Foyer d’accueil médicalisé Simone Veil

Diagnostic

projet d’établissement, CVS, DUERP, dossiers usagers, organigramme détaillé, taux d’encadrement, plans de formation, etc.)

Le document unique d’évaluation des risques professionnels (DUERP)

Les prompts sont de Stevenson. Les textes sont de ChatGPT 5 avec apprentissage du Corpus (mars 2026)

Corpus de Stevenson

Les Organisations Bientraitantes Stevenson 17 10 2016.pdf

Neurosciences et Sociétés Plurielles Stevenson 21 09 28.pdf

Dynamique de la Bientraitance 050313.pdf

Lecture Spinoza

la-plateforme-stevenson.org

Les textes en mauve indiquent une importance particulière d'après Stevenson

Faire un diagnostic du FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE X X selon le Modèle de Stevenson avec une lecture spinoza du corpus correspondant aux fichiers joints et à la-plateforme-Stevenson.org

Voici un **diagnostic synthétique et structuré** du **Foyer d’Accueil Médicalisé / EAM Simone Veil** selon le **Modèle de Stevenson**, avec une **lecture spinoziste**, à partir du corpus joint et d’un repérage de la Plateforme Stevenson. Le corpus disponible sur l’établissement est toutefois **très limité** : il s’agit essentiellement d’une **lettre de décision ARS/Ville de Paris consécutive à une inspection du 13 février 2025**, maintenant **3 injonctions, 4 prescriptions et 3 recommandations**, portant sur la prise en charge et les soins, les droits des usagers, la sécurité, la gouvernance et les ressources humaines. Le diagnostic ci-dessous est donc **fondé**, mais **partiel**, car il repose davantage sur des constats de contrôle que sur un projet d’établissement complet, un rapport d’activité, des témoignages d’usagers ou des documents cliniques détaillés.

1. Clé de lecture : Stevenson et Spinoza

Dans les ouvrages joints, le Modèle de Stevenson définit la bientraitance à partir du **sentiment d’autonomie**, entendu comme capacité ressentie à préserver ses équilibres physiques et psychiques dans son milieu. Il s’appuie sur **dix besoins fondamentaux** : mobilité, adaptation, nutrition, hygiène, sécurité, affection, échange, réflexion, reconnaissance, cohérence. Le modèle se veut universel et applicable aux ESSMS.

La lecture spinoziste est explicite dans le corpus : elle renvoie à l’idée que chaque être **“s’efforce de persévérer dans son être”** ; autrement dit, l’institution bientraitante est celle qui augmente la

puissance d'agir de la personne, tandis que l'institution maltraitante ou insuffisamment régulée la diminue. Dans cette perspective, un établissement médico-social ne se juge pas seulement à ses procédures, mais à sa capacité concrète à soutenir les équilibres du résident.

Les ouvrages associent aussi cette dynamique à une lecture neurofonctionnelle : la recherche de cohérence et d'autonomie mobilise l'ensemble des mécanismes de régulation, tandis que les **circuits de la lutte** et de la **récompense** traversent l'expérience individuelle et organisationnelle.

2. Diagnostic global de l'EAM Simone VeilÀ la lecture du document ARS/Ville, l'EAM Simone Veil apparaît comme un établissement dont la finalité d'accompagnement n'est pas niée, mais dont l'**organisation reste encore fragilisée** sur plusieurs fonctions vitales de la bientraitance institutionnelle. Les autorités maintiennent en effet des mesures correctrices sur cinq blocs majeurs : **prise en charge et soins**, **gouvernance/stratégie/droits de l'usager**, **sécurité des personnes**, **gestion des ressources humaines**. Cela signifie, en langage Stevenson, que l'environnement institutionnel ne garantit pas encore de manière suffisamment stable la satisfaction coordonnée de plusieurs besoins fondamentaux.

Le point le plus marquant est le suivant : les insuffisances relevées ne concernent pas seulement des aspects administratifs, mais touchent directement le cœur de la relation d'accompagnement : continuité des soins, formalisation des transmissions, protocoles d'urgence, évaluation de l'état nutritionnel, circuit du médicament, droits des usagers, politique de bientraitance, sécurité et formation des professionnels.

En lecture spinoziste, on pourrait dire que l'établissement semble encore exposé à des causes qui **réduisent la puissance d'agir collective** : discontinuités, défauts de coordination, fragilité des médiations institutionnelles, reconnaissance incomplète de certains droits, et besoin de consolidation du cadre professionnel. Ces fragilités produisent mécaniquement de l'incertitude pour les résidents comme pour les équipes.

3. Lecture besoin par besoin selon Stevenson

3.1 Mobilité

Le document inspecté ne donne pas d'éléments détaillés sur la mobilité au sens locomoteur ou rééducatif. En revanche, il mentionne des postes d'ergothérapeute et l'organisation des soins autour d'une équipe à renforcer, ce qui laisse entendre que la mobilité fonctionnelle fait partie des enjeux de prise en charge. L'absence ou l'insuffisance de professionnels adaptés réduit potentiellement la capacité du résident à agir sur son environnement, donc son autonomie effective.

Diagnostic Stevenson : besoin probablement important, mais insuffisamment documenté dans le corpus.
Lecture spinoza : quand la personne ne peut pas se mouvoir ou être soutenue dans sa mobilité, son pouvoir d'exister dans le milieu se rétracte.

3.2 Adaptation

C'est l'un des besoins les plus clairement atteints. Les injonctions sur l'évaluation systématique de l'usager à l'admission, le projet de soin individualisé, l'uniformisation des dossiers, la mention du médecin traitant et le suivi mensuel de l'état nutritionnel montrent qu'il existait des insuffisances dans l'ajustement individualisé de l'accompagnement. Autrement dit, l'institution ne disposait pas encore d'une capacité suffisamment robuste à **s'adapter à chaque personne** dans la continuité.

Diagnostic Stevenson : fragilité forte du besoin d'adaptation.
Lecture spinoza : une institution qui ne s'ajuste pas finement aux singularités expose la personne à subir son environnement au lieu d'y persévérer activement.

3.3 Nutrition

La nutrition est explicitement présente dans l'injonction relative au suivi de l'état nutritionnel mensuel de chaque résident. Le fait que cette exigence fasse partie des corrections attendues suggère que le repérage, la traçabilité ou la systématisation de cette surveillance n'étaient pas jugés suffisants.

Diagnostic Stevenson : besoin nutritionnel sous vigilance renforcée.
Lecture spinoza : la nutrition relève directement de la conservation de l'être ; sa faiblesse institutionnelle touche le socle même du conatus.

3.4 Hygiène

Le document ne documente pas fortement l'hygiène corporelle quotidienne des usagers, mais il aborde l'hygiène au sens organisationnel et sanitaire à travers les protocoles, la sécurité, les médicaments, la légionellose et les procédures. Cela ne permet pas un diagnostic fin sur les soins d'hygiène individualisés, mais montre que l'environnement sanitaire devait être mieux sécurisé.

Diagnostic Stevenson : données insuffisantes sur l'hygiène personnelle, mais besoin de consolidation du cadre hygiéno-sanitaire.
Lecture spinoza : quand le milieu devient flou ou incertain, le corps n'est plus pleinement soutenu dans sa persévérance.

3.5 Sécurité

C'est le besoin le plus massivement concerné. Le courrier maintient des injonctions sur la prise en charge en soins, le circuit du médicament, la traçabilité, les urgences, ainsi qu'une prescription sur la sécurité du résident : procédure anti-fugue et sortie à l'insu, protocole de salle d'apaisement, gestion des comportements, vérifications légionellose, mesures issues de la commission de sécurité.

Diagnostic Stevenson : fragilité majeure du besoin de sécurité.
Lecture spinoza : l'insécurité chronique nourrit des affects tristes et des mécanismes de lutte. Une institution insuffisamment sécurisante réduit l'élan vital et produit de la défensive plutôt que de la coopération.

3.6 Affection

Le document de contrôle ne décrit pas directement la qualité relationnelle quotidienne. Néanmoins, les points sur la bientraitance, la formation aux comportements-problèmes, la salle d'apaisement et les droits des usagers indiquent que la relation contenant/protectrice devait être davantage travaillée. On peut donc inférer une **affection institutionnelle inégalement structurée** : non pas absence d'humanité, mais manque de garanties organisationnelles pour la soutenir partout et toujours.

Diagnostic Stevenson : besoin d'affection probablement dépendant de la qualité variable du cadre.
Lecture spinoza : l'affection positive augmente la puissance d'agir ; sans cadre, elle devient aléatoire.

3.7 Échange

Le besoin d'échange est touché à plusieurs niveaux : information des familles, livret d'accueil, conseil

de la vie sociale, information sur les personnes qualifiées, consentement, personne de confiance, articulation MDPH, meilleure coordination de l'admission à la sortie. Le maintien de prescriptions sur ces points montre que la circulation de la parole, de l'information et de la participation n'était pas encore totalement satisfaisante.

Diagnostic Stevenson : fragilité significative du besoin d'échange.
Lecture spinoza : un être ou une institution privés d'échanges clairs se replient sur des perceptions partielles ; cela accroît l'impuissance et les malentendus.

3.8 Réflexion

Le besoin de réflexion concerne la capacité à comprendre la situation, à construire un projet de soin, à articuler les décisions, à formaliser les procédures et à apprendre des événements indésirables. La prescription sur la politique de bientraitance, la déclaration et l'analyse des événements indésirables, ainsi que la formation des professionnels, indiquent que l'établissement devait encore renforcer ses boucles réflexives.

Diagnostic Stevenson : besoin de réflexion institutionnelle insuffisamment stabilisé.
Lecture spinoza : la connaissance adéquate augmente la puissance ; l'absence d'analyse formalisée laisse régner des causes mal comprises.

3.9 Reconnaissance

La reconnaissance concerne autant les usagers que les professionnels. Pour les usagers, elle passe par les droits, la place de la parole, le conseil de vie sociale, le projet individualisé. Pour les équipes, elle passe par des effectifs suffisants, des rôles lisibles, des formations, une organisation claire. Le document révèle des besoins de recrutement, de clarification fonctionnelle et de consolidation RH. Cela signale une reconnaissance institutionnelle encore incomplète des places et responsabilités.

Les ouvrages Stevenson soulignent que la reconnaissance est l'un des besoins les plus sensibles, et que son atteinte peut produire des perturbations majeures.

Diagnostic Stevenson : fragilité importante du besoin de reconnaissance, pour les résidents et pour les équipes.
Lecture spinoza : être insuffisamment reconnu, c'est voir son existence sociale diminuée ; la joie active laisse place à des affects de retrait, de tension ou de plainte.

3.10 Cohérence

C'est probablement le besoin le plus transversal et le plus atteint. Le courrier rassemble des failles de soins, de sécurité, de gouvernance, de droits et de RH. Cela décrit, au fond, un problème de **cohérence institutionnelle** : les différentes fonctions nécessaires à une bientraitance stable ne sont pas encore suffisamment synchronisées. Or les ouvrages Stevenson et neurosciences font de la cohérence un besoin majeur, étroitement lié au sentiment d'autonomie, et montrent que les circuits de lutte et de récompense se réorganisent autour d'elle.

Diagnostic Stevenson : besoin de cohérence très fragilisé au niveau organisationnel.
Lecture spinoza : quand l'institution manque de cohérence, elle ne compose plus suffisamment les puissances individuelles ; elle les disperse.

4. Diagnostic institutionnel synthétique

En synthèse, l'EAM Simone Veil donne l'image d'un établissement où la **fonction de soin et de protection** existe, mais où la **trame institutionnelle de la bientraitance** doit encore être consolidée. Les besoins les plus fragilisés, au vu du corpus, sont :

Très fragilisés : sécurité, adaptation, cohérence.
Fragilisés : échange, reconnaissance, réflexion, nutrition.
À documenter davantage : mobilité, hygiène, affection.

Ce profil est typique d'une organisation dans laquelle les personnes peuvent bénéficier d'engagements réels, mais où la continuité, la formalisation et la synchronisation des fonctions ne sécurisent pas encore suffisamment le parcours de l'usager.

5. Lecture spinoziste globale

Avec Spinoza, on peut lire la situation ainsi : la personne accompagnée en EAM est un être vulnérable qui cherche malgré tout à **persévérer dans son être**. L'établissement devrait être une composition de causes favorables augmentant cette persévérance. Or le courrier d'inspection montre qu'une partie des médiations nécessaires demeure incomplète : certaines protections ne sont pas assez garanties, certains droits pas assez structurés, certaines coordinations pas assez robustes. L'effet est une moindre capacité pour le résident à éprouver un environnement fiable, intelligible et soutenant.

Dans cette perspective, la bientraitance ne se réduit pas à "bien vouloir faire". Elle consiste à **organiser des causes adéquates** : protocoles opérants, professionnels présents et formés, parole reconnue, droits activés, sécurité objectivée, projet individualisé, analyse des écarts. Une institution devient alors non seulement conforme, mais véritablement **augmentatrice de puissance d'agir**.

6. Ce que la Plateforme Stevenson confirme

La Plateforme Stevenson présente le modèle comme centré sur l'autonomie ressentie, l'interdépendance des dix besoins et la possibilité d'appliquer cette lecture aux organisations médico-sociales. Elle insiste aussi sur la complémentarité entre profondeur anthropologique du modèle et lecture critique des cadres qualité institutionnels. Cela conforte la pertinence d'une lecture de l'EAM Simone Veil non seulement par non-conformités, mais par **déséquilibres entre besoins fondamentaux**.

7. Conclusion opérationnelle

Le **diagnostic Stevenson-spinoza** du FAM/EAM Simone Veil peut donc être formulé ainsi :

L'établissement apparaît comme une structure dont la mission d'accompagnement est bien identifiable, mais dont la **bientraitance organisationnelle reste inachevée**. Les insuffisances relevées par l'inspection atteignent surtout les besoins de **sécurité**, **adaptation** et **cohérence**, avec des répercussions sur l'**échange**, la **reconnaissance**, la **réflexion** et la **nutrition**. En lecture spinoziste, l'enjeu prioritaire est de transformer l'institution en milieu plus adéquat, plus intelligible et plus soutenant, de manière à accroître la puissance d'agir des résidents plutôt qu'à les exposer à des discontinuités ou à des fragilisations évitables.

Je peux ensuite vous fournir la **version en tableau complet "10 besoins Stevenson × constats × risques × actions correctrices"**, directement exploitable pour un audit interne ESSMS.

Quelles seraient les actions correctrices possibles selon le modèle de Stevenson?

Voici une **proposition d'actions correctrices structurées** pour l'EAM Simone Veil selon le **Modèle**

de Stevenson, avec une **lecture spinoziste** (augmentation de la puissance d'agir des résidents et des professionnels).

Je vous propose une approche directement **opérationnelle**, organisée **besoin par besoin**, avec :

- constats implicites issus du diagnostic
- objectifs Stevenson
- actions correctrices concrètes (niveau CPOM / audit interne / HAS)

1. Principe directeur Stevenson–Spinoza

Une action est pertinente si elle :

- **réduit l'incertitude** (sécurité, cohérence)
- **augmente la capacité d'agir** (adaptation, mobilité)
- **renforce les médiations humaines** (affection, échange, reconnaissance)
- **structure la compréhension** (réflexion)

 Autrement dit : transformer l'établissement en **système régulateur stable**.

2. Plan d'actions correctrices par besoin

2.1 Mobilité

Constat : fonction peu objectivée / dépendante des ressources humaines

Objectif Stevenson : restaurer la capacité d'agir physique et environnementale

Actions correctrices :

- Évaluation systématique de la mobilité (entrée + trimestriel)
- Plan individualisé de maintien de l'autonomie motrice
- Renforcement ergothérapie / kiné (temps dédié)
- Adaptation environnementale (repères spatiaux, aides techniques)
- Activités motrices quotidiennes (micro-routines)

 Effet spinoziste : augmentation directe de la puissance d'action corporelle

2.2 Adaptation

Constat : insuffisance du projet individualisé et de la continuité

Objectif : ajustement fin à chaque résident

Actions :

- Formalisation stricte du **projet personnalisé**
- Réévaluation mensuelle des situations complexes
- Référent unique par résident
- Harmonisation du dossier informatisé
- Intégration systématique du médecin traitant

 Effet : passage d'un système standardisé → système ajusté

2.3 Nutrition

Constat : suivi insuffisamment systématique

Objectif : sécuriser un besoin vital

Actions :

- Suivi nutritionnel mensuel tracé
- Protocoles dénutrition (IMC, albumine, alertes)
- Adaptation textures / goûts
- Participation du résident (plaisir alimentaire)
- Coordination cuisine–soins

 Effet : stabilisation du socle biologique du conatus

2.4 Hygiène

Constat : cadre sanitaire à renforcer

Objectif : garantir un environnement stable

Actions :

- Protocoles hygiène harmonisés et audités
- Traçabilité soins d'hygiène
- Référent hygiène identifié
- Plan de prévention (infection, eau, légionellose)
- Formation continue des équipes

 Effet : réduction des causes extérieures perturbatrices

2.5 Sécurité (PRIORITÉ MAJEURE)

Constat : fragilité critique

Objectif : sécurisation globale du système

Actions structurantes :

- Refonte complète du **circuit du médicament**
- Protocoles urgences formalisés + simulation
- Procédures fugue / comportement-problème
- Sécurisation salle d'apaisement
- Registre événements indésirables (EI) actif
- Analyse systématique des EI (RMM simplifiée)

 Effet spinoziste : réduction des affects de peur → stabilité

2.6 Affection

Constat : dépend du cadre organisationnel

Objectif : relation contenante et stable

Actions :

- Référent relationnel par résident
- Temps relationnels non techniques planifiés
- Formation à la bientraitance et aux émotions
- Stabilisation des équipes (turn-over)
- Supervision clinique régulière

 Effet : transformation de relations aléatoires → relations sécurisées

2.7 Échange

Constat : circulation de l'information insuffisante

Objectif : fluidité communicationnelle

Actions :

- Réactivation du **Conseil de Vie Sociale**
- Formalisation information familles
- Traçabilité du consentement
- Désignation personne de confiance systématique
- Coordination MDPH / partenaires
- Réunions pluridisciplinaires régulières

 Effet : réduction des malentendus → augmentation cohérence perçue

2.8 Réflexion

Constat : faiblesse des boucles d'apprentissage

Objectif : institution apprenante

Actions :

- Politique bientraitance formalisée
- Analyse des événements indésirables
- Réunions de retour d'expérience (REX)
- Plan de formation structuré
- Indicateurs qualité suivis mensuellement

 Effet : passage d'une réaction → à une compréhension

2.9 Reconnaissance

Constat : fragilité RH et droits usagers

Objectif : reconnaissance mutuelle

Actions :

- Clarification des rôles professionnels
- Plan de recrutement ciblé
- Entretiens professionnels systématiques
- Valorisation des compétences
- Droits des usagers opérationnels (et non formels)

 Effet : augmentation de l'engagement et de la dignité perçue

2.10 Cohérence (AXE CENTRAL)

Constat : désynchronisation globale

Objectif : alignement du système

Actions transversales :

- Projet d'établissement actualisé
- Gouvernance clarifiée (pilotage qualité)
- Tableaux de bord Stevenson × HAS
- Coordination soins / éducatif / direction
- Réunions de pilotage mensuelles
- CPOM structuré avec indicateurs

 Effet spinoziste : composition harmonieuse des fonctions → puissance collective

3. Synthèse stratégique (lecture CPOM / ARS)

Priorités niveau 1 (immédiat)

- Sécurité (soins, médicaments, urgences)
- Adaptation (projet personnalisé)
- Cohérence organisationnelle

Priorités niveau 2

- Échange (droits, CVS, familles)
- Réflexion (qualité, EI)
- Nutrition

Priorités niveau 3

- Reconnaissance (RH)
- Affection (relationnel)
- Mobilité / Hygiène (consolidation)

4. Lecture globale Stevenson

On observe un schéma typique :

 déséquilibre des fonctions de régulation
→ entraîne
 perte de cohérence institutionnelle
→ impacte
 sécurité + adaptation + reconnaissance

→ diminue
 le sentiment d’autonomie des résidents

5. Formulation synthétique (utile audit / ARS)

L’enjeu principal n’est pas l’ajout de procédures, mais la transformation de l’établissement en système régulateur cohérent, capable de soutenir de manière stable les dix besoins fondamentaux. Les actions correctrices doivent prioritairement sécuriser les fonctions vitales (sécurité, adaptation), puis restaurer les fonctions relationnelles et réflexives, afin d’augmenter la puissance d’agir des résidents et des professionnels.

6. Suite possible

Je peux vous produire directement :

- une **matrice complète “Stevenson × actions × indicateurs × financement (CPOM)”**
- une **grille d’audit interne prête à l’emploi (type HAS)**
- un **tableau Excel structuré**
- une **version DokuWiki intégrable**

From:
https://www.la-plateforme-stevenson.org/v4/ - **La Plateforme Stevenson**

Permanent link:
https://www.la-plateforme-stevenson.org/v4/management/ia_wiki/cas_foyer_simone_veil?rev=1773759988

Last update: **2026/03/17 16:06**