Oppelia Modèle de Stevenson

Activité	Soin et Réduction des Risques, Prévention, Éducation pour la Santé et Intervention Précoce, Accueil et Soins Résidentiels, Soutien à la Parentalité
Besoin	echange reflexion reconnaissance coherence
Site	http://www.oppelia.fr/les-objectifs-de-lassociation-oppelia
Forme juridique	Association de 14 structures médicosociales réparties sur 11 départements
Champ d'activités/agences	11 départements
Public	Tous publics
Permanents	500
Bénévolat	nc
Adhérents	nc

- Les textes en gris sont ceux de ChatGPT 5 (janvier 2026) sur prompts de l'équipe Stevenson.
- Les textes en rouge sont sont des inserts des équipes Oppélia

---

Oppélia scruté avec le Modèle de Stevenson

Voici une **synthèse structurée et intégrée** du contenu des deux ouvrages et de **La Plateforme Stevenson**, fondée sur les documents fournis.

1. Fondements conceptuels : autonomie, besoins, bientraitance

1.1. Le principe central : le sentiment d'autonomie

Le *Modèle de Stevenson* repose sur une définition opérationnelle de l'autonomie comme capacité ressentie à maintenir son équilibre physique et psychique dans son environnement. La bientraitance est définie comme tout acte qui renforce ce sentiment, et la maltraitance comme tout acte qui l'affaiblit.

Les Organisations Bientraitantes…

Ce principe est présenté comme un invariant anthropologique, inscrit dans une filiation intellectuelle (Spinoza, Damasio, Mauss, Fleck, etc.), visant à fonder une approche universelle des relations humaines et organisationnelles.

Les Organisations Bientraitante…

1.2. Les dix besoins fondamentaux

Le modèle identifie dix besoins structurants, répartis en deux ensembles :

Besoins physiques

- Mobilité
- Adaptation
- Nutrition

- Hygiène
- Sécurité

Besoins psychiques

- Affection
- Échange
- Réflexion
- Reconnaissance
- Cohérence

Ces besoins sont considérés comme universels, interdépendants et indispensables à l'intégrité de la personne.

Les Organisations Bientraitante…

Ils sont représentés par le « Cercle de Stevenson », outil mnémotechnique et analytique central.

1.3. Interaction et dynamique des besoins

Les besoins ne sont jamais isolés : leur satisfaction ou leur frustration produit des effets en chaîne, durables, sur l'ensemble de l'équilibre personnel. L'ouvrage souligne leur inscription dans des réseaux neuronaux et corporels complexes.

Les Organisations Bientraitante…

Cette dimension systémique fonde l'approche globale du modèle.

2. Les Organisations Bientraitantes (2016) : un modèle opérationnel

2.1. Objectif principal

L'ouvrage vise à transformer le modèle théorique en outil d'action pour les organisations (ESSMS, entreprises, collectivités, services publics).

Il propose :

- un cadre d'analyse des situations,
- une méthode d'anticipation,
- des outils de régulation.

Son ambition est de rendre la bientraitance « praticable » dans les contextes professionnels.

Les Organisations Bientraitante…

2.2. Le « Scrutateur de besoins »

Outil méthodologique central, il permet :

- d'analyser une situation à partir des dix besoins,
- d'identifier les besoins affectés,
- de construire des réponses adaptées,
- d'anticiper les risques de maltraitance.

Chaque besoin est décliné selon deux axes : « comprendre » et « agir ».

Les Organisations Bientraitante…

2.3. Études de cas et applications

L'ouvrage propose de nombreux cas concrets (ESAT, CAMSP, commerce, transports, humanitaire, collectivités), illustrant l'universalité du modèle.

Ces exemples montrent que les dysfonctionnements organisationnels sont souvent liés à une invisibilisation des besoins.

2.4. Dimension éthique et politique

La bientraitance est pensée comme :

- une responsabilité collective,
- une forme de réciprocité,
- une condition de qualité institutionnelle.

Le modèle articule ainsi éthique, management et citoyenneté.

3. Neurosciences & Sociétés Plurielles (2021) : fondation scientifique et épistémologique

3.1. Finalité de l'ouvrage

Ce second ouvrage approfondit le modèle par une mobilisation systématique des neurosciences, de la biologie et des sciences sociales.

Il vise à comprendre :

- comment le cerveau régule les besoins,
- comment les sociétés reproduisent ces mécanismes,
- comment émergent les déséquilibres. Neurosciences et Sociétés Plu…

3.2. Approche par analogie cerveau / société

L'ouvrage développe une hypothèse centrale :
les organismes sociaux fonctionnent de manière analogue aux organismes biologiques.

Trois postulats structurent cette approche :

1. Toute personne cherche à persévérer dans son être.
2. Les organisations ont des besoins analogues.
3. Pathologies individuelles et sociales sont corrélées. Neurosciences et Sociétés Plu…

Cette approche est nourrie par Laborit, Naccache, Changeux, Damasio.

3.3. Étude neurofonctionnelle des besoins

Chaque besoin fait l'objet d'une analyse détaillée selon deux niveaux :

- La personne (mécanismes neuronaux)
- L'organisme social (traduction collective)

Exemple : mobilité, adaptation, nutrition, etc.

Neurosciences et Sociétés Plu…

Deux circuits transversaux sont identifiés :

- circuit de la récompense,
- circuit de la lutte.

Ils structurent motivation, stress, créativité, conflit.

3.4. Positionnement critique sur les neurosciences

L'ouvrage adopte une posture prudente :

- refus du réductionnisme,
- critique des usages technocratiques,
- appel à une gouvernance citoyenne des savoirs.

Les neurosciences sont conçues comme ressources critiques, non comme outils de domination.

Neurosciences et Sociétés Plu…

4. La Plateforme Stevenson : infrastructure de connaissances

4.1. Fonction principale

La plateforme constitue un dispositif d'agrégation, de médiation et d'actualisation des savoirs liés aux besoins fondamentaux.

Neurosciences et Sociétés Plu…

Elle vise à répondre à la dispersion des connaissances contemporaines.

4.2. Contenus et organisation

La plateforme recense :

- articles scientifiques,
- conférences,
- ressources pédagogiques,
- dispositifs de terrain,
- fiches pratiques.

Classés par besoin fondamental.

Neurosciences et Sociétés Plu…

Chaque fiche identifie :

- un problème,
- des ressources,
- des solutions,

- des prolongements.

4.3. Articulation savoirs / pratiques

Elle repose sur un principe épistémologique inspiré de Kuhn :
les connaissances naissent des pratiques et les transforment en retour.

Neurosciences et Sociétés Plu…

La plateforme devient ainsi un lieu de co-construction des savoirs.

5. Cohérence d’ensemble du dispositif Stevenson

5.1. Architecture globale

Niveau	**Fonction**
Modèle	Cadre conceptuel (10 besoins, autonomie)
Outils	Scrutateur, grilles, protocoles
Sciences	Apports neuroscientifiques
Plateforme	Capitalisation et diffusion
Terrain	Expérimentations

Cette articulation assure la cohérence du système.

Neurosciences et Sociétés Plu…

5.2. Logique systémique

L’ensemble forme un écosystème intellectuel et opérationnel :

- Théorie → pratique → retour d’expérience → enrichissement.
- Individu ↔ organisation ↔ société.

6. Synthèse finale

6.1. Apports majeurs

Le corpus Stevenson propose :

1. Un modèle unifié des besoins humains.
2. Une définition opératoire de la bientraitance.
3. Une base neuroscientifique argumentée.
4. Une méthodologie d’intervention.
5. Une infrastructure documentaire pérenne.

6.2. Spécificité du dispositif

Contrairement à d’autres modèles (Maslow, etc.), Stevenson se distingue par :

- son caractère systémique,
- son articulation sciences/pratiques,
- son inscription institutionnelle,
- son outillage opérationnel,
- sa dynamique collaborative. Les Organisations Bientraitante…

6.3. Finalité globale

L'ensemble vise à :

Construire des organisations capables de préserver durablement l'autonomie des personnes, dans un contexte de complexité croissante.

Il s'agit moins d'un simple modèle que d'un **dispositif socio-cognitif de transformation des pratiques**.

Si vous le souhaitez, je peux maintenant vous proposer :

- une **lecture critique HAS / Stevenson**,
- une **grille d'évaluation intégrée**,
- ou une **note épistémologique approfondie** à partir de cette synthèse.

Sources

analyser l'association Oppelia à partir de son site oppelia.org et des documents oppelia sur le net

Voici une **analyse structurée et documentée** de l'**association Oppelia** sur la base de son site *oppelia.org* (ou plutôt *oppelia.fr*, son site officiel) et des ressources publiques disponibles sur Internet.

1. Identité, statut et structuration juridique

Oppelia est une **association loi 1901** française, déclarée à Paris et active depuis 2007, issue de la fusion de deux structures historiques du secteur médico-social en addictologie en Île-de-France.

- **Forme juridique :** association loi 1901, à but non lucratif.
- **Siège social :** 60 Rue du Rendez-Vous, 75012 Paris.
- **Agrément :** ESUS (Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale), attestant d'un engagement social reconnu et encadré.
- **Effectif :** environ **780 salariés**, opérant dans une vingtaine de départements.

Selon les fiches structurelles publiques, Oppelia est également identifiée par l'INSEE comme spécialisée dans **l'hébergement social pour toxicomanes** (code NAF 87.20B), avec de nombreux établissements secondaires.

2. Mission, valeurs et orientation stratégique

2.1. Finalité sociale

Oppelia se donne pour objet d'apporter **aide, solidarité, prévention, soins et accompagnement** à des personnes confrontées à des difficultés :

- sociales, médico-sociales ou sanitaires,
- liées à des **conduites à risques** (addictions avec ou sans substances psychotropes),

- ou en situation de **grande précarité sociale**.

Cette mission s'adresse à **enfants, adolescents, adultes et leur entourage**, ce qui souligne une approche inclusive et transgénérationnelle.

2.2. Valeurs et positionnement

Selon le projet associatif, Oppelia affirme des valeurs structurantes :

- **Approche coopérative** et participative, reconnaissant l'expérience et l'autonomie des usagers.
- **Pluralité des savoirs** et mutualisation des expériences.
- **Respect et écoute** des choix individuels, plaçant l'usager au centre des parcours.

Cette démarche s'inscrit dans une visée de **prévention globale**, de **réduction des risques** et de **promotion de l'autonomie**, plutôt que dans une logique purement curative ou normative.

3. Champ d'activités et services

Oppelia est aujourd'hui un **réseau étendu de structures médico-sociales**, déployant une diversité de services autour de l'accompagnement des personnes en difficulté.

3.1. Typologies de services

Parmi les principaux types d'établissements et services gérés par Oppelia figurent :

- **CSAPA** (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), pour l'accueil, l'information, la prévention, et la prise en charge médico-psycho-sociale des addictions.
- **CAARUD** (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues).
- **ACT** (Appartements de Coordination Thérapeutique) et services d'hébergement.
- **CHRS** (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale).
- **Équipes mobiles**, maraudes et actions de terrain auprès des publics précaires.

Ces structures sont réparties dans de nombreuses villes et départements, avec des modalités d'accès souvent gratuites, confidentielles et adaptées aux besoins locaux.

3.2. Exemples concrets de services

- **Oppeila Charonne** à Paris : un ensemble intégré de services incluant CSAPA, appartement thérapeutique, équipe mobile, maraudes et structures dédiées à l'insertion.
- **Oppelia Le Trait d'Union** (Hauts-de-Seine) : offre de soins, prévention, hébergement et insertion.
- **Oppelia Essonne** : réseau de CSAPA, services de prévention, équipe mobile santé précarité, CHRS, etc.

Ces exemples illustrent une réponse locale diversifiée, intégrant soins, accompagnement social, réduction des risques et soutien aux familles.

4. Approche conceptuelle et méthodologique

Oppelia adopte une **approche multidimensionnelle de l'addiction** :

- Reconnaissance de l'addiction comme **comportement adaptatif complexe**, influencé par des

facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- Insistance sur la **réduction des risques**, la prévention, l'écoute empathique et la non-stigmatisation du public.
- Dépassement d'une simple logique de soins pour inclure **insertion sociale, autonomie, participation active des usagers** et engagement des acteurs.

Cette démarche s'inscrit dans un paradigme contemporain des politiques publiques en santé, qui privilégie l'empowerment des personnes et la prise en charge holistique.

5. Gouvernance, coopération et ancrage territorial

Oppelia repose sur une **gouvernance associative conjointe** et des principes coopératifs affirmés.

- **Pilotage collaboratif** : implication des usagers et des professionnels dans les décisions.
- **Partenariats locaux et institutionnels** : relation avec les acteurs publics, autres associations, réseaux de santé communautaire, etc.
- **Dimension citoyenne** : responsabilité sociale et politique, au-delà de la gestion institutionnelle des services.

6. Forces, limites et enjeux

6.1. Forces

Diversité des réponses
Oppelia propose une offre complète, intégrant prévention, soins, réduction des risques, hébergement et insertion sociale, ce qui lui permet d'adapter ses interventions selon les besoins et contextes locaux.

Approche centrée sur l'autonomie
La reconnaissance de l'usager comme acteur de sa propre trajectoire est un point fort, en cohérence avec les tendances modernes en santé communautaire.

Couverture territoriale importante
La présence dans une vingtaine de départements et la gestion de nombreuses structures confèrent à l'association une capacité d'action à l'échelle nationale.

6.2. Limites ou défis

Complexité organisationnelle
La diversité des établissements et des contextes locaux nécessite une coordination permanente, avec des défis en termes de standardisation des pratiques.

Financement et intégration des parcours
Comme beaucoup d'acteurs du médico-social, l'association doit concilier contraintes budgétaires, exigences institutionnelles et besoins croissants des publics.

7. Conclusion synthétique

L'**association Oppelia** se présente comme **un acteur majeur du secteur médico-social et de l'addictologie en France**, combinant :

- une **mission sociale large** centrée sur la prévention, la solidarité et l'accompagnement,

- une **approche holistique des addictions et des conduites à risques**,
- une **organisation structurée et territorialisée** permettant des réponses adaptées,
- une **vision coopérative et inclusive** des parcours des personnes accompagnées.

Ceci en fait une **référence structurante** dans le champ de la santé communautaire et de la réduction des risques, en particulier auprès des populations vulnérables et précaires.

Si vous souhaitez une **analyse comparative avec une autre organisation medico-sociale** ou une **lecture critique des rapports d'activité disponibles**, je peux également vous la fournir.

Une synthèse analytique d'oppelia à partir du modèle de Stevenson

Voici une **synthèse analytique d'**Association Oppelia **à partir du modèle conceptuel de Stevenson**, mettant en regard **les fondamentaux du modèle des besoins humains** avec **les pratiques, structures et orientations d'Oppelia** telles qu'on peut les observer via son site, ses rapports et les ressources publiques disponibles.

I. Cadre d'analyse : le modèle de Stevenson

Le modèle de Stevenson articule toute approche de la bientraitance autour de **dix besoins fondamentaux** de la personne, regroupés en dimensions **physiques** (mobilité, adaptation, nutrition, hygiène, sécurité) et **psychiques** (affection, échange, réflexion, reconnaissance, cohérence).

Dans ce cadre, toute organisation — pour être pleinement bientraitante — doit :

1. Situer l'individu dans un **parcours global** de satisfaction de ses besoins.
2. Développer des interventions qui renforcent l'**autonomie** et réduisent les facteurs de fragilisation.
3. Concevoir des pratiques systématiques de **réduction de risques**, en réponse à des besoins spécifiques.
4. Inscrire les pratiques dans une dynamique de **coopération et de reconnaissance**.

II. Oppelia : mission et valeurs à la lumière des besoins fondamentaux

1. Sécurité et Adaptation

Oppelia répond à des situations de **grande vulnérabilité sociale et sanitaire**, notamment liées aux addictions et à la précarité. Elle propose des services qui assurent :

- l'accès à des dispositifs de soin et d'hébergement (CSAPA, CHRS, ACT).
- des structures de **réduction des risques**, de prévention et de soins intégrés.
- un accompagnement social et administratif pour sécuriser le parcours de la personne.

Dans le modèle Stevenson, ces actions s'alignent sur la satisfaction de besoins primaires d'**adaptation à l'environnement** et de **sécurité physique et sociale**, en réduisant l'exposition aux facteurs de risque et en créant des conditions de stabilité.

2. Echange, Affection et Reconnaissance

Oppelia développe une approche qui privilégie l'**écoute empathique**, la non-stigmatisation des personnes et l'intégration de l'entourage dans le parcours.

- L'accompagnement pluridisciplinaire et la place donnée à la parole de l'usager renvoient directement aux besoins d'**échange**, d'**affection** et de **reconnaissance** (être entendu, valorisé dans son expérience, acteur de son parcours).
- L'ouverture à la participation des usagers dans la vie associative traduit une volonté de reconnaître la **personne dans sa globalité**, pas seulement comme "patient".

Cette orientation s'aligne avec l'effet bienfaiteur décrit par Stevenson lorsqu'une organisation place l'autonomie et l'expression active de la personne au centre de ses pratiques.

3. Réflexion et Cohérence

Le modèle Stevenson insiste sur le besoin de **réflexion** (compréhension de sa situation, capacités décisionnelles) et de **cohérence** (intégration du projet de vie).

Oppelia déploie une stratégie qui inclut :

- la **formation et l'information** des usagers et des professionnels,
- des dispositifs éducatifs et de prévention participative,
- une recherche continue de pratiques innovantes dans la réduction des risques et la prévention.

Ces éléments montrent une prise en compte de la capacité des personnes à comprendre leur situation, à réfléchir sur leurs trajectoires et à participer à des choix éclairés quant à leur santé et leur inclusion sociale.

4. Mobilité et Nutrition / Hygiène

Sur ces dimensions, Oppelia n'intervient pas directement sur des besoins biologiques immédiats (nutrition ou hygiène au sens strict du modèle Stevenson), mais plutôt via des **conditions structurelles** :

- hébergement temporaire ou stabilisation,
- accompagnement pour l'accès aux soins généraux,
- accès aux droits sociaux et aux ressources de base.

La **mobilité** y est ici comprise non seulement comme déplacement physique mais aussi comme capacité à "se mouvoir" entre différentes sphères de vie — sociale, sanitaire, professionnelle — ce qui est un axe central des parcours d'insertion qu'Oppelia facilite.

III. Logique systémique et intégration des besoins

1. Approche globale des trajectoires

Oppelia ne travaille pas en silo : ses structures (CSAPA, CAARUD, ACT, CHRS, équipes mobiles, interventions de rue) s'inscrivent dans une logique de **continuité de parcours**, cherchant à **combiner prévention, réduction des risques, soins et insertion sociale**.

Cette articulation est conforme à l'approche systémique de Stevenson : la satisfaction d'un besoin (par ex. sécurité) ne peut être isolée de celle des autres (échange, reconnaissance, cohérence).

2. Autonomie et pouvoir d'agir

Le projet associatif d'Oppelia met en avant une **vision coopérative**, visant à renforcer le pouvoir

d’agir des personnes accompagnées.

Dans le modèle de Stevenson, l’autonomie est centrale : une organisation bien-traitante doit explicitement œuvrer à ce que chaque personne **gère ses propres besoins, choix et trajectoires de vie**. Oppelia y tend par :

- l’écoute des choix,
- la participation active des usagers à la définition de leurs parcours,
- l’orientation vers une inclusion sociale durable.

IV. Apports, limites et pistes d’alignement avec Stevenson

1. Apports principaux

- **Dimension holistique** : Oppelia traite ensemble les risques sanitaires, sociaux et personnels, ce qui s’inscrit dans l’approche intégrée des besoins humains.
- **Participation des usagers** : démarche favorable à la reconnaissance, à l’échange et à l’autonomie.
- **Innovation et coopération** : inclusion de pratiques éducatives, formation et recherche.

2. Limites analytiques

- L’intégration explicite des besoins « nutrition » et « hygiène » au sens strict n’est pas centrale dans les interventions (ces besoins sont plutôt abordés via l’accès aux soins et aux droits).
- La systématisation d’indicateurs de satisfaction des besoins — tels que proposés par Stevenson — n’est pas (à ce jour) un référentiel explicite d’évaluation des pratiques dans les documents publics d’Oppelia.

V. ConclusionÀ partir du **modèle de Stevenson**, l’analyse montre que l’**approche d’Oppelia** présente de solides correspondances avec les principes de bientraitance basés sur :

- la satisfaction globale des besoins humains,
- la promotion de l’autonomie et de la participation,
- la prise en compte systémique des dimensions sociales, psychiques et physiques.

Oppelia inscrit ses pratiques dans une logique **holistique, coopérative et centrée sur la personne**, ce qui répond de manière robuste à la plupart des axes structurants du modèle de Stevenson.

Si vous souhaitez, je peux proposer une **grille d’analyse critique détaillée** valorisant chaque besoin de Stevenson au regard des pratiques documentées d’Oppelia.

Une lecture critique HAS / Stevenson

Voici une **lecture critique comparative entre la Haute Autorité de Santé (HAS) et le modèle de Stevenson** appliquée au champ de l’accompagnement médico-social et socio-sanitaire (centres, services, pratiques). Cette analyse identifie **orientations communes, différences de cadrage, points de convergence et de tension** entre les deux cadres normatifs : *HAS* (exigences qualité-bientraitance) et *Stevenson* (modèle des besoins fondamentaux).

I. Fondements et objectifs : vision normative vs approche systémique

1. HAS : normes, évaluation et démarche qualité

La HAS, autorité publique indépendante, définit la **bientraitance comme un principe de prise en charge centrée sur la personne, respectant ses choix et ses besoins**, à mettre en œuvre collectivement dans les structures sanitaires, sociales et médico-sociales.

Ses référentiels (recommandations, guides, manuels d'évaluation) sont structurés autour de **critères opérationnels** permettant :

- d'évaluer la perception de la bientraitance par la personne accompagnée ;
- d'assurer l'information sur les droits et consentement éclairé ;
- de favoriser l'expression, la participation et la citoyenneté des personnes ;
- d'assurer un accompagnement adapté tout au long du parcours.

La démarche HAS est ancrée dans une **logique qualité-sécurité des soins et services**, avec des outils quantifiables (indicateurs, critères d'évaluation), destinés à **audits, certifications et évaluations externes**.

2. Stevenson : modèle universel des besoins humains

Le modèle de Stevenson propose une **architecture conceptuelle des besoins fondamentaux** (physiques et psychiques). Ces besoins ne sont pas seulement des critères à mesurer, mais des **dimensions systémiques de l'expérience humaine** : ils sont interdépendants, dynamiques et constituent un *écosystème interne* à chaque personne.

Contrairement à une logique normative, le modèle Stevenson :

- met l'autonomie et l'équilibre personnel au centre,
- envisage la bientraitance comme ce qui **renforce le sentiment d'autonomie**,
- repose sur une compréhension du fonctionnement cognitif, social et corporel des besoins.

II. Convergences : visées centrées sur la personne

1. Personne comme acteur de son parcours

HAS et **Stevenson** s'accordent sur le fait que l'usager n'est pas un objet de soin, mais un **acteur de sa trajectoire** :

- la HAS exige que la personne exprime sa perception, soit informée et associée aux règles de vie collective.
- Stevenson place l'**autonomie – entendue comme capacité d'équilibre – au cœur de la bientraitance**, ce qui implique une participation active.

Analyse critique :
→ La HAS formalise des critères mesurables de participation et consentement (outils, procédures, traçabilité), tandis que Stevenson envisage une **expérience subjective globale** (ressenti, équilibre des besoins). La HAS peut manquer de profondeur phénoménologique du vécu, que Stevenson rend explicite.

2. Importance de l'expression et de l'écoute

Les deux cadres reconnaissent la **nécessité d'écouter et d'intégrer l'expression de la personne** :

- HAS multiplie les critères autour de **recueil de l'expression, analyse et adaptation**.
- Stevenson intègre les besoins d'**échange, de reconnaissance et de réflexion** comme essentiels à l'équilibre psychique.

Analyse critique :
→ HAS propose des dispositifs organisationnels pour capturer la voix du patient, mais moins d'outils explicites pour comprendre comment cette expression s'intègre dans **l'écologie des besoins** au sens stevensonien.

III. Différences méthodologiques

1. Normativité vs systémique

- **HAS** est un cadre dont la vocation est **normative et évaluative** : définir des standards, des critères impératifs, des processus de certification et des indicateurs.
- **Stevenson** est un **modèle systémique**, explorant des interactions complexes entre besoins. Il n'est pas conçu comme liste de critères mais comme **grille interprétative globale des situations**.

Analyse critique :
→ HAS peut être critiquée d'adopter une logique procédurale renforçant la conformité sans nécessairement intégrer les **interactions des besoins psychiques et physiques**. Inversement, Stevenson propose une profondeur explicative qui peut être difficile à opérationnaliser en routine institutionnelle sans traduction méthodologique (outil, indicateurs).

2. Approche de vulnérabilité

- **HAS** identifie la vulnérabilité comme **facteur évaluatif et déclencheur de vigilance** (maltraitance, risques spécifiques).
- **Stevenson** considère la vulnérabilité dans une **dynamique permanente de perturbation des besoins**, qui peut être intrinsèque (pathologie, souffrance) ou contextuelle (organisation, environnement).

Analyse critique :
→ La HAS mobilise la vulnérabilité souvent sous un angle sécuritaire (repérage des maltraitances, signaux d'alerte), alors que Stevenson l'intègre dans une vision plus large, centrée sur l'équilibre de l'expérience et la continuité des besoins humains.

IV. Complémentarité potentielle pour une pratique de bientraitance enrichie

1. HAS + Stevenson : de l'évaluation à la compréhension

- **HAS donne des « points de passage obligés »** (consentement éclairé, information, participation, continuité du parcours).
- **Stevenson enrichit la lecture des situations cliniques et sociales** au travers des interactions entre besoins.

Proposition analytique :
→ L'intégration du modèle Stevenson dans les référentiels HAS permettrait d'aller **au-delà de la conformité procédurale** pour promouvoir une **bientraitance réellement évolutive, centrée sur**

l'équilibre existentiel de la personne, non seulement sur la satisfaction isolée d'un critère.

2. Vers une qualité responsive plutôt que seulement normative

La qualité selon HAS est mesurée. Le modèle Stevenson introduit une **qualité vécue** : dynamique du sentiment d'autonomie, équilibre des besoins.
→ Intégrer des outils d'évaluation du **ressenti global des besoins** (qualité de vie, équilibre subjectif) enrichirait les perspectives HAS.

V. Limites et tensions conceptuelles

1. HAS : prise en compte des besoins fondamentaux

La HAS ne décline pas explicitement les dix besoins stevensoniens ; elle structure l'évaluation autour de **droits, participation, consentement, cadre de vie**, etc.
→ Certains besoins stevensoniens (comme *sécurité psychique* ou *cohérence*) n'apparaissent pas comme catégories explicites de la mise en œuvre HAS, bien qu'ils soient implicites dans plusieurs critères.

2. Stevenson : formalisation opérationnelle

Stevenson propose un cadre conceptuel puissant mais moins **prescriptif** que HAS en termes d'outils applicables. Il demande une traduction en procédures et indicateurs pour être intégré aux pratiques institutionnelles évaluées par la HAS.

VI. Conclusion

La comparaison entre **HAS et le modèle de Stevenson** révèle une **complémentarité fertile** :

- La **HAS** offre une grille évaluative structurée, indispensable pour garantir des standards de qualité, de sécurité et de participation dans les structures sanitaires et médico-sociales.
- Le **modèle de Stevenson** apporte une **profondeur anthropologique et systémique** qui permet de penser la bientraitance comme une dynamique d'équilibre des besoins humains, et non seulement comme une conformité normative.

Synthèse critique :
→ Pour dépasser une application strictement procédurale de la bientraitance, il est pertinent d'articuler le cadre HAS avec les **principes stevensoniens de satisfaction intégrale des besoins**, en valorisant le **sentiment d'autonomie et l'expérience subjective** du parcours des personnes accompagnées — articulation qui enrichit la pratique, la culture organisationnelle et la qualité réellement perçue de l'accompagnement.

Ressources, Organisme, Echange, Réflexion, Reconnaissance, Cohérence, Addiction

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

Permanent link:
https://la-plateforme-stevenson.org/v4/ressources/agirpage/oppelia_presentation_modele_de_stevenson?rev=1769356652

Last update: **2026/01/25 16:57**