



HAL
open science

ACAPELHA : Accès et Continuité de l'Accompagnement des Personnes Enfants et aduLtes en situation de Handicap

Anderson Fabian Mosquera Varela, Lorraine Trilling, Mabrouka El Hachani,
Geovanny Osorio, Omar Larouk, Christian Cote, Karine Boissin, Thibaud
Monteiro

► To cite this version:

Anderson Fabian Mosquera Varela, Lorraine Trilling, Mabrouka El Hachani, Geovanny Osorio, Omar Larouk, et al.. ACAPELHA : Accès et Continuité de l'Accompagnement des Personnes Enfants et aduLtes en situation de Handicap. 9ème Conférence Francophone en gestion et ingénierie des systèmes hospitaliers - GISEH 2018, Aug 2018, Genève, Suisse. hal-01975779

HAL Id: hal-01975779

<https://hal.science/hal-01975779v1>

Submitted on 9 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ACAPELHA : Accès et Continuité de l'Accompagnement des Personnes Enfants et adultes en situation de Handicap

MOSQUERA VARELA Anderson Fabian^{1,3}, TRILLING Lorraine¹, EL-HACHANI Mabrouka², OSORIO Geovanny³, LAROUK Omar², COTE Christian², BOISSIN Karine⁴, MONTEIRO Thibaud¹

¹ Laboratoire DISP – INSA Lyon, anderson.mosquera lorraine.trilling thibaud.monteiro @insa-lyon.fr

² Laboratoire ELICO – mabrouka.el-hachani christian.cote @univ-lyon3.fr, omar.larouk@enssib.fr

³ Ressourcial / Fondation OVE, anderson.mosquera geovanny.osorio @ressourcial.fr @fondation-ove.fr

⁴ UseTic consulting, karineboissinconsulting@gmail.com

Résumé. Cet article présente le projet ACAPELHA, projet dont l'intention est d'accroître la prise en compte de l'expression de la personne en situation de handicap, lors de la proposition d'un accompagnement médico-social. Ce projet étudie la pertinence d'un processus d'orientation basé sur le modèle d'orientation besoin-prestation qui vise à éviter la rupture du parcours d'accompagnement des personnes en situation de handicap, c'est-à-dire qu'elles restent sans un minimum d'accompagnement.

En partant du terrain, nous avons réalisé une analyse quantitative et qualitative des besoins des personnes et des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette analyse a permis, dans un premier temps, et en partant d'un standard de besoins et de prestations, de proposer deux modèles d'orientation : un premier qualitatif qui intègre les différentes dimensions des besoins et prestations ; et un quantitatif qui intègre la consommation temporelle des ressources mobilisées.

Mots clés : modélisation du processus d'orientation, réseau de santé, médico-social, caractérisation des besoins, caractérisation des prestations

1. Introduction

En France, l'action sociale et médico-sociale doit être conduite de façon à donner des réponses adaptées aux besoins de chaque personne. Un des aspects de l'intervention de l'action sociale et médico-sociale est la mise en place des accompagnements personnalisés du type sanitaire et/ou social des personnes en situation de handicap (PSH). Le travail présenté dans cet article est centré sur le processus d'orientation des PSH vers des établissements et prestations. Les PSH peuvent accéder aux accompagnements adaptés à leurs besoins à travers un processus d'orientation auprès de la Maison Départementale de Personnes Handicapées (MDPH). Ce processus vise à proposer aux PSH des Établissements et Services sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) qui peuvent éventuellement l'accompagner. Cette proposition est construite par une équipe pluridisciplinaire (EP) qui considère l'information donnée par la personne lors de la demande (formulaire de demande officiel incluant notamment son Projet de Vie (PV) et des informations médicales), et l'information sur l'agrément des ESMS du territoire.

Aujourd'hui, le processus d'orientation compte plusieurs lacunes : (1) La demande formulée à la MDPH peut nécessiter plusieurs itérations du fait, entre autres, d'éléments manques entre autres ; (2) Selon la loi, après le dépôt d'une demande à la MDPH, une réponse doit être donnée, en moins de quatre mois, délai qui n'est pas respecté dans tous les cas (CNSA, 2017) ; (3) La liste des établissements proposés par l'EP n'est pas toujours adaptée pleinement aux besoins de la personne ; (4) Une personne peut attendre plus d'un an entre le moment où elle reçoit la proposition de l'EP et le moment où elle est admise dans un établissement ; (5) Pendant ces différents temps d'attente, une PSH peut rester sans accompagnement, au cours de cette période de rupture du parcours, la situation de la personne peut se dégrader, on dit alors qu'elle est « sans solution » (Piveteau et al., 2014).

Dans le but d'améliorer le processus actuel d'orientation des PSH, le projet de recherche ACAPELHA est né. Ce projet vise à renforcer, à travers de meilleures quantifications et qualifications de la demande des PSH et de l'offre de prestations des ESMS, la capacité décisionnelle de l'ensemble des acteurs (personnes en situation de handicap et professionnels) pour les aider à choisir efficacement des propositions d'orientation correspondant mieux aux besoins et aux souhaits, en intégrant le projet de vie exprimé par les PSH. Cet objectif principal est décliné sur 3 objectifs opérationnels synthétisés dans la Figure 1 : (1) Quantifier et qualifier l'offre et la demande de prestations médico-sociales en s'appuyant sur une nomenclature standard issue de l'étude et de la formalisation de l'expression directe et ouverte des besoins des personnes à partir d'une observation de terrain, et de la caractérisation de l'offre à partir de la quantification et de la qualification des prestations d'accompagnement supportée par les outils de mesure de l'activité du terrain ; (2) Créer un référentiel de correspondance afin d'associer l'offre des ESMS à l'évolution des besoins que la personne peut avoir tout au long de son parcours de vie. Ce référentiel sera mis à disposition des PSH et des professionnels, pour offrir une vision globale, synthétique et claire des prestations offertes et des besoins rencontrés ; (3) Sur la base de ce référentiel de correspondance entre l'offre et la demande, évaluer la faisabilité d'un système d'aide à la décision capable de présenter, aux futurs utilisateurs, les possibilités offertes, dans le bassin de vie des personnes, pour répondre à leur projet de vie.

Nous allons d'abord présenter le travail de modélisation du processus d'orientation actuelle. À partir de cette connaissance acquise avec cette modélisation, une démarche de quantification et de qualification présente les éléments d'étude pour la mise en place d'une orientation basée sur les besoins des personnes et les prestations du territoire (Besoins-Prestations). Cette proposition contraste avec la démarche actuelle d'orientation qui est basée sur le type de handicap de la personne et l'agrément des ESMS (Personnes-Établissements). Pour finir, nous étudions la façon dont une proposition d'accompagnement plus adaptée aux besoins de la personne peut être construite. Chaque étape du projet a impliqué l'utilisation de différentes méthodes, issues de différentes disciplines. Ainsi, chaque session contient une sous-section dédiée à l'état de l'art des approches utilisées.

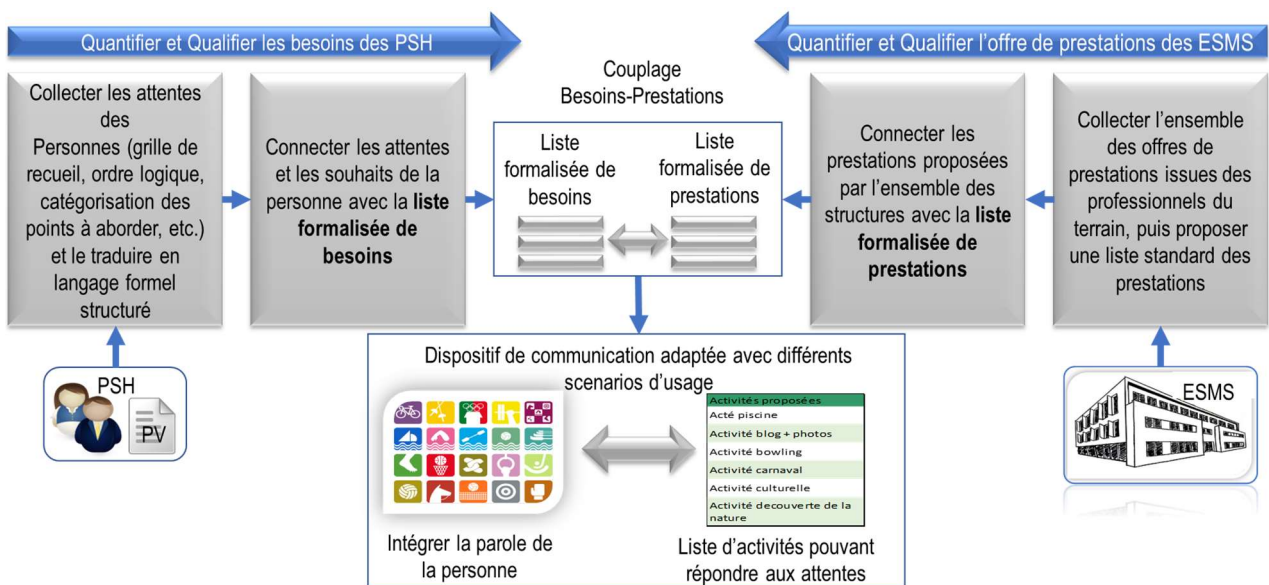


Figure 1. Synthèse de la structure globale du projet ACAPELHA

2. Comprendre le processus d'orientation et ses difficultés - La création d'un modèle du processus

La modélisation du processus d'orientation actuel, à partir du point de vue des acteurs du terrain, permet de caractériser le comportement détaillé de chaque acteur et d'identifier les difficultés rencontrées et leurs causes. Également, elle permet de lister les améliorations que chaque acteur considère comme nécessaires. Une révision exploratoire de la législation relative aux organismes qui interviennent dans le processus d'orientation, a permis d'identifier trois acteurs principaux : les PSH, la MDPH et les ESMS.

Bibliographie. Avant d'améliorer un système, il est nécessaire de comprendre ses opérations et ses processus (Ducq et al., 2005). Dans le secteur de la santé, plusieurs travaux de recherche ont porté sur la modélisation (Villa et al., 2014), on en trouve beaucoup moins dans le secteur médico-social (Osorio et al., 2014b). Il existe quelques travaux, comme celui de (Osorio et al., 2014a), qui portent sur la méthode pour aboutir à un modèle pour un système présentant des caractéristiques spécifiques ; en général, les travaux sont principalement concentrés sur les bonnes pratiques au moment de la modélisation (Claes et al., 2017). Pour ACAPELHA, le choix du langage de modélisation s'est porté sur le langage BPMN (Business Process Model and Notation), qui est facile à comprendre et qui permet de faire une connexion entre le modèle du processus et les exigences pour l'exécuter (Geiger et al., 2017).

Méthode. Modéliser le processus d'orientation implique d'être en mesure d'intégrer l'autonomie décisionnelle de chaque acteur du processus et la complexité des interactions entre les acteurs (le comportement de chaque acteur affecte le comportement des autres). Afin de considérer le point de vue des acteurs du terrain, nous avons réalisé le modèle du processus d'orientation en 4 étapes. **Étape 1 :** Entretiens avec les différents rôles impliqués dans le processus de chaque acteur. **Étape 2 :** Création d'un modèle de référence du processus de chaque acteur. **Étape 3 :** Validation du modèle de référence créé pour chaque acteur en considérant les informations obtenues dans la modélisation du processus des autres acteurs. **Étape 4 :** Création d'un modèle global qui permet de montrer tous les acteurs et leurs interactions.

Résultat et conclusions. La modélisation a permis de mettre en évidence la suite logique des activités, les interactions entre les acteurs, mais aussi les difficultés rencontrées et leurs causes. Une des causes principales de refus de la demande d'accompagnement, avant toute analyse par l'EP, est que le dossier déposé à la MDPH est incomplet. L'EP doit aussi traiter de nombreuses demandes, ce qui amène souvent un rallongement des délais de traitement. L'EP fonde ses décisions uniquement sur le dossier déposé et n'interagit que très rarement avec la personne. Il est donc important que le dossier reflète le plus fidèlement possible les besoins réels. L'inadéquation entre les besoins de la personne et les prestations proposées peut être aussi due au fait que l'EP ne dispose pas d'une base, à jour, contenant les informations sur les prestations proposées par les établissements. Une personne peut avoir besoin des prestations issues des différents types d'établissements (personne en situation complexe). Or, l'orientation actuelle ne le permet pas, car elle est faite vers un établissement unique. Le décalage entre le moment du dépôt de la demande et le moment de l'effectivité de l'accompagnement, implique que la solution n'est plus forcément adaptée à la situation actuelle de la personne. Une amélioration possible est d'augmenter le degré de finesse dans une orientation, en proposant des prestations et non pas, une simple place dans un seul établissement. En considérant les nombreuses demandes d'admission que les établissements reçoivent, le partage simultané des notifications d'orientation des PSH aux ESMS, permettrait de prévoir le nombre de personnes susceptibles de formuler une demande d'admission aux établissements. Pour éviter de laisser une personne sans accompagnement pendant le temps d'attente d'une réponse, une possibilité est de proposer

à la personne une solution dégradée en attendant la solution 100% adaptée à sa situation. Les détails des conclusions et le modèle sont détaillés dans (Mosquera Varela et al., 2017a). Le modèle du processus d'orientation est disponible en ligne (<https://acapelha.ressourcial.fr>).

3. Quantification et qualification des besoins et des attentes des personnes en situation de handicap

Pouvoir collecter les besoins et attentes des personnes en situation de handicap (PSH) suppose que ces mêmes personnes comprennent réellement à la fois leur propre situation et l'environnement dans lequel elles vont vivre ou évoluer. Le travail de quantification et qualification des besoins est basé sur une démarche bottom-up, considérant comme entrée principale, l'avis des personnes à travers les expériences vécues, leurs désirs et leurs attentes.

Bibliographie. Qualifier et quantifier les besoins des PSH à partir de la parole des personnes implique de commencer par comprendre dans quelle mesure les personnes sont informées de leur situation. De nombreux auteurs du monde scientifique et institutionnel (Pelchat et al., 2008; Piveteau et al., 2014) ont montré le déficit d'information en matière d'accompagnement et d'orientation. Cette situation empêche l'expression claire de leurs besoins, souhaits et attentes. Si on considère les documents administratifs que les PSH doivent remplir, il existe un manque d'adaptabilité à la situation de la personne. (Barreyre and Peintre, 2009) remarquent que le volet « projet de vie » du formulaire de demande d'accompagnement officiel des MDPH n'est pas clair sémantiquement pour les PSH, car les personnes n'en comprennent pas l'intérêt. Sur cent vingt situations étudiées, seuls cinquante projets de vie sont rédigés dont vingt-six seulement écrits par les PSH elles-mêmes.

Méthode. L'étude sur les besoins des PSH est basée sur deux sources d'information. D'une part, il y a des sources issues du terrain, c'est-à-dire des entretiens de PSH accompagnées ou non¹, de proches aidants, et de professionnels qui travaillent sur l'analyse de leurs besoins (travailleurs sociaux, psychologues, etc.). D'autre part, il s'agit d'informations issues de l'analyse des documents administratifs mis en place aujourd'hui pour formuler une demande d'accompagnement et pour déterminer les besoins des PSH (El hachani, Larouk, 2017). Ces différentes approches ont cherché à identifier : le rôle que peut jouer l'information santé² chez les PSH, les différentes modalités de communication et d'expression des demandes des usagers, les perceptions des usagers concernant la prise en compte de l'expression de leurs besoins et de leurs attentes, et la compréhension qu'ils peuvent avoir ou saisir du processus global d'orientation et d'accompagnement.

Résultat et conclusions. Analyser l'information santé chez les personnes en situation de handicap a permis constater l'existence de plusieurs facteurs bloquant quant à la bonne compréhension des situations de handicap chez les personnes concernées, en réduisant considérablement l'expression pertinente ou « juste » par rapport à leurs besoins. En effet, l'étude sur l'information santé chez la personne a mis en évidence des inégalités en termes : (1) d'accès à l'information ; outre l'accès, la question de sa compréhension par le public concerné reste tout entière, car les ressources ou documents ne sont pas toujours adaptés aux différentes situations de handicap ; (2) de traitement des situations dès lors que les familles ou proches des PSH voire la PSH elle-même ne sont pas informés d'une situation notamment médicale. En effet, être informé permet de renforcer la liberté de discussion des solutions proposées ainsi

¹ En fonction de l'aptitude du PSH à être capable de s'exprimer sur des questions précises.

² L'expression *information santé* est associée au besoin d'information d'une personne dans le domaine de la santé.

que l'autonomie des personnes. Un autre élément à prendre en compte est celui de la gestion des dépôts d'une demande d'accompagnement d'une personne. En effet, il a été noté que la gestion des dépôts est variable d'une région à une autre. La collecte de toutes les informations nécessaires pour élaborer un projet de vie adapté prend beaucoup de temps pour que l'évaluation des besoins soit complète et au plus près de la réalité. Envisager le couplage besoins-prestations demande de faire en sorte que l'évaluation du handicap soit fidèle à la situation de la personne, par l'identification qualitative des besoins et la détermination quantitative de la priorité de ceux-ci.

4. Quantification et qualification de l'offre de prestations pour les personnes en situation de handicap

Proposer à la personne une liste de prestations à la place d'une liste d'établissements implique d'avoir une connaissance claire sur les prestations du territoire. Aujourd'hui, les ESMS mettent en place leurs accompagnements sans standards. La quantification et la qualification de l'offre doivent donc commencer par une étude sur les accompagnements proposés dans différents ESMS.

Bibliographie. Le problème de quantification et qualification de l'offre dépend de l'offre à étudier. Dans le cas des prestations médico-sociales, il existe très peu de travaux portant sur le sujet. Nous pouvons néanmoins citer, au niveau national, la construction d'un répertoire opérationnel de ressources (Hémery, 2015) qui met en évidence la nécessité de définir clairement quels sont les facteurs et les éléments qui définissent une prestation. Nous pouvons aussi citer le travail réalisé au sein de la Fondation OVE, un organisme gestionnaire des ESMS qui est partenaire du projet ACAPELHA. Cet organisme a mis en place depuis 2013 un outil de mesure de l'activité (Osorio, 2015), lequel a permis de récolter l'information sur les accompagnements donnés aux PSH dans les ESMS de la Fondation.

Méthode. Dans un premier temps, nous avons étudié les ESMS de la Fondation OVE ayant mis en place le suivi automatisé des prestations. Ce travail a commencé sur la base de données brutes des activités renseignées depuis 2013. Ce suivi concerne tous les établissements de type SESSAD, Foyers, ITEP et SAVS, soit environ 4029 intitulés qui correspondent aux accompagnements. Le tri effectué par les structures, la suppression des doublons, raccourcis et activités personnalisées ont permis de réduire le nombre d'intitulés d'activités à environ 881. Après réunion de consultation avec les acteurs des établissements concernés (27 directeurs d'ESMS), une liste de 274 intitulés standards a été définie (standard de tous les accompagnements réalisés par les ESMS, en utilisant le langage des professionnels sur le terrain). Dans un second temps, un formulaire de caractérisation de l'offre a été créé, avec pour but de mettre en place un système qui aide les établissements, n'ayant jamais mis en place un système de mesure de l'activité, à caractériser leurs offres de prestations. Un état de l'art a été mené sur la façon dont les projets et les nomenclatures existantes (ViaTrajectoire, SARAH, nomenclature FINISS, etc.) classent les prestations proposées par les établissements médico-sociaux et quels sont les éléments fondamentaux qui les caractérisent et les différencient. Ce formulaire cherche à répondre à la question : « Quelle est l'information pertinente à connaître d'une prestation offerte par un établissement afin que cette information puisse aider les personnes (professionnels et PSH) à prendre une décision correspondant aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap ? »

Résultat et conclusions. Après une collecte sur plus de trois ans, nous avons croisé les données mesurées par différents établissements sur leurs activités, pour qualifier le profil de chacun des ESMS par un ensemble de prestations structurées. Il s'agit d'étendre la compréhension de l'offre d'un établissement,

aujourd'hui principalement focalisée sur l'offre d'hébergement, à une véritable offre de prestations, en mettant en avant les compétences disponibles dans chaque établissement. La construction d'un formulaire de caractérisation avec les ESMS, a permis d'identifier les éléments qui déterminent une prestation, permettant aux ESMS de connaître leur capacité de réponse aux besoins des personnes.

5. Une solution basée sur Besoins-Prestations : le couplage entre les besoins et les prestations

Pour s'assurer qu'une solution basée sur les Besoins-Prestations est réussie, il faut que la relation entre ces deux classes soit adaptée. Après avoir eu une connaissance des besoins des personnes et des prestations proposées par les établissements, il faut définir quelles sont les prestations capables de répondre à un besoin. Cette capacité de réponse peut être appréhendée dans une première intention d'un point de vue seulement qualitatif. En seconde intention, elle peut aussi intégrer un point de vue quantitatif. Dans ce cas, il faut prendre en compte la capacité réellement disponible afin de garantir l'effectivité de la réponse.

Bibliographie. Un problème actuel dans le secteur concerne la façon dont les activités médico-sociales dans les établissements devraient être facturées. Ce problème a conduit au projet SERAFIN PH, qui vise à consolider une nomenclature nationale standard définissant les axes pour caractériser les besoins des personnes et les prestations des établissements (CNSA et al., 2016). Cette nomenclature crée une passerelle qui définit les besoins standards auxquels chaque prestation SERAFIN PH peut répondre. Pour répondre à l'objectif qualitatif et pour traduire le projet de vie des PSH vers une expression standard de besoins, la textométrie peut être utilisée. Celle-ci s'est développée en France dans les années 80. Elle propose des techniques pour l'analyse de grands corpus de textes (Heiden et al., 2010). L'optimisation quantitative de l'orientation des PSH vers des prestations a été étudiée par (Osorio et al., 2017) en mobilisant un modèle mathématique d'aide à la décision. Cependant, ce travail n'intègre pas une standardisation des besoins et prestations comme la nomenclature SERAFIN PH.

Méthode. Alors que la nomenclature nationale SERAFIN PH consolide un lien entre la liste standard proposée des prestations et des besoins, le problème qualitatif du couplage se concentre sur deux points. D'une part, il s'agit de définir la façon de relier les prestations faites par l'ESMS à la liste standard des prestations SERAFIN PH. D'autre part, il s'agit de relier l'expression naturelle de la personne dans son projet de vie avec la liste standard des besoins SERAFIN PH. Du point de vue des prestations, pendant l'étape de consolidation des intitulés standards, il a été demandé aux directeurs de préciser la relation directe entre ces intitulés et les 27 prestations standards proposées par SERAFIN PH. Du point de vue des besoins des PSH, une analyse textométrique sur 62 projets de vie a été réalisée. Cette analyse a permis de relever plus de 3000 expressions utilisées par les PSH et les professionnels au moment de formuler un besoin, et de mettre ces expressions en relation directe avec la liste standard des 68 besoins de la nomenclature SERAFIN PH. Ce corpus d'expression a été complété par deux listes : une première de 2000 termes, issus du thésaurus de l'EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique) ; et une seconde de 479 termes, extraits des entretiens directs des PSH dans l'étape d'analyse des besoins. Basé sur le couplage qualitatif (quelles prestations répondent à quels besoins), un modèle de couplage vers une orientation quantitative est proposé, ce modèle considère différents facteurs comme : la disponibilité des ressources, la criticité des besoins de la personne, ou encore la localisation des ESMS (Mosquera Varela et al., 2017b).

Résultat et conclusions. Compte tenu du travail précédent, il est logique d'envisager de répondre à la question suivante : « Comment ces standards et ces relations, peuvent-ils être pris en compte lors de la construction d'une proposition d'accompagnement pour une personne en situation de handicap, à partir d'une vision Besoins-Prestations ? » Il est possible d'établir pour chaque établissement sur le territoire un indicateur de couverture des besoins d'une personne. Cet indicateur reflète en pourcentage le nombre de besoins de la personne qui peuvent être satisfaits par les prestations proposées par l'établissement. Sur cet indicateur une solution peut être proposée avec trois scénarios possibles : (1) Orienter uniquement la personne vers des établissements qui ont l'intégralité des prestations requise (100% de couverture des besoins) ; (2) Orienter la personne vers un établissement qui couvre partiellement les besoins (couverture partielle des besoins, tandis que les autres prestations requises sont disponibles) ; (3) Proposer à la personne une liste de plusieurs établissements, qui ensemble, mettent à disposition les prestations pour assurer une meilleure couverture des besoins de la personne. Le cas idéal pour une personne est, bien sûr, qu'un établissement unique, dispose de tous les services qui répondent parfaitement à tous ses besoins. Mais ce cas n'existe pas forcément, surtout pour les besoins complexes pour lesquels un seul établissement n'est pas suffisant.

6. Conclusions et perspectives d'un système d'aide à la décision

Le processus d'orientation actuel des PSH est principalement basé sur un couplage « type de handicap » vers un « type d'établissement ». Il ne prend pas en compte les besoins et désirs spécifiques de la personne. Pour enrichir ce processus et aller vers une orientation plus détaillée et plus personnalisée, il faut avoir une connaissance claire et précise des prestations offertes par les différents ESMS, connaissances que les organismes, parties prenantes des orientations, n'ont que très peu aujourd'hui. De plus, il faut que l'évaluation des besoins au moment du dépôt d'une demande soit plus détaillée et plus attentive à la parole de la personne en situation de handicap. Une modification du modèle d'orientation actuel aurait un impact direct et une amélioration significative sur le processus. L'un des grands avantages d'un modèle d'orientation Besoins-Prestations, est la possibilité d'éviter de laisser une personne sans accompagnement (la rupture du parcours d'accompagnement). En effet, même si toutes les prestations dont la personne a besoin ne sont pas disponibles, une réponse partielle peut être pertinente. Certaines prestations pourront être proposées en attendant la disponibilité des autres, évitant ainsi que la situation de la personne ne se dégrade du fait de rester sans solutions. Un travail futur basé sur les résultats de ce projet pourrait être la création d'un système d'aide à la décision. Ce système pourrait, dans un premier temps, s'appuyer sur une approche d'orientation qualitative : (1) en proposant, aux PSH, une analyse de leurs besoins à travers un processus clair et cohérent. Cette analyse doit permettre de standardiser les besoins de la personne et doit présenter à la personne les possibles prestations qui peuvent éventuellement répondre à ses besoins ; (2) en aidant, les preneurs de décisions des équipes d'évaluation pluridisciplinaire, à déterminer quelle est la gamme des meilleures propositions qui peut être faite pour la personne demandant un accompagnement (proposition qui considère l'analyse préalable des besoins des PSH et l'information des prestations existantes dans un territoire spécifique) ; (3) en aidant chaque ESMS à repérer son offre de prestations selon le standard national. Dans un second temps, ce système d'aide à la décision qualitatif pourrait évoluer vers un système plus quantitatif dans lequel, la liste des prestations proposées aux personnes tiennent compte de facteurs tels que la disponibilité et la consommation des ressources dans chaque établissement du territoire. Pour cela, il faut préalablement créer une base commune entre tous les établissements, ce qui permet de tenir à jour les informations sur les ressources. Le processus d'orientation PSH est un sujet qui est aujourd'hui au cœur des politiques gouvernementales en France sur les questions sociales. De

nombreux projets sont en cours pour améliorer ce processus. Mais toutes les améliorations qui peuvent être mises en œuvre impliquent la volonté de tous les acteurs du processus à réformer leur manière de travailler aujourd'hui.

7. Remerciements

Ce travail a été réalisé dans le cadre du projet ACALEPHA financé par l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

8. Bibliographie

- Barreyre, J.-Y., Peintre, C., 2009. L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique. *Vie Soc.* 1, 61–92.
- Claes, J., Vanderfeesten, I., Gailly, F., Grefen, P., Poels, G., 2017. The Structured Process Modeling Method (SPMM) what is the best way for me to construct a process model? *Decis. Support Syst.*
- CNSA, 2017. Synthèse des rapports d'activité des MDPH 2016.
- CNSA, DGCS, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2016. Les nomenclatures de besoins et de prestations détaillées.
- Ducq, Y., Deschamps, J.C., Vallespir, B., 2005. Re-engineering d'un système hospitalier par l'utilisation de la méthodologie GRAI. *J. Eur. des Systèmes Autom.* 39, 605–636.
- El-Hachani, M. Larouk, O., 2017, Thematic analysis of technical documents : collection and formalization of information relating to the needs of persons with disabilities. *International Journal of Cognitive Research in Science, Engineering and Education (IJCRSEE)*, [S.I.], v. 5, n. 2, p. 99-106, dec. 2017. ISSN 2334-8496.
- Geiger, M., Harrer, S., Lenhard, J., Wirtz, G., 2017. BPMN 2.0: The state of support and implementation. *Futur. Gener. Comput. Syst.* 80, 250–262.
- Heiden, S., Magué, J.-P., Pincemin, B., 2010. TXM : Une plateforme logicielle open-source pour la textométrie - conception et développement. In: 10th International Conference on the Statistical Analysis of Textual Data. Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto, pp. 1021–1032.
- Hémery, P., 2015. Chaque ARS devra s'équiper d'un répertoire opérationnel des ressources interopérable d'ici fin 2015. *Système d'information.*
- Mosquera Varela, A.F., Trilling, L., Monteiro, T., 2017a. Managing the accompanying path of people with disabilities in a medico - social network: a method to create a process model based on autonomous actors point of views. In: The 20th IFAC World Congress. Toulouse, France.
- Mosquera Varela, A.F., Trilling, L., Monteiro, T., 2017b. Multidimensional assignment of services to people with disabilities. In: 7th International Conference on Industrial Engineering and Systems Management. Saarbrücken, Germany.
- Osorio, G., 2015. Conception des outils pour le suivi des activités et l'aide au pilotage dans le secteur médico-social. INSA Lyon.
- Osorio, G., Monteiro, T., Trilling, L., Albert, F., 2017. Multi-criteria assignment policies to improve global effectiveness of medico-social service sector. *Eng. Appl. Artif. Intell.* 61, 21–34.
- Osorio, G., Trilling, L., Monteiro, T., Albert, F., Millet, P.-A., 2014a. A Method to Create a Process Reference Model Adapted to Heterogeneous Organizations. In: IFIP WG 5.7 International Conference. Springer, Berlin, Heidelberg, Ajaccio, France, pp. 232–239.
- Osorio, G., Trilling, L., Monteiro, T., Viallon, C., Albert, F., 2014b. Vers une gestion efficiente des établissements et services médico-sociaux. *Logistique Manag.* 22, 21–32.
- Pelchat, D., Lefebvre, H., Levert, M.J., David, C., 2008. Besoins d'information des familles d'enfant ayant une déficience : point de vue des parents et des professionnels de la santé. *Rech. Soins Infirm.* 92, 59–67.
- Piveteau, D., Acef, S., Debrabant, F.-X., Jaffre, D., Perrin, A., 2014. « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Villa, S., Prenestini, A., Giusepi, I., 2014. A framework to analyze hospital-wide patient flow logistics: evidence from an Italian comparative study. *Health Policy* 115, 196–205.