 ®

The Validation Training Institute

Qui peut-on valider ?

La population cible de la Validation et les diagnostics de démence

Livret rédigé par des enseignants et des masters de la méthode de Validation pour des enseignants et des masters de la méthode de Validation.

Octobre 2015

Table des matières

[Introduction 3](#_Toc449459554)

[Différents types de démence – les caractéristiques déterminantes 4](#_Toc449459555)

[Lien entre la Validation et ces diagnostics 7](#_Toc449459556)

[Études de cas dans lesquels la Validation a fonctionné avec des personnes qui n’étaient pas diagnostiquées « Alzheimer ». 9](#_Toc449459557)

[Comportements spécifiques pouvant être validés 23](#_Toc449459558)

[Objectifs à court terme de la Validation chez des personnes qui ne font pas partie de la population habituelle : 24](#_Toc449459559)

[Comment enseigner ce point ? 24](#_Toc449459560)

[Simple, court et sans détour 24](#_Toc449459561)

[Informations intermédiaires 25](#_Toc449459562)

[Informations complémentaires à partager avec les personnes qui découvrent la Validation 25](#_Toc449459563)

[Pendant la formation de praticien 26](#_Toc449459564)

[Format des études de cas 27](#_Toc449459565)

# Introduction

Les enseignants en Validation doivent souvent répondre à ces questions : pourquoi la Validation ne peut-elle pas être utilisée chez les personnes atteintes de maladie d’Alzheimer à début précoce ? Pourquoi ne peut-on pas utiliser la Validation avec des personnes trisomiques qui, à 60 ans, semblent montrer des signes de démence ? Et celles atteintes du syndrome de Korsakoff ou de démence fronto-temporale (qui inclut la maladie de Pick et d’autres sous-catégories) ? Qu’en est-il des cinquantenaires atteints d’un cancer et qui sont en fin de vie ?

Les enseignants et masters en Validation de France, d’Autriche, d’Allemagne, du Japon et de Belgique se sont réunis avec VTI pendant la réunion des enseignants d’EVA à Paris en 2014 pour s’interroger sur ces questions. Nous avons partagé nos expériences de la Validation avec des populations autres que les grands vieillards désorientés ou malorientés. Durant l’année qui a suivi, nous avons essayé de définir des éléments de réponse.

Ce livret a pour but d’être un guide utile aux enseignants et aux masters en Validation pour répondre à ces questions.

Nous avons commencé par décrire les différentes formes de démence et leurs caractéristiques principales. Vous trouverez ensuite un résumé des liens qui existent entre la théorie de la Validation et ces diagnostics médicaux. Nous avons également inclus des études de cas qui décrivent nos expériences d’utilisation de la Validation avec des individus pour qui le diagnostic de maladie d’Alzheimer à début tardif n’a PAS été posé et qui ne font pas partie de la population traditionnellement visée par la Validation. À partir de ces études de cas, nous avons pu isoler quelques éléments de réponses claires pour savoir dans quel cas utiliser la Validation.

Nous connaissons tous les objectifs de la Validation, mais lesquels peut-on atteindre lorsque l’on travaille avec un autre type de personnes ? C’est ce dont nous parlerons dans le chapitre suivant. Pour terminer, vous trouverez nos suggestions pour intégrer ces informations supplémentaires aux formations et aux présentations sur la Validation.

Nous espérons que ce livret vous sera utile, n’hésitez pas à nous envoyer du feedback. Vous pouvez également nous envoyer vos témoignages concernant l’utilisation de la Validation avec d’autres populations. Si vous avez des idées ou des suggestions concernant ce livret, afin qu’il soit encore plus utile, n’hésitez pas à nous le faire savoir.

EdCommittee@vfvalidation.org

Marie-Claire Giard

Friederike Grill

Mathias Hergué

Fumie Inatani

Cécile Jacquart

Hedwig Neu

Vicki de Klerk-Rubin, Editor

Avec l’aide de Dianne Knettel

# Différents types de démence – les caractéristiques déterminantes

La démence est un syndrome résultant de diverses maladies : démence vasculaire, maladie d’Alzheimer à début précoce, maladie d’Alzheimer à début tardif, démence à corps de Lewy, démence fronto-temporale (autrefois appelé maladie de Pick), syndrome de Korsakoff, maladie de Parkinson, etc.

Nous savons aujourd’hui que les personnes âgées souffrant de pertes cognitives ont plusieurs maladies. Des lésions vasculaires sont visibles au niveau du cerveau chez la plupart des personnes de plus de 80 ans. Les plaques et les enchevêtrements associés à la maladie d’Alzheimer sont également visibles au niveau du cerveau chez la majorité des personnes de plus de 80 ans. Il n’est maintenant plus possible de dire qu’une personne a uniquement une maladie d’Alzheimer ou une démence vasculaire. La majorité des personnes souffrent d’un ensemble de problèmes. Cela correspond à la théorie de la Validation concernant la désorientation dans le grand âge qui est une corrélation de problèmes physiques, psychologiques et sociaux.

**Les différents types de démences et leurs caractéristiques principales**

Au moment de la rédaction de ce livret, les deux principaux ouvrages de référence de diagnostics, le DSM-5 et le CIM-10, venaient d’être révisés. Ce chapitre tient compte de ces ajouts et actualisations. Vous trouverez également les caractéristiques des diagnostics les plus fréquents chez les personnes âgées.

|  |  |
| --- | --- |
| **Projet CIM-10 (2015)** | **DSM-5 (2012)** |
| Le terme démence est défini comme « un syndrome dû à une maladie cérébrale habituellement chronique et progressive, caractérisée par une altération de nombreuses fonctions corticales supérieures […] »Les subdivisions suivantes peuvent être ajoutées aux diagnostics : « avec perturbation du comportement » et « sans perturbation du comportement. » | Le terme « démence » est remplacé par trouble neurocognitif (TNC). Chaque diagnostic ci-dessous est ensuite subdivisé en trouble *mineur* ou *majeur*[[1]](#footnote-1) |
| Le diagnostic de démence ou de trouble neurocognitif est posé lorsqu’il y a un déficit cognitif qui n’est pas présent depuis la naissance ou la très petite enfance. Le déficit cognitif peut toucher une ou plusieurs des régions suivantes : l’attention complexe, les fonctions exécutives, l’apprentissage et la mémoire, le langage (y compris la parole et la compréhension), les capacités de perception-motricité (l’utilisation d’outils, la conduite et l’orientation) et la cognition sociale (c’est-à-dire les règles et les conventions sociales qui permettent aux individus de vivre ensemble). |
| Diagnostics ou étiologies CIM-10Carence en acide nicotinique (pellagre)Carence en vitamine B12 Dégénérescence hépatolenticulaireDémence à corps de LewyDémence de la maladie due au virus de l’immunodéficience humaine [VIH]Démence fronto-temporale (y compris la maladie de Pick)Démence non spécifiée (démence présénile et démence sénile)Démence vasculaireÉpilepsie HypercalcémieHypothyroïdie acquise IntoxicationsLipidose cérébraleLupus érythémateux disséminéMaladie d’Alzheimer à début précoce, à début tardifMaladie de Creutzfeldt–Jakob Maladie de ParkinsonNeurosyphilisPériartérite noueuse Sclérose en plaquesSyndrome de KorsakovTrypanosomiase | Diagnostics ou étiologies DSM 5 Maladie d’AlzheimerTNC à corps de LewyTNC dû à de multiples étiologies TNC dû à la maladie de HuntingtonTNC dû à la maladie de ParkinsonTNC dû à l’infection VIHTNC dû à un traumatisme cérébralTNC dû à une autre affection médicaleTNC dû à une maladie à prions (maladie de Creutzfeldt–Jakob, syndrome de Gerstmann-Straussler-Scheinker)TNC fronto-temporal (trouble neurocognitif)TNC induit par une substanceTNC non spécifiéTNC vasculaire |

À partir de cette longue liste d’affections aux symptômes similaires, nous nous concentrerons sur la maladie d’Alzheimer (à début précoce et à début tardif), la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, la maladie de Parkinson et la démence fronto-temporale. Les autres diagnostics ne touchent qu’un très faible pourcentage des personnes âgées et sont donc moins utiles à notre discussion.

Maladie d’Alzheimer à début précoce – caractéristiques principales

* Se déclare entre 40 et 65 ans ;
* Déficit de la mémoire à court et à long terme ;
* Incapacité à apprendre de nouvelles choses (la mémoire de travail ne fonctionne pas correctement) ;
* Diminution cognitive croissante et progressive sans stabilisation ;
* Diminution rapide de la capacité à trouver des mots et à communiquer verbalement (généralement en 3 ans) ;
* Éclats émotionnels (sans raison) fréquents aux stades les plus avancés ;
* Expressions figées ou manque d’expression ;
* Mouvements saccadés, robotiques.

Maladie d’Alzheimer à début tardif – caractéristiques principales

* Se déclare entre 75 et 80 ans (et plus) ;
* Dégradation de la mémoire à court terme, la mémoire à long terme reste majoritairement intacte ;
* La dégradation peut se faire par étape (avec des phases de stabilisation) et dépend du déclin physique, du soutien psychologique ou de son absence, et de l’environnement ;
* Possibilité de maintenir une communication verbale jusqu’à la fin ;
* Les émotions et les besoins sont exprimés de plus en plus sans filtre ou sans tenir compte des règles sociales ;
* La réalité intérieure et personnelle devient plus forte que la réalité extérieure.

Démence vasculaire – caractéristiques principales

* Se déclare généralement entre 60 et 80 ans ;
* Les symptômes varient en fonction de la région du cerveau touchée : mémoire à court et long terme, expression verbale, capacité à faire des choix, modifications de la personnalité, capacité à se concentrer, perception, capacité à utiliser des objets, instabilité émotionnelle et reconnaissance des émotions ;
* On a parfois l’impression que la personne n’est plus là pendant quelques instants ;
* Troubles du comportement ;
* Difficultés à garder l’équilibre et à se mouvoir.

Démence à corps de Lewy – caractéristiques principales

* Se déclare généralement vers 65 ans ;
* Difficultés à se mouvoir, rigidité musculaire, troubles de la marche – très proches de la maladie de Parkinson ;
* Déclin progressif de la pensée et du raisonnement ;
* Hallucinations visuelles fréquentes et délire ;
* Les pertes de mémoire sont moins importantes qu’avec la maladie d’Alzheimer ;
* Troubles du comportement en sommeil paradoxal fréquent : somnambulisme, le patient parle, crie, tape, attrape ou saute hors du lit.

Démence fronto-temporale – caractéristiques principales

* Se déclare après 60 ans ;
* La démence fronto-temporale progresse régulièrement et souvent plus rapidement. Chez certains individus, la maladie dure moins de 2 ans et plus de 10 ans chez d’autres ;
* Il y a deux types de schémas pathologiques pour la démence fronto-temporale : (1) troubles du comportement ou (2) troubles du langage.

Variation comportementale

* Impulsivité (désinhibition) ou ennui et léthargie (apathie) y compris comportements sociaux inappropriés ;
* Manque de bienséance, manque d’empathie, trouble de l’attention ;
* Perte de la compréhension de son propre comportement ou de celui des autres ;
* Intérêt accru pour le sexe, modification des préférences alimentaires, agitation ou inversement perte d’intensité des émotions ;
* Négligence de l’hygiène corporelle ;
* Comportement répétitif ou compulsif et baisse d’énergie et de la motivation.

Variation de l’aphasie progressive primaire

* Difficulté de la parole ou de la compréhension ;
* Perte possible de la capacité à s’exprimer par écrit ;
* Difficultés à comprendre la signification des mots, difficulté à trouver le mot approprié ou utilisation de périphrase ou de description sonore pour décrire quelque chose.

# Lien entre la Validation et ces diagnostics

**La vision médicale de l’être humain versus la vision de l’être humain par la Validation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vision médicale de l’être humain : démence sénile de type Alzheimer, démence sénile, démence sans origine précise, démence mixte** | **Vision de l’être humain par la Validation : étape de la Résolution** |
| **1. Terminologie :**Démence, dément, patient dément**2. Causes :**Cerveau physiologique, maladie dégénérative, processus dégénératif, plaques amyloïdes, enchevêtrements neurofibrillaires.**3. Raisons du comportement :**Symptômes liés au cerveau physiologique**Objectif thérapeutique :** Maintenir l’orientation dans la réalité aussi longtemps que possible par la prise de médicaments, utilisation de méthodes complémentaires, soulager les symptômes de la maladie dans les stades les plus avancés de celle-ci afin de maintenir une qualité de vie. **Pronostic :** Maladie autrefois incurable qui progresse inévitablement. Pendant l’évolution de la maladie, le patient perd de façon régulière ses capacités cognitives ainsi que son identité. Dans la phase finale de la maladie, le patient est dans un état végétatif. La maladie progresse inexorablement. Les médicaments contre la démence n’aident pas, mais en ralentissent l’évolution. | **1. Terminologie :**Vieille personne, personne âgée, grand vieillard dans la dernière étape de sa vie, individu unique, malorienté ou désorienté. **2. Causes :**Longue vie ponctuée de pertes, crises, conflits ayant duré longtemps, mécanismes d’adaptation manquants et incapacité à faire face au grand âge, repli dans la désorientation dû à des pertes physiques, sociales et psychologiques et au besoin de résoudre les choses.**3. Raisons du comportement :**Les besoins et les sentiments du passé sont exprimés dans l’ici et maintenant, les conflits et les crises du passé sont revécus afin de mourir en paix.**Objectif thérapeutique :**Améliorer le sentiment d’estime de soi, soutenir la résolution des conflits, des crises et des évènements liés à des sentiments douloureux ; l’acceptation sans jugement de la personne ; éviter l’état végétatif en accompagnant la personne dans l’étape de Résolution.**Pronostic :**La Validation aide les personnes malorientées et désorientées à s’autoguérir, au sens psychologique du terme. Lorsqu’une personne se sent acceptée et utile, elle ressent moins de désarroi. Cela lui permet de mobiliser ses ressources au mieux et de se stabiliser dans la phase de Résolution jusqu’à sa mort.La Validation aide les personnes qui, dans la désorientation, ont besoin d’exprimer les problèmes du passé non résolus. Elles peuvent trouver la paix. Une personne qui à trouver la paix à la fin de sa vie peut plus facilement mourir en paix. Elle ne se retire pas dans l’état végétatif. La désorientation dans le très grand âge n’est pas vue comme un processus statique, mais plutôt comme un cheminement individuel, unique et dynamique. |

# Études de cas dans lesquels la Validation a fonctionné avec des personnes qui n’étaient pas diagnostiquées « Alzheimer ».

**ÉTUDE DE CAS n° 1**

**Informations personnelles :**

Mme M. a 63 ans, femme mince et athlétique.

Profession : avocate. Elle a géré son propre cabinet pendant 20 ans.

**Diagnostic, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : démence fronto-temporale

Au cours des dernières années, le comportement de Mme Mayer a commencé à changer.

Elle a commencé à être malpolie et à ne plus honorer ses rendez-vous.

Elle quittait souvent son bureau ou son domicile sans dire un mot et revenait des heures plus tard. Lorsque sa fille lui demandait où elle était en lui disant que tout le monde s’inquiétait pour elle, Mme Mayer restait de marbre et semblait complètement désintéressée. Elle semblait ne pas comprendre pourquoi son comportement était problématique. Elle achetait également plein de choses dont elle ne se servait jamais, et cela ne lui ressemblait pas.

Au début, sa famille a pensé que Mme Mayer était surmenée et qu’elle faisait un « burn-out » ou qu’elle était dépressive. Après plusieurs incidents gênants à son bureau, Mme Mayer n’était plus capable de remplir sa fonction d’avocate et n’a plus eu le droit de travailler dans son propre cabinet.

Il y a un an, les différents tests effectués ont mené au diagnostic de « démence fronto-temporale ».

Pour sa famille, et particulièrement pour sa fille avec qui elle vivait, son comportement était devenu un fardeau. Son imprévisibilité rendait la vie commune très difficile. Récemment, Mme Mayer s’est perdue, elle ne retrouvait plus le chemin de son domicile et la police a dû partir à sa recherche. Le plus difficile pour sa fille était de voir sa mère, autrefois si coquette et élégante, ne plus se soucier de son apparence.

Mme Mayer ne pouvait plus rester seule et avait besoin de soin continu. Elle va maintenant en accueil de jour afin de donner du répit à sa famille. Les soignants de l’établissement trouvent son imprévisibilité très difficile à gérer, particulièrement lorsqu’elle se lève soudainement et essaye de partir. Elle est très rapide et a beaucoup d’imagination. Quand bien même la porte d’entrée n’est pas fermée à clé, elle escalade pour passer par une fenêtre ouverte ou par-dessus la barrière. Parfois, elle annonce qu’elle va partir en disant par exemple « quelqu’un a besoin d’un manteau » ou « oui, je dois partir maintenant, il va bientôt arriver ». Son expression faciale montre qu’elle cherche, mais son ton de voix reste neutre, sans émotion.

Lorsqu’on lui propose des activités qu’elle apprécie comme la peinture, le chant ou la danse, elle est contente de rester à l’accueil de jour. Elle peut rester une heure à peindre. Elle adore également prendre part à la chorale et au groupe de danse.

**L’approche de la Validation :**

Mme Mayer est assise à une table et peint. Tout à coup, elle dit : « je n’ai plus le droit de travailler. Ils m’ont dit que je n’avais plus le droit ».

AV : Ils vous ont dit que vous n’aviez plus le droit. (Reformulation et ambigüité)

Mme Mayer : Oui, je suis avocate. Ce n’est pas possible maintenant. Mon frère a eu un accident. (Mme Mayer parle vite et cherche à établir un contact oculaire)

AV : Il a eu un accident. Que s’est-il passé ? (Reformulation et question ouverte).

Mme Mayer : en faisant de la randonnée dans les montagnes. Il était jeune.

AV : Est-ce que c’est la pire chose qui vous soit arrivée dans votre vie ? (polarité)

Mme Mayer : Oui.

Elle détourne le regard et reprend sa peinture.

**Conclusion :**

Sa fille a dit que Mme Mayer ne parlait jamais de son frère et de son accident. Ça ne fait pas longtemps qu’elle en parle. Les séances de Validation sont courtes, mais on a l’impression qu’elles sont bénéfiques pour Mme Mayer et qu’elles lui permettent de s’exprimer.

**ÉTUDE DE CAS n° 2**

**Informations personnelles :**

M. H. est un homme de 64 ans. Il est attentionné et intelligent.

Profession : Chef de service dans une grande entreprise où son expérience a toujours été très appréciée.

**Diagnostic, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : Démence fronto-temporale

AVC 2 ans avant l’évaluation qui a montré une faiblesse légère dans la jambe gauche

Au cours des 2 ou 3 dernières années, le comportement de M. H a commencé à changer :

* Il est devenu violent, a un comportement indécent et réagit avec agressivité ;
* Il n’a pas conscience de son comportement ;
* Il a perdu son travail au sein de son entreprise à cause de son comportement ;
* M. Huber a commencé à parler régulièrement de la mort. Apparemment quand il était jeune, il a eu un grave accident et a failli perdre la vie.

M. et Mme Huber sont venus à un premier rendez-vous à l’accueil de jour il y a un an. Quand l’animateur de l’accueil de jour a demandé ce qu’ils voulaient boire, M. Huber s’est mis à hurler « du café, très sucré » et a frappé la table avec sa main à plusieurs reprises. Une fois que le café était servi, M. Huber a demandé à sa femme de mettre 13 morceaux de sucre dans sa tasse puis a commencé à le boire en faisant du bruit avec ses lèvres et sa langue. Mme Huber n’avait pas l’air très à l’aise et a expliqué combien il était aimant, poli et aidant avant sa maladie.

Pendant les premières semaines passées à l’accueil de jour, il y a eu de nombreux conflits entre M. Huber et les autres patients. Par exemple, M. H essayait régulièrement de leur faire peur en faisant des bruits soudains et très forts. Il avait également des remarques désobligeantes pour les soignants et les a touchés de manière inappropriée à plusieurs reprises. Cela mettait mal à l’aise l’équipe qui réagissait en le réprimandant. Lorsque M. H était sermonné, sa réaction s’amplifiait et il se mettait à insulter tout le monde. M. H était particulièrement énervé quand il se sentait ignoré ou rejeté.

L’équipe s’est réunie afin de trouver une solution pour intégrer M. H et que cela convienne à tout le monde. Les membres de l’équipe se sont également demandé comment ils pouvaient entrer en connexion avec lui afin d’essayer de comprendre son comportement. La première étape a été d’explorer et de reconnaitre le besoin de proximité et d’attention exprimé par M. H. Il était également clair qu’il ne se sentait pas reconnu dans son rôle d’homme et qu’il se sentait inférieur. La deuxième étape consistait pour l’équipe de soignants à « se centrer », à rester calme et à essayer de ne pas prendre le comportement de M. H personnellement.

**L’approche de la Validation :**

M. H s’approche précipitamment de l’animatrice de l’accueil de jour (AA) et lui dit « déshabille-toi. Je veux te voir toute nue. » Il essaye de se rapprocher et de l’embrasser furtivement.

AA se centre et dit d’une voix calme « M. H, je ne vais pas faire ça, mais comment allez-vous ? » Elle prend délicatement sa main et met une juste distance entre eux.

M. H : Vous êtes une femme mais je ne suis plus un homme. Plus rien ne fonctionne.

AA : Plus rien ne fonctionne ?

M. H : Non ! Mais vous êtes charmante. Vous êtes une bonne chef. Je suis aussi chef (M. H embrasse la main de l’AA et s’en va, un peu plus détendu).

Le comportement inapproprié envers les autres patients a été canalisé en utilisant des techniques comme celles utilisées dans les groupes de Validation.

M. H s’approche d’un autre patient, M. S et tape très fort dans ses mains. M. S était occupé à découper une photo et pousse un cri de colère « laisse-moi tranquille ! » M. H commence à taper des mains encore plus fort pour le provoquer.

AA : (s’approche, en frappant des mains également) PAS DE PAIX !

M. S : voilà, il devrait arrêter.

AA : M. H., M. S. est agacé par le fait que vous tapiez des mains.

M. H. : Il faut taper des mains. Je tape des mains pour qu’il ne meure pas.

M. S. : Je suis vivant ! Je le sais puisque je suis occupé.

À : M. H., voulez-vous vous asseoir avec M. S et faire quelque chose également ?

M. S. : Allez, assieds-toi et fais quelque chose.

(M. H. s’assied alors et commence à colorier un dessin pendant un moment).

Troisième exemple : M. H. et l’AA étaient assis sur un banc à l’extérieur de l’accueil de jour et ont vu un patient qui avait du mal à marcher.

M. H : Il ne peut plus marcher. Il est vieux, il devrait mourir.

AA : Vous voulez dire que lorsque quelqu’un n’arrive plus à marcher et qu’il est vieux, il devrait mourir ?

M. H. : Oui, mourir ! Je suis déjà mort une fois moi.

AA : Quand ça ?

M. H. : J’étais jeune.

AA : Jeune ? Que s’est-il passé ?

**Conclusion :**

La relation entre M. H et l’équipe soignante s’est détendue. Les soignants ont appris à se protéger des avances inappropriées en restant respectueux et ont compris que M. Huber avait des besoins non satisfaits à exprimer et qu’ils devaient les écouter avec empathie. Il répondait très bien aux techniques de Validation du reflet et de la reformulation. Ces techniques de Validation simples ont aidé l’équipe à établir un lien plus profond et cela a aidé M. H a exprimé ses besoins et ses émotions.

**ÉTUDE DE CAS n° 3**

**Informations personnelles :**

M. A est un homme de 77 ans qui vit dans un établissement de soin pour personnes âgées au Japon. Il a été directeur d’école et a pris sa retraite à 65 ans. Il a toujours pris son travail très au sérieux, cela occupait une place très importante dans sa vie.

**Description, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : Démence vasculaire légère

Une fois à la retraite, il a commencé à suivre sa femme partout. M. A était sûr qu’elle le trompait. Ils avaient une importante différence d’âge. Il disait qu’un homme étrange entrait en passant par la fenêtre du deuxième étage pour aller voir sa femme, M. A accusait sa femme de tout organiser. Sa femme en a eu marre de ses accusations et lui a trouvé une place en accueil de jour. Il refusait d’y aller seul et disait que sa femme en profiterait pour aller retrouver l’autre homme. J’ai rencontré ce couple à l’accueil de jour pour une réunion d’information et de soutien. Quand ils sont ensemble, M. A a l’air normal.

**L’approche de la Validation :**

Voilà ci-dessous un extrait d’une de nos conversations :

M. A : Je n’ai rien à faire.

Fumie : Vous n’avez rien à faire ? Quand étiez-vous le plus occupé ?

M. À : j’étais directeur d’une école. J’enseignais et je m’occupais de l’organisation de toute l’école.

(M. A rayonne de fierté)

Fumie : Vous étiez vraiment fier de votre travail !

M. À : Ils ont commencé à se remémorer son travail, ils aimaient en discuter. J’ai d’abord écouté avec attention, je l’ai calibré. Après j’ai pu lui poser des questions sur sa situation actuelle et ce qu’il appréciait aujourd’hui.

Lorsqu’il parlait de sa méfiance envers sa femme avec colère, je ne pouvais pas utiliser la Validation, à la place je travaillais avec sa femme et la soutenais. EN effet, à chaque fois que j’essayais d’utiliser des techniques de Validation, il se mettait davantage en colère et devenait plus méfiant envers sa femme. C’était comme si ses hallucinations devenaient encore plus importantes.

**Conclusion :**

Savoir quand utiliser la Validation et quand utiliser des approches traditionnelles avec cet homme était difficile. Il est souvent compliqué de savoir ce qui tient de l’affabulation, de l’hallucination ou de l’image eidétique. J’ai principalement utilisé la Validation pour établir une relation de confiance avec M. A. La calibration, la reformulation et les questions ouvertes ont permis de développer une relation de confiance. Quand M. A exprimait de la colère j’utilisais la calibration et je lui posais des questions ouvertes pour l’aider à s’exprimer davantage. La théorie de la Validation m’a aidé à comprendre les besoins psychologiques sous-jacents de M. A. J’ai trouvé que les techniques de Validation généralement utilisées avec les personnes malorientées fonctionnaient mieux et principalement dans les moments où il n’était pas en colère et centré sur l’infidélité de sa femme. En évitant la confrontation, j’ai pu établir une relation de confiance.

**ÉTUDE DE CAS n° 4**

**Informations personnelles :**

Mme B : J’ai rencontré Mme B quand elle avait 57 ans. Elle en a aujourd’hui 60 et vit dans un foyer. Elle était femme au foyer. Quand ses enfants sont devenus grands et qu’ils ont quitté la maison, elle a commencé à travailler comme chef dans une cantine scolaire.

**Description, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : démence fronto-temporale

Son mari a commencé à remarquer certains comportements étranges. Elle ne savait plus cuisiner ; elle a commencé à déambuler en plein milieu de la nuit. Elle a toujours été bien habillée, elle portait un chapeau et se maquillait pour sortir, maintenant elle s’habille mal, elle ne fait plus attention à elle. À chaque fois que son mari lui demande de faire quelque chose comme « peux-tu faire le ménage ? », elle pousse des cris très aigus.

Après plusieurs visites chez le médecin et de mauvais diagnostics, on lui a finalement trouvé une démence fronto-temporale. À partir de là, elle a été admise dans un établissement psychiatrique pour faire une évaluation et mettre en place un traitement. Après trois mois, elle a été placée dans un foyer spécialisé dans le soin des personnes atteintes de cette maladie. Là-bas, elle avait l’air plus équilibré même si son comportement restait particulier.

Mme B était active physiquement mais sa capacité à parler avait diminué. Elle avait des difficultés à manger et les bonbons constituaient la base de son alimentation. Elle déambulait constamment et essayait souvent de s’échapper du foyer. Heureusement que son sens de l’orientation était presque intact puisqu’elle retrouvait toujours son chemin. Parfois Mme B se levait en plein milieu de la nuit et commençait à préparer le repas.

**L’approche de la Validation :**

La première fois que je l’ai rencontré, elle avait l’air normal, jeune et en bonne santé, malgré sa maladie.

Fumie : Bonjour, comment allez-vous ? (en laissant une distance normale entre nous deux)

Mme B : (fait demi-tour et évite tout contact oculaire)

Fumie : (j’observe son expression de peur ; je m’assieds à côté d’elle plutôt que devant elle et je mets un peu plus de distance entre nous pour l’aider à se sentir en sécurité).

Mme B commence alors à taper des mains et répète « oui, oui, oui, oui, oui » encore et encore en chantonnant.

Fumie : Je reflète ses mouvements, son visage et ses vocalisations.

Mme B me répond alors en changeant le son des vocalisations en « “ah haha ah haha…” tout en hochant la tête.

Fumie : Puis j’ai dit sur le même rythme, le même ton et avec le même mouvement : « Bonjour Mme B, je suis Mme Inatani ».

Mme B : « silence, peur, peur ah haha ah haha » (en hochant de la tête)

Fumie : Je suis désolée, je suis désolée, je suis désolée. Je vais simplement rester ici (sur le même ton de voix chantonnant et le mouvement de tête).

Plus calmement, elle a commencé à chanter une chanson comme une mère le ferait à son enfant.

J’ai commencé à chanter avec elle et elle a accepté que je reste.

**Conclusion :**

J’ai trouvé que chanter et bouger en rythme était une façon efficace de communiquer avec Mme B. Elle aimait chanter et bouger sur un rythme particulier. Dans ces moments, je pouvais établir un contact oculaire avec elle. La technique du reflet était parfois efficace, tout comme la reformulation. Comme beaucoup de personnes malorientées, elle se sentait en danger quand je l’approchais de face, j’ai donc appris qu’il valait mieux que je m’asseye à ses côtés, j’ai aussi fait très attention aux contacts oculaires car trop long, ils mettaient Mme B mal à l’aise.

Les techniques non verbales fonctionnaient très bien avec cette personne : refléter, la musique et les mouvements étaient des portes d’entrée dans son monde. Il fallait faire attention à rester assez éloignée pour ne pas l’effrayer, cet élément de la Validation n’était donc pas efficace.

**ÉTUDE DE CAS n° 5**

**Informations personnelles :**

Mme C. est une femme de 82 ans qui a une aide à domicile en Suède.

**Diagnostic, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : déficience cognitive avec hallucinations et angoisse.

**Symptômes :**

* Elle s’inquiète excessivement pour ses finances. Par exemple, elle cache de l’argent dans différents endroits de sa maison puis dit « Je voudrais que vous alliez me retirer de l’argent car je n’en ai plus » ;
* Elle était également très anxieuse d’oublier ses rendez-vous chez le dentiste et demandait régulièrement quand ils étaient ;
* Elle est devenue incontinente ;
* Ses émotions et son niveau de conscience étaient souvent fluctuants ;
* Elle a commencé à avoir des hallucinations visuelles. Elle était capable de décrire clairement ce qu’elle voyait : « il y a des Gitans dans mon jardin qui veulent me cambrioler », « il y a un monstre vert » et « il y a un enfant et son père assis dans le canapé ».

Il est important de noter que lorsque l’on parle des hallucinations associées à la démence à corps de Lewy, les « images » peuvent n’être que la manifestation du symptôme de la maladie ; cependant, il y a également les images eidétiques qui peuvent être le résultat de l’expérience passée du patient. Dans le cas de Mme C, l’histoire concernant les Gitans était probablement liée à son inconfort actuel et à ses peurs. Selon sa sœur, ses parents avaient l’habitude de dire que les enfants malpolis se faisaient enlever par les Gitans.

**L’approche de la Validation :**

Lorsqu’elle s’inquiétait de ne pas avoir assez d’argent, les techniques de la phase 2 étaient très efficaces. Quand elle avait ses hallucinations, la juste distance, la reformulation et les questions ouvertes étaient utilisées. Apprendre le contenu de ses hallucinations a également aidé la soignante à comprendre le(s) besoin(s) psychologique(s) qui pouvait être lié à cette image. En faisant cela, sa tristesse et son anxiété se sont atténuées.

**Conclusion :**

Certains des comportements de Mme C semblaient liés à la mémoire émotionnelle de son enfance. Dans ces moments, les techniques de Validation utilisés avec les personnes dans la phase de confusion temporelle semblaient permettre de maintenir la relation et la communication.

**Le témoignage de Cécile :**

« Je trouve qu’une personne atteinte d’une démence à corps de Lewy a souvent un comportement proche de la malorientation. Elle a parfois des hallucinations, une des caractéristiques principales de ce type de démence, et on ne peut presque pas l’approcher, voire elle refuse complètement le contact. Un jour, dans un de ces moments, une femme m’a dit, alors que je lui rendais visite, qu’elle ne parlait pas aux femmes qui portaient des lunettes, et qu’il valait mieux que j’aille m’occuper de mes affaires avec ma copine. Clairement cela était l’expression d’une expérience passée et elle m’utilisait comme symbole.

La reformulation, les questions ouvertes et d’autres techniques de Validation ne fonctionnaient pas du tout et j’ai été obligé d’interrompre la conversation quand la femme m’a dit de partir. Cependant, à d’autres occasions, quand mes lunettes ne déclenchent rien chez cette femme, une approche empathique et les techniques de Validation nous permettent d’échanger, cela peut être assimilé à une séance de Validation. Dans ces moments, il semble que les pertes de sa vie sont mises en avant et que la démence à corps de Lewy elle, est poussée au fond.

Avant de devenir praticienne en Validation, j’avais développé une relation de confiance avec une autre personne ayant le même diagnostic. Elle me reconnaissait grâce au collier que je portais et j’avais trouvé qu’une écoute empathique avait un effet positif sur elle. Elle était très sensible à la gentillesse ou au manque de gentillesse. Beaucoup de soignants riaient des mots étranges qu’elle utilisait et de ses hallucinations. Les techniques de Validation qui testaient sa mémoire comme la réminiscence avait un effet négatif, elle devenait nerveuse et la relation s’arrêtait ».

**ÉTUDE DE CAS n° 6**

**Informations personnelles :**

M. D est un homme de 89 ans pour qui aucun diagnostic de démence n’a été posé. Il bénéficie de soins à domicile en Suède. Il s’entend bien avec les aides à domicile et accepte très bien les soins

**Diagnostic, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : phase terminale d’un cancer hématologique**.**

Il y a environ 4 ans, le comportement de M. D a commencé à changer à cause de l’évolution de son cancer.

**L’approche de la Validation :**

M. D : Remonte ma Volvo rouge, elle est restée dans la forêt (le fils de M. D a d’abord pensé que son père lui faisait une blague).

Le fils : Papa, ta Volvo rouge a été vendue et maintenant tu as une Volvo noire dans le garage. (Il est allé lui montrer la voiture dans le garage – réorientation dans la réalité. M. D a ignoré cette voiture et a continué à faire ses remarques à propos de la Volvo rouge).

(Après avoir entendu son père répéter pour la énième fois son histoire sur la Volvo, le fils s’est centré et a commencé à utiliser la Validation en reformulant).

Le fils : Tu veux que moi, ton fils, j’aille chercher ta Volvo rouge ? Est-ce que c’était la Volvo rouge que tu avais quand tu travaillais dans la forêt ?

M. D : (acquiesce de la tête, soupirant de soulagement) je te la laisse.

Après cet échange, M. D n’a plus jamais parlé de sa Volvo rouge.

**Conclusion :**

De toute évidence, la Volvo rouge était associée à l’identité de M. D. C’était le symbole de son passé, de sa vie bien remplie et le symbole de sa masculinité et de sa paternité (protéger sa famille).

En transmettant ce rôle à son fils, M. D a sans doute été libéré de ses responsabilités et de son rôle de père.

Pour cette personne âgée avec un cancer en stade terminal, la Validation a été efficace malgré son état cognitif.

**ÉTUDE DE CAS n° 7**

**Informations personnelles :**

Mme E est une femme de 60 ans handicapée mentale vivant dans un établissement pour personnes handicapées au Japon.

**Diagnostic, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : Syndrome de Down

**Symptômes :**

* Troubles de l’élocution, parole limitée ;
* Utilise rarement la communication verbale ;
* Reste principalement dans sa chambre ;
* Quand elle est seule, ce qui est souvent le cas, on la retrouve recroquevillée, se balançant d’avant en arrière, le regard vers le bas.

**L’approche de la Validation :**

**(**PV = personne validante)

PV : (s’approche et la salue en se mettant en face d’elle)

Mme E : (pas de réponse verbale)

PV : (s’approche davantage et l’appelle par son nom. J’ai commencé à bouger mon corps au même rythme, puis j’ai délicatement touché son épaule en l’appelant par son nom).

Mme E. (A établi des contacts visuels occasionnels mais aucune réponse verbale ni aucun commentaire).

PV : (a touché son épaule, calibré son émotion) « Vous sentez-vous isolée quand vous êtes seule ? Vous sentez-vous en danger lorsque vous êtes seule ? »

Mme E : (après un petit moment, son corps a cessé de se balancer, aucun commentaire verbal).

PV : (j’ai touché sa main).

**Conclusion :**

Chez une personne de 60 ans handicapée mentale, en repli psychologique et verbal, les techniques non verbales étaient efficaces.

**ÉTUDE DE CAS n° 8**

**Informations personnelles :**

M. W a 65 ans. Il vit dans une maison de retraite depuis 5 ans. Il est divorcé, sans enfant et a quelques contacts avec un de ses frères. Ses autres frères et sœur ne lui ont pas rendu visite depuis très longtemps.

**Diagnostic, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : souffre du syndrome de Korsakoff depuis plus de 10 ans.

**Symptômes :**

* Les mouvements remplacent majoritairement la parole ;
* Il ne s’exprime qu’avec des monosyllabes comme haa, ouh et hummm ;
* Le ton qu’il utilise varie selon son humeur, comment il se sent ou ses émotions ;
* Il est désorienté dans le temps et l’espace ;
* Il dépend des soignants pour toutes les activités de la journée ;
* Son ton de voix effraie les autres résidents lorsqu’il marche dans les couloirs.

**L’approche de la Validation :**

Un moment typique pendant lequel je peux utiliser la Validation se déroule de cette façon :

Je commence par établir un contact oculaire avec M. W.

MC : Bonjour M. W, comment allez-vous aujourd’hui ?

Je reflète son expression faciale et ses mouvements.

Je calibre son état intérieur.

En utilisant des touchers réguliers sur sa main ou son bras, j’arrive à établir la communication entre nous et à lui transmettre un sentiment d’unité, « nous sommes ensemble » et il n’est pas seul.

Je reflète ce que je vois et il répond en acquiesçant de la tête.

Puis j’essaye de dire l’émotion que j’ai l’impression qu’il ressent à ce moment « vous êtes en colère ! Ça ne va pas aujourd’hui ». Dire l’émotion avec émotion déclenche une réponse positive et une expression faciale de reconnaissance.

Lorsque je connecte son comportement à ses besoins et que je dis « Vous avez besoin d’autre chose », M. W exprime son accord non verbalement.

Je termine alors la conversation verbalement « je vais y aller maintenant M. W. À la prochaine fois ». Et M. W me salue pour dire au revoir.

**Conclusion :**

Avec les personnes atteintes du syndrome de Korsakoff, il est possible d’utiliser plusieurs techniques de la Validation qui sont généralement efficaces avec les patients dans la phase de mouvements répétitifs. Si on se réfère aux tâches de vie d’Erik Erikson, c’est comme si M. W était encore occupé avec la tâche de la production (être actif et productif), cela est en accord avec son âge, il n’est pas occupé à résoudre des conflits du passé. Comprendre cela permet aux soignants d’avoir plus d’empathie et d’établir un contact même quand le patient ne peut pas répondre verbalement.

**ÉTUDE DE CAS n° 9**

**Informations personnelles :**

Mme N. est une femme mariée de 30 ans. À part son ligament déchiré, elle est en très bonne santé physique et mentale.

**Diagnostic, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : Delirium suite à une opération chirurgicale sous anesthésie générale. C’est une opération fréquente et qui dure généralement moins de 2 heures.

**Symptômes :**

* Elle éclate en sanglots dans la salle de réveil ;
* Elle est très anxieuse, hallucine et demande à quitter l’hôpital. (À partir de là, l’équipe soignante accepte que son mari lui rende visite).

**L’approche de la Validation :**

Son mari, praticien en Validation, utilise la Validation pour montrer son attention et sa présence. Il utilise le contact visuel et le toucher (en serrant ses épaules) afin qu’elle ressente sa chaleur et qu’elle se sente aimée. Cela semble la rassurer.

Le mari : Que s’est-il passé ?

La femme : Il y avait tellement de gens autour de moi.

Le mari : Qui était là ?

La femme : Des personnes en chemise blanche.

Le mari : Y avait-il d’autres personnes ? Qui était le plus proche de toi ?

La femme : Oui, il y avait quelqu’un qui ne faisait que regarder sa machine. Il ne m’a jamais regardé.

Le mari : Il ne t’a jamais regardé ? Qu’est-ce qui était le plus difficile ?

La femme : j’avais l’impression…de n’être qu’une chose... Comme si je n’étais pas là.

Le mari : Ça t’a choqué !

La femme : (commence à pleurer).

Le mari : Tu avais besoin qu’on fasse attention à toi, de quelqu’un qui s’occupe de toi.

Dire l’émotion avec empathie lui a permis de se sentir reconnue, de sentir qu’elle avait le droit de pleurer.

Lier le comportement au besoin l’aide à se calmer en présence de quelqu’un qui comprend ses craintes.

**Conclusion :**

L’attitude empathique et certaines techniques verbales et non verbales de Validation ont permis à Mme N d’exprimer les émotions fortes qui l’ont émue. Comme elle n’est pas dans l’étape finale de sa vie et qu’elle ne présente pas de démence, elle n’a pas compris son propre comportement. La peur de mourir n’est pas rare lorsqu’on subit une opération sous anesthésie générale. Elle n’est pas dans la phase de résolution mais est face à une situation dans laquelle la vie peut s’arrêter, et elle a eu très peur. La Validation lui a permis d’exprimer ses émotions et de se sentir en sécurité, malgré le délirium et la peur de mourir.

**ÉTUDE DE CAS n° 10**

**Informations personnelles :**

M. M a 59 ans, il est marié et père de 3 enfants. Il est comptable dans une société.

**Diagnostic, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : Il a un cancer depuis plusieurs années et est maintenant en phase terminale. Après une opération chirurgicale, de la chimiothérapie et de la radiothérapie, il est maintenant en soins palliatifs. Le cancer s’est généralisé et il n’y a plus d’autres options de traitement. Il a de la morphine pour la douleur.

Installé confortablement dans sa chaise, il commence à faire un geste, comme s’il jetait des objets, puis il fait un autre geste, comme s’il écrivait ou utilisait une calculatrice.

**L’approche de la Validation :**

J’ai commencé par utiliser des questions ouvertes et reformuler, cela a permis à M. M de parler de ce qu’il était en train de faire : travailler – classer des dossiers.

(Il a bougé sa main et j’ai reflété ce mouvement avec une main, mon autre main était posée sur son bras, pour maintenir le lien).

Praticien : Il faut vraiment finir cela. C’est important d’en finir avec ça, n’est-ce pas ?

Un peu plus tard : est-ce que ça vous convient comme ça ?

Après un moment, il s’est détendu.

M. M : Oui, je suis à la maison. Je ne suis plus au bureau.

Refléter ses mouvements m’a permis de comprendre ce qu’il faisait et de l’aider à sentir que j’étais sur la même longueur d’onde. Pendant toute la durée de l’échange, j’ai utilisé un contact oculaire chaleureux, le toucher sur son bras et j’ai dit l’émotion avec empathie ; ces techniques ont toutes fonctionné et ont permis une relation chaleureuse et attentionnée.

**Conclusion :**

L’attitude empathique, l’utilisation de techniques verbales et non verbales ont bien fonctionné pour aider M. M a exprimer ses émotions et son besoin de se sentir utile. Quelqu’un qui est en train de mourir à un jeune âge est quand même dans « l’étape finale de sa vie ». Il semble évident que M. M était en train de résoudre une tâche de vie laissée en suspens.

**ÉTUDE DE CAS n° 11**

**Informations personnelles :**

M. W a 55 ans, il est professeur de géographie à la retraite. Il est en très bonne santé physique.

**Diagnostic, progression de la maladie et comportements difficiles :**

Diagnostic : Maladie d’Alzheimer à début précoce, désorientation occasionnelle dans le temps et l’espace.

**Ses comportements récents :**

M. W était très agacé de ne plus pouvoir suivre le programme avec sa classe, il a donc décidé de prendre sa retraite. Sa femme a rapidement cherché de l’aide, il a commencé à aller en accueil de jour, cela lui permettait de canaliser son énergie. Plus tard, quand son état s’est dégradé davantage et qu’il ne pouvait plus rester chez lui, il a été placé dans un petit service de long séjour au sein du même établissement. Dans ce service, il était toujours "occupé" à faire des tâches manuelles, du sport et à se promener car il s’ennuyait rapidement. Il demandait souvent à l’équipe de se promener avec lui.

**L’approche de la Validation :**

Lors de ces balades, j’utilisais souvent les techniques de Validation généralement destinées aux personnes malorientées.

MC : Vous aimez marcher. Vous avez beaucoup d’énergie. Quel métier faisiez-vous ?

W : J’enseignais la géographie.

MC : À quelles classes enseigniez-vous ?

W : J’enseignais en lycée

MC : Qu’est-ce qui était le plus important à enseigner à vos élèves ?

Il a commencé à parler de ses classes et de la terre, du ciel, des différents types de pierre – il était dans son élément, content de partager ses connaissances. Il aimait beaucoup partager son savoir avec moi et se sentir encore une fois professeur.

Poser des questions factuelles et ouvertes, demander l’opposé et utiliser les extrêmes lui permettaient de me dire ce qui était important pour lui. Reformuler avec empathie lui a montré que j’étais avec lui, que je le comprenais et que j’étais investi dans ses questionnements. À d’autres moments, parler des souvenirs était efficace, pour lui permettre de parler plus du passé. Comme M. W avait une maladie d’Alzheimer à début précoce, je faisais particulièrement attention à garder une distance de sécurité ; j’évitais les sujets émotionnels et je le laissais mener la conversation, en étant conscient que les sujets pouvaient changer souvent.

**Conclusion :**

La confiance s’est construite au fur et à mesure de nos conversations pendant les promenades. L’attitude empathique ainsi que les techniques de Validation verbales et non verbales ont permis de maintenir la relation et de développer la confiance. Les promenades permettaient à M. W d’améliorer son énergie physique et de trouver quelqu’un pour partager ses sentiments pendant cette phase de la maladie.

# Comportements spécifiques pouvant être validés

|  |
| --- |
| **Comportements spécifiques pouvant être validés** |
|  |  | **Diagnostic** | **Exprime des émotions** | **Exprime des besoins basiques** | **Résout une tâche de vie** |
| 1 | Mme M | Démence fronto-temporale | Oui | Oui | ? |
| 2 | M. H | Démence fronto-temporale | Oui | Oui | ? |
| 3 | M. A | Démence vasculaire | ? | Oui | ? |
| 4 | Mme B | Démence fronto-temporale | Oui | Oui | ? |
| 5 | Mme C | Corps de Lewy | Oui | Oui | Oui (?) |
| 6 | M. D | Cancer en phase terminale | Oui | Oui | Oui |
| 7 | Mme E | Trisomie 21 | Oui | Oui | Oui (?) |
| 8 | M. W | Korsakoff | Oui | Oui | ? |
| 9 | Mme N | Suite à une anesthésie | Oui | Oui | Non |
| 10 | M. M | Cancer en phase terminale | Oui | Oui | Oui |
| 11 | M. W | Alzheimer à début précoce | Non | Oui | ? |

PowerPoint : Quels éléments de la Validation peuvent être utilisés dans toutes les situations et quels éléments peuvent parfois être utilisés.

****

# Objectifs à court terme de la Validation chez des personnes qui ne font pas partie de la population habituelle :

Diminution du stress – changements perceptibles possibles : diminution du stress physique, respiration plus profonde, maintien plus long du contact oculaire, moins d’impatience.

Établir une relation de confiance – changements perceptibles possibles : établissement d’un contact oculaire, accepte une plus grande proximité, expression verbale de problèmes jamais évoqués auparavant.

Stimulation du bien-être – changements visuellement perceptibles possibles : sourire, chant, expression faciale et posture détendues, plaisir retrouvé à participer à des activités ; changements possibles que l’on peut entendre : ton de voix plus détendu, commentaires du patient sur sa propre situation.

Sentiment d’estime de soi qui perdure – peut être observé par des changements à court terme du comportement, voir également les changements listés ci-dessus.

Avec d’autres populations, nous n’observons pas les mêmes effets à long terme de la Validation que chez les personnes dans l’étape de Résolution. Il n’y a pas d’arrêt de l’évolution de la maladie. Il n’y a pas de maintien de l’état actuel, l’état de la majorité de ces personnes se dégradera, elles deviendront de plus en plus désorientées, qu’importe nos actions. Cela étant dit, la Validation fait une différence à court terme, c’est toujours mieux que rien.

# Comment enseigner ce point ?

Enseigner ou présenter la population avec laquelle la Validation fonctionne le mieux fait partie intégrante de toutes les présentations et formations. La quantité d’information donnée par le présentateur ou l’enseignant dépend du temps dont il dispose et de ce que son audience souhaite ou a besoin d’entendre. Les propositions suivantes sont déclinées en 3 niveaux d’intensités/niveaux de connaissances, il est possible de les adapter à des besoins plus spécifiques.

## Simple, court et sans détour

La Validation a été créée pour aider à communiquer avec des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer à début tardif ou comme Naomi Feil les appelle : les grands vieillards qui sont à l’étape de résolution, par opposition à l’état végétatif. Ils essaient de trouver la paix avant de mourir. Certains éléments de la Validation peuvent être utilisés avec d’autres personnes qui, dans la dernière étape de leur vie, expriment des émotions douloureuses, tentent d’assouvir les besoins humains de base ou de résoudre des problèmes laissés en suspens.

(Cliquez sur la présentation PowerPoint : quels éléments peuvent être utilisés…)



Donner des exemples qui montrent comment des techniques spécifiques de la Validation peuvent être utilisées avec des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer à début précoce ou qui sont dans la dernière étape de leur vie (en hospice).

## Informations intermédiaires

La Validation a été développée afin de pouvoir établir une relation et de communiquer avec les personnes que Naomi Feil décrit comme des personnes malorientées ou désorientées dans la dernière étape de leur vie. Ces personnes luttent contre des problèmes non résolus de leur passé, elles n’ont pas les mécanismes d’adaptation adéquats pour faire face aux pertes physiques, sociales et psychologiques qui surviennent naturellement en vieillissant, elles se retrouvent dans l’incapacité de répondre à des besoins humains de base. Pour la plupart de ces personnes, le diagnostic de maladie d’Alzheimer à début tardif a été posé, mais nous savons qu’une grande partie de ces personnes ont eu un mauvais diagnostic ou alors sont diagnostiquées de manière générale comme « démentes »

L’attitude validante (faire preuve de respect, ne pas juger et utiliser l’empathie) est utile avec les personnes atteintes de démence. Nous avons découvert que certaines techniques fonctionnent avec des personnes atteintes de maladie d’Alzheimer à début précoce, de démence fronto-temporale, de démence à corps de Lewy, de démence vasculaire ainsi que chez les patients en stade terminal d’autres affections et qui se retrouvent également dans l’étape finale de leur vie. De plus, les techniques de Validation peuvent être efficaces avec des personnes âgées atteintes de trisomie 21 qui montrent des symptômes de démence.

Les facteurs-clés qui permettent de savoir si la Validation sera efficace avec ces populations sont :

* La personne exprime-t-elle des émotions humaines de base ?
* La personne essaye-t-elle de résoudre des problématiques laissées en suspens ?
* La personne essaye-t-elle d’assouvir des besoins humains de base ?

Ces facteurs sont exprimés à des instants précis plutôt que dans la durée. Ils peuvent être stimulés par le stress environnemental ou par des souvenirs déclenchants. Les techniques de Validation peuvent être utilisées dans ces moments pour aider la personne à exprimer ce qu’elle veut et maintenir la communication.

## Informations complémentaires à partager avec les personnes qui découvrent la Validation

Les objectifs à court terme de la Validation s’appliquent aux personnes qui sont dans l’étape de résolution de leur vie ainsi qu’à celles atteintes d’une forme de démence ou dans certains cas de délirium. Les objectifs à long terme de la Validation s’appliquent aux personnes qui sont dans l’étape de Résolution. Vous pouvez utiliser la présentation PowerPoint ci-dessous pour aider à expliquer ce point aux soignants.



## Pendant la formation de praticien

Si on vous demande comment la Validation fonctionne avec les personnes atteintes d’autres formes de démences, nous suggérons les réponses suivantes :

Au module 1 :

Répondre aux questions puis rappeler aux stagiaires que la formation se concentre sur la population cible de la Validation et qu’il y aura un temps à la fin de la formation pour discuter de la Validation avec les autres populations.

Au module 4 :

Au moment de discuter des autres méthodes, il est possible d’ajouter les « autres populations » et d’enseigner comment certains éléments de la Validation peuvent être utilisés. Cela peut être fait à partir des questions et expériences des stagiaires. Il est important de s’assurer que les participants comprennent l’importance de se concentrer sur les tâches de vie, les besoins humains et émotions tout en maintenant une attitude validante.

Dans tous les modules :

Il est important de s’assurer que le choix des patients pour le travail pratique (vidéos, jeux de rôle, etc.) est pertinent et si ce n’est pas le cas, s’assurer que le stagiaire comprend les différences.

**L’objectif de la formation de praticien** est que les praticiens certifiés soient capables de pratiquer la Validation avec la population cible. En plus, et **parce qu’**ils ont ces compétences, ils pourront faire la différence avec les autres populations et seront capables d’utiliser l’attitude de la Validation et ses techniques à des moments opportuns.

Merci d’utiliser ce format pour proposer vos études de cas. Partagez votre expérience d’utilisation de la Validation avec des personnes exclues de la population cible. Merci de les envoyer à EdCommittee@vfvalidation.org

## Format des études de cas

**Informations personnelles :** (merci d’inclure l’âge, le sexe, l’histoire familiale, la profession)

**Diagnostic, progression de la maladie et comportements difficiles :**

**L’approche de la Validation :** (merci de décrire comment et à quel moment vous avez pu utiliser la Validation et d’inclure un extrait court et typique de conversation qui montre de quelle façon vous avez utilisé la Validation avec cette personne).

**Conclusion :** (merci de décrire comment la Validation a aidé la personne, la relation ou a favorisé la communication. Merci d’identifier également les moments pendant lesquels vous avez pu valider – c’est-à-dire quand la personne exprimait ses émotions, besoins ou qu’elle résolvait une tâche de vie).

|  |
| --- |
| Comportements spécifiques pouvant être validés |
|  | Nom du patient | Diagnostic  | Exprime des émotions | Exprime des besoins basiques | Résout une tâche de vie |
| 1 |  |  |  |  |  |

1. D’après *Guide sur le DSM-V* (« A Guide to DSM-V ») lors de la conférence de presse DSM-5, Dr Dilip Jeste – encore président de l’*American Psychological Association* – a évoqué la volonté de certains psychiatres de retirer le terme « démence » jugé trop stigmatisant au vu de sa signification latine « sans esprit ». Jeste a souligné le fait que non seulement le terme avait des connotations négatives, mais qu’il était également inadéquat étant donné que beaucoup de patients diagnostiqués « déments » gardaient leurs facultés, leur conscience et ne « perdaient » pas réellement la tête.

C’est intéressant de comparer cette déclaration de 2013 à ce que Naomi Feil a écrit en 1982 : « Les grands vieillards désorientés ne sont pas « déments », ils ont cette sagesse innée de survivre en restaurant le passé ». À chacune de ses journées d’étude à la fin des années 1970, elle expliquait que démence signifiait « sans esprit », et que ces personnes n’avaient pas perdu leur esprit, mais qu’elles avaient perdu leur orientation dans notre réalité. [↑](#footnote-ref-1)