EHPAD Les Airelles mf

VOLET A Diagnostic

Application concrète en EHPAD du modèle de Stevenson enrichi par une lecture spinoziste

L’objectif est de montrer comment passer d’une logique de prise en charge fragmentée (nutrition, cognition, mobilité…) à une **stratégie unifiée de restauration de la puissance d’exister**, centrée sur la cohérence globale du système vivant.

—

Situation clinique de départ

Femme de 87 ans :

* célibataire, sans enfants * vit seule (ou isolement relationnel marqué en établissement) * troubles de mémoire * désorientation spatiale * déficience auditive * dénutrition * mobilité réduite * fort goût pour les relations humaines

—

Lecture classique en EHPAD (approche sectorisée)

Interventions souvent séparées :

* diététique → enrichissement alimentaire * kinésithérapie → maintien fonctionnel * suivi cognitif → stimulation mémoire * appareillage auditif * surveillance médicale

Ces actions sont pertinentes mais souvent **non coordonnées autour d’une dynamique globale du vivant**.

Résultat fréquent :

* stabilisation partielle * progression lente du retrait * fatigue relationnelle * perte de motivation à s’alimenter ou à bouger

—

Lecture Stevenson–Spinoza : diagnostic systémique du conatus

On analyse l’état global de la régulation vitale.

—

Cartographie des perturbations régulatrices

Dimension	Manifestation	Interprétation systémique
Orientation	perte de repères	insécurité cognitive et environnementale
Sensorialité	malentendance	rupture des boucles relationnelles
Nutrition	dénutrition	baisse d'énergie globale du système
Motricité	mobilité réduite	réduction des interactions avec l'environnement
Mémoire	fragilisation	perte de continuité identitaire
Relation	goût relationnel intact	ressource majeure de stabilisation

—

Diagnostic global

Le système ne s'effondre pas partout.

Il existe un **noyau régulateur encore puissant : la dimension relationnelle**.

Lecture spinoziste :

* la puissance d'exister est affaiblie mais non détruite * les affects relationnels restent moteurs * la relation peut devenir le vecteur principal de stabilisation globale

—

Reformulation de l'objectif de soin

Objectif classique implicite :

ralentir le déclin.

Objectif Stevenson–Spinoza :

* organiser l'environnement pour soutenir activement la puissance d'exister * utiliser la relation comme axe central de régulation * restaurer la cohérence entre corps, perception, orientation et sens

—

Plan d'intervention concret multidimensionnel

1. Sécurisation perceptive de l'environnement

Objectif : restaurer les repères stables du monde vécu.

Actions :

* marquage visuel clair des espaces (couleurs, pictogrammes larges) * éclairage homogène et constant * parcours de déplacement simplifiés * objets personnels fortement identifiables dans la chambre

Effet :

réduction de l’anxiété diffuse liée à la désorientation.

—

2. Réouverture du canal auditif relationnel

La malentendance n’est pas seulement sensorielle.

Elle isole la personne du champ affectif.

Actions :

* réglage précis de l’appareillage auditif * formation du personnel à parler face à elle, lentement, clairement * réduction du bruit ambiant lors des interactions * espaces conversationnels calmes dédiés

Effet :

réintégration dans la circulation affective du groupe.

—

3. Stratégie nutritionnelle relationnelle

Dans cette approche, manger est un acte relationnel avant d’être métabolique.

Actions :

* repas systématiquement partagés avec une personne référente ou un petit groupe stable * conversation stimulante pendant le repas * valorisation sociale de l’acte de manger * adaptation des textures mais maintien du plaisir sensoriel

Effet :

augmentation spontanée de l’appétit par activation affective.

—

4. Mobilité orientée vers la rencontre

La mobilisation physique devient un moyen d’accès à la relation.

Actions :

* marche accompagnée vers un lieu social attractif (salon, activité) * déplacements finalisés par une interaction humaine significative * participation à des activités nécessitant mouvement léger et interaction

Effet :

la motivation motrice augmente car elle a un sens relationnel.

—

5. Soutien de la continuité identitaire

La perte de mémoire fragilise la cohérence du soi.

Actions :

* album de vie consulté régulièrement avec un professionnel * narration biographique accompagnée * rappel structuré des repères temporels * objets biographiques visibles

Effet :

renforcement du sentiment de continuité personnelle.

—

6. Activation systématique de la ressource relationnelle

C’est l’axe thérapeutique majeur.

Actions :

* rôle social reconnu dans l’unité (ex : accueillir les nouveaux résidents, participer à une activité relationnelle régulière) * présence d’un référent relationnel stable * participation à des activités de groupe structurées et répétitives * encouragement des interactions spontanées

Effet :

augmentation durable des affects actifs (intérêt, engagement, plaisir).

—

Logique de transformation du système

Avant :

désorganisation multisectorielle avec isolement progressif.

Après intervention coordonnée :

la relation agit comme attracteur stabilisateur global.

—

Indicateurs d’évaluation adaptés

On ne mesure pas seulement les paramètres médicaux.

On observe :

* participation spontanée aux interactions * stabilité émotionnelle * plaisir observable lors des repas * fréquence des déplacements volontaires * diminution des comportements anxieux * maintien de l’attention en interaction

—

Résultat attendu réaliste (6 mois)

* stabilisation du poids * augmentation du temps en interaction sociale * réduction de l’agitation liée à la désorientation * amélioration de la mobilité fonctionnelle * diminution du retrait * expression émotionnelle plus riche

—

Lecture spinoziste du processus

La personne ne récupère pas ses fonctions perdues.

Mais :

sa puissance d’exister redevient plus cohérente.

Les fonctions restantes s’organisent mieux entre elles.

—

Lecture catégorique (version simplifiée)

État initial :

objet faiblement cohérent dans l’espace des régulations.

Interventions :

morphismes organisant un environnement relationnel stabilisateur.

État résultant :

configuration plus stable dans la zone de viabilité du système.

—

Transformation du rôle de l’EHPAD

L’établissement n’est plus seulement :

un lieu de surveillance et de compensation.

Il devient :

* un milieu structurant la persévérance dans l’existence.

—

Définition opérationnelle du soin dans ce cas

Soigner cette personne consiste principalement à :

organiser les conditions qui lui permettent de rester en relation avec le monde humain.

Car la relation est ici le vecteur principal de la vie.

—

Synthèse conceptuelle

Niveau	Fonction
Médical	traiter déficits
Stevenson	coordonner les régulations
Spinoza	soutenir la puissance d’exister
Institutionnel	organiser un milieu vivant

—

Si nécessaire, les développements suivants peuvent être produits :

* grille d’évaluation EHPAD Stevenson–Spinoza prête à utiliser * protocole d’accompagnement quotidien détaillé heure par heure * plan d’organisation institutionnelle pour l’unité * traduction en critères opérationnels d’évaluation HAS * matrice besoins × interventions × indicateurs * formalisation en faisceaux (régulations locales / globales)

VOLET B Critères HAS

Traduction opérationnelle du modèle Stevenson–Spinoza en critères HAS (cas : résidente 87 ans)

Voici une **traduction opérationnelle du modèle Stevenson–Spinoza en critères d'évaluation compatibles avec le référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS)**, appliquée au cas de la résidente de 87 ans décrit précédemment.

L'objectif est de rendre **observable, mesurable et auditables** les effets d'une approche centrée sur la cohérence globale de la puissance d'exister (lecture spinoziste) et la régulation systémique des besoins (lecture Stevenson).

—

1. Principe de traduction méthodologique

Dans le référentiel HAS, l'évaluation porte principalement sur :

* qualité de l'accompagnement personnalisé * respect des droits et de la dignité * continuité des soins * coordination interprofessionnelle * adaptation aux besoins spécifiques * qualité de vie et bientraitance

L'approche Stevenson–Spinoza permet de reformuler ces dimensions comme :

 évaluation de la cohérence régulatrice globale de la personne dans son environnement.

—

2. Domaine HAS : Personnalisation de l'accompagnement

Critère opérationnel Stevenson–Spinoza

L'accompagnement vise explicitement la stabilisation globale des régulations vitales, et pas seulement la compensation des déficits.

Indicateurs observables

* projet personnalisé intégrant explicitement :

- dimension relationnelle
- orientation spatiale
- sécurité perceptive
- continuité identitaire
- régulation corporelle

* identification documentée des ressources encore actives (ex : goût relationnel) * objectifs formulés en termes de qualité d'expérience vécue

Preuves attendues

* projet personnalisé actualisé * traçabilité des réévaluations multidimensionnelles * synthèses interdisciplinaires

—

3. Domaine HAS : Qualité de vie et bientraitance

Critère opérationnel Stevenson–Spinoza

L’environnement institutionnel augmente effectivement la capacité de la personne à interagir avec son milieu et autrui.

Indicateurs observables

* participation régulière à des interactions sociales significatives * absence de situations répétées de désorientation anxiogène * environnement lisible et sécurisant (repères visuels, stabilité spatiale) * accompagnement des repas favorisant le plaisir et la relation

Mesures possibles

* fréquence des interactions sociales quotidiennes * durée moyenne de participation aux activités collectives * évolution du poids et du comportement alimentaire * échelle d’observation du bien-être émotionnel

—

4. Domaine HAS : Adaptation aux besoins spécifiques liés à l’âge

Critère opérationnel Stevenson–Spinoza

Les déficits sensoriels, cognitifs et moteurs sont compensés de manière à préserver la cohérence de l’expérience vécue.

Indicateurs observables

* appareillage auditif fonctionnel et effectivement utilisé * adaptation de la communication par les professionnels * structuration spatiale facilitant l’orientation * dispositifs favorisant la continuité du sentiment d’identité

Preuves attendues

* protocoles de communication individualisés * traçabilité des réglages et vérifications d’aides techniques * plan d’aménagement personnalisé de la chambre

—

5. Domaine HAS : Coordination et continuité des interventions

Critère opérationnel Stevenson–Spinoza

Les interventions professionnelles convergent vers un objectif commun de stabilisation globale de la personne.

Indicateurs observables

* réunions de coordination intégrant toutes les dimensions :

- nutrition
- mobilité
- cognition
- relation
- environnement

* cohérence entre objectifs de soins, animation et accompagnement quotidien * référent relationnel identifié

Preuves attendues

* comptes rendus de réunions interdisciplinaires * plan d’intervention coordonné * désignation d’un professionnel référent

—

6. Domaine HAS : Maintien de l’autonomie et de la capacité d’agir

Critère opérationnel Stevenson–Spinoza

Les interventions renforcent l’engagement actif de la personne dans son environnement.

Indicateurs observables

* déplacements motivés par un but social identifiable * participation volontaire à des activités *

expression d’initiatives personnelles * maintien de comportements exploratoires

Mesures possibles

* nombre de déplacements volontaires par jour * participation active aux activités * évaluation qualitative de l’engagement

—

7. Domaine HAS : Prévention des risques liés à la fragilité

Critère opérationnel Stevenson–Spinoza

La prévention ne vise pas seulement les complications médicales mais aussi la désorganisation globale du système de vie.

Indicateurs observables

* prévention du repli relationnel * surveillance de la perte de sens ou d’intérêt * repérage précoce de la désorientation anxieuse * prévention de la dénutrition relationnelle

Preuves attendues

* protocoles de repérage des signes de retrait * actions documentées de stimulation relationnelle * suivi longitudinal des comportements sociaux

—

8. Domaine HAS : Évaluation de l’efficacité de l’accompagnement

Critère opérationnel Stevenson–Spinoza

L’évaluation porte sur l’évolution globale de la cohérence du fonctionnement de la personne.

Indicateurs synthétiques possibles

* stabilité pondérale * réduction de l’anxiété observable * augmentation du temps en interaction * maintien de la mobilité fonctionnelle * expression émotionnelle positive

—

9. Indicateur global de bientraitance systémique (proposition)

Un indicateur composite peut être construit :

Indice de cohérence régulatrice globale, intégrant :

* nutrition * relation * orientation * engagement * stabilité émotionnelle * participation environnementale

Cet indice peut être suivi longitudinalement.

—

10. Reformulation générale compatible HAS

Une organisation est conforme à l'approche Stevenson–Spinoza si elle démontre que :

✔ l'environnement institutionnel soutient activement les capacités restantes de la personne ✔ les interventions sont coordonnées autour d'un objectif global de cohérence du fonctionnement ✔ la qualité de vie est évaluée comme expérience vécue et non seulement comme état clinique ✔ la relation humaine est reconnue comme facteur thérapeutique majeur

—

11. Formulation synthétique pour rapport d'évaluation

L'accompagnement est structuré de manière systémique afin de préserver la cohérence globale du fonctionnement de la personne, en mobilisant prioritairement ses capacités relationnelles, en adaptant l'environnement perceptif et en coordonnant les interventions professionnelles autour du maintien de la qualité d'expérience vécue.

—

Si vous le souhaitez, je peux maintenant produire :

* une grille d'audit interne EHPAD prête à remplir * un tableau Excel Stevenson–Spinoza × critères HAS * un modèle de projet personnalisé conforme HAS * un outil de cotation de la cohérence régulatrice * une annexe CPOM intégrant ces indicateurs

Indiquez le format opérationnel souhaité.

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

Permanent link:
https://www.la-plateforme-stevenson.org/v4/management/ia_wiki/ehpad_airelles_mf

Last update: **2026/03/03 10:41**