'IEBI pour l'évaluation des besoins individuels (phase 0) et 43 dossiers (19.6%) étaient en cours d'évaluation auprès de l'IEBI (phase 1). De plus, il faut encore mentionner que 26 dossiers (11.8%) était en phase 3, c'est-à-dire que les personnes avaient accédé à une place en ESE et étaient en attente d'une réévaluation<sup>e</sup>.

Trente-sept dossiers (16.8%) correspondaient à des dossiers de phase 2, à savoir des dossiers de personnes en attente d'accéder à une place en ESE. Cette phase comprend non seulement des dossiers de personnes qui ont été évaluées et dont le dossier a été validé par la CIS, mais aussi des dossiers de personnes en voie d'urgence<sup>f</sup>, sans évaluation des besoins par l'IEBI.

Sur les 220 dossiers transmis, 212 contiennent l'information concernant leur appartenance ou non au périmètre DCISH, soit 96.4%, ce qui correspond à la phase 0, soit le premier tri des dossiers effectués par le SPAS (cf. Figure 2). Les trois-quarts des dossiers (75.5%, soit 160) entrent dans le périmètre DCISH, un cinquième (19.8%, ou 42 dossiers) n'entre pas dans le périmètre ; reste 10 dossiers (soit 4.7%) pour lesquels ce dernier est à vérifier.

**Figure 2 Répartition des dossiers en fonction du périmètre DCISH, n=212**



Sur les 220 dossiers ayant passé par le processus DCISH, 38 personnes ont une déficience physique (17.3%) et 111 ont une déficience intellectuelle (50.5%).

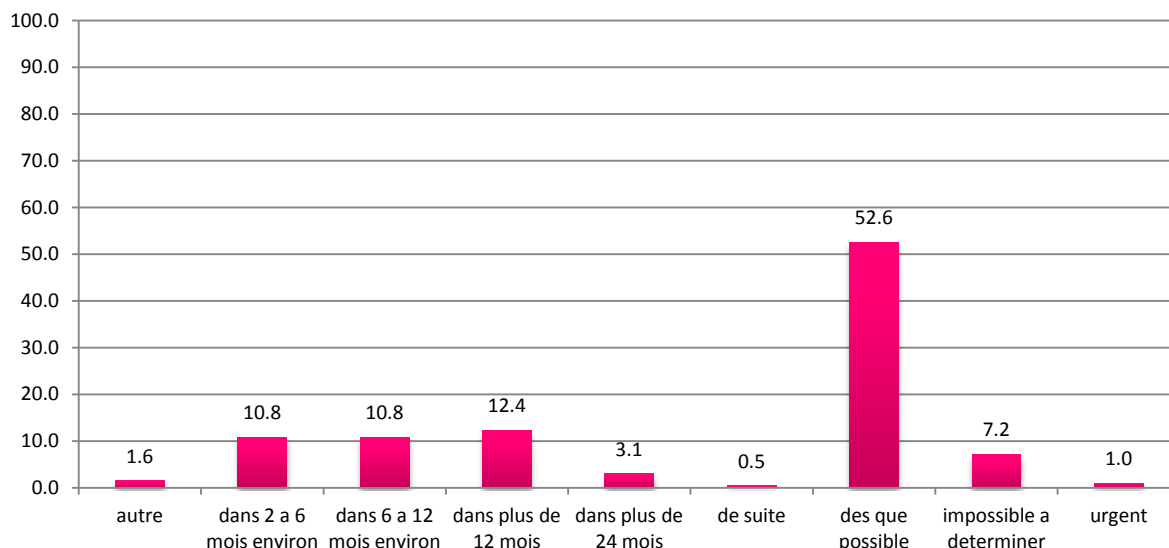
La base de données fournit également des informations sur le degré d'urgence estimé par le demandeur pour 194 dossiers. Le délai souhaité d'entrée en ESE est estimé sur la base de 9 appréciations différentes, comme le montre la Figure 3.

<sup>e</sup> Rappelons ici que la réévaluation est effectuée par l'IEBI 12 mois après l'entrée en ESE.

<sup>f</sup> Dossiers correspondant à des situations considérées comme urgentes par le SPAS et traitées comme telles, à savoir qu'il n'y a pas eu d'évaluation des besoins individuelles par l'IEBI.

Pour 102 dossiers (52.6%), l'entrée en ESE est souhaitée dès que possible. Vingt et un dossiers se situent dans un délai de 2 à 6 mois (10.2%) ou de 6 à 12 mois (10.2%) et 24 dossiers dans un délai supérieur à 12 mois (12.4%) et pour 6 dossiers (3.1%), le délai d'entrée en ESE souhaité est de 24 mois et plus. Sur les 37 dossiers en phase 2, 20 (54.1%) souhaitent entrer en ESE dès que possible.

**Figure 3 Répartition des dossiers en fonction de leur degré d'urgence estimé, n =194**



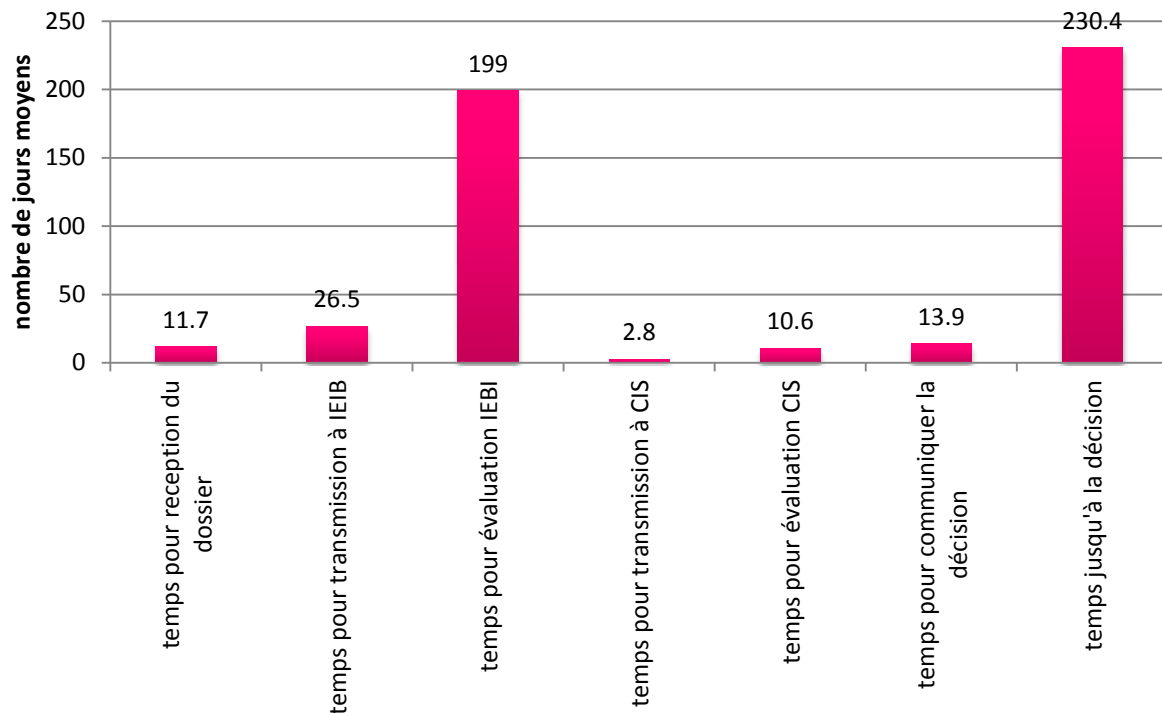
Un problème important soulevé par ce dispositif est le temps qu'il faut, une fois la demande effectuée auprès du DCISH, pour que la personne entre en ESE. Le Tableau 1 définit les différentes temporalités que suit un dossier au sein du dispositif, du dépôt de la demande à l'entrée en ESE.

**Tableau 1 Temporalité du processus d'indication**

Temporalité	Formules
Réception de la demande	Correspond au temps entre la date de la demande et la date de la réception au DCISH
Transmission à l'IEBI	Correspond au temps entre la date de la demande et la date de la transmission (passage de l'analyse à la phase 0)
Evaluation par l'IEBI	Correspond au temps entre la date de transmission et la date de fin de l'évaluation (passage de la phase 0 à la phase 1)
Transmission à la CIS	Correspond au temps entre la date de l'évaluation par l'IEBI et la date d'arrivée du dossier à la CIS
Evaluation par la CIS	Correspond au temps entre la date d'arrivée à la CIS et la date de fin de la consultation à la CIS
Communication de la décision	Correspond au temps entre la date de fin de la consultation CIS et la date de communication de la décision (passage de la phase 1 à la phase 2)
Temps jusqu'à la décision	Correspond à la durée du processus, soit au temps entre la date de la demande et la date de la communication de la décision (ci-après temps global)
Accès aux prestations	Correspond au temps entre la date de communication et la date d'accès à l'ESE.

Les différentes phases du dispositif, représentées sur la Figure 4, sont caractérisées par des temporalités différentes. Ainsi, la Figure 4 montre que la phase 1, à savoir l'évaluation des besoins individuels par l'IEBI est la plus longue de tout le processus : elle dure en moyenne 199 jours. Cette phase d'évaluation représente environ 86.4% du temps global. Cette phase d'évaluation est chronophage par définition. En effet, les entretiens se font non seulement avec la personne, mais également avec ses représentants légaux et les professionnels concernés. Il faut aussi compter avec la transmission du rapport final d'indication entre les différentes parties afin de s'assurer de leur adhésion, ainsi que du temps nécessaire à la maturation du projet. Ce temps comprend aussi le fait que certains dossiers peuvent parfois rester en attente. Globalement, le processus dure en moyenne 230 jours, soit un peu plus de sept mois et demi, avec un écart-type de plus ou moins 3 mois (+/-89.2 jours).

**Figure 4** Nombre de jours moyens des différentes phases du processus



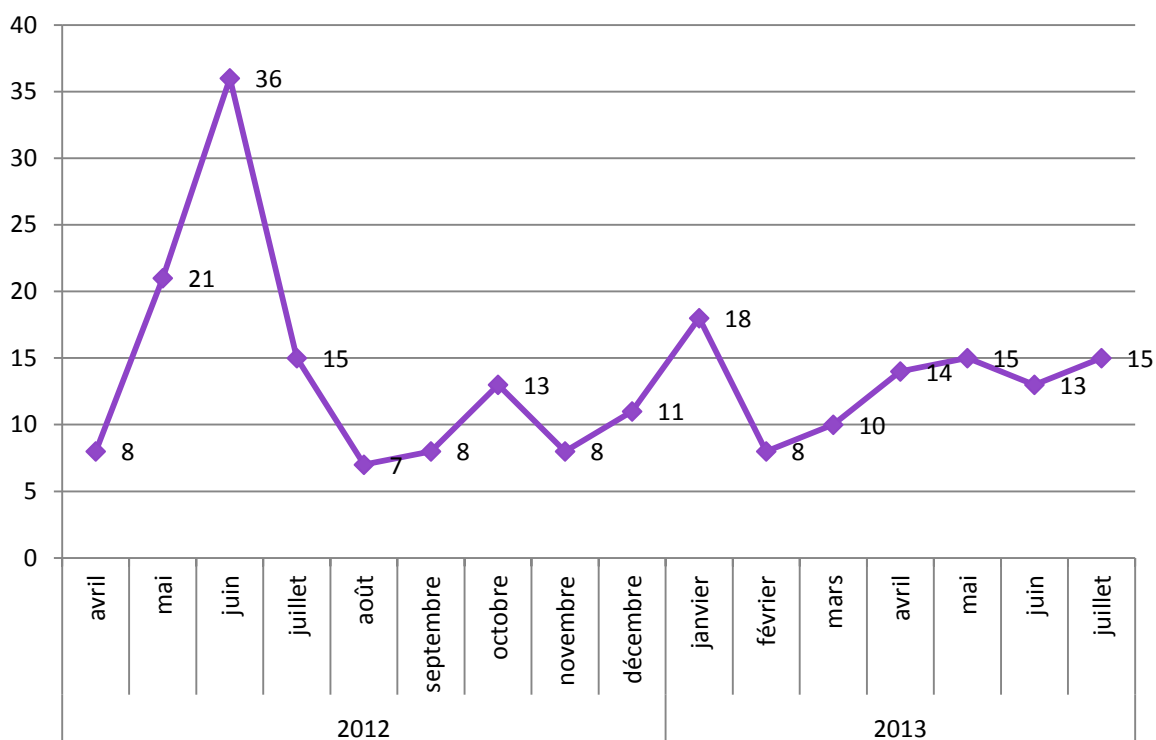
L'IEBI a transmis à l'équipe d'évaluation une base de données des types de prestations et du temps nécessaires pour les réaliser pour la période s'étendant du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 juillet 2013. Durant cette période, l'IEBI a traité 130 dossiers, pour un total de 452 prestations. Ces dernières se répartissent de la façon suivante : 239 analyses de dossiers, 102 déplacements pour rencontrer les différents protagonistes et 111 entretiens. On voit donc que certaines prestations ont été effectuées plusieurs fois pour un seul dossier et que pour certains dossiers il n'y a pas eu besoin d'effectuer toutes les prestations. Les évaluateurs ont calculé la durée moyenne de traitement des dossiers.

Pour l'ensemble des clients, la durée moyenne de traitement est de 23.3 heures. Si les dossiers pour lesquels une seule prestation est effectuée ne sont pas pris en compte, la durée moyenne pour traiter le dossier s'élève à 28 heures et à 29 heures si on ne prend pas en compte les dossiers pour lesquels les trois prestations ne sont pas effectuées au moins une fois.

La CIS dispose d'un délai de 10 jours pour examiner les demandes, les valider et/ou demander à l'IEBI un complément d'information. Si, passé ce délai de 10 jours, la CIS n'a toujours pas donné suite, le dossier est validé tacitement. Durant la phase pilote, la durée de validation des dossiers par la CIS est respectée (cf. Figure 4). De plus, sur les 220 dossiers, seuls 10 (4,5%) ont fait l'objet d'une demande de discussion de la part de la CIS.

La Figure 5 montre l'évolution mensuelle du nombre de demandes. On constate une augmentation rapide du nombre de demande lors des trois premiers mois de la mise en place du dispositif. La mise en place du dispositif a donc créé une sorte d'appel d'air, avec un afflux important de dossiers entre mai et juin 2012. Ensuite, le nombre des demandes évolue plutôt en dents de scie, avec un mini pic atteint en janvier 2013. Puis, vers la fin de la phase pilote, le nombre de dossiers se stabilise autour de 15 dossiers par mois environ. Le SPAS avait évalué le nombre de dossiers durant la phase pilote à environ 80 dossiers par an.

**Figure 5** Evolution du nombre de demandes, par mois, avril 2012-juillet 2013, n=220



## 2.2 Accès aux prestations

Vingt-six personnes ont accédé aux prestations, mais le temps entre la communication de la décision et l'accès aux prestations ne peut être calculé que pour 15 personnes. Ce temps est de 14.3 jours en moyenne. Le fait est que, pour 4 personnes, la communication de la décision est intervenue entre 4 et 298 jours après leur entrée en ESE. Si on exclut ces personnes, il reste 11 personnes pour qui l'attente entre la communication de la décision et l'entrée en ESE a duré en moyenne 41.5 jours (11 jours au minimum et 147 jours au maximum).

Sur les 37 dossiers de phase 2 (en recherche d'une place au moment de l'analyse), les évaluateurs ont la date de la communication de la décision de la CIS pour 30 dossiers (81.1%). La durée de l'attente était en moyenne, pour ces personnes qui n'avaient toujours pas trouvé de place, de 152.5 jours (avec un écart-type de 96.3 jours, minimum 47 jours et maximum 369 jours) de la communication de la décision de la CIS jusqu'à la fin de la phase pilote. Ce groupe de personnes, pour lesquelles la durée de la recherche de placement est longue, représente 13.6% (30/220) des personnes ayant passé par le processus d'indication.

Il est important de souligner que, selon les données fournies par Pro Infirmis Vaud, 36% des dossiers individuels qui ont fait l'objet d'une analyse des besoins par IEBI (phase 1) ont bénéficié d'un type d'indication alternatif à un placement en ESE.

# 3

## Entretiens durant la phase pilote





## 3 Entretiens durant la phase pilote

Entre août et novembre 2013, l'équipe d'évaluation a mené des entretiens auprès des différents acteurs du DCISH que sont les membres de l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI), ceux de la Commission d'indication et de suivi (CIS), du Service de prévoyance et d'aide (SPAS) de l'Etat de Vaud, ainsi que des membres d'établissements socio éducatifs (ESE) prenant en charge des personnes indiquées et des proches et associations de proches. Les résultats présentés ci-dessous reflètent l'avis des personnes interviewées.

### 3.1 Entretiens avec les membres de l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI)

En ce qui concerne les entretiens avec l'IEBI, sur la base de la grille d'entretien (cf. Annexe 5), les évaluateurs ont mené des entretiens individuels et un entretien de groupe avec les collaborateurs, à savoir les personnes qui font les évaluations (cf. Annexe 5.2.1).

Dans la partie suivante, les évaluateurs reprennent les grands thèmes abordés au cours des entretiens, en commençant par les points positifs et négatifs concernant le DCISH, exprimés par les membres de l'IEBI.

#### Les points positifs :

- On met la personne handicapée au centre du dispositif et on lui donne le choix : ce changement de paradigme est tellement important qu'il justifie à lui seul la mise en place du DCISH.
- Faire un point de la situation du bénéficiaire et faire des projets. Il y a maintenant un rapport écrit, qui est la propriété du bénéficiaire.
- Avoir une information générale pour tous sur les possibilités existantes de prise en charge, les alternatives, y compris rester à domicile, ainsi que sur les conséquences financières.
- Pour ce qui est de la recherche des places, les familles ont un soutien officiel, du SPAS en l'occurrence.
- C'est un moyen pour le canton de se positionner face aux ESE et de pouvoir imposer le changement. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur des évaluations détaillées qui amènent/supportent les demandes de prestations.

### Les points négatifs :

- Faire croire que les bénéficiaires ont plus de choix et qu'ils pourront vraiment influencer leur avenir.
- Perte d'autonomie des ESE : c'est une situation difficile pour eux. Le DCISH révèle les dysfonctionnements. Ce n'est pas négatif en soi, mais c'est difficile à vivre.
- Les évaluateurs prennent beaucoup de temps pour faire les évaluations.
- Pour les membres de l'IEBI, le mandat 2 (recherche du placement adéquat en ESE) est un réel problème. Ils ont l'impression que les ESE ne collaborent pas vraiment avec eux. L'Etat devrait avoir une plus grande présence pour appuyer le modèle qu'il essaie de mettre en place et s'assurer que les règles mises en place pour la réalisation du mandat 2 soient respectées.
- Le DCISH limite la circulation des personnes.

### Informations données aux bénéficiaires et à leurs proches/représentants légaux :

La clientèle des ESE est une clientèle captive et les ESE sont hautement formées dans la prise en charge, mais moins dans les approches extra-muros. De fait, les bénéficiaires et/ou leur famille avaient jusque là un accès limité à l'information sur les prestations. L'introduction du DCISH a permis aux évaluateurs de développer leurs connaissances du milieu institutionnel. Comme ils connaissent également les alternatives et les possibilités de financement, l'information aux familles/bénéficiaires s'en trouve améliorée, car elle est plus complète, même s'ils ne l'utilisent pas immédiatement<sup>9</sup>. De plus, le fait de regrouper les offres et de les signaler au canton permet d'améliorer les connaissances de ce dernier du réseau des ESE et de leurs prestations.

De ce point de vue, notamment dans le mandat 1, l'IEBI joue un rôle de diffuseur d'informations sur les prestations estimées/voulues qui devraient être fournies pour répondre aux besoins (mais pas sur les prestations qui existent réellement), puisqu'il fait remonter l'information sur les prestations nécessaires et les besoins des bénéficiaires vers le SPAS.

Du point de vue des flux d'information, la situation s'améliore lentement, d'autant plus qu'au début, Pro Infirmis avait tablé sur la base des estimations fournies par le SPAS sur un nombre de dossiers inférieur à ce qu'il a reçu. Il y a eu beaucoup plus de demandes qu'estimées par l'IUMSP<sup>1</sup>. Malgré tout, c'est un immense bateau et il y a beaucoup de changements en cours et à faire. Si la personne ne coche pas la bonne case, il peut ne pas y avoir d'évaluation ou tout se passe de travers. Il y a eu des « couacs », surtout au niveau du mandat 2, c'est-à-dire au niveau de la recherche de places disponibles. Par exemple, certains ESE n'ont annoncé pratiquement aucune place de libre depuis le lancement du DCISH ou des ESE annonçaient quelques places libres et, au moment de la demande de l'IEBI, plus aucune n'était disponible. Le canton a dû chaque fois les

---

<sup>9</sup>On peut parler ici de filtrage sélectif, c'est-à-dire que ce n'est pas parce qu'on signale une ressource à une personne en situation de handicap et/ou à son entourage qu'ils vont en faire quelque chose. Lorsque la personne en situation de handicap en aura besoin, elle devra dépenser une grande énergie pour trouver l'information.

relancer. Ce flux d'information sur les places disponibles est encore trop lent, surtout que la recherche d'une place prend du temps. Il faut non seulement du temps, mais aussi de l'argent pour modifier cette offre.

Un important travail d'information doit également être mené vers les partenaires extérieurs (SUVA, Centre suisse des paraplégiques de Nottwil, ...). Pour ce qui est des partenaires intérieurs, le travail d'information sur le DCISH mené par l'IEBI auprès des structures qui prennent en charge des mineurs a, semble-t-il, porté ses fruits. Ce dernier a dit aux parents qu'il fallait systématiquement annoncer leurs enfants à 16 ans. Il y a eu un appel d'air, car même des parents qui n'avaient pas l'intention de mettre leur enfant en internat, se sont annoncés, avec pour résultat la création d'un goulet d'étranglement. Au départ les partenaires n'avaient pas toujours bien compris l'information. De plus, l'information sur le DCISH est donnée au moment où la personne entre dans le système, mais elle devrait être fournie à tout l'univers du handicap.

### **Choix d'un acteur externe**

Le choix de Pro Infirmis comme IEBI est un choix pertinent parce qu'elle connaît le réseau institutionnel, mais aussi les alternatives. De plus, Pro Infirmis connaît les multiples démarches en termes d'évaluation des besoins et elle a une approche « bottom-up », plutôt que « top-down ».

Comme Pro Infirmis promeut plutôt l'autonomie de la personne handicapée, la crainte était qu'elle oriente systématiquement vers la vie à domicile. Il y a donc eu quelques critiques, au début notamment, la principale critique étant qu'elle était juge et partie parce que elle gère le Service de formation à la vie autonome (SFVA). De façon objective, Pro Infirmis oriente plus vers les ESE et c'est donc un faux procès qui est fait à l'IEBI.

### **Le processus d'analyse des besoins**

Le processus d'analyse des besoins mis en place entre le SPAS et l'IEBI fonctionne bien maintenant. Ils se rencontrent assez régulièrement pour soulever les points problématiques et ils ont mis en place une collaboration plus importante avec un des collaborateurs de la section Aide aux personnes handicapées et gestion des institutions (APHAGI) du SPAS pour la recherche des places en ESE (mandat 2), en raison de la difficulté à trouver des places. La chaîne d'information et de décision fonctionne bien maintenant.

Malgré cela, le mandat 2 reste difficile. Il y a un écart important entre l'objectif de la politique cantonale qui vise la souplesse et la diversité des prestations et la posture générale des ESE, à l'exception d'un ou deux, qui sont réticents à évoluer. Ce processus fournit de l'information aux familles/bénéficiaires pour se positionner face aux ESE, mais il faut que ces derniers abandonnent un peu de leur pouvoir sur l'acceptation/refus des personnes.

### **Relations avec la CIS**

L'IEBI n'est pas membre de la CIS, mais peut être invité en cas de questions ou d'éclaircissement. Le mandat de la CIS est de valider l'évaluation, ce qui est un mandat très vaste. La séparation

entre la validation et l'évaluation est une situation qui convient bien à l'IEBI. Mais le retour que cette dernière a des associations présentes à la CIS semble indiquer que la CIS ne joue pas un grand rôle. Beaucoup de personnes lisent les rapports d'évaluation, mais l'IEBI ne sait pas vraiment ce qu'elles en font. Les évaluateurs ont l'impression que personne ne se positionne vraiment. Même quand la situation est compliquée, l'évaluation est acceptée et on regarde ensuite ce qui se passe.

Une plus grande implication ou de plus grandes relations sur les dossiers de personnes avec troubles psychiques aurait été appréciée. Cette population à la frontière entre psychiatrie et handicap n'a, semble-t-il, pas été recensée au départ en regard des places disponibles. La collaboration et la liaison entre le Dispositif de collaboration Psychiatrie – Handicap mental (DCPHM) et le DCISH est difficile. Dans les entretiens, l'IEBI remarque que les professionnels du DCPHM poussent les personnes avec déficience intellectuelle et comorbidités psychiatriques vers le DCISH, sans que ces situations n'aient été anticipées lors de la phase de la planification. Le point de vue dominant des professionnels du DCPHM est que ces personnes sont mieux en ESE qu'en EMS psychiatriques. Cette situation alourdit encore le travail de l'IEBI.

### **Les réévaluations**

L'IEBI considère les réévaluations comme nécessaires surtout dans la mesure où, souvent, les bénéficiaires prennent la première place disponible et non pas la place la plus adéquate. Dans ce sens c'est utile de faire une réévaluation, au moins après une année.

Après, les réévaluations peuvent se faire tous les 3-4 ans (une sorte de suivi au long cours). Les réévaluations sont également utiles pour « mesurer » les progrès de la personne par rapport aux objectifs fixés.

### **Besoins non couverts**

Ce n'est pas tant le DCISH que le système dans son ensemble qui n'est pas souple. C'est un monde qui évolue lentement : on peut améliorer de petites choses au niveau du DCISH, mais au niveau du système dans son ensemble, les changements prennent beaucoup plus de temps. Toutefois, l'amélioration du DCISH est garantie et ce pour au moins deux raisons :

- Les évaluateurs de l'IEBI voient leurs connaissances du tissu des ESE s'améliorer.
- Il y a également une meilleure acceptation de la part des ESE des demandes de placement faites par l'IEBI, car les personnes se connaissent et la collaboration se construit peu à peu. Au début, les visites des ESE par l'IEBI étaient un peu tendues et il y a eu un peu de sabotages de la part de certains ESE (rendez-vous déplacés au dernier moment, rendez-vous oubliés, attente). Maintenant, il y a plus de respect et la situation s'est fortement améliorée.

Par contre, un certain nombre de problèmes demeurent :

- Il faut que l'IEBI soit plus rapide dans ses évaluations.

- Les confédérés posent problème, car ils ne passent pas par le DCISH pour un placement. Un courrier de la cheffe du SPAS pour rendre attentif à la situation a été envoyé aux directions des ESE à l'été 2013. Depuis ce courrier, la situation s'est fortement améliorée sur ce terrain<sup>h</sup>.
- Pour les situations d'urgence, il n'y a pas de critères définis. Du coup, certains ESE au début du processus ont utilisé la notion d'urgence pour contourner le DCISH. L'IEBI a dû, à plusieurs reprises, prioriser les urgences avec le SPAS et, par là, essayer de définir des critères.
- Dans le cas du nombre de places, les projections faites n'ont pas tenu compte des personnes qui étaient à domicile. La gestion des places est à flux tendu.

Il y a d'importantes différences dans les financements. En effet, tout est beaucoup plus compliqué si on oriente à domicile. Dans ce cas, les sources de financement sont plutôt éparpillées contrairement au placement en ESE qui est une « autoroute » financière. De ce point de vue, favoriser l'autonomie de la personne en situation de handicap est beaucoup plus difficile à promouvoir d'un point de vue financier. Les évaluateurs ont une vision globale de la situation, aussi du point de vue des sources financières, car ils connaissent les alternatives. Si on veut changer de paradigme, il faut arrêter de favoriser les flux financiers en direction des ESE. La qualité de l'information dépend aussi du fait que les données sur le financement des alternatives ne sont pas encore arrêtées.

Il faut du temps pour que le DCISH déploie tous ces effets. C'est un changement de paradigme tellement radical qu'il faudra au moins 10 ans pour que les « mentalités » changent.

## 3.2 Entretiens avec des membres de la Commission d'indication et de suivi (CIS)

Trois membres de la CIS ont été interviewés (voir liste en Annexe 5.2.2) et deux autres membres de la CIS, membres du Forum Handicap Vaud, ont participé à un entretien collectif dans les locaux de cette dernière association (voir chapitre suivant).

Les membres de la CIS interrogés ont fait état des points positifs et négatifs suivants concernant le DCISH.

### Points positifs

- L'intention du dispositif d'être une plate-forme d'ensemble des demandes et des prestations, obligatoire; c'est une garantie pour l'équité d'orientation des personnes, principe incontournable dans l'utilisation de l'argent public.

<sup>h</sup> Rappelons ici que les confédérés sont supposés passer par le dispositif d'indication de leur canton de domicile et que les ESE vaudois doivent annoncer au SPAS les demandes d'accueil de confédérés.

- Le fait d'avoir un dispositif qui est facile à repérer pour les bénéficiaires et leurs proches et leur évite des démarches compliquées et répétitives: faire la tournée des établissements et réexpliquer plusieurs fois leur situation.
- L'évaluation, moment privilégié à l'entrée dans le dispositif, où on peut prendre le temps de faire le point.
- Le fait que ce soit une institution externe aux établissements, "neutre", qui fasse l'évaluation, permet d'avoir une approche moins liée à l'offre existante et centrée sur la demande (sans autocensure, avec une grande attention portée aux attentes des personnes, centrée sur le projet de la personne et de ses proches).
- Le processus d'évaluation permet d'ouvrir la perspective vers des solutions "hors ESE"; plusieurs dossiers examinés par la CIS allaient dans ce sens (avec maintien à domicile et d'autres prestations que l'ESE, par exemple); c'est la systématique de cette possibilité d'ouverture qui est nouvelle.
- Le dispositif va permettre, à terme, une planification plus fine des besoins en services, qui jusqu'à présent se fait de manière plutôt empirique.

### Points négatifs

- On reste, au niveau de l'évaluation de la demande, hors contexte de la réalité institutionnelle (envers du point positif ci-dessus), ce qui peut conduire à des déceptions entre "rêver les possibles et retour à la réalité".
- Il n'y a pas d'inventaire des prestations disponibles, qui ne sont pas "normées", "cadrées" de façon explicite. Il est très difficile de comparer les fournisseurs de prestations. En miroir, il n'y a pas une façon de décrire les prestations désirées qui soit commune à tous les dossiers de IEBI. La définition des prestations nécessaires est très individualisée.
- Les bénéficiaires du nouveau système sont difficiles à observer dans une situation où on manque de places; l'ajustement entre offre et demande ne peut fonctionner pleinement.
- La mise en application a pris trop de temps et il y a eu un manque d'anticipation, en particulier dans le cas des placements de mineurs lors du passage en milieu adulte (au moment des entretiens plusieurs mineurs n'avaient encore pas de place pour la rentrée). L'afflux de demandes n'a pu être géré de façon satisfaisante.

La lenteur du processus a mené à des situations où des places sont restées vacantes et ont été occupées par des cas extra-cantonaux. Pendant un certain temps, le taux d'occupation est resté entre 90 et 100% alors qu'il était un peu plus élevé auparavant.

Les personnes interrogées, si elles apprécient que le dispositif soit centré sur la demande des bénéficiaires et de leurs proches, craignent la désillusion après le passage par le dispositif, au

moment où il devient clair que tous les souhaits ne peuvent être pris en compte et que la réalité de l'offre ne couvre pas toutes les demandes. On pourrait en arriver à une réaction de type "tout ça pour ça...". Souvent la place idéale n'existe pas (et non pas n'est pas disponible), comme par exemple pour des personnes très dépendantes avec besoin d'un soutien socio-éducatif lourd qui souhaiteraient vivre en appartement ou des personnes ayant des souhaits sur la disponibilité géographique, sur le type de structure (petite structure presque toujours préférée, etc.).

Des remarques sont faites sur les possibilités d'une planification plus fine des besoins en services. C'est une possibilité à terme mais cela prendra plusieurs années. Par exemple, il y a souvent des demandes d'accueil "fixe" à temps partiel (pas de type unité d'accueil temporaire), ce qui supposerait d'avoir des places fixes non occupées en permanence ou partagées à plusieurs personnes: cela pose des questions de coût, de volonté politique d'avoir des taux d'occupation plus bas, des questions éthiques aussi (par exemple accueillir dans des lieux de vie des personnes qui n'y résideraient pas en permanence aux côtés de résidents permanents). Le DCISH devrait permettre d'ouvrir la discussion sur de nouvelles offres.

### **Information des bénéficiaires**

Avant la mise en route du DCISH, il y avait l'idée d'offrir un guichet unique où les personnes pourraient avoir de l'information sur l'ensemble de l'offre et sur les diverses possibilités d'accueil. Ce guichet devait être indépendant du dispositif d'indication (pas besoin de passer par le dispositif pour y accéder, possibilité d'y accéder avant le passage par le dispositif). Cela n'a pas été fait et cela manque encore, il n'y a toujours pas de vision d'ensemble de l'offre.

Les personnes interviewées estiment que l'information aux bénéficiaires n'est probablement pas optimale. Les collaborateurs d'IEBI, du fait de leur rattachement à Pro Infirmis, connaissent encore mal le tissu institutionnel dans le détail de ses offres et de ses possibilités et n'ont pas forcément des liens avec le réseau. Ils connaissent mieux le milieu ordinaire et les questions de déficience physique (et non mentale). Les conseillers éducatifs du SPAS ont cette connaissance du terrain mais ce n'est pas leur mandat actuellement d'informer lors de l'évaluation. Plusieurs membres de la CIS ont l'impression que les bénéficiaires s'attendent à ce que leur idéal soit comblé, et rapidement. Ils n'ont pas l'impression, au vu des dossiers qu'ils reçoivent, que les bénéficiaires ont été informés sur les possibilités existant dans le canton et certaines réalités (par exemple le travail en atelier). La Commission n'est pas informée sur ce que les bénéficiaires ont reçu comme information par l'IEBI.

### **Instance d'évaluation**

Le choix du prestataire pour l'instance d'évaluation est jugé pertinent par les membres de la CIS: il fallait une séparation entre évaluateurs et prestataires. Pro Infirmis offre bien des prestations d'accompagnement et d'accompagnement à la vie autonome mais il n'y a pas de risque de "captation" des cas. La neutralité et l'indépendance par rapport à l'Etat et aux ESE sont des éléments favorables. Par rapport aux familles, la proximité est un peu plus grande, Pro Infirmis étant ressenti comme militant, mais c'est assez général dans le domaine du social.



Pour ce qui concerne la qualité des évaluations, elle n'est pas mise en cause mais un malaise est exprimé par les membres de la CIS et plusieurs raisons sont avancées:

- Tous les besoins mentionnés sont au même niveau et il est difficile de faire la part des choses entre le projet des personnes et les besoins fondamentaux (plus "objectifs"). On souhaiterait une pondération entre des besoins de prestations de "confort/agrément" par rapport à ce qui est "thérapeutique/développement". Une priorisation serait souhaitée.
- Il y a parfois des demandes contradictoires, un certain flou, des diagnostics imprécis. Les besoins sont essentiellement définis par la famille/représentant légal et la personne (subjectivité). Il y a aussi des échelles de capacité mais la question du besoin d'accompagnement/ et de l'intensité du soutien réellement nécessaire n'apparaissent pas toujours clairement.
- L'évaluation donne beaucoup d'importance au projet de la personne et peut apparaître comme une vision idéale avec une connexion limitée à la réalité (des mots tels que "miroir aux alouettes" et "rêve en couleur" ont été utilisés).
- Les solutions alternatives à l'institutionnalisation (qui devraient être en augmentation) sont encore en nombre insuffisant et c'est très piégeant, car ce sont souvent ce type de solutions qui sont recommandées.

Donc la CIS trouve généralement difficile de valider une somme de prestations non priorisées, de plus sans avoir vu la personne. On se demande même parfois si la validation ne devrait pas se faire sur une orientation plus "grossière": distinguer entre hébergement / accompagnement à domicile / centre de jour) et laisser le reste pour après. Les personnes de la CIS interviewées n'ont jamais rencontré le groupe qui fait les évaluations (IEBI) depuis le début de la mise en oeuvre (un an). Un bilan en commun – CIS/IEBI ou ensemble des acteurs – est souhaité pour discuter des problèmes.

A part cet inconfort dans la validation, certains membres de la CIS ont l'impression que la chaîne fonctionne, d'autres cependant en doutent. Après le passage par la Commission, IEBI accompagne les personnes dans la recherche de place (liste de place disponibles, recherche de ce qui correspond le mieux – actuellement peu de choix – organisation de visites d'une ou plusieurs institutions et de stages). Cependant certains membres de la CIS pensent qu'il faudrait améliorer l'orientation vers les institutions. Les personnes qui orientent devraient avoir un meilleur lien, des connaissances plus fines des institutions (devraient être issues du terrain). Plusieurs personnes interrogées se demandent cependant comment cela se passe vraiment: la CIS n'a aucun feed-back sur ce qui se passe après la validation.

### **Fonctionnement de la CIS**

La CIS ne s'est réunie que trois fois *in corpore*. Le processus de validation se fait par l'envoi des dossiers par email et une réunion n'a lieu que sur des situations qui posent problème. Il faut qu'il y ait désaccord dans la Commission pour qu'elle se réunisse. C'est arrivé quelques fois, pour

moins d'un cas sur 10. La Commission a parfois proposé des solutions alternatives (par exemple du case management via RAHMO<sup>i</sup>).

Pour cette raison on trouve parfois le dispositif CIS trop lourd/pas très pertinent et certains pensent que ne devraient être soumis à la CIS que les cas où il y a des questions qui se posent, par exemple :

- Doute sur l'auto-détermination de la personne (différence entre désirs de la personne et de son représentant légal). Par exemple, les familles pourraient vouloir quelque chose de plus "sécuritaire" que ce que les capacités de la personne peuvent permettre ou que ce que la personne souhaite.
- Pas de cohérence de vues sur les propositions entre famille/bénéficiaire et évaluateurs (écart trop grand entre projet de la personne et évaluation).

La question posée à la CIS portant sur la prise de connaissance du dossier et l'appréciation de la cohérence entre la situation décrite et la/les propositions et la validation/invalidation de l'indication, c'est à dire les prestations, n'est pas la bonne, car on ne peut que valider l'idéal et personne ne remet en cause le fait que l'évaluation soit "proche" de la personne.

Plusieurs membres jugent la CIS sur son aspect de légitimation de l'évaluation et trouvent très satisfaisant que toutes les parties prenantes du système soient représentées.

Les situations problématiques (finalement peu fréquentes) sont celles où il faut des prestations de handicap mental et des prestations psychiatriques (les ESE ont des étanchéités qui rendent difficile la prise en charge des handicaps multiples). En soi ce ne serait pas un problème de définir les prestations qui devraient exister, mais il y a cette crainte d'éveiller des espoirs qui seront déçus et des frustrations. Pro Infirmis le sait et, avec la proposition, fait souvent remarquer que la prestation proposée n'existe pas (encore) ou est difficile à trouver. Ceci dit, après un certain temps de pratique on commence à assez bien cerner les prestations qu'il faudrait développer.

Il n'y a pas encore eu de cas de réévaluation au moment où les entretiens sont menés.

Pour ce qui concerne le futur du DCISH, toutes les personnes interrogées estiment qu'il doit être maintenu, avec des améliorations.

---

<sup>i</sup> Réseau d'Accompagnement du Handicap en Milieu Ordinaire ([www.rahmo.ch](http://www.rahmo.ch)).

## 3.3 Les expériences des proches et des associations

Six personnes ou couples de parents ou proches d'une personne handicapée ont pu communiquer leurs expériences avec le DCISH lors d'un *focus group*, de même que 3 membres du Forum Handicap Vaud (FHVd) (cf. Annexe 5.2.3) lors d'une interview collective. Toutes les situations vécues par les parents ou proches concernaient des personnes jeunes (sauf pour un cas), certaines concernaient des recherches d'établissements, d'autres des situations plus mixtes domicile/ établissements.

### Les points positifs concernant le DCISH

- La compétence et l'humanité des professionnels de Pro Infirmis. Le fait que l'évaluation puisse se faire à domicile, en voyant séparément la personne handicapée, les parents et les deux ensemble quand c'est possible, est apprécié (parents).
- L'écoute et le recueil des souhaits des personnes et de leur entourage. Les proches ont le sentiment que les gens Pro Infirmis veulent offrir le meilleur (parents).
- L'accent mis sur les besoins de la personne (FHVd).
- Le fait qu'il n'y ait qu'un seul interlocuteur (Pro Infirmis) et d'avoir ensuite une instance qui décide sur dossier (parents).
- L'égalité de traitement: en théorie, tout le monde doit passer par le DCISH (mais en pratique, c'est un peu différent, notamment dans les cas considérés comme urgence) (FHVd).
- Le fait que ce soit toujours la même instance qui évalue les besoins des bénéficiaires avec une unité dans la rédaction des rapports (FHVd).
- Le fait que lorsqu'une situation se "décoinçait", cela va très vite (parent).
- Un couple de parents a eu une évaluation pour leur enfant "pour plus tard" et a été très satisfait.

Le fait qu'un acteur externe (Pro Infirmis) fasse l'évaluation est salué par tous. Cet acteur connaît aussi bien les prestations des ESE que celles qui peuvent être fournies dans le cadre de prises en charge à domicile.

### Les points négatifs concernant le DCISH

- L'engorgement du système lors de sa mise en route, du fait du manque de places disponibles.
- Le manque d'information sur les places disponibles et, surtout, sur les prestations que peuvent fournir les différents ESE, par exemple sous la forme d'un catalogue de

prestations (parents et FHVd). L'IEBI ne parle pas de la réalité des ESE lors de l'évaluation (les possibilités réelles d'accéder aux désirs exprimés).

- Le manque d'information sur le DCISH lui-même (qui fait quoi, rôles respectifs de Pro Infirmis, du SPAS, etc.)(parents et FHVd).
- La lourdeur de la démarche et le fait qu'elle donne des espoirs aux bénéficiaires et aux familles, qui risquent d'être déçus, vu le manque de place disponibles et la quasi absence de choix.
- Le fait que les bénéficiaires et leurs proches ne reçoivent pas d'information par l'instance d'évaluation sur la validation des prestations demandées.
- Le fait que, durant cette première période, on a dit parfois aux parents de se débrouiller pour trouver une place (parents et FHVd).
- Pour ceux qui ont des enfants qui vont passer d'un ESE pour jeunes à un ESE pour adultes, le manque d'information sur les possibilités de poursuivre une forme de scolarité ou d'apprentissage, en plus des ateliers "pour qu'ils ne perdent pas tout ce qu'ils ont appris" (parents).
- Le fait que la prise en charge à domicile reste en dehors du système et que les proches soient renvoyés au fait que le DCISH n'offre pas d'aide dans les situations d'externat (FHVd).
- En cas de recherche de places simultanément dans deux cantons, il faut quasiment recommencer toute la procédure hors du canton de Vaud. Il faut donc améliorer les collaborations intercantionales (parents).

L'information reste donc un point faible du système. En particulier, les bénéficiaires et leurs proches ainsi que les associations souhaiteraient connaître les possibilités réelles des ESE de répondre aux besoins et souhaits exprimés. Ils restent en général sur leurs espoirs après l'évaluation et, pour certains retombent de haut quand ils réalisent que le peu de places disponibles ne permet pas un véritable choix ou que certaines prestations n'existent pas.

Selon les personnes du FHVd interviewées, il manque un catalogue de prestations avec une définition commune de ce qui est inclus dans une prestation donnée. Un plan public des places disponibles fait aussi défaut.

Le FHV signale aussi que l'indication est difficile dans les cas "limites", entre handicap mental et psychiatrie par exemple.

D'autres dysfonctionnements sont signalés. Certains parents, voyant que les choses n'avançaient pas, ont cherché eux-mêmes à contacter les ESE pour trouver une place<sup>j</sup>. Dans certains cas, il leur aurait été conseillé de le faire par l'IEBI. Les directeurs ont été adéquats mais se disaient pris

<sup>j</sup> Mais une famille qui avait cherché une place à l'avance sans passer par le DCISH s'est vue dire par les ESE qu'ils n'entraient pas en matière et qu'il fallait attendre le passage par le DCISH.

d'assaut. Le FHVd considère que la question des extra-cantonaux, qui ne passent pas par le système risque de créer des inégalités. La question de la possibilité de "garder" une place qui se libère pendant quelques mois s'est posée dans certains cas, avec l'occupation de la place "gardée" par une urgence entre temps.

Le FHVd regrette aussi que les ESE restent encore ceux qui "choisissent" de prendre ou non un résident après un stage, et relève que ceci laisse de côté les cas les plus difficiles, qui sont justement ceux qui devraient le plus bénéficier du DCISH.

## 3.4 Entretiens avec les directeurs ou les membres de la direction des institutions

Les directeurs ou les membres de la direction de 9 institutions ont été interviewés (cf. Annexe 5.2.4). Toutes ces institutions ont pris en charge au moins une personne ayant passé par l'ensemble du processus DCISH depuis sa mise en route.

### Les points positifs concernant le DCISH

- Le premier point positif mis en avant par les directeurs est celui de la pertinence de l'approche du DCISH qui recourt à une évaluation standardisée par une instance extérieure et qui met le bénéficiaire au centre du processus. De même pour les proches des bénéficiaires le fait d'avoir un interlocuteur « neutre » est un avantage.
- La possibilité d'avoir à terme une vue d'ensemble des besoins avec une centralisation des informations est jugée comme très utile pour mieux planifier le développement des prestations.
- L'augmentation de l'information aux bénéficiaires et aux proches est très appréciée. De même que l'élargissement du choix des établissements par rapport à la situation qui prévalait avant la mise sur pieds du DCISH.
- Le développement récent des plateformes qui ont lieu une fois par mois est très utile pour discuter des cas complexes et favorise les collaborations interinstitutionnelles. Toutefois, il est aussi mentionné que le contenu de ces séances devrait pouvoir varier. A savoir, qu'il faudrait pouvoir discuter de divers thèmes pertinents pour l'ensemble des institutions, comme par exemple celui des nouveaux besoins ou des besoins non couverts.
- De manière générale la collaboration avec le SPAS est jugée comme très bonne, avec des interlocuteurs compétents et disponibles.

### Les points négatifs concernant le DCISH

- Comme tout nouveau système, le DCISH souffre d'erreurs de jeunesse. Le principal point négatif porte sur la lenteur du système. Toutefois, il est relevé que des corrections ont déjà été amenées ce qui constitue dans ce sens un point positif aussi. Le système reste tout de même assez lourd au niveau administratif.
- Si d'un côté l'approche retenue est standardisée (cf. point positif ci-dessus), il faudrait dans certaines situations pouvoir proposer des approches moins contraignantes, notamment lors du passage à l'âge adulte au sein d'une même institution.
- L'information sur les places disponibles n'est pas encore suffisamment développée.
- La gestion des cas « difficiles » n'est pas encore optimale.

Toutes les institutions s'accordent pour dire qu'il faut du temps pour qu'un dispositif comme le DCISH puisse se développer de manière optimale.

La question du vieillissement de la population des bénéficiaires et de leurs proches devrait être mieux anticipée. De même le passage à l'âge adulte (transition mineur-majeur) nécessite selon les institutions une préparation sur un intervalle d'environ 2 ans, alors que le DCISH planifie cela sur un délai plus court. Cette divergence de point de vue devrait être résolue pour améliorer le système. Il en va de même d'une meilleure collaboration entre SESAF, SASH, SPJ et SPAS. Il persiste un cloisonnement entre le monde des mineurs et des majeurs.

La question des critères liés aux situations d'urgence doit encore être développée. En effet, selon les institutions, ceux-ci n'ont pas encore été clairement explicités et cette situation peut potentiellement générer des conflits et des incompréhensions à tous les niveaux.

Le développement d'une interface Internet pour la gestion des places disponibles et pour le descriptif des institutions devrait être rapidement mis en place. Cela permettrait aussi d'avoir des informations plus transparentes pour les bénéficiaires et l'ensemble des institutions.

La problématique des cas mixtes combinant handicap mental et troubles psychiatriques qui tend à augmenter et pour laquelle il n'existe peu ou pas de places devrait être traitée de manière prioritaire.

## 3.5 Entretiens avec des collaborateurs du SPAS

Deux membres du SPAS ont été interviewés séparément (voir liste en Annexe 5.2.5). Dans la suite de cette partie, les évaluateurs reprennent les grands thèmes abordés au cours des entretiens, en commençant par les points positifs et négatifs exprimés par les membres du SPAS

### Points positifs

- Certaines familles connaissent mieux le système que d'autres, notamment en ce qui concerne l'accès à l'information. Il y a donc des « gagnants » avec l'introduction du DCISH (les familles qui ne connaissent pas bien le système) et des « perdants ».
- La mise en place du DCISH permet un accès équitable à l'information et aux places disponibles pour toutes les personnes qui en ont besoin.
- Le risque d'avoir une personne à une place qui ne lui convient pas a diminué suite à l'introduction du DCISH.
- Le DCISH harmonise la démarche et permet de centraliser l'information. Le SPAS commence à avoir une vue d'ensemble de la situation, puisque il peut maintenant faire un rapport en termes de places. Ainsi, le SPAS n'est plus seulement un « subventionneur », mais devient un acteur actif du dispositif.
- Le choix d'un acteur externe comme instance d'évaluation est une très bonne idée, car Pro Infirmis défend le client et son entourage. L'idée d'un acteur externe est inspirée de l'exemple du Centre d'indication et de suivi du canton du Valais.

### Points négatifs

- Le fait d'avoir une vue d'ensemble montre une situation à flux tendu. C'est difficile de savoir si cette situation préexistait à l'introduction du DCISH.
- Il y a une « distorsion » entre la voie normale et la voie d'urgence. Ces situations complexes engendrent beaucoup de travail et ont ralenti le fonctionnement du DCISH.
- La centralisation de la gestion des demandes de prestations au DCISH induit une déresponsabilisation des ESE face aux demandes individuelles de prestations. La mise en place de la plateforme vise à responsabiliser à nouveau les ESE en termes de réseaux qui se doit d'apporter des réponses à l'ensemble des demandes individuelles.
- La CIS est un peu « légère ». Il manque quelque chose en terme d'implication et de mise en œuvre. Dans l'idéal, chaque dossier devrait être discuté.

### Informations aux bénéficiaires

L'amélioration de l'information disponible pour les personnes en situation de handicap est clairement l'objectif qui a été le moins poursuivi par le SPAS durant la phase pilote. Il y a une volonté d'amélioration.

Au début, le SPAS a demandé que chaque ESE fournisse une fiche de présentation avec notamment les prestations offertes. C'était la première fois qu'un tel exercice était effectué. Ce catalogue a servi d'outil de travail, notamment pour l'IEBI dans le cadre du mandat 2 (recherche



de place), car, au début du DCISH, les collaborateurs ne connaissaient pas bien le réseau institutionnel. De plus, ce catalogue devrait servir à créer un catalogue online et sur papier avec un descriptif complet des ESE, une sorte de répertoire des ESE, à l'image de ce que fait l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS)<sup>k</sup>.

Au niveau de la création d'une liste des places disponibles, il a fallu du temps pour trouver un bon fonctionnement. La solution informatique était privilégiée, comme par exemple copier ce qui a été fait pour la gestion des lits d'EMS dans le canton de Vaud (BRIOCHE-WEB<sup>l</sup>), l'idée étant d'avoir une plateforme ouverte au public. Mais le service informatique de l'Etat de Vaud n'a pas accepté les propositions avancées, souvent pour des raisons de sécurité. Ce projet a été mis en attente jusqu'à la fin de la phase pilote.

### **Analyses des demandes**

De manière générale, la phase 0, c'est-à-dire le premier tri consistant à déterminer si un dossier répond aux critères du périmètre du DCISH, donc d'une admission en ESE, a été conceptualisée sous une forme administrative et est rapide. Par contre, il y a toute une population avec des comorbidités pour lesquelles la définition du périmètre est plus difficile, mais comme les dossiers sont généralement bien fournis, il est relativement aisé de prendre une décision. Ce premier triage se fait en amont de l'évaluation par l'IEBI pour diminuer sa charge de travail. Selon les personnes du SPAS interrogées, ce premier triage permet de réorienter entre 10 et 20% des dossiers vers d'autres instances hors du périmètre DCISH. Ces dossiers ne sont donc pas évalués par l'IEBI.

Le souhait du SPAS était de laisser l'équipe de l'IEBI adapter la manière de faire l'évaluation en fonction de la situation individuelle à laquelle elle se trouvait confrontée, c'est-à-dire de faire des analyses plus légères pour les situations les plus simples, mais cette vision n'a pas été formalisée. L'IEBI a traité tout le monde de manière équitable et, du coup, la longueur des évaluations a été largement sous estimée.

### **Analyse des besoins**

Pour l'Etat de Vaud, il est important de séparer la phase définissant les types de prestations (mandat 1) de la phase du choix du prestataire (mandat 2), car il ne voulait pas limiter l'information aux seules prestations existantes : la demande doit être clairement connue pour faire correspondre l'offre.

### **Recherche de place**

Dans les lignes directrices, cette recherche de place (phase 2) est réalisée par l'IEBI en relation avec les différents ESE et le SPAS (cf. Annexe 5.4). Le concept était donc que l'IEBI continue à

---

<sup>k</sup> <http://www.avdems.ch/fr/>

<sup>l</sup> Pour une rapide description de BRIOCHE-WEB :  
[https://www.elca.ch/sites/elca.ch/files/resources/downloads/Brioche\\_FR\\_1.pdf](https://www.elca.ch/sites/elca.ch/files/resources/downloads/Brioche_FR_1.pdf)

accompagner les gens pendant cette deuxième phase. Avant le démarrage du dispositif, la question de savoir si la même équipe devait s'occuper de la phase 1 et de la phase 2 s'est posée et Pro Infirmis souhaitait plutôt avoir deux équipes différentes. Mais, le SPAS était plutôt d'avis que la même personne doit suivre un dossier de A-Z, c'est-à-dire accompagner la famille dans l'évaluation et dans la recherche d'une place. Et c'est ce modèle qui a finalement été choisi.

Pro Infirmis, en tant qu'IEBI, a été plusieurs fois confronté à des problèmes de manque de places et des réponses négatives de la part des institutions par rapport au dossier présenté. De ce fait, Pro Infirmis s'est tourné vers le SPAS pour le faire intervenir dans un nombre de plus en plus important de situations, de manière à fluidifier le système, mais également pour faire le pont entre Pro Infirmis et les institutions.

Face à ces problèmes, le SPAS a réfléchi à l'opportunité de confier à des partenaires distincts la réalisation de la phase 1 et de la phase 2. Les moyens prévus pour s'occuper de cela ne suffisent pas, car il y a beaucoup de situations individuelles à suivre. C'est un effet qui, parfois, a amené le SPAS à se demander s'il avait fait le bon choix.

### Réorientations

Logiquement, en cas de réorientation (domicile vers ESE ou transferts entre ESE), le DCISH est la porte d'entrée. Cela ne fonctionne plus lorsqu'il s'agit des situations d'urgence (estimées à environ 20% des dossiers de mandat 2 selon les personnes interviewées au SPAS). Ces situations ne passent pas par l'IEBI et la question de savoir qui les pilote se pose donc. Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité que les critères d'urgence ne sont pas définis dans les lignes directrices. Néanmoins, une première définition des situations d'urgence peut être faite :

- Si la personne est à domicile et que la situation est fragile.
- Si la personne se trouve en situation de crise (p.ex. personne hospitalisée, auteur ou victime d'abus sexuels, etc.).
- Si l'équipe socio-éducative d'un ESE n'arrive plus à faire face.

### Réévaluations

Durant la phase pilote, il n'y a pas eu de réévaluations. Ces dernières ont donc pour l'instant une nécessité théorique. Il y a deux aspects à considérer en ce qui concerne les réévaluations. D'un côté, la question de l'appropriation par l'ESE de l'évaluation se pose, à savoir est-ce que l'ESE va partir de ce rapport pour élaborer le projet socio-éducatif de la personne. D'un autre côté, il y a la temporalité entre la voie normale et la voie d'urgence. Puisque, dans ce dernier cas, il n'y a pas d'évaluation, il faudrait la réaliser rapidement, par exemple au plus tard trois mois après l'entrée en ESE, en lieu et place d'une réévaluation.

### Besoins non couverts

Souvent les familles vivent mal le décalage entre les envies mises en avant dans l'évaluation et la réalité des prestations des ESE. Mais il s'agit d'une volonté politique de mettre les besoins en avant. Cela permet de faire évoluer le catalogue des prestations.

En ce qui concerne la suite et la pérennisation du DCISH, les personnes du SPAS interviewées estiment que les ESE vont s'habituer au regard externe porté sur leur fonctionnement.

Dans les besoins non couverts, il y a deux niveaux, un niveau quantitatif, plutôt macroscopique et un deuxième niveau plus qualitatif. Dans le quantitatif, on se rend compte qu'il y a un manque de places, à la fois dans le domaine du handicap mental et à la fois dans le domaine du polyhandicap, qu'il faut pouvoir anticiper, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir intégrer cette composante dans les négociations de budget pour l'année 2014. Ainsi, il serait possible d'inciter les ESE à développer des nouvelles places, ce qui prend aussi du temps, plutôt que d'améliorer exclusivement les prestations existantes.

Le fait d'anticiper ces besoins en termes de places dans les budgets futurs permet d'avoir une vision claire de l'avenir à court et moyen terme. Par exemple, il y a des projets de constructions qu'on peut/doit calibrer pendant cinq à dix ans. Maintenant, quand de tels projets sont en cours d'élaboration, l'augmentation du nombre de places est déjà connu. Ça donne un cadre de référence qui permet d'influencer le développement futur du dispositif.

D'autre part, de plus en plus d'institutions viennent vers le SPAS, car elles sont demandeuses de son constat sur les évolutions et sur les tendances dans le DCISH. Ces dernières années, le SPAS a observé une augmentation des moyens versés aux ESE. Depuis cinq à six ans, ces investissements ont principalement été orientés vers l'amélioration de l'accompagnement, ce qui a permis d'améliorer globalement les standards. Dans les prochaines années, l'Etat va devoir plus se concentrer sur l'amélioration quantitative de l'offre.

Sur l'offre qualitative, le public dans les institutions évolue :

- L'augmentation de l'âge moyen des personnes en ESE : certains établissements deviennent presque des EMS handicap. Ce sont des défis nouveaux (moins autonomes, les résidents ne vont plus travailler à l'atelier, ont plus besoin de soins etc..). La plupart des grandes institutions réorganisent leur offre existante dans cette direction en créant des secteurs spécifiques pour personnes en situation de handicap âgées.
- Il y a dix à quinze ans, les jeunes en situation de handicap étaient orientés plus souvent vers les institutions, alors qu'aujourd'hui, la tendance est plutôt de les orienter vers un appartement protégé ou d'autres solutions (lorsque cela est pertinent).
- Les personnes en ESE sont de plus en plus dépendantes et représentent des situations plus lourdes. Cela a aussi un impact sur tout le monde des ateliers protégés et des institutions, puisque ce sont des personnes moins autonomes et moins productives. Il y a également une nouvelle génération qui ne souhaite pas travailler en atelier et

préfère se dédier aux loisirs. Ils se demandent pourquoi il faut travailler alors que l'Etat paie.

- Selon les statistiques récentes du Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF) du canton de Vaud, on constate une augmentation modérée du nombre de personnes atteintes d'une déficience intellectuelle, c'est-à-dire les personnes qui représentaient pendant longtemps la population typique des ESE vaudoises. Parallèlement à cela, on constate une augmentation très importante du nombre de personnes présentant un trouble du spectre autistique (TSA) et de personnes avec des troubles du comportement. Tout le monde se demande si c'est un changement de la population ou si c'est un changement de diagnostic.

Au final, l'Etat doit accompagner ces populations de façon différente et la pression, de la part des parents d'enfants autistes notamment, est de plus en plus grande pour que l'accompagnement dans les institutions se spécialise, sachant que l'accompagnement pour chaque population spécifique n'est pas forcément identique et qu'il y a toute une série de moyens spécifiques (développement de la communication, visuel pictogramme, ...) qui doivent se développer dans les institutions. Des synergies peuvent éventuellement être trouvées.

# 4

## Conclusions et recommandations



## 4 Conclusions et recommandations

De manière générale, même si l'introduction du DCISH change complètement le paradigme de base du système de prise en charge des personnes en situation de handicap dans le canton de Vaud, personne ne semble vouloir revenir à la situation antérieure où les personnes en situation de handicap/familles/entourage/représentants devaient se débrouiller pour trouver l'information adéquate auprès des ESE. En effet, une porte d'entrée unique dans le système de prise en charge est quelque chose de très positif.

En plus de fournir une information équitable sur l'ensemble des possibilités de prise en charge (ESE, alternatives, domicile) et de leur financement, ce qui permet, du moins en théorie, d'offrir des choix, la mise en route du dispositif a permis de mettre la personne en situation de handicap au centre de la prise en charge. Pour ce faire, l'évaluation standardisée menée par l'IEBI est un outil très apprécié. Elle correspond à un moment important dans le dispositif, car elle permet de prendre le temps pour faire un point de la situation avec la personne (ou son entourage/représentant légal/famille) et de définir un projet de vie. De plus, le fait qu'il y ait un seul acteur externe (Pro Infirmis), vu majoritairement comme neutre, pour faire les évaluations est salué par tous.

Mais le DCISH souffre également de problèmes de jeunesse qui demandent encore des ajustements. Certains points problématiques soulevés dans les différents entretiens sont en voie de résolution :

- L'IEBI demandait, pour la gestion du nombre de places, de remettre sur pieds une instance dans laquelle les différents partenaires peuvent se rencontrer pour discuter au moins des cas difficiles et, de manière générale, du fonctionnement du système. Pour ce qui est des cas difficiles, la mise en place de la « Plateforme DCISH » au cours du dernier trimestre 2013 répond en partie à cette demande. D'ailleurs, pour les institutions, la mise en place de la plateforme est une très bonne chose, car elle permet de mettre de l'huile dans les rouages du DCISH et, pour le SPAS, cela permet de responsabiliser à nouveau les ESE. Il faudrait néanmoins l'étendre à l'ensemble des problèmes rencontrés par le DCISH.
- Certaines familles frappent encore directement aux portes des ESE qui doivent les renvoyer vers le DCISH. L'effort d'information que le SPAS n'a que peu pu faire en direction de la population cible doit donc être renforcé.

D'autres problèmes doivent encore être réglés.

## 4.1 En ce qui concerne la phase 1

La phase 1, c'est-à-dire l'évaluation, permet de faire remonter les prestations nécessaires et, donc, de voir dans quelle mesure l'offre pourrait être étoffée. En effet, le mandat de la CIS est de valider le rapport et, donc, les prestations souhaitées, ce qui est un mandat très vaste. Elle trouve généralement difficile de valider une somme de prestations non priorisées, de plus sans avoir vu la personne, surtout que les demandes sont parfois contradictoires.

**Recommandation :** Les informations concernant les prestations estimées/nécessaires doivent être priorisées.

Pour assurer l'uniformité des évaluations, l'IEBI devrait réfléchir à un moyen d'unifier la présentation des prestations nécessaires/désirées.

L'IEBI n'a que peu de retours sur les validations, comme par exemple les critères de validations des prestations ou les problèmes rencontrés par l'analyse des dossiers d'évaluations, d'autant plus que rares sont les dossiers qui ont fait l'objet d'une discussion. La CIS n'a jamais rencontré l'IEBI depuis le début de la mise en œuvre.

**Recommandation :** Un bilan en commun entre la CIS et l'IEBI pour discuter des problèmes est nécessaire et souhaité.

Les personnes en situation d'urgence posent problèmes car elles rentrent en ESE sans passer par la phase 1 (évaluation par l'IEBI). Les critères d'une situation d'urgence ne sont pas définis et certains ESE ont utilisé cette notion pour contourner le dispositif. Cela contredit l'égalité de traitement prônée par le système.

**Recommandation :** la définition d'une urgence doit encore être réglée, à savoir sur quels critères cette dernière est-elle définie, et comment est définie l'ordre d'importance des critères.

## 4.2 En ce qui concerne la phase 2

Dans le cas de la phase 2 (la recherche d'une place), on confronte les prestations voulues ou estimées lors de l'évaluation à la réalité du terrain, sachant que l'augmentation de l'offre coûte aussi bien en temps qu'en argent. Souvent, il y a des « désillusions » lorsque les personnes se rendent compte que la réalité ne correspond pas à leurs attentes et que le choix n'en est pas vraiment un, puisque les personnes prennent la première place disponible.

**Recommandation :** Qui informe sur la réalité de l'offre et quand les personnes sont informées de cette situation sont des questions qui doivent encore être clarifiées.

Les supposées connaissances insuffisantes du réseau institutionnel vaudois par les collaborateurs de l'IEBI – en tout cas au début de la mise en place du DCISH – ont été pointées du doigt. Conformément à ce que prévoit le processus (cf Annexe 5.4), l'IEBI a souvent dû se tourner vers le



SPAS pour faire le pont avec les ESE, notamment à cause du manque de places disponibles, ce qui représente une charge de travail supplémentaire pour le SPAS et une perte d'énergie. Même si Pro Infirmis n'a pas forcément le pouvoir pour imposer ses décisions aux ESE, ces derniers ont reconnu l'amélioration continue des connaissances du réseau institutionnel de Pro Infirmis.

**Recommandation** : Il n'y a pas de recommandation à faire ici puisque la situation continue de s'améliorer.

Egalement, une des raisons avancées pour les problèmes de réalisation de la phase 2 réside dans la difficulté de connaître avec certitude la liste des places disponibles. Plusieurs personnes interviewées ont émis le souhait de disposer d'un outil de gestion des places disponibles facilement accessible (et mis à jour de façon quotidienne dans la mesure du possible), ce qui faciliterait cette recherche de la meilleure place disponible.

**Recommandation** : Cette recommandation concernant l'outil de gestion des places disponibles a été anticipée par le SPAS puisque, selon ce dernier, ce projet devrait être relancé à la fin de la phase pilote.

Le fait de voir le catalogue de prestations utiles pour la prise en charge des personnes en situation de handicap s'étoffer est une bonne chose. Mais pour l'instant, il s'agit d'un outil de travail. Cette information n'est donc pas facilement accessible pour les bénéficiaires et leurs proches. De plus, ce catalogue doit permettre au SPAS de dresser un premier état des lieux et de prioriser les offres à développer à court, moyen et long terme pour non seulement faciliter l'accessibilité aux prestations mais aussi pour diversifier l'offre de prestations voulues par l'introduction du DCISH. Il faudra veiller cependant à ce que la manière de présenter les prestations (c'est à dire ce que recouvre chaque prestation) soit unifiée de façon à permettre une véritable comparaison entre les ESE sur ce qui est offert.

**Recommandation** : Il faut pouvoir rendre public ce catalogue sous une forme ou une autre, de manière à répondre aux problèmes mentionnés ci-dessus.

### 4.3 En ce qui concerne le DCISH en général

En ce qui concerne le DCISH de manière générale, les différents acteurs du dispositif n'ont pas la même temporalité et le processus d'évaluation mené par l'IEBI est clairement une étape qui nécessite beaucoup de temps. Si l'évaluation des besoins de la personne (phase 1) n'est pas remise en question, le passage entre la phase 1 et la phase 2 (la recherche d'une place) reste peu clair et la pertinence des évaluations pour cette phase sujette à caution (surtout de la part des institutions).

**Recommandation** : l'idée de développer une évaluation moins contraignante – ou en tout cas avec des besoins priorités – a été exprimée et pourrait être utile pour alléger le processus.

Même si encore peu nombreuses, les personnes à la frontière entre psychiatrie et handicap mental posent problème et n'ont, semble-t-il, pas été recensées au départ en regard des places disponibles. Il y a une sorte de jugement de valeur de la part des experts psychiatres qui considèrent que le placement de ces personnes doit se faire en ESE et non en EMS psychiatrique, sans que la justification de ce placement soit très bien vérifiée, alors que des places dans les EMS psychiatriques existent. Il faut que cette situation soit discutée au moment de la planification.

**Recommandation :** A moyen terme, il faut tisser des liens avec le domaine psychiatrique

Deux points doivent encore être soulevés ici concernant la population cible. D'une part, pour ceux qui ont des enfants qui vont passer d'un ESE pour jeunes à un ESE pour adultes, des informations sur les possibilités de poursuivre une forme de scolarité ou d'apprentissage, en plus des ateliers, manquent et les proches notamment aimeraient disposer d'une telle information. D'autre part, la population cible des ESE se transforme. Le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle « standard » tend à diminuer et celui des personnes diagnostiquées comme autistes à augmenter.

**Recommandation :** L'évolution démographique de la population cible doit être prise en compte dans les prestations à fournir. En effet, même si ces deux populations nécessitent un type de prise en charge différent, il serait intéressant de voir dans quelles mesures des synergies peuvent être trouvées. Le système ne doit pas être reconstruit, mais adapté.

## Références

- 1 Meystre-Agustoni G, Locicero S, Dubois-Arber F. Personnes en situation de handicap: mouvements entre milieu résidentiel et milieu ordinaire, besoins et lacunes du dispositif de prise en charge. Lausanne: IUMSP 2010.
- 2 Gummy C, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Evaluation de la phase pilote du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi des personnes Toxicodépendantes (DCIST). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2011.
- 3 Jeannin A, Dubois-Arber F. Evaluation du projet EVITA : rapport final Lausanne: IUMSP 2010.
- 4 SPAS. DCISH: Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi pour personnes en situation de Handicap - Lignes directrices. DSAS. Lausanne 2012.



# 5

## Annexes



# 5 Annexes

## 5.1 La grille d'entretiens utilisée

THEME	QUESTION
DCISH en général (à poser à toutes les personnes interrogées !)	1. Selon vous quels sont les points positifs / négatifs de l'introduction du dispositif d'indication?
Informations	2. A votre avis, dans quelle(s) mesure(s) le DCISH permet-il d'améliorer l'information des bénéficiaires concernant la prise en charge des personnes en situation de handicap? 3. A votre avis, dans quelle(s) mesure(s) le DCISH permet-il d'améliorer l'information de l'entourage (famille, représentant légal,...) concernant la prise en charge des personnes en situation de handicap? 4. Comment la mise en œuvre du DCISH a-t-elle permis d'améliorer la gestion des flux d'informations (portant sur l'offre de prestations, type de prestations, nbre de places, ...) dans/hors réseau des ESE ?
Analyse des demandes (instance d'évaluation)	5. Comment jugez-vous la pertinence du choix d'un acteur externe comme instance d'évaluation ? 6. Quels sont les avantages et les inconvénients d'un tel choix ? 7. Selon vous, le processus d'analyse des besoins des personnes en situation de handicap (à savoir la chaîne d'information et de décision entre l'instance d'évaluation, la commission et le SPAS) fonctionne-t-il de manière satisfaisante (analyse des besoins individualisés permettant un accès aux prestations adéquates) ? 8. La qualité de l'information individuelle fournie par l'instance d'évaluation est-elle suffisante pour prendre une décision éclairée ?
Orientations/ Réorientations/ (commission)	9. Les outils développés sont-ils adéquats pour permettre l'orientation/réorientations des personnes handicapées ? 10. L'activité correspond-elle au cahier des charges ? 11. Les flux d'informations permettent-ils d'atteindre les objectifs fixés ? Le processus décisionnel est-il pertinent pour aboutir à une orientation/réorientation adéquate ?
Réévaluation	12. Comment jugez-vous la pertinence de la réévaluation ? Pensez-vous que la réévaluation est nécessaire ? A quel(s) intervalle(s) ? Sur la base de quel(s) critères ? 13. Dans la mesure où peu de réévaluations ont eu lieu, comment améliorer le système des réévaluations?
Besoins non couverts	14. Dans quelle(s) mesure(s) le dispositif est-il suffisamment souple pour prendre en compte les besoins non encore satisfaits ? 15. L'amélioration du dispositif est-elle garantie ? Dans quelle(s) mesure(s) le processus peut-il être amélioré ? 16. Comment imaginez-vous la suite du dispositif, sa pérennisation ?

## 5.2 Liste des personnes interviewées

### 5.2.1 L'IEBI

Benoît, Romy	Collaboratrice IEBI	IEBI
Bez, Raphaël	Cordinateur Pro Infirmis-SPAS	IEBI
Domeniconi, Jacques	Collaborateur IEBI	IEBI
Erard, Odile	Encadrement	IEBI
Mognetti, Jacques	Collaborateur IEBI	IEBI
Rais-Pugin, Sophie	Cheffe de projet	IEBI
Richoz, Monique	Directrice Pro Infirmis	IEBI

### 5.2.2 La CIS

Devaux, Pascal	Directeur, Fondation Perceval	CIS
Kunzler, Claire-Anne	AVASAD	CIS
Scholder, Mireille	Directrice du secteur hébergement et ateliers Fondation Vernand	CIS
Curchod, Lise	Coordinatrice Cap Contact	CIS
Messer, Isabel	Secrétaire générale SHM, Présidente FHVd	CIS
Meyer, Corinne	Présidente Cerebral Vaud	CIS

### 5.2.3 Le Forum Handicap Vaud

Curchod, Lise	Coordinatrice Cap Contact	FHVd
Messer, Isabel	Présidente FHVd	FHVd
Meyer, Corinne	Présidente Cerebral Vaud	FHVd

### 5.2.4 Les ESE

Brucher, Claudia	Directrice socio-éducative	Les Eglantines, Vevey
Vaucoret, Dominique	Adjoint socio-éducatif	Les Eglantines, Vevey
Wägli, Bruno	Directeur adjoint	Eben-Hezer, Lausanne
Aguet, Patricia	Coordinatrice des admissions	Eben-Hezer, Lausanne
Richoz, Monique	Directrice Pro Infirmis	SFVA
Lachat, Line	Cheffe de service	SFVA
Niedermann, Andreas	Directeur adjoint secteur des enfants et adolescents	Fondation Perceval
Huesler, Margaux	Assistante sociale	Association La Branche
Kaiser, Barbara	Assistante sociale	Association La Branche



Martinez, Alejandro	Directeur département hébergement socio-éducatif	Fondation Institution de Lavigny
Morand, Olivier	Directeur	Fondation CSC Le Château
Bagnoud, Charles-Edouard	Directeur	Fondation L'Espérance
Counet, Jean-Pierre	Membre de la direction	Fondation L'Espérance
Henriod, Jacques	Membre de la direction	Fondation L'Espérance

### 5.2.5 Le SPAS

Bertozzi, Fabio	Chef de section adjoint	SPAS
Fernandez, Vlad	Conseiller socio-éducatif	SPAS

## 5.3 Tableau des abréviations

APHAGI	Aide aux personnes handicapées et gestion des institutions
AVASAD	Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile
AVOP	Association vaudoise des organismes privés pour personnes en difficulté
CIS	Commission d'Indication et de Suivi
DCISH	Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi pour personnes en situation de Handicap
ESE	Etablissement Socio-Educatif
IEBI	Instance d'Evaluation des Besoins Individuels
PSH2011	Plan Stratégique Handicap 2011
SASH	Service des Assurances Sociales et de l'Hébergement
SDPP	Service du Développement des Pratiques Professionnelles
SESAF	Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation
SFVA	Service de formation à la vie autonome
SPAS	Service de Prévoyance et d'Aide Sociales
SSP	Service de la santé publique du canton de Vaud

## 5.4 Algorithme du fonctionnement du DCISH

