UNIVERSITE DE REIMS

FACULTE DE MEDECINE

ETABLISSEMENT PUBLIC A CARACTERE SCIENTIFIQUE ET CULTUREL

ANNEE 1991

N°

THESE

DE

DOCTORAT EN MEDECINE

mention **MEDECINE GENERALE**

(Diplôme d'Etat)

par

Jean PRENTCZYNSKI

né le 16 Mai 1964 **à** SOISSONS (AISNE)

Présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1991 à 17h

LA PERSONNE AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE PSYCHIQUE :
la méthode de Validation et ses apports dans un service de Gérontologie

---

Président : Monsieur le Professeur F. BLANCHARD

UNIVERSITE DE REIMS

FACULTE DE MEDECINE

ETABLISSEMENT PUBLIC A CARACTERE SCIENTIFIQUE ET CULTUREL

ANNEE 1991 N°

THESE

DE

DOCTORAT EN MEDECINE

mention **MEDECINE GENERALE**

(Diplôme d'Etat)

par

Jean PRENTCZYNSKI

né le 16 Mai 1964 **à** SOISSONS (AISNE)

Présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1991 à 17h

LA PERSONNE AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE PSYCHIQUE :
la méthode de Validation et ses apports dans un service de Gérontologie

---

Président : Monsieur le Professeur F. BLANCHARD

U N I V E R S I T E D E R E I M S

U . E . R . D E M E D E C I N E

Etablissement public à caractère scientifique et culturel

Professeurs honoraires ..... M. J. MORICE
P. QUEREUX

Doyen, Directeur de l'U.E.R.
Président de l'E.P.C.S.C. ..... M. S. KOCHMAN

PROFESSEUR DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. T. CAULET ..... Anatomie et Cytologie pathologiques

PROFESSEURS DE PREMIERE CLASSE

MM.

J.J. ADNET ..... Histologie-Embrylogie-Cytogénétique
J. BOREL ..... Biochimie et biologie moléculaire
A. CATTAN ..... Cancérologie
J. CHANARD ..... Néphrologie
C. CHIPPAUX ..... Bactériologie
H. CHOISY ..... Pharmacologie clinique
S. DAOUD ..... Chirurgie infantile
J. DEVILLE ..... Médecine interne
J.C. ETIENNE ..... Médecine interne

Y. GERARD ..... Clinique chirurgicale et orthopédique
J.F. GUYOT ..... Neuro-Chirurgie
B. KALIS ..... Dermato-vénéréologie
S. KOCHMAN ..... Physiologie
M. LEUTENEGGER ..... Clinique médicale
H. NICAISE ..... Chirurgie vasculaire
G. PASCALIS ..... Psychiatrie adultes
F. PENNAFORTE ..... Pédiatrie
J.M. PINON ..... Parasitologie
P. WAHL ..... Clinique obstéricale
P. ZEITOUN ..... Gastro-entérologie

PROFESSEURS DE DEUXIEME CLASSE

MM.
B. BAEHREL ..... Chirurgie thoracique et cardiaque
A. BAJOLET ..... Cardiologie et maladies vasculaires
M.H. BERNARD ..... Médecine légale
P. BIREMBAUT ..... Histologie, embryologie, cytogénétique
F. BLANCHARD ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
G. BOFFA ..... Biologie cellulaire
J. CARON ..... Endocrinologie et maladie métaboliques
C. CLEMENT ..... Chirurgie vasculaire
R. COFFIN ..... Pédiatrie
J. COHEN ..... Immunologie
J.F. DELATTRE ..... Anatomie
G. DELTOUR ..... Biophysique et traitement de l'image
M.D. DIEBOLD ..... Anatomie et cytologie pathologiques
A. DUCASSE ..... Ophtalmologie

J. ELAERTS	Cardiologie et maladies vasculaires
J.P. ESCHARD	Médecine interne
J.B. FLAMENT	Anatomie
D. GAILLARD	Biologie du développement et de la reproduction
P.Y. LACOUR	Radiologie et imagerie médicale
B. LARDENNOIS	Urologie
G. LEFORT	Chirurgie infantile
M. LEGROS	Oto-rhino-laryngologie
J.C. LIEHN	Biophysique et traitement de l'image
J.C. LEVASSEUR	Chirurgie générale
F.X. MAQUART	Biochimie et biologie moléculaire
B. MENANTEAU	Radiologie et imagerie médicale
H. MILLART	Pharmacologie fondamentale
P. MORVILLE	Pédiatrie
J. MOTTE	Pédiatrie
J.P. PALOT	Chirurgie générale
S. PAROT	Physiologie
J.C. PIRE	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. PLUOT	Anatomie et cytologie pathologiques
G. POTRON	Hématologie et transfusion
C. QUEREUX	Gynécologie et obstétrique
A. RANDOUX	Biochimie et biologie moléculaire
G. REMY	Maladies infectieuses
J. RENDOING	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
P. ROUSSEAUX	Neuro-chrirugie

F. SCHERNBERG ..... Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

G. SCHMIT ..... Pédo-psychiatrie

P. SEGAL ..... Clinique orthopédique et traumatologique

G. THIEFIN ..... Gastro-entérologie

J.C. TURPIN ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention

BIBLIOTHECAIRE : M. PREVOST

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme A. CHARLES

A notre Maître et Président de thèse :
Monsieur le Professeur François BLANCHARD

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous vous remercions de vos enseignements et de vos précieux conseils qui ont guidé ce travail.

Veuillez trouver ici l'assurance de notre admiration et de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Claude PIRE

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury de notre thèse.

Recevez le témoignage de notre haute considération et de nos remerciements.

A Madame le Docteur Naomi FEIL

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger parmi nos juges.

Nous avons su apprécier vos enseignements et espérons rester digne de ceux-ci.

Veuillez trouver ici l'assurance de notre admiration et de notre profonde gratitude pour l'attention portée à ce travail.

A Monsieur le Docteur Daniel BONNET

Vous nous avez fait l'honneur de siéger parmi nos juges.

Recevez le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bernard LAMAZE

Votre vif intérêt pour la méthode de Validation nous a incité à vous demander de participer au jury de notre thèse.

En témoignage de nos remerciements pour votre amicale démarche.

A mes parents et à mon frère dont le soutien me fut si précieux et à qui je dois tout. Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma tendresse.

A mon oncle qui me donne tant.

A la mémoire de mon parrain.

A Bernard GREBAUT, gendarme, dont la compétence professionnelle et les qualités humaines firent un collaborateur si apprécié durant mon service national.

A l'équipe de M4A et M4B dont l'implication a permis l'élaboration de ce travail.

A Laurence POUGET en remerciement de sa patience et de la qualité de son travail ainsi qu'à Béatrice JEANNOT pour son aimable collaboration.

Par délibération en date du 9 février 1968, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner approbation, ni improbation.

INTRODUCTION

La perte d'autonomie psychique chez les personnes très âgées tend aujourd'hui à préoccuper considérablement le corps médical, comme d'ailleurs la société de par ses répercussions familiales et affectives ou ses engagements financiers. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie, notamment dans les pays économiquement forts, s'accompagne hélas d'un nombre accru de vieillards présentant une perte d'autonomie psychique, à un degré variable.

Par ailleurs, Yvon LAMOUR rapporte que des études récentes révèlent une altération des performances intellectuelles chez près de 50% des personnes âgées de plus de 80 ans (1).

Faudra-t-il, comme s'interroge cet auteur, s'habituer passivement à cet "âge de déraison", par une habile opposition avec l'expression "âge de raison", ces deux formules singularisant le début et la fin de l'existence ? La réponse est évidemment négative.

Outre les multiples recherches dans le domaine des neurosciences, des approches psychologiques nouvelles s'offrent à nous quant à ce qui apparaît trop souvent comme un désastre (intellectuel, affectif et physiologique). Parmi celles-ci figure la méthode de VALIDATION (ou "Comment aider les personnes très âgées désorientées"), élaborée par Naomi FEIL (2).

Cet auteur, diplômée de Troisième Cycle en Sciences Sociales de l'Université de Columbia (Etats-Unis), nous propose une originale approche des personnes âgées en perte d'autonomie psychique. Dans cette méthode, N. FEIL s'inspire de la psychologie humaniste et fait également référence aux travaux d'Erik ERIKSON tandis qu'elle puise certaines techniques de communication à la Programmation Neuro-Linguistique (R. BANDLER et J. GRINDER). A ces concepts théoriques s'ajoute une expérience personnelle de cette méthode durant 17 années, dans la maison de retraite de MONTEFIORE (Etats-Unis).

Le but de ce travail consiste d'abord en une présentation de la méthode de VALIDATION et particulièrement de l'abord de la perte d'autonomie psychique propre à N. FEIL, cet auteur dénommant ces vieillards "désorientés" plutôt que "déments séniles". Nous aurons alors souvent

recours, dans notre développement, aux thèses de Louis PLOTON et de Jean MAISONDIEU, afin de mieux souligner la nécessité d'une approche psychologique de la démence sénile de type Alzheimer.

Ce travail illustre également une approche du patient âgé en perte d'autonomie psychique lors de son hospitalisation, pratiquée dans le service de Médecine interne à orientation gérontologique du Centre Hospitalo-Universitaire de REIMS. Ici, une équipe soignante s'inspire de la méthode de VALIDATION élaborée par N. FEIL mais inscrit toutefois son action dans le cadre précis et contraignant d'un service hospitalier de soins aigus, non de long séjour (permettant seul, par la durée moyenne de séjour, la stricte mise en oeuvre de la méthode évoquée).

PREMIER CHAPITRE

LA PERTE D'AUTONOMIE PSYCHIQUE DES SUJETS AGES.

L'approche personnelle de Naomi FEIL des vieillards désorientés, non "déments" mais "sages".

1 - LA VIE EST UNE SUCCESSION DE TACHES SPECIFIQUES

1 - 1 L'existence de chacun

Quel vaste sujet ! Que de passionnants débats philosophiques ou métaphysiques pouvons-nous retrouver dans la littérature, la discussion se révélant loin d'être close...

Pourtant, chacun, dans sa propre famille, dans un lieu de vie ou de soins, a pu poser un jour cette question ouverte à un aïeul ou à un pensionnaire. Nous avons peu de chance de recevoir, en retour, une réponse stéréotypée. En effet, il nous faut faire preuve de patience, la personne âgée feuilletant fébrilement le "roman" de sa vie. Débute ensuite la litanie des épisodes de son existence, avec ses joies et ses peines, les yeux embués de larmes ou le sourire malicieux. Cette simple expérience, réalisable par tous, met toutefois en évidence un fait essentiel : la vie, de la conception à la mort, se déroule par étapes.

Les premières années illustrent remarquablement ce propos. Celles-ci marquent la croissance de l'individu, son développement concernant à la fois le domaine psychologique et physiologique. Vient ensuite l'âge adulte. La personnalité et la physionomie demeurent le plus souvent identiques alors que l'individu ébauche son portrait social, avec la palette de ses atouts ou de ses handicaps. Mais la vie continue, avec le "poids des ans" régulièrement majoré. Si l'addition des années s'est effectuée presque à l'insu de l'individu, ce total pèse lourd ! Les dernières étapes de l'existence se retrouvent marquées par le sceau du vieillissement, tant sur le plan physiologique que social, avec évidemment dans les deux cas des conséquences psychologiques considérables.

1 - 2 Chaque étape de la vie comporte sa tâche spécifique

"La vie est un combat permanent." Faut-il apprécier cette expression, sommaire présentation de la vie, à connotation guerrière ? Pourtant, nous n'éprouvons nulle surprise à l'entendre dans un discours ou à la lire dans quelque article. Cette vision martiale ne reprend pas moins qu'une image assez réaliste, même si la violence évoquée par le mot "combat" doit être relativisée. Il est vrai que certaines régions du globe ont été ou demeurent encore inhospitalières. Certains disent également que des sociétés peuvent représenter pour l'Homme ni plus ni moins que de véritables jungles. Cependant, il n'est pas dans notre propos de réfléchir à cette question.

La seconde question, soulevée par notre expression percutante, est celle-ci : quelles autres épreuves attendent-elles chacun d'entre nous, "gladiateurs dans l'arène de la vie" ? La réponse provient d'Erik ERIKSON (3), constituant par ailleurs une des principales bases théoriques de la méthode de Validation, élaborée par N. FEIL. Ainsi E. ERIKSON définit six tranches d'âge dans la vie (petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte, âge mûr, âge avancé), associées chacune à une tâche déterminée (4).

Cet auteur précise par exemple que le petit enfant doit apprendre à faire confiance en cas de frustration. L'enfant acquiert le contrôle sphinctérien et s'attache aux règles sociales, avec la joie d'y parvenir. L'adolescent, dans un climat de révolte, s'éloigne de ses parents pour modeler sa propre identité. L'adulte partage ses sentiments et montre une responsabilité dans ses émotions et ses actes. A l'âge mûr, l'individu introduit fréquemment dans sa vie l'adaptation tandis qu'à l'âge avancé, il lui faut "boucler sa vie", "trouver la force intérieure, l'intégrité" et surtout se définir d'autres buts. Evidemment, ces différentes tâches réclament de chacun des forces et un certain talent mais s'il s'agit avant tout de démarches strictement personnelles, elles ne sont point isolées du contexte social, véritable "théâtre" de ces actions. Par milieu social, nous entendons d'abord la cellule familiale mais également le cercle des amis ou des camarades de travail, voire la société dans sa globalité.

Mener à bien une tâche précise, comme se lancer un défi ou

entreprendre un combat, aboutit soit à la victoire soit à la défaite. Dans cette dernière situation, le non accomplissement de la tâche amènera des sentiments et un comportement négatifs. Alors E. ERIKSON parle de défiance chez le petit enfant, de honte et de culpabilité chez l'enfant, d'insécurité chez l'adolescent. L'adulte ressent l'isolement et un sentiment de dépendance. A l'âge mûr, l'individu "stagne" et s'accroche à des rôles dépassés. A l'âge avancé, le désespoir domine.

2 - LES EPREUVES DU VIEILLISSEMENT

2 - 1 Jusque là, tout allait bien !

Si nous nous risquons à établir le bilan d'une vie, nous devons reconnaître que jusqu'à la sixième ou septième décennie, pour la plupart des individus, celui-ci s'avère plutôt positif.

Au cours des premières phases du développement, l'individu a appris à connaître son corps et à l'utiliser dans la perspective de son épanouissement personnel et social, à mieux percevoir et s'adapter à l'environnement social.

Son activité personnelle, sa vie sentimentale, ses différents projets de vie, malgré les contraintes ou les épreuves passagères "incontournables", contribuent ensemble à la poursuite de l'épanouissement individuel.

2 - 2 Vivre, c'est aussi vieillir !

Cette manière de vivre ne peut cependant indéfiniment durer, même si elle peut paraître satisfaisante. Occultant la mort, les premiers signes du vieillissement se chargent de lui rappeler, mais l'avait-il complètement oublié, que l'heure de sa mort se fait déjà plus proche.

Le bilan, incluant désormais les pertes ou les "petites morts", passe alors "dans le rouge", se négative. Les signes précoces du vieillissement surgissent (les cheveux gris plus ou moins "traqués" au rythme des modes, les

rides, une fatigue physique ou intellectuelle inaccoutumée...) annoncent d'autres perspectives tout aussi peu réjouissantes (presbytie, presbyacousie, troubles mnésiques bénins...) puis le cortège des maladies favorisées par l'âge avancé ou les facteurs de risque auparavant accumulés ou négligés (hypertension artérielle, artériopathie, insuffisance coronarienne, cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, troubles métaboliques, digestifs, articulaires, prostatiques...)(5).

Vient surtout l'âge de la retraite, tôt à notre époque pour des raisons socio-économiques. La perte de cette activité professionnelle, qui malgré parfois son caractère épuisant ou fastidieux imposait notre rythme de vie comme le thème musical dans une partition, s'ajoute à la séparation des collègues de travail (synonyme de relations solidaires ou complices). L'individu qui se plaignait autrefois des charges devient désormais "à charge" de la société. Non seulement ses compétences ne sont plus utilisées mais cet ancien pilier de la vie sociale se transforme en fardeau financier pour autrui. Comment certaines personnes âgées ne peuvent-elles ressentir douloureusement ce sentiment d'inutilité, souvent lesté d'ailleurs par une impression de gêne ? Il y a plus que de la nostalgie ! Les célibataires, par exemple, lorsqu'ils se sont investis personnellement et profondément dans leur profession, affrontent une quasi-solitude.

Si l'éloignement des enfants du foyer familial risque d'entraîner la dépression d'une femme quinquagénaire, mutilée dans la sphère de son amour et son rôle maternels, combien plus de dégâts psychologiques faut-il alors craindre suite au deuil d'un conjoint tendrement accompagné ou la mort d'un autre être cher ! Le survivant se heurte ensuite à la solitude, aménageant sa vie grâce à un modus vivendi. Persévérer à vivre mais dans quel but précis ? Eh bien, pour attendre patiemment son tour...(6). Chacun peut ainsi comprendre sans effort le classique "cafard" des personnes âgées.

2 -3 <u>Comment réagir à toutes ces pertes ?</u>

2 - 3. 1 Selon J. MAISONDIEU (6)

Pour J. MAISONDIEU, la sagesse consisterait à pratiquer, sans le moindre complexe, la politique du compromis.

Pourtant, lorsqu'une personne âgée jette enfin un regard attentif sur les premiers stigmates du vieillissement, indiscutablement reflétés par le miroir, celle-ci peut sans détours "refuser de se reconnaître dans son double et s'employer à tuer son image". Elle adopte la solution du reniement, équivalent à une condamnation à mort de ce double dérangeant et menaçant. Dans ce but, elle utilise les moyens du maquillage (une lutte acharnée et permanente contre le terrible diktat de la nature tant dans le domaine physiologique que dans la conduite sociale) et de l'effacement.

Malheureusement, l'effacement s'avère être typique de la présentation "démentielle", avec une véritable destruction de l'image de soi. La personne âgée ne pouvant plus dissimuler le désastre (elle-même), cherche désormais à définitivement l'ignorer. J. MAISONDIEU illustre cette affirmation par l'expérience du miroir dans laquelle une personne "démente" converse avec son double réfléchi comme avec un étranger. J. MAISONDIEU se pose , et nous pose, une terrible question, elle-même induisant de multiples questions tourmentant l'esprit de chacun : pourquoi cette fuite paniquée devant le processus naturel du vieillissement (même parsemé de pathologies spécifiques) ?

Cet auteur s'étonne de ne voir que rarement évoquée l'éventualité d'une genèse psychologique dans l'apparition de ces "symptômes démentiels". Seules les étiologies organiques prévalent et occasionnent des recherches variées dans le domaine des neurosciences : ce choix partial dénigre totalement et irrémédiablement le versant affectif, second pôle de la vie psychologique. Les constatations anatomopathologiques et neurophysiologiques du vieillissement, sans être ignorées (attitude autant condamnable), ne devraient pas, selon J. MAISONDIEU, se retrouver seules inculpées dans la présentation démentielle. Envisager une origine plurifactorielle paraît souhaitable et inclue obligatoirement (car n'est ce pas une "maladie cérébrale") d'étudier le psychisme de ces personnes âgées réputées "démentes". Il serait incompréhensible de classer cette question "taboue", à moins qu'elle ne risque d'impliquer des réponses elles-mêmes "taboues". Par ce terme, l'auteur désigne indubitablement l'angoisse de la

mort, assaillant la personne âgée, son entourage... et le milieu médical !

L'auteur délaisse ainsi les rapports anatomopathologiques pour s'embarrasser de questions philosophiques ou métaphysiques. La notion de vie renvoie immanquablement à la notion de mort et réciproquement. J. MAISONDIEU constate seulement qu'aujourd'hui beaucoup vivent comme s'ils ne devaient jamais mourir ! Cette mort, ils la refusent catégoriquement et l'évacuent sans ménagement de leur pensée jusqu'au jour où elle s'annonce, invitée impolie puisque non prévue. A l'insouciance de la mort succède l'angoisse, accaparant de manière lancinante l'esprit de la personne âgée ("Ils ne pensent qu'à ça et ne pensent qu'à ne pas penser à ça"). Condamné à mort à l'instant même de sa naissance, voilà un jugement terrible, "inhumain" diraient certains. La peur paralysante de la mort, la résignation dans l'inévitable soumission à cette loi naturelle ou les sentiments de culpabilité méritent une reconnaissance amplement justifiée...

Sans un courageux regard, la lâcheté de chacun n'aboutirait-elle pas exclusivement à l'installation hégémonique de la présentation démentielle ?

2 -3. 2 Selon L. PLOTON

Les symptômes déficitaires

L. PLOTON souligne l'image populaire du "retour en enfance". Dans une situation de dépendance, avec une communication sur le mode analogique, ce vieillard dont nous ne pouvons craindre aucune concurrence ("non rival") se présente tranquille alors que va surgir la mort, "équivalent suprême de castration" !

L'auteur distingue dans le masque sénile des symptômes déficitaires les séquelles d'une stimulation moindre des facultés intellectuelles : ces contre-performances paraissent plutôt liées à un désapprentissage. Pourtant, L. PLOTON n'envisage pas de se satisfaire de la définition classique de la démence, habituellement assimilée à un ensemble de processus déficitaires considérés irréversibles : pour lui, ce diagnostic est surtout un diagnostic d'exclusion, excluant ipso facto le vieillard du monde des vivants. Ainsi

s'amorce le processus de deuil élaboré par l'entourage et tant regretté par l'auteur.

L. PLOTON insiste sur l'entremêlement des symptômes déficitaires et psychiatriques, le symptôme psychiatrique suppléant la défaillance d'une faculté.

Pour l'auteur, ces déficits ou ces incapacités se présentent plus comme des moyens de communication : à l'entourage d'intégrer ces vecteurs inédits de communication dans un nouveau jeu relationnel ! L. PLOTON constate cependant que l'entourage dédaigne s'adresser au vieillard, lui préférant son personnage passé. Acculé au rôle peu gratifiant de figurant, ce vieillard ne s'investit plus désormais, "son élan vital (sa mobilisation d'être tourné vers la vie) n'a plus lieu d'être". Ainsi cette personne âgée s'investira, à son tour, dans le passé !

Les modèles psychodynamiques de la genèse des symptômes déficitaires

L'auteur désigne dans les symptômes déficitaires non une perte mais des modifications mentales ayant une valeur de compromis, liés aux trois modèles suivants :

- la sidération de l'intelligence et des facultés par inhibition.

- une hypothèse psychosomatique (liée aux "deuils" de la vie).

- le modèle d'inspiration économique : le vieillard appartient à un groupe, auquel il doit s'adapter incessamment (ces interactions sont assimilées à des contraintes). Lorsque les contraintes propres à son économie psychique (histoire, structuration fonctionnelle mentale) et celles propres au groupe s'avèrent incompatibles, la présentation de soi, "interface des contraintes de l'économie intime et de l'économie relationnelle", traduit, sous la forme symptomatique, dans un langage analogique, cette incompatibilité. L'auteur évoque alors le terme de "moratoire".

2 -3. 3 **Selon N. FEIL (2)**

Pour N. FEIL, le vieillissement représente, après 80 ans environ, une nouvelle et dernière étape de la vie, développant de cette façon les hypothèses émises par E. ERIKSON.

Dans le très grand âge, une ultime tâche donne donc rendez-vous à ceux et à celles n'ayant pas atteint leur intégrité : LA RESOLUTION DU PASSE. Un vieillard épanoui, muni de nombreux talents et notamment d'adaptation, franchit heureusement cet obstacle supplémentaire. Sinon la personne très âgée entre dans le stade RESOLUTIF - VEGETATIF, afin de résoudre ce passé. Si cette tâche de vie ne peut être menée à son terme, s'installe alors fatalement l'état végétatif.

Cette affirmation marque la contribution originale de N.FEIL aux travaux d'E.ERIKSON. Ce nouveau stade, appelé stade RESOLUTIF - VEGETATIF, constitue réellement la "pierre d'angle" théorique de la méthode de VALIDATION.

3 - LA RESOLUTION DE L'EXISTENCE EST UNE TACHE ESSENTIELLE, CEPENDANT DELICATE DANS SA REALISATION

3 - 1 <u>Un comportement commun à tous les vieillard</u> ?

Le chaos de la vieillesse ne nécessite pas obligatoirement la mise en branle de ce "plan d'urgence". Cette image nous aide, en effet, à mieux percevoir l'inégalité des vieillards face à cette impérative épreuve.

D'abord, la maladie et les autres aléas de la vie ne frappent pas chacun avec la même opiniâtreté. Des vieillards "bien conservés", selon une expression courante et familière le prouvent heureusement. Cependant, les méfaits précoces de la vieillesse, concernant aussi ces "candidats chanceux" oblige toutes les personnes âgées à "faire avec", à la négociation, à l'imagination dans l'adaptation (pour les déficits sensoriels, par exemple). Cette tactique est uniquement envisageable pour les stratèges doués,

"possédant plusieurs cordes à leurs arcs", n'ayant pas mené auparavant une vie trop rigide (8). Ceci illustre l'intégrité de l'individu "venant à la suite d'une vie de réflexion intellectuelle, afin de comprendre la raison des émotions, grâce aux efforts d'une vie tournée vers la conscience de soi et signifiant par là la sagesse" (9). D'après N. FEIL, l'intégrité sous-entend la "fusion entre le moi actuel et le moi idéal".

3 - 2 La désorientation signe de "sagesse"

Employer le terme de sagesse représente de la part de N. FEIL une singulière provocation sémantique. Pourtant, cette expression, derrière son impertinence, reflète exactement les éléments théoriques majeurs de la méthode de validation.

3 - 2. 1 **Quels vieillards guette-t-elle?**

Des vieillards minés par les handicaps physiques ou les pertes sociales et sentimentales, dépourvus de talents d'adaptation à cette situation éprouvante, se réfugient, consciemment ou non, dans le monde de l'imagination (10), mélange subtil de souvenirs et de désirs.

A l'image d'un soldat blessé et désarmé n'ayant plus le choix qu'entre la reddition et la fuite, le vieillard "désorienté" déserte notre ingrate société de règles et convenances.

3 - 2. 2 - **Un refuge dans le passé davantage gratifiant** (11)

A ceux ayant dénié des crises sévères dans leur existence, cette retraite leur permet de résoudre des conflits inachevés par l'expression, verbale ou non verbale, mais toujours symbolique, de sentiments autrefois refoulés. Devant une réalité pénible, pour ne pas dire insoutenable, ce repli leur procure de revivre des plaisirs passés, la pensée intellectuelle laissant place à l'émotionnel. Un environnement insaisissable (par suite de troubles sensoriels, mnésiques et cognitifs) avec son poids de stress et d'ennui devient

finalement inconfortable. Un retour dans le passé réactive les souvenirs sensoriels agréables procurant le soulagement. Ce voyage fournit également toutes les "pièces à conviction" pour repousser les cruels sentiments d'inutilité et de solitude, dans le but de justifier leur vie.

Ainsi, le vieillard "désorienté" capitule devant cette vie présente et récapitule sa vie passée : il s'agit là d'un réel acte de survie ! "Résoudre, Revivre, Réactiver, Repousser" se révèlent être les quatre objectifs de ces vieillards "désorientés". Dans un but didactique, N. FEIL désigne ces quatre verbes dans la formule des "4 R" de la validation (2).

LE DIAGNOSTIC DE LA DEMENCE SENILE TYPE ALZHEIMER.

1 - LES DEFINITIONS DE LA DEMENCE SENILE TYPE ALZHEIMER

P. SHERRER compare les déments à des "corps usés, ankylosés et malhabiles que l'âme semble avoir déjà quittés" (12). Cette citation nous offre, en préambule, une image aussi réaliste que terrifiante.

1 - 1 Les critères diagnostiques selon le D. S. M. III (13)

La démence se caractérise par une diminution des capacités intellectuelles induisant un retentissement sur l'insertion sociale (et professionnelle), associée à des troubles mnésiques et au moins une des manifestations suivantes : l'altération de la pensée abstraite, l'altération du jugement, les autres perturbations des fonctions supérieures (aphasie, apraxie, agnosie, troubles des fonctions constructives) ou l'altération de la personnalité (modification ou accentuation des traits prémorbides). Ce diagnostic s'établit en l'absence d'obscurcissement de la conscience. Le facteur organique spécifique est alors soit prouvé, après une étude biopsique ou autopsique cérébrale, soit présumé dans son existence.

Lors de l'anamnèse, le début des troubles est insidieux souvent attribué alors à des troubles bénins du vieillissement. La déchéance est lente, progressive et irréversible tandis que ces déficits intellectuels entravent davantage la vie quotidienne.

Le diagnostic de démence dégénérative est porté après l'élimination des diagnostics différentiels, pouvant se présenter sous forme d'aspects cliniques pseudo-démentiels, à savoir :

1 - 1. 1 Les tableaux cliniques pseudo démentiels curables

- les tumeurs cérébrales (notamment frontales, comme le méningiome).

- les abcès cérébraux (particulièrement frontaux).

- l'hématome sous-dural chronique.

- l'hydrocéphalie à pression normale.

- encéphalopathies carentielles (Vitamine B1, Vitamine B12, Vitamine PP, acide folique, syndrome de malabsorption comme la maladie de WHIPPLE, syndrome de malnutrition d'origine multifactorielle).

- encéphalopathies métaboliques et endocriniennes (urémique, des dialysés, hypothyroïdie, hypoxie, maladie de CUSHING).

- certaines intoxications (lithium, oxyde de carbone).

- certains syndromes psychiatriques (le syndrome dépressif majeur dont le diagnostic différentiel peut parfois se révéler difficile et nécessiter un traitement anti-dépresseur d'épreuve, la schizophrénie, certaines psychoses...)

- la paralysie générale (méningo-encéphalite syphilitique).

1 - 1. 2 Les états cliniques pseudo-démentiels incurables

- les traumatismes crâniens cérébraux (encéphalopathie chronique des anciens boxeurs).

- la maladie de PARKINSON.

- le syndrome pseudobulbaire et les démences artériopathiques.

- l'encéphalopathie éthylique à un stade avancé.

- certaines intoxications (mercure, plomb, aluminium, à rapprocher

de l'encéphalopathie des dialysés, Bismuth).

- la paralysie supranucélaire progressive ou maladie de STEELE-RICHARDSON et OLSZEWSKI.

- le Kuru, la maladie de CREUTZFELDT-JACOB, le SIDA.

- d'autres maladies neurologiques cependant moins fréquentes à un âge avancé (sclérose en plaques, affections démyélinisantes, sclérose latérale amyotrophique, atrophie olivopontocérébelleuse, chorée de HUNTINGTON).

1 - 1. 3 Ce qu'il ne faut pas confondre avec une démence

- l'altération sectorielle des fonctions cognitives.

- l'amnésie korsakorienne.

- la confusion mentale, même si elle peut également signifier l'entrée dans une démence : intoxications, notamment médicamenteuses (psychotropes, cimétidine...)

- la dépression, sur laquelle il paraît utile d'insister.

- le processus normal du vieillissement.

1 - 2 <u>Les critères de la démence sénile, selon L. BERG, P. HUGUES et L. COBEN</u> (14)

La démence se définit par la coexistence obligatoire de trois critères d'inclusion et trois critères d'exclusion.

Le sujet doit présenter une détérioration prolongée de la mémoire, sans trouble de la vigilance, intéressant au moins trois fonctions cognitives suivantes :

- l'orientation.

- le jugement et la résolution des problèmes.

- le fonctionnement des relations sociales.

- le comportement domestique et les passe-temps favoris.

- la présentation générale et les soins de propreté.

Les deux autres critères d'inclusion consistent en un début et une aggravation progressifs ainsi qu'une durée d'évolution supérieure à six mois.

Les critères d'exclusion se résument dans les affections neurologiques et psychiatriques, les tableaux pseudo-démentiels réversibles ou liés à des affections médicales.

1 - 3 Les critères diagnostiques selon la NINCDS - ADRDA (15)

Cet outil utilisé internationalement permet d'établir un diagnostic probable, possible ou certain.

1 -3. 1 La maladie d'Alzheimer probable

Des critères cliniques

Le début des troubles s'opère souvent après 65 ans (entre 40 et 90 ans), en absence de trouble de la vigilance. Le sujet présente des troubles mnésiques progressifs et d'au moins deux autres fonctions cognitives.

La détérioration intellectuelle est soulignée par le score du Mini Mental Test de FOLSTEIN, par exemple, et confirmée par des tests neuropsychologiques.

Des éléments appuyant le diagnostic

Il existe un retentissement néfaste sur la vie quotidienne et le comportement, surtout lorsque la symptomatologie comprend une aphasie, une apraxie et une agnosie. La notion d'antécédent familiaux identiques conforte le diagnostic.

Enfin, il s'avère important de prêter attention à certains examens complémentaires :

* le liquide céphalo rachidien est normal.

* l'électroencéphalogramme est lui aussi normal ou présente des ondes T lentes.

* une atrophie cérébrale (ou plutôt un élargissement des espaces liquidiens corticaux) (16), progressant sur plusieurs examens scanographiques serait un sérieux argument, de même qu'une augmentation de la taille des ventricules cérébraux.

Des manifestations cliniques ou scanographiques compatibles

L'évolution de la maladie peut s'effectuer par plateaux et s'associer à d'autres symptômes (dépression, insomnie, délire, hallucinations, incontinence, désordres sexuels, troubles de la marche, myochonies, hypertonie, crises comitiales).

Le scanner cérébral peut paraître normal pour l'âge.

1 -3. 2 La maladie d'Alzheimer possible

Le diagnostic se pose en présence d'un syndrome démentiel, typique ou atypique, en l'absence d'autre étiologie.

De même, en présence d'une seconde affection systémique pouvant causer une démence mais non considérée dans ce cas comme responsable ou en présence d'un déficit cognitif isolé, progressif, sans autre étiologie, ce diagnostic demeure envisageable.

1 - 3. 3 **La maladie d'Alzheimer certaine**

Porter ce diagnostic exige premièrement l'existence des critères cliniques nécessaires à l'établissement du diagnostic de maladie d'Alzheimer probable et ensuite la mise en évidence d'altérations histopathologiques cérébrales, associant :

* des plaques séniles comportant la substance amyloïde (constituée par la protéine Bêta amyloïde), éventuellement cernée par les prolongements d'axones neuronaux anormaux dans leur forme et leur contenu (altérations du cytosquelette appelée dégénérescence neuro-fibrillaire). Ces lésions sont constantes dans l'hippocampe, retrouvées également dans le cortex cérébral.

* une dégénérescence neurofibrillaire, prédominant dans le néocortex, avec d'épais trousseaux de fibrilles (elles-mêmes constituées, lors de l'étude au microscope électronique, de faisceaux de paires hélicoïdales de filaments).

* une angiopathie congophile (infiltration de la paroi des vaisseaux cérébraux par la substance amyloïde).

* une dégénérescence granulovacuolaire et des corps de HIRANO dans la formation hippocampique (probables altérations du cytosquelette neuronal).

2 - **HYPOTHESES**

2 - 1 Hypothèses organiques (1), (17)

2 - 1. 1 Les facteurs de risque

Le seul facteur de risque actuellement identifié demeure l'âge (avec, dans les formes sévères de maladie d'Alzheimer, une incidence de 1% à 65 ans et 15% à 85 ans).

Néanmoins, la démence sénile type Alzheimer n'apparaît pas uniquement comme une maladie du vieillissement puisque l'incidence décroît après la neuvième décennie.

2 -1. 2 L'hypothèse auto-immune

La découverte d'auto anticorps dirigés contre les neurofilaments, la dégénérescence neuro-fibrillaire ou certaines populations neuronales (cholinergiques par exemple), étaye cette hypothèse.

Cependant leur rôle reste à démontrer dans l'apparition de la maladie (cause ou conséquence ?).

2 -1. 3 L'hypothèse toxique

Cette hypothèse se rattache à la toxicité cérébrale de certains métaux (plomb, mercure, aluminium). L'effet toxique de l'aluminium a été incriminé dans la démence des dialysés. De plus, les plaques séniles comportent en leur sein des aluminosilicates insolubles.

La présence excessive d'aluminium dans le cerveau de patients souffrant de démence sénile type Alzheimer mérite encore d'autres travaux de recherche : ces dépôts d'aluminium constituent-ils la première étape dans l'apparition des plaques séniles ou s'agit-il d'un phénomène tardif ?

2- 1. 4 **L'hypothèse infectieuse**

Par analogie au KURU ou à la maladie de KREUTZFELDT-JAKOB, démences effectivement transmissibles, cette hypothèse se doit d'être soulevée.

Cependant, à l'encontre de cette étiologie infectieuse, nous n'avons pas encore constaté la transmissibilité de la démence type Alzheimer : cette hypothèse se limite alors à l'expression anormale d'un gêne extérieur au génome humain.

2 -1. 5 **L'Hypothèse génétique**

Cette hypothèse repose sur la notion de formes familiales (transmission sur le mode autosomique dominant, début davantage précoce des symptômes) et l'existence de lésions histologiques cérébrales de type Alzheimer chez les sujets trisomiques 21.

Les formes familiales

A l'intérieur des familles où la maladie débute tôt (parfois vers 40 ans), le gène prédisposant se situe sur le bras long du chromosome 21 (dans sa partie proximale), distinct du gène précurseur de la protéine Bêta amyloïde.

A l'intérieur des familles où la maladie débute plus tard, aucune responsabilité du chromosome 21 n'est mise en évidence. Ces résultats nous incitent donc à suggérer une hétérogénéïté génique.

Les sujets trisomiques 21

Déjà vers l'âge de 20 ans, les techniques immunocytotechniques révèlent des dépôts préamyloïdes et plus tard, presque constamment, les

histologistes décèlent des lésions cérébrales de type Alzheimer (comportant la protéine Bêta amyloïde). Les lésions cérébrales de type Alzheimer sont dues à l'expression excessive du gène précurseur de la protéine Bêta amyloïde, puisque celui-ci se trouve sur le chromosome 21.

Faut-il envisager de même cette hypothèse chez les patients présentant une démence type Alzheimer ? Y. LAMOUR nous incite à adopter une attitude prudente, puisque l'expression exagérée du gène précurseur de la protéine Bêta amyloïde n'a, chez ces mêmes patients, pas encore été démontrée.

L'étude des jumeaux

L'observation de 22 paires de jumeaux (17 monozygotes et 5 dizygotes) ne suffit pas à expliquer la survenue de la maladie d'Alzheimer par une seule transmission autosomique dominante (facteurs environnementaux surajoutés ?).

Le rôle de la protéine amyloïde

Le gène codant cette protéine (poids moléculaire 4000) appartient au chromosome 21, sur la bande 21 q 21. En réalité, ce gène code 3 précurseurs de cette protéine, constitués respectivement de 695, 751 et 770 acides aminés.

Le précurseur comprenant 695 acides aminés pourrait être un récepteur membranaire. L'hypothèse d'une atteinte de la membrane cellulaire induirait une dégradation de ce précurseur en protéine Bêta amyloïde et aboutirait alors à un excès de cette protéine Bêta amyloïde. Une seconde hypothèse consisterait en un dégradation anormale de ce précurseur sans lésion neuronale préalable.

Par ailleurs, il existe au sein d'un précurseur de plus haut poids moléculaire (751 acides aminés), également récepteur membranaire, un fragment de 56 acides aminés appelé inhibiteur de KUNITZ. Cet inhibiteur

de la sérine protéase peut jouer un rôle dans la dégradation du précurseur de la protéine amyloïde, par un déséquilibre de la balance protéase-anti-protéase. De là à concevoir d'éventuelles propriétés toxiques de cette protéine Bêta amyloïde en amas pour les neurones voisins, entraînant une dégénérescence neurofibrillaire et la mort neuronale.

Il s'agit ici d'une hypothèse parmi d'autres puisque nous pouvons aussi émettre l'hypothèse inverse, à savoir la pré-existence de la dégénérescence neurofibrillaire à l'apparition de la substance amyloïde. En effet, les paires hélicoïdales de filaments constituant la dégénérescence neurofibrillaire contiennent en leur coeur la protéine TAU, anormalement phosphorylée. Or, Y. LAMOUR rapporte que P. DAVIES a mis en évidence le marquage de populations neuronales vulnérables à la maladie, chez des sujets déments et non déments, au moyen d'anticorps spécifiques d'une protéine appelée A 68, présente dans le cerveau de patients souffrant de démence type Alzheimer. Cette constatation signifie un processus précurseur de dégénérescence neurofibrillaire, l'anticorps reconnaissant un épitope de la protéine TAU.

2 - 1. 6 **Le déficit en neurotransmetteurs**

L'acétyl-choline

L'acétyl-choline est synthétisée, grâce à la choline acétyl-transférase, dans les neurones dont les corps cellulaires se situent dans le septum et le nucleus basalis de MEYNERT et dont les prolongements se dirigent vers l'hippocampe et le cortex cérébral.

Certes il existe une faible baisse d'activité de l'enzyme précédemment citée évaluée à 20 ou 30%, notamment dans l'hippocampe et le cortex cérébral. De plus, le nombre de neurones cholinergiques serait diminué dans le nucleus basalis de MEYNERT.

La Sérotonine et la Noradrénaline

Ce déficit intéresse préférentiellement les neurones dont les corps cellulaires se trouvent dans le tronc cérébral et dont les prolongements

irradient vers l'hippocampe et le cortex cérébral.

Autres neurotransmetteurs

Il s'agit de la somatostatine et de l'acide gamma-aminobutyrique, retrouvés dans les neurones intrinsèques (appartenant strictement au cortex cérébral) et du glutamate décelé dans les neurones corticaux de projection (aux prolongements irradiant vers d'autres régions cérébrales).

Commentaires

Le déficit en neurotransmetteurs semble donc atteindre tous les systèmes, à l'exception du système dopaminergique. Le système cholinergique, concernant les neurones à projection hippocampique et corticale, paraît néanmoins le plus altéré.

Cependant, s'agit-il d'une simple conséquence des lésions neuronales (ou perte neuronale) ou bien ce déficit comporte-t-il une réelle signification étiologique ?

2 - 1. 7 L'hypothèse d'une altération des vaisseaux du système nerveux central

Une rupture des vaisseaux

Cette première hypothèse stipulerait une origine non cérébrale de la protéine amyloïde. Dans ce cas, l'angiopathie congophile serait la lésion primitive, par dépôt de la protéine amyloïde sur la paroi vasculaire. L'infiltration de cette paroi aboutirait ensuite à sa rupture et à l'apparition de protéine amyloïde dans le tissu cérébral : les plaques séniles deviendraient alors des lésions secondaires.

Une perméabilité accrue de la paroi des vaisseaux

Correlée à l'hypothèse immunologique, la suggestion d'une perméabilité accrue de la barrière hémato-encéphalique expliquerait le passage précoce des auto-anticorps.

2 - 2 Une participation psychologique prépondérante

2 -2. 1 Une présentation déficitaire, selon L. PLOTON (7)

Pour cet auteur, le dément sénile présente une intrication de symptômes psychiatriques et déficitaires, le "dosage" pouvant fluctuer chez un même sujet.

Parmi les symptômes psychiatriques, nous pouvons constater des manifestations d'angoisse (intonation, mimique, regard, tremblements), des attitudes et des propos dépressifs, des troubles de l'évocation, un discours délirant avec des éléments fantasmatiques), des signes de dépersonnalisation (le sujet parlant de lui à la troisième personne), des troubles du sommeil, une déambulation sans fin (errance), des départs inopinés (fugues avec retour à l'ancien domicile ou dans des lieux fortement investis émotionnellement), des attitudes non sociales (violence, atteinte à la pudeur ou exhibition), incontinence, plaisir oral dévoyé, jeux avec les matières...

Parmi les symptômes déficitaires, les apprentissages ne semblent plus disponibles (mémoire, praxies, gnosies, langage, opérations mentales, coordination psychomotrice...).

L. PLOTON critique le concept classique de "démence sénile" (descriptions cliniques figurant dans les paragraphes précédents et appliquées à la personne très âgée).

En effet, de par son expérience personnelle avec des "déments séniles", cet auteur s'oppose à la notion de perte DEFINITIVE de facultés

intellectuelles, le trouble portant plutôt sur la maîtrise de ces dernières.

L. PLOTON émet donc l'hypothèse suivante. Confrontés aux divers handicaps découlant du vieillissement et terriblement conscients de ces derniers, les vieillards déploient des symptômes psychiatriques alors réactionnels, permanents ou paroxystiques. Dans ce cas, les symptômes joueraient le rôle de "cache-misère", soulageant ainsi le vieillard de la perception d'une réalité devenue insupportable.

2 - 2. 2 La démence sénile corrélée à la notion de thanatose (6)

Déficit authentique ? massage déguisé ? combinaison des deux ? J. MAISONDIEU se pose sérieusement ces questions devant les manifestations cliniques d'un vieillard qualifié "dément sénile". Cependant, pour l'auteur, la notion de thanatose s'impose indubitablement. La démence sénile lui paraît étroitement liée à l'angoisse de la mort, indéniablement annoncée par le vieillissement ainsi que ses stigmates impitoyables et inévitables.

Par cette affirmation, J. MAISONDIEU désigne ainsi les mécanismes psychiques contribuant à la dénomination de "démence". Comme L. PLOTON, il insiste sur le potentiel de variation des comportements dans le temps. Pourtant, l'auteur propose une association de quatre "mécanismes cardinaux", à savoir le reniement (avec le maquillage puis l'effacement), la fécalisation, l'automénagement et l'hypervigilance.

Chacun de ces mécanismes induit une sémiologie classiquement décrite. Le reniement est responsable de la non reconnaissance de soi et d'autrui, de la désorientation temporo-spatiale, de la détérioration des fonctions cérébrales supérieures (intellectuelles). La fécalisation émerge dans le gâtisme, la présentation négligée ou des rapports à l'argent modifiés. L'automénagement se manifeste par le repli sur soi, la passivité et des habitudes alimentaires pathologiques. L'hypervigilance traduit bien les troubles du sommeil fréquemment observés chez le vieillard réputé "dément".

3 - LA PERTE D'AUTONOMIE PSYCHIQUE COMME PROCESSUS EVOLUTIF DANS LE TEMPS.

3 - 1 La question soulevée

Dans le suivi de l'évolution (spontanément inéluctable) de la perte d'autonomie psychique d'un vieillard, la détermination, avec précision et critères, d'un nouveau stade d'aggravation ne paraît pas être une habitude clinique courante.

Certes, la dégradation progressive des résultats de tests psychométriques (tests d'Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives ou E. R. F. C. (18) ainsi que son dérivé le Bref Examen Cognitif ou B. E. C. (19), test de WECHSLER-BELLEVUE pour adultes mais trop souvent inadapté chez des sujets supposés "déments", l'échelle de BLESSED (B) (20) et le Mini Mental Test de FOLSTEIN demeurant le test de référence (15)) peut nous offrir une indication globale du processus de détérioration intellectuelle lors de la répétition de ceux-ci, dans des conditions si possible comparables (21).

Encore nous faut-il émettre une sérieuse réserve quant à la fiabilité de ces tests lorsque le déficit des facultés intellectuelles (éventuellement associé à des symptômes psychiatriques) devient trop évident pour permettre une coopération adéquate du sujet testé, cela malgré l'expérience et toute la bonne volonté du Psychologue. Qui ne s'est pas retrouvé un jour confronté au refus de "se soumettre" à ces batteries de tests, le candidat déclinant d'offre poliment ou absolument irrité par notre demande, voire notre maladroite insistance ? De plus, le face à face avec un vieillard perdu dans ses longues hésitations, embrouillé dans ses bribes de réponses malhabiles ou erronées et enfin figé dans ses profonds silences donne lieu à une scène affligeante. Ce spectacle tristement humiliant pour cette personne âgée, prend rapidement un aspect insoutenable pour l'examinateur, alors culpabilisé par cette persécution psychologique inutile.

Heureusement, d'autres échelles d'évaluation aisément utilisables sont aussi à notre disposition, comme les échelles "de dépendance", s'intéressant aux activités quotidiennes (l'avantage sera ici d'obligatoirement considérer le

lieu de vie, élément indispensable à une meilleure connaissance de le vieillard), comme la grille d'autonomie psychique établie par L. PLOTON (7).

EXEMPLE DE GRILLE D'AUTONOMIE PSYCHIQUE

- Offrir au patient des choix concernant les sujets ci-dessous

- Noter la façon dont il exprime son acceptation ou son refus

- Coter : 4, la réponse verbale spontanée

- Coter : 3, la réponse verbale obtenue après sollicitation marquée

- Coter : 2, la réponse comportementale (réponse non verbale)

- Coter : 1, l'absence totale apparente de réponse

- Coter : 0, si pour des raisons propres à l'institution aucun choix ne peut être ouvert dans le domaine considéré

Pour être valable, cette grille ne doit porter que sur des choix que l'on est disposé à satisfaire.

A. Choix concernant l'emploi du temps

a) Possibilité de projets concrets, à moyen terme (échéance supérieure à une semaine.

b) Choix d'un emploi du temps sur plusieurs jours (2 à 7 jours).

c) Choix d'un programme d'activités concernant la journée même.

B. Choix concrets immédiats

a) Concernant l'alimentation ou la boisson

- acceptation ou refus d'un aliment ou d'une boisson.

- expression relative à la quantité d'aliment ou de boisson (verre plein ou pas, une cuillerée ou deux).

- expression relative à la qualité d'un aliment ou d'une boisson (trop chaud ou pas assez, trop salé ou pas assez...).

b) Concernant la toilette et l'hygiène corporelle

- acceptation ou refus de se laver ou d'être lavé au moment où la proposition est faite (à ce moment-là).

- expression relative au choix du lieu ou aux modalités pratiques de la toilette (douche, bain..).

- choix simple concernant par exemple la température de l'eau.

c) Concernant l'habillage

- acceptation ou refus de s'habiller ou d'être habillé à ce moment-là.

- choix des vêtements.

- s'il, ou elle, doit rester couché(e) dans sa chambre, choix sur les modalités de confort tels que tête plus ou moins relevée, nombre, nombre de couvertures...

d) Concernant le lieu de séjour

- expression sur le lieu où il, ou elle, désire être conduit, ou séjourner.

- s'il, ou elle, reste en chambre, expression sur des modalités telles que :
  . fenêtres ouvertes ou fermées
  . rideaux ou stores ouverts ou pas
  . lumière allumée ou pas
  . porte ouverte ou fermée

e) Expression vis-à-vis de l'incontinence nocturne

- dans le cas où le risque d'escarre ne rend pas le change impératif, expression d'une acceptation ou d'un refus d'être changé au moment de la proposition de change.

f) Items complémentaires propres à l'équipe rédactrice

D'autres échelles, établies à l'intention de l'entourage ou du personnel soignant (voir des auto-questionnaires) reprennent en compte le comportement quotidien comme les critères physiques (autonomie physique, présentation, activités comme la toilette ou l'alimentation) mais aussi affectifs et intellectuels (langage, praxies, gnosie, attention, raisonnement et jugement, mémoire), comme l'échelle de BLESSED (A) (20).

ECHELLE DE BLESSED

I. <u>Modifications dans la réalisation des activités quotidiennes</u>

Coter 1 : OUI - INCAPACITE COMPLETE
Coter 0,5 : INCAPACITE PARTIELLE VARIABLE OU INTERMITTENTE

Coter 0 : NON - CAPACITE ENTIEREMENT PRESERVEE

1. Incapable d'accomplir les tâches quotidiennes.
2. Incapable de manipuler de petites sommes d'argent.
3. Incapable de se rappeler une petite liste de mots, par exemple en faisant les courses.
4. Incapable de se repérer dans son appartement.
5. Incapable de trouver son chemin dans les rues familières.
6. Incapable d'identifier l'environnement (comme par exemple savoir s'il est à l'Hôpital ou à la maison).
7. Incapable de se rappeler les faits récents (par exemple les sorties récentes, les visites de parents ou d'amis, le menu de la veille).
8. Tendance à vivre dans le passé.

II. Modifications des habitudes

9. Alimentation

Mange proprement avec les couverts appropriés	0
Mange salement en n'utilisant que sa cuillère	1
Mange avec ses mains	2
Doit être nourri	3

10. Habillage

S'habille sans aide	0
Parfois mal ajusté, mal boutonné	1
Erreurs et oublis fréquents dans la séquence d'habillage	2
Incapable de s'habiller seul	3

11. Contrôle sphinctérien :

Normal	0
Urine parfois au lit	1
Urine fréquemment au lit	2
Double incontinence	3

III. Modifications de la personnalité et du comportement

12. augmentation de la rigidité mentale.
13. Augmentation de l'égocentrisme.
14. Perte d'intérêt pour les sentiments d'autrui.
15. Baisse de l'affectivité.
16. Perte du contrôle émotionnel, comme par exemple susceptibilité et irritabilité excessives.
17. Hilarité déplacée.
18. Réponse émotionnelle diminuée.
19. Inconduite sexuelle d'apparition récente.
20. Abandon des distractions favorites.
21. Perte des initiatives ou apathie croissante.
22. Hyperactivité non justifiée.

Plus le score est élevé, plus le déficit est prononcé (score de 0 à 28).

Ces dernières échelles permettent une meilleure familiarisation avec l'individu se présentant comme "dément", gage évidemment d'une plus juste connaissance de celui-ci. Devant ces avantages, N. FEIL nous invite à adopter préférentiellement cette méthode : ainsi "l'inventaire psychologique et physique" sera davantage exhaustif, aboutissant à une évaluation ultérieure aisée et surtout, selon les propres critères de la méthode de validation, à la détermination du "stade de désorientation" (ou degré de perte d'autonomie psychique).

3 - 2 - Les instruments offrant une meilleure appréciation du degré de perte d'autonomie psychique

3 - 2. 1 Une anamnèse trop souvent identique

Les troubles mnésiques inaugurent la symptomatologie. D'abord oublis "bénins", ils retentissent ensuite gravement sur la vie quotidienne, avec toutes

leurs conséquences préjudiciables (les actes courants devenant source potentielle d'accident).

L'altération progressive des autres facultés intellectuelles lui succède souvent et constitue parfois le motif de consultation avec les troubles de la personnalité (comme le délire de persécution).

3 - 2. 2 L'échelle de B. REISBERG (22)

Il s'agit ici de mettre en évidence, grâce à des tests psychométriques, la mise en place, supposée progressive et chronologique, des troubles cognitifs.

L'échelle de REISBERG, adaptée aux sujets réputés "déments", possède 7 niveaux et permet ainsi de déterminer le caractère de la démence, son retentissement de même que son évolution dans le temps (selon quatre axes : l'habileté à se concentrer et à calculer, la mémoire ancienne et récente, l'orientation, les gestes et les soins personnels). Selon cette échelle, le niveau 1 correspond à une personne âgée "normale" tandis que le niveau 7 atteste une démence sévère. Entre ces deux niveaux extrêmes, le niveau 2, par exemple, traduit l'existence de troubles mnésiques subjectifs alors que le niveau 4 se singularise par un déficit cognitif modéré, avec toutefois l'absence de désorientation temporelle ou d'agnosie relative aux visages et aux lieux familiers.

Cette méthode est largement utilisée depuis 1983 et offre de satisfaire le désir d'apprécier l'importance des déficits intellectuels (avec pourtant l'émission de réserves prudentes quant à l'interprétation des tests psychométriques répétés). Cependant, malgré cet atout jugé considérable pour beaucoup, cette échelle ne permet pas de se façonner une connaissance optimale du vieillard réputé "dément", uniquement procurée par l'assemblage des résultats psychométriques et des informations variées émanant du déroulement de la vie quotidienne, exclusivement rapportées par le cercle des proches ou le personnel soignant.

3- 2.3 L'échelle clinique de démence d'après P. HUGHES (23)

Cet auteur répartit les sujets en cinq classes, chacune associée à un coefficient (dont le but consiste pratiquement à mieux souligner l'évolution) : en bonne santé (0) ou présentant une démence douteuse (0,5), discrète (1), modérée (2) voire sévère (3). L'établissement de cette classification repose sur l'étude de six critères représentés par la mémoire, l'orientation, le jugement et les capacités de résolution des problèmes, la vie sociale, la vie domestique et les loisirs ainsi que les soins personnels.

Au stade 1, les manifestations cliniques se caractérisent essentiellement par des troubles mnésiques portant sur la mémoire à court terme et se répercutant inexorablement sur la vie quotidienne, une malhabileté dans la gestion des repères temporels ou une désorientation géographique. Le sujet éprouve des difficultés modérées dans le traitement des problèmes complexes avec pourtant un jugement social souvent préservé, un engagement social partiel ou habituel. Il abandonne les travaux quotidiens complexes et présente quelquefois des troubles du comportement domestique tandis que les soins personnels nécessitent désormais une stimulation.

Ces troubles s'aggravent pour aboutir au stade 3. Alors, seuls persistent quelques îlots de mémorisation tandis que la désorientation temporo-spatiale est manifeste. Le sujet s'avère incapable de formuler des jugements ou de résoudre un problème. Ne s'adonnant à aucune activité en dehors de sa chambre, il requiert physiquement beaucoup d'assistance (souvent incontinent).

3 - 2. 4 Les trois phases de l'évolution démentielle selon L. PLOTON (7)

Dans la première phase, la personne âgée présente des troubles mnésiques ainsi que des télescopages de la pensée. Les fausses reconnaissances et l'incapacité de différencier un sentiment d'une image ou de la réalité traduisent pour L. PLOTON l'existence d'une relation entre l'affectivité et le déficit.

La seconde phase est caractéristique par l'incapacité apparente du

choix (soulevant la question du rapport entre le vieillard et son entourage), une appréhension et une expression de type global, impliquant davantage l'intuition. Le commerce affectif demeure riche et adapté à l'intérieur du mode analogique para-verbal.

La troisième phase manifeste la "demande fusionnelle et l'ambivalence extrême" et comprend les jeux de projections incluant les intervenants.

LES QUATRE STADES DE LA DESORIENTATION (OU PERTE D'AUTONOMIE PSYCHIQUE : UN ATOUT CLINIQUE

1 - UNE CLASSIFICATION CLINIQUE RESOLUMENT ORIGINALE (2)

"L'état du cerveau ne constitue que rarement la seule clé du comportement de la personne âgée. C'est surtout dans la vieillesse que la combinaison des habitudes physiques, sociales et personnelles contribue au comportement de la personne dans la vie. Certaines personnes peuvent affronter les méandres de l'existence et rester orientées malgré de sérieuses lésions cérébrales. D'autres avec de telles lésions deviennent très désorientées" (24).

Nous empruntons ces quelques lignes à N. FEIL, en guise d'introduction à la présentation de ces quatre stades. Ainsi, N. FEIL distingue dans le processus démentiel, qu'elle dénomme plutôt désorientation, quatre stades résumant l'évolution de celle-ci. Contrairement à B. REISBERG, elle détermine les niveaux de désorientation non sur une quantification des déficits cognitifs (associée aux tests psychométriques) mais sur le comportement du vieillard. En effet, le repli sur soi induit immanquablement des modifications notoires des moyens de communication et une prise de distance vis à vis des règles sociales majeures tandis que nous assisterons, spectateurs le plus souvent ébahis, à la résolution du passé. Cette résolution, ultime et indiscutable expression de la sagesse, utilisera le canal symbolique, laissant par à même libre cours aux "fantaisies" et à une inspiration étonnamment créatrice.

N. FEIL admet, dès les premiers stades, l'existence des stigmates du vieillissement, aussi bien sur le plan strictement physique (maladies organiques et métaboliques, lésions neurologiques et de l'appareil locomoteur entravant l'autonomie, handicaps sensoriels) qu'intellectuel (les troubles mnésiques notamment, touchant particulièrement la mémoire à court terme, les défaillances de la pensée logique, des difficultés dans l'orientation dans le temps et l'espace, une angoisse, la perte des contrôles...).

Mais la vie psychologique s'organisant autour de deux tessitures (25),

affective et intellectuelle, N. FEIL s'intéresse vivement à cette vie psychologique dans sa globalité, désignant l'affectif comme l'explication majeure du comportement "dément" observé. Selon des critères physiques et "émotionnels", le vieillard se retrouve ainsi dans un des quatre stades successifs de la désorientation, à savoir :

- la malorientation

- la désorientation (terminologie française préférée à la traduction littérale de "confusion dans le temps", terme très évocateur mais paraissant éloigné du concept classique de désorientation, beaucoup plus large).

- le stade des mouvements répétitifs

- le stade végétatif

L'individu tend à demeurer le plus longtemps possible dans un stade déterminé, même si, du jour au lendemain, le stade risque de fluctuer. Néanmoins, faute de résolution du passé, le vieillard quitte le stade présent pour le stade suivant, afin de restaurer son intégrité. L'échec des premières tentatives de résolution aboutit malheureusement au stade final végétatif. (Eviter cette échéance désespérante a donc motivé N. FEIL dans l'élaboration de sa méthode de VALIDATION).

2 - DEFINITION DES QUATRE STADES DE DESORIENTATION DECRITS PAR N. FEIL

2 - 1 <u>Le stade 1 : la malorientation</u>

2 - 1. 1 Deux caractéristiques comportementales essentielles

Respectueux des règles sociales, le vieillard "malorienté" exprime un ancien conflit brûlant de manière habilement déguisée : les personnes et les lieux du présent symbolisent dès lors les acteurs et la scène du passé.

2 -1. 2 **Critères physiques**

Le regard vif et les mouvements adroits constrastent avec une attitude corporelle simulant quasiment une position défensive, l'individu indéniablement apparaissant prêt à parer une attaque.

2.1-3 - **Critères émotionnels**

(L'auteur désigne ainsi les éléments psychologiques propres à la tessiture affective et intellectuelle).

Le vieillard malorienté s'accroche farouchement à la réalité présente. S'il est conscient de ses troubles mnésiques, il nie sans ombrage sa confusion occasionnelle et alors fabule (presbyophrénie). Il ne présente pas de trouble de compréhension des raisons sous-jacentes, peut raisonner ou participer éventuellement à des jeux soumis à des règles. Il persiste une orientation temporo-spatiale correcte. Dans le domaine du langage, ce vieillard conserve le sens de l'humour, emploie judicieusement chaque mot, sait lire et écrire de façon satisfaisante. La négation des sentiments viscéraux (solitude, colère, peur, libido) doit être soulignée alors que l'affirmation de ces derniers transparaît symboliquement.

La personne très âgée peut se montrer considérablement furieuse à l'égard de ses congénères dont la maîtrise de soi défaille, rejetant parfois sur eux la responsabilité de ses propres maux.

De plus, elle guette attentivement ses biens, synonymes de confort et de lourde signification sociale (ce qui peut mener au délire de préjudice ou de vol) et ne tolère aucune atteinte incongrue de son intimité.

2 - 2 <u>**Le stade 2 : la désorientation (ou confusion temporelle)**</u>

Le titre choisi par N. FEIL souligne le fait fondamental survenant à ce stade : la désorientation temporelle.

A partir de ce moment, le vieillard se retire dans le passé, confondant ainsi présent et passé. Par là, il renoue avec des sentiments universels (amour, haine, séparation, identité), dans l'imaginaire, perception personnelle du monde (10).

2 - 2. 1 **Une caractéristique majeure**

Le poids des ans (avec toutes ses "petites morts", physiques et sociales) accable trop atrocement la personne très âgée. Celle-ci décide alors de fuir ce présent pénible et se réfugie dans le passé.

Retirée dans son monde intérieur, elle délaisse les règles sociales mais malencontreusement se prive également des stimulations environnementales, avec un néfaste retentissement sur la communication.

2- 2. 2 **Critères physiques**

La voix est monotone et le regard vague. La tension si typique du premier stade laisse place à un relâchement musculaire. La lenteur et l'hésitation prédominent dans les mouvements de cette personne très âgée et fourbue.

2 -2. 3 **Critères émotionnels**

Les déficits cognitifs (comme l'amnésie antérograde) et les handicaps sensoriels majorés perturbent considérablement la perception de la réalité. Malgré cela, le vieillard distingue aisément l'authenticité de la simulation. La pensée rationnelle décline alors que la pensée métaphorique s'envole. La désorientation temporelle survient et l'unité de temps n'est plus la seconde ou la minute mais la durée d'une émotion. Ces constatations compromettent

sérieusement la participation à des jeux de société (utile repère dans la vie quotidienne).

Dans le domaine du langage, cette personne très âgée a perdu le sens de l'humour, ne sait plus écrire, emploie fréquemment des néologismes (avec une consonance parfois poétique) et abuse des pronoms ambigus. Le vieillard exprime les sentiments librement, puisant dans son répertoire symbolique ou mobilisant son propre corps. La communication verbale et para-verbale, même si elle véhicule un message précis pour le vieillard, ne s'accompagne pas d'une compréhension aisée dans l'entourage. Les symboles et les mouvements corporels exprimant un conflit non résolu méritent sinon un décodage du moins une interprétation, la personne très âgée jouant aussi bien sur les originalités linguistiques que sur les mouvements corporels ou la manipulation à sa guise d'objets divers. Le vieillard n'hésite pas également à attribuer aux personnes de son milieu de vie un rôle symbolique. Ainsi la résolution des conflits se poursuit. En outre le vieillard exige la satisfaction immédiate de ses instincts (amour, libido, alimentation).

En conclusion, les critères émotionnels décrits à ce stade sont déjà corrélés aux quatre "R" de la Validation, c'est-à-dire résoudre des conflits, revivre des plaisirs passés, réactiver les souvenirs sensoriels agréables et repousser les sentiments d'inutilité (26) ou de solitude.

2 - 3 <u>Le stade 3 : les mouvements répétitifs</u>

2 - 3. 1 Une caractéristique majeure

L'absence de partage de ces sentiments ne permettant pas la résolution des conflits suggérés, le vieillard élabore des mouvements et des sons pré-verbaux permanents, dans un but de réconfort.

Faute de partenaire, la personne très âgée s'adresse directement à son corps, reportant sur lui les symboles, afin d'accomplir cette résolution, grâce à l'impression des sentiments dans des mouvements répétitifs. Prédominent à ce stade les sentiments de honte personnelle (honte, culpabilité liée au style

d'éducation, colère envers des figures autoritaires).

2 -3. 2 **Critères physiques**

Les paupières souvent closes, les pleurs fréquents, la tristesse ou l'angoisse transparaissent à travers son attitude.

Les muscles relâchés, le vieillard exécute toujours des mouvements gracieux, dont il est cependant inconscient. Ces mouvements concernent la tête, les membres ou le tronc. Le rythme incessant de ceux-ci frappe facilement l'observation.

Le vieillard est incontinent.

2 -3. 3 **Critères émotionnels**

Le déclin cognitif, des facultés sensorielles, de la conscience de soi (27) (comme du schéma corporel) empirent. La personne très âgée n'éprouve plus de besoin de perler, si ce n'est d'émettre des sons, ne pouvant par ailleurs ni lire ni écrire. Cependant son habileté à chanter juste étonne.

Elle s'avère capable de réquisitionner toutes ses forces dans un mouvement destiné à l'obtention d'affection.

2 - 4 **Le stade 4 : l'état végétatif**

2 - 4. 1 **Une caractéristique majeure**

L'état végétatif représente parfaitement l'état de dépression. Recroquevillée sur son monde intérieur imaginaire, le vieillard montre toutefois la sagesse de s'autostimuler suffisamment pour survivre.

2 - 4. 2 **Critères physiques**

Les muscles relâchés, le regard vide, le vieillard demeure dans la position imposée par l'entourage (personnel soignant ou proches).

Il marche très lentement puis aucun mouvement ne vient "animer" ce corps, même pour symboliser un sentiment, une stimulation n'induisant guère de réaction.

2 - 4. 3 **Critères émotionnels**

Le déclin cognitif et des facultés sensorielles s'est imperturbablement poursuivi et installé. Episodiquement, l'entourage attentif parvient à percevoir quelques sons.

ENTRE LE VIEILLARD DESORIENTE ET L'INTERVENANT, L'INSTAURATION D'UN PARTENARIAT

1 - LE BUT DE LA VALIDATION ET LES MOYENS EMPRUNTES

1 - 1 Principes

N. FEIL insiste sur la valeur de chaque être humain, non sujette à une quelconque remise en question dans les derniers moments de la vie, même si la perte d'autonomie psychique risque d'acculer certains à entreprendre cette démarche intellectuelle.

Cet auteur affirme également l'existence d'une ou plusieurs raisons dissimulées derrière chaque comportement, malgré les premières et tenaces impressions d'incohérence. Effectivement, notre regard ne doit pas se buter à leur conduite paraissant inadaptée, manifestement défaillante, stupéfiante ou pour résumer déraisonnable. Initialement, devant des gestes ou des paroles (si cela n'est déjà devenu un jargon) tout à fait incompréhensibles, notre réponse déconcertée cède spontanément la place au sentiment de malaise ou à la désinvolture. En dépit de cela, N. FEIL nous conseille plutôt de remplacer ces sentiments fréquents par l'empathie, de consonance plus humaine.

1 - 2 L'empathie

L'empathie se révèle un instrument de choix afin de permettre la saisie des raisons, exprimées de façon inattendue, alors que la mémoire des émotions précoces succède à la pensée rationnelle (2). Pour faciliter notre démarche, N. FEIL nous offre une métaphore de la désorientation, véritable voyage dans le passé : "La personne ou l'objet du présent est le symbole, c'est-à-dire le passeport. Le mouvement familier est le moyen de transport (28). Des images intenses fournissent la puissance motrice. Une ouïe et une vue déficientes, une mémoire à court terme diminuée sont les motifs du voyage." (2).

Grâce à l'empathie, d'où découlent naturellement le respect et la chaleur humaine, aboutit la compréhension des désirs de résolution du vieillard, cet acte "non synonyme d'attitude psychotique mais du souhait de légitimer sa vie avant de mourir". Ainsi, la reconnaissance, la confirmation et le partage des sentiments universels participent ensemble à cette résolution, acte méritoire jamais définitivement accompli. "Le poids du fardeau s'allège lorsqu'il est partagé avec quelqu'un en qui l'on a confiance" dit justement N.FEIL. La Validation permet à la personne très âgée de recouvrer sa dignité.

2 - LA COMMUNICATION AVEC LES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE PSYCHIQUE (OU "DEMENTS SENILES")

2 - 1 Selon L. PLOTON (7)

2 - 1. 1 Définition d'une nouvelle relation soignant-patient réputé dément

La mission narcissique du soin et de la communication

La vieillesse, avec son avalanche de "petites morts", conduit à une "crise permanente d'identité" . L'adaptation alors imposée peut se réaliser sans trop de dommages psychologiques profonds ou bien induire une altération très préjudiciable de l'estime de soi.

N'importe quelle démarche se doit évidemment d'épargner une aggravation non souhaitable de ce processus extrêmement ravageur. Restaurer plutôt un meilleur niveau d'estime de soi paraît être l'urgence et la plus grande préoccupation. En effet, toute implication dans ce sens sera "libératrice d'énergie créatrice" et favorisera l'éveil des facultés d'adaptation du sujet réputé "dément", L. PLOTON ayant recours à l'expression de "libération de l'élan vital". (Ces éléments de réflexion se retrouvent également émis par N.FEIL : ainsi, il nous a paru opportun de les souligner).

La nature des symptômes démentiels

L'auteur semble discerner chez les vieillards réputés "déments" une fragilité notable, dans la mesure où durant toute leur vie, leur identité a reposé exclusivement (et malencontreusement serions nous tentés d'ajouter) sur leur rôle social (familial notamment) et leur activité professionnelle.

Dans la vieillesse, cet investissement personnel est rudement ébranlé. Négocier ce "virage de la vie", non prévu mais inévitable, ne peut s'envisager qu'au moyen de symptômes "démentiels", suppléant leurs faibles capacités propres, dans un but avoué de survie. Cet artifice offre donc le maintien de l'équilibre tant individuel que relationnel et se nomme l'ensemble des "mécanismes homéostatiques".

Un nouveau fil directeur pour la conduite du soignant

Reconnaître un authentique interlocuteur dans le sujet réputé dément revient à reconnaître aussi sa pensée, même si son expression éclate dans des symptômes. L. PLOTON invite à ne pas se montrer avare concernant le "bain de paroles".

La réintroduction de la notion de responsabilité permet souvent de procurer à ces vieillards de nouvelles raisons de vivre.

Enfin, cet auteur insiste sur l'attachement au temps et à la place accordée à ses repères dans la vie quotidienne, surtout institutionnelle.

2 - 1. 2 **La communication proprement dite**

Une interprétation de deux modes

La communication digitale, liée à l'apprentissage et à la mise en jeu des fonctions cérébrales supérieures, se retrouve dans le langage verbal, écrit ou gestuel. La communication analogique, liée à l'inné ou l'acquis inconscient, regroupe l'évocation, la représentation ou la pensée métaphorique.

Chez le vieillard réputé dément, L. PLOTON remarque plutôt un défaut dans la maîtrise du mode digital (télescopages, amalgames, erreurs de mot), à l'inverse de ce qui est constaté pour le mode analogique habituellement résistant : de cette dissociation peut ainsi naître aisément la contradiction. Ceci nous incite à ne nullement négliger les gestes, les attitudes ou les situations, vecteurs privilégiés de la communication. Cette "expression de type analogique global" selon L. PLOTON, sans omettre toutefois la valeur sémantique mobilisera particulièrement notre regard.

Conseils pratiques

L. PLOTON nous invite à reconnaître dans le sujet "réputé" dément, déjà si souvent disqualifié, un vrai interlocuteur. Si le soignant doit suppléer épisodiquement les défaillances trop flagrantes pour ne pas engendrer d'angoisse, il n'hésitera pas à apporter son aide compatissante mais toujours empreinte de respect (par exemple dans le prêt de mots ou dans le fait de tenir compte de facultés discriminatoires amoindries). Le contact visuel pertinent est indispensable au feed-back. Le soignant concentrera son attention sur la vocation essentiellement narcissique de la communication.

Il n'existe aucun sujet tabou, y compris les thèmes abordant directement ou non les symptômes présentés par le vieillard ("métacommunication"). L'auteur rapporte avoir constaté, dans son expérience, que des thèmes sensibles en lien avec l'existence pouvaient se rapporter à des "problèmes mal résolus".

Enfin, le dialogue se déroule idéalement si l'on maintient l'unité du lieu, de l'horaire et des acteurs, génératrice de la confiance et de l'intimité

nécessaire.

2 - 2 Selon J. MAISONDIEU

2- 2. 1 La démence apparaît comme une thanatose

J. MAISONDIEU voit dans le "dément sénile" une personne âgée victime, sidérée par l'angoisse de la mort inéluctable. La société, entretenant elle-même cette réaction malsaine, la relègue froidement dans un rôle de cadavre ambulant. Ce contexte tragique compromet ainsi sérieusement les tentatives de communication et n'incite guère au partage entre deux êtres sur un même piédestal.

La scissure entre l'expression verbale et le ressenti s'ajoute au chaos affectif pour donner naissance regrettablement à la "désarticulation des messages verbaux d'avec les messages non verbaux".

Face au spectre de la mort, l'environnement proche se singularise par un jeu subtil de communications silencieuses. Dans ce silence pourtant riche de sous-entendus, le vieillard déploie, lui aussi sans bruit, ses mécanismes de reniement et de fécalisation. L'auto-censure pesant, d'une manière consensuelle, sur la métacommunication conditionne fortement la survenue de ces symptômes. D'où, à la fois, une communication marquée par un dilemme entre le souhait intime de voir survenir rapidement la mort et la peine culpabilisante de se séparer d'un être cher (ou qui l'était), avec alors l'exigence (incompréhensible) de l'acharnement thérapeutique par exemple.

2 -2. 2 Une communication malgré tout possible

La réattribution du rôle d'interlocuteur à ce vieillard, vivant et pas encore mort, déjà mort mais toujours vivant, s'impose comme préambule. La société se doit de modifier considérablement son sinistre et impitoyable regard, abandonnant de placer entre l'individu "sain" et la mort ce personnage supplémentaire, objet de sacrifice désigné par elle-même.

J. MAISONDIEU affirme aussi que l'expression des sentiments peut, sans le moindre préjudice, se dispenser du langage verbal. Les messages véhiculés dans d'autres canaux (gestuel, allégorique...) ne réclament pas de "décodage" trop ardu et hors d'atteinte de chacun. Comme l'image de l'enfant blotti dans les bras maternels ou des amoureux tendrement enlacés traduisent bien superbement le caractère ici superflu du langage verbal, avec ses mots trop disciplinés. L'auteur admet toutefois que tous risquent de ne pas s'avouer à l'aise avec cet autre langage, encore que J. MAISONDIEU désigne la peur responsable de nos réticences ou de notre paralysie à ouvrir (ou envisager) ce dialogue.

3 - L'INTERVENANT ACTEUR DE LA VALIDATION (2)

3 -1 Toute personne apte à éprouver de l'empathie

N. FEIL ne réserve nullement sa présentation de la méthode de Validation au cercle très fermé (et parfois hermétique) des Psychiatres, Psychologues et Psychothérapeutes. A son avis, le personnel institutionnel dans son entier, c'est-à-dire non limité aux soignants même si ces derniers se sentent davantage impliqués, ou les membres du milieu familial voire les amis peuvent naturellement être touchés par la Validation.

La condition primordiale se résume à la sensibilité au sort, trop souvent malheureux, des vieillards "désorientés" ou appelés également "déments séniles" . Leur isolement progressif, cette émigration dans le temps et dans l'espace, ne doit pas paraître inéluctable. En revanche, cette impression d'impuissance devant la "fatalité", remuée par la compassion et ébranlée par les principes théoriques de la Validation, s'évanouit, préambule à un investissement personnel et une attitude validant.

3 - 2 Les qualités de l'intervenant

L'intervenant apprend à connaître la personne âgée désorientée et s'accorde à ses buts. Il n'établit aucune évaluation de l'impact de la Validation en omettant les paramètres essentiels individuels représentés par les capacités (éminemment variables) et le désir intime de chacun.

Non préoccupé par les faits réels, l'intervenant conserve pourtant ses repères de la vie présente afin de pouvoir accompagner confortablement le vieillard à travers son périple dans le passé.

Il fait preuve d'un esprit d'ouverture et surtout d'une grande patience (très sollicitée). En effet, les personnes âgées désorientées montrent du dédain pour nos normes et cheminent à leur propre rythme, nonobstant les ultimatums, voire déconcertant par leurs comportements facteurs de découragement chez l'intervenant.

Le climat d'intimité (avec sa chaleur humaine) nécessaire au partage de leur sagesse et des sentiments universels, exige des qualités d'équilibre et de solidité affective, afin d'éviter à l'intervenant une sensation de gêne ou un malaise alors néfaste au déroulement et au succès de la Validation.

3 - 3 <u>L'action de l'intervenant</u>

"Prendre les personnes âgées là où elles sont et comme elles sont" : telle est une des devises de N. FEIL. Imitant le détective, l'intervenant, avec empathie, retrouve des sentiments grâce à des indices sensoriels. Leur mise en mots judicieuse, synonyme de reconnaissance et de partage, aboutit à la Validation et à une meilleure estime de soi. L'intervenant s'interdit d'analyser les sentiments exprimés et d'explorer des sentiments non exprimés.

Ainsi, ces vieillards, moins envahis par le stress, restaurent leur confiance en eux et justifient leur existence, résolvent les conflits inachevés du passé. En conclusion, elles parviennent enfin à mieux goûter au bonheur de vivre.

3 - 4 L'intervenant initié aux symboles

Ces symboles se rencontrent dans chacun des trois stades de désorientation. Sur ces symboles repose, grâce à l'imaginaire, l'expression des sentiments et besoins universels et se classent en deux catégories (29) :

- La première catégorie comporte les objets de la vie courante, d'emploi différent et non conventionnel. Un sac à main symbolise la sexualité féminine, une canne ou le poing devient le signe de la virilité comme du pouvoir, la nourriture est associée à l'amour, les bijoux ou les vêtements représentent la valeur personnelle ou l'identité.

- La seconde catégorie se compose de gens de l'entourage et des différentes parties corporelles (spécialement au stade 3 des mouvements répétitifs). Un directeur de maison de retraite "endosse" le rôle d'un père autoritaire, une infirmière attentive hérite du rôle d'une maman pleine de tendresse, une main devient dans l'esprit du vieillard un bébé, un genou douloureux rappelle une figure hiérarchique persécutante...

Les vieillards dans le stade 1 ont recours aux symboles de façon adaptée (compatible avec les habitudes sociales) tandis que les personnes âgées plongées dans les stades 2 et 3 laissent libre cours à un imaginaire prolifique.

Les premières émotions de l'enfance ressurgissent avec vivacité : "ces sensations corporelles résultant des contacts initiaux avec le monde extérieur ont été fortement imprimées à la fois dans notre corps et notre esprit", selon N. FEIL.

3 - 5 Le cadre de la Validation

3 -5. 1 Le stade de la malorientation

La relation seul à seul (intervenant-vieillard malorienté) s'impose. Ces vieillards évitent spontanément de côtoyer les vieillards confus ou au stade 3 ou 4, effrayés par le "spectacle des actes suivants de la tragédie démentielle".

Le rythme de ces relations reste à la liberté de chacun, adapté cependant au vieillard, mais la fréquence maximale demeure la consigne optimale.

3 - 5. 2 Les stades de la désorientation et des mouvements répétitifs

La rencontre seul à seul s'avère être indispensable, déjà afin de parvenir à une connaissance satisfaisante de la personne âgée désorientée (avec constitution de la biographie).

Le groupe de Validation fait ici son apparition. Construit sur un nombre et une répartition strictement définis de vieillards à différents stades, chaque réunion hebdomadaire de ce groupe se déroule dans des conditions offrant un sentiment de sécurité, de bien-être et d'intimité suffisants. L'intervenant joue un rôle catalyseur des interactions résolutives émanant des vieillards désorientés eux-mêmes.

3 - 6 La Validation est-elle en collusion avec l'illusion ?(30)

Cette accusation émane des partisans de l'orientation vers la réalité, autre attitude préconisée dans l'aide apportée aux vieillards désorientés. Ces auteurs préfèrent "replonger" les vieillards désorientés dans la réalité, invitant les soignants ou les membres de l'entourage à corriger les "erreurs" ou à suppléer systématiquement les "défaillances" (désorientation temporo-spatiale, amnésie et propos incohérents, déraisonnables ou "délirants") (31).

L'argument polémique à l'encontre de la Validation traduit plutôt une

méconnaissance de la méthode de Validation, puisqu'à aucun moment l'intervenant n'approuve (comme ne désapprouve) les propos du vieillard désorienté, refusant par ailleurs le recours au mensonge. Il se consacre entièrement à découvrir le pourquoi, c'est-à-dire déceler le sentiment ou le besoin exprimé de cette manière si déconcertante, si effarante.

De plus, N. FEIL possède également une expérience de l'orientation vers la réalité, lors de ses premières années d'exercice à MONTEFIORE, mais a remarqué trop fréquemment ses effets décevants (32).

APPLICATION DES PRINCIPES DE LA VALIDATION

1 - LA CONNAISSANCE DE L'AUTRE

Celle-ci s'opère à travers une relation singulière : le langage verbal, l'observation perspicace du langage corporel (33) et le recours au toucher concourent à saisir la personnalité du vieillard désorienté.

Afin de désigner le stade de désorientation dans lequel figure cette personne âgée, plusieurs questionnaires (s'adressant à l'intéressé, à l'intervenant, au personnel institutionnel, au cercle des familiers) sont destinés à évaluer les critères "émotionnels" et physiques. Le but final se trouve dans l'élaboration d'une biographie précise, récapitulant les éléments physiques, affectifs et sociaux propres au vieillard.

(Ces questionnaires sont rapportés lors de la présentation des cas cliniques, dans le second chapitre).

2 - UNE RELATION SEUL A SEUL

2 - 1 La malorientation ou une communication dominée par le langage verbal

L'intervenant mise initialement sur l'établissement d'une relation de confiance (34) entre la personne âgée malorientée et lui, le vieillard discernant intuitivement l'authenticité de la simulation.

L'exploration prudente des faits consiste en l'utilisation des questions précises débutant toutes par "qui", "quoi", "où", "quand" ou d'interrogations envisageant l'hypothèse inverse. La reformulation tient compte préférentiellement des registres sensoriels spontanément choisis par le vieillard (visuel, auditif, kinesthésique) (35).

L'intervenant doit craindre d'aborder les sentiments que la personne

âgée malorientée dénie, à l'exception de leur expression par elle-même, et les intrusions intempestives dans son intimité (par le toucher). Lorsque l'intervenant perçoit le sentiment déguisé dans le symbole, il peut alors aider le vieillard à choisir une autre attitude.

2 - 2 Le stade de la désorientation ou une relation plus intime

L'objectif de cette relation seul à seul se montre absolument identique à celle décrite précédemment, cependant nous notons quelques particularités. Le contact corporel, grâce à un toucher chaleureux, et un contact visuel vrai s'imposent. Au moyen de symboles affleurant dans le langage verbal et corporel, cette personne âgée exprime des sentiments universels (diverses pertes, crainte de la solitude, sentiment d'inutilité, sens de l'existence).

La Validation réside dans le reconnaissance et le partage des sentiments alors décelés, non dans la contrainte à affronter la réalité. La fatigue et les difficultés à soutenir leur attention limitent souvent chez ces vieillards la durée des entrevues à une vingtaine de minutes.

2 - 3 Le stade des mouvements répétitifs ou l'importance des stimulations sensorielles

Le toucher prend dans ce cas une importance primordiale, comme stimulation sensorielle (les vieillards à ce stade présentant constamment des déficits sensoriels) et rappelle pertinemment la tendresse et la sécurité maternelles. L'intervenant s'applique à donner un caractère chaleureux à l'intonation, souvent seul repère mnésique pour le vieillard.

La personne âgée a perdu le contrôle de soi (24) et n'est pas consciente de ses mouvements corporels stéréotypés. N. FEIL propose donc une "astuce" afin de remédier à cette inconscience: "l'effet miroir". L'intervenant reflète la mouvement corporel, sur un rythme synchronisé à celui du vieillard désorienté. L'interpellant par ce biais et profitant d'un contact visuel, l'intervenant lui demande s'il effectue un geste précis de la vie quotidienne

ou puisé dans son expérience professionnelle (28). Si l'intervenant "voit juste", grâce à ses talents discriminatoires, il dévoile ainsi le sentiment, ouvrant la porte à la communication verbale. Ces sentiments sont fréquemment empruntés au registre des besoins humains non satisfaits (amour, sécurité, identité).

Parfois, l'intervenant utilise les capacités et les talents de chant conservés et peut s'aider de mélodies ou de chansons anciennes, souvent chargées émotionnellement.

2 - 4 Le stade négatif ou l'obstination quelquefois récompensée

A ce dernier stade de la désorientation, les objectifs de la Validation sont moins ambitieux mais non dénués d'espoir.

L'intonation et le toucher chaleureux (voire le contact visuel), patiemment entrepris, amènent sporadiquement une réponse non verbale (exceptionnellement verbale).

3 - LE GROUPE DE VALIDATION AVEC LES VIEILLARDS DESORIENTES FIGURANT DANS LES STADES 2 ET 3

Cette technique de Validation n'est envisageable qu'en milieu institutionnel (service de long séjour, maison de retraite ou autres lieux de vie).

3 - 1 Les bienfaits de ce groupe

Le rassemblement dans un lieu chaleureux de personnes âgées "démentes séniles" ou "désorientées" ravive en elles le souvenir des réunions de jadis (familiales, professionnelles, liées aux loisirs) et des rôles interprétés alors par chacun. Ce fait se trouve accentué par la musique (chants) et les mouvements corporels (danse). Il en découle un effet hautement positif sur le discours. Le vieillard cesse de se préoccuper uniquement de lui pour se

soucier aussi du bien commun et des autres.

Dans ce cadre favorable, l'intervenant évoque subtilement un problème précis relatif à l'un d'eux tandis que les acteurs de la Validation se nommeront les vieillards désorientés eux-mêmes. Quelle preuve supplémentaire de sagesse apporter ?

3 - 2 Un rituel primordial

3 -2. 1 Préambules

La sélection des membres est capitale, le groupe devant comprendre :

- un vieillard au stade 2, remplissant la fonction de président ou de meneur (l'idéal est de retrouver également ce rôle dans sa biographie).

- 4 à 5 vieillards au stade 2, loquaces.

- au maximum 2 personnes au stade 3, à la condition que les mouvements répétitifs ne nuisent pas à la qualité de la réunion par leur aspect incessant (rebelle à l'attitude maternante d'une autre personne, dont cela est effectivement la mission dans le groupe). L'introduction de plusieurs protestataires se limite prudemment au nombre de 2.

Un horaire, un lieu (avec ses dispositions) et une composition du groupe identiques d'une semaine à l'autre (si le rythme hebdomadaire est adopté) procurent la sécurité et l'intimité indispensables.

La répartition des rôles s'adapte aux désirs et aux capacités de chacun, l'intervenant demeurant fidèle à sa vocation de garant de l'adéquation des rôles proposés. Les suggestions de thèmes de discussion émanant de l'intervenant s'arrimeront aux sentiments et besoins universels (amour, identité, séparation, raisons de vivre). Les chants et les rythmes musicaux

contribuent à l'émergence d'interactions alors que les mouvements corporels permettent une meilleure perception du schéma corporel, avec le contrôle de ce corps. Toutefois, l'intervenant, dans un souci constant d'adaptation, bénéficie de la liberté de recourir à d'autres activités artistiques ou artisanales (cuisine, peinture...) (31).

3 - 2. 2 Le rituel, élément fondamental du bien être des vieillards désorientés

La durée de la réunion varie, en lieu avec les possibilités de chaque membre du groupe alors que le rituel contraste par sa réitération.

Celui-ci se déroule en six étapes :

- l'accueil personnalisé, empreint de délicatesse et de chaleur humaine (avec l'établissement de relations interpersonnelles entre les membres du groupe et la rupture de l'isolement).

- l'exposition du problème auquel le groupe est capable de trouver une réponse et ainsi sa solution (excluant impérativement toute question ouverte).

- le moment consacré au chant et à la danse (dirigés par le "maître de chorale" et le "maître de ballet" : tolérant le voyage temporel, il prévient la régression à travers une stimulation sensorielle.

- le choix du prochain sujet de discussion.

- le chant final.

- la collation (dans une ambiance conviviale).

3 - 2. 3 Son but ultime

Il s'agit de résoudre un problème personnel grâce à la mobilisation et à l'interaction revalorisantes de chaque membre du groupe. En conséquence, l'effet se montre bénéfique à la fois pour le vieillard harcelé par son problème et pour ses congénères ainsi interpellés, héritant d'une meilleure maîtrise de soi et d'un plus haut degré de confiance en soi (ou d'estime). L'intervenant encourage également les relations entre les résidents "désorientés" de l'institution en dehors de la réunion du groupe (36).

N. FEIL néanmoins insiste sur le nécessité , pour le vieillard désorienté, de résoudre les conflits inachevés du passé jusqu'à la fin de sa vie, un conflit ne pouvant jamais paraître définitivement résolu.

La Validation permet, avec l'expérience, à la personne âgée de demeurer dans le même stade de désorientation, échappant ainsi au stade suivant et évitant finalement d'échoir dans le stade végétatif.

QUATRE EXPERIENCES ILLUSTRANT LES APPORTS DE LA METHODE DE VALIDATION

AVANT-PROPOS :

La présentation de ces quatre études n'ambitionne pas apparaître comme une illustration exhaustive de l'application et des apports de la méthode de Validation. En effet, selon N. FEIL, cette approche originale des personnes âgées, empreinte de psychologie humaniste, est déjà introduite dans environ 3000 lieux de vie (2), avec autant de contextes particuliers.

Cependant, il paraît intéressant de relater certains effets de la Validation sur la communication spécialement verbale à travers deux analyses, comme aussi deux travaux exposant une tentative d'évaluation de cette méthode.

1 - CONSEQUENCES DE LA METHODE DE VALIDATION SUR LA COMMUNICATION VERBALE

1 - 1 Une analyse du développement et du contenu de la communication verbale chez des vieillards confus soumis à la thérapie de Validation (37)

1 -1. 1 Un constat décevant (38) (39)

la communication entre le soignant et le vieillard "dément sénile" se présente habituellement peu empathique, les conditions de dialogue peu favorables à une authentique relation.

1 - 1. 2 L'étude se base sur le concept de communication de BERLO (1960) (40)

Présentation sommaire du concept

Cet auteur affirme qu'un être humain communique dans le but d'influencer son interlocuteur et d'obtenir une réponse immédiate ou retardée à laquelle il réagira de nouveau.

Dans un dialogue initié entre deux individus se remarquent:

- l'émetteur, réalisant le codage de l'intention sous la forme d'un message verbal.

- le receveur, effectuant le décodage ("maillon précieux" dans le processus de communication selon BERLO).

- le feed-back, réponse au message (après sa traduction et son traitement) et déterminant la prochaine réaction de la part de l'émetteur.

Son application à la Validation

L'émetteur s'avère être le vieillard désorienté, codant un message sentimental, décodé par l'intervenant. Le feed-back consiste en la réponse empathique traduisant la pleine compréhension du message par l'intervenant (41).

L'appréciation de l'impact de la réponse empathique s'établit alors sur l'attitude immédiate de la personne âgée, notamment dans l'utilisation des instruments linguistiques (sémantique, syntaxe).

1 - 1. 3 Le cadre de l'étude

15 sujets sont choisis dans une institution, selon des critères précis (âge supérieur ou égal à 80 ans, désorientation dans le temps et l'espace, troubles cognitifs, absence d'autre maladie neurologique ou psychiatrique, score inférieur à 24 au MINI MENTAL STATE EVALUATION de FOLSTEIN).

Les investigateurs enregistrent trois rencontres imprégnées des principes de la Validation et réalisés sur une période de deux semaines. Ces enregistrements sont ensuite analysés avec une étude statistique des messages verbaux en lien avec les problèmes psychosociaux de ces vieillards.

1 -1. 4 **Recueil, Analyse et Conclusion**

Les messages verbaux se répartissent en 29 catégories sentimentales, elles-mêmes regroupées en 6 classes :

* Faute d'espoir et d'une haute estime de soi, l'abandon au système coexiste avec le combat pour vivre selon des attentes.

* Les moyens de dépassement dans le présent se trouvent dans la relation avec le passé et l'évocation de ses préférences, espoir et amour.

* La solitude liée à l'isolement et les déficits contribuent au caractère pénible de l'environnement et au retrait volontaire.

* Le combat entre la perception de soi comme fardeau sans guère de pouvoir et le désir de contrôler sa vie.

* Le souhait de se souvenir et que l'on se souvienne de lui, malgré la modification de l'expression de soi.

* La mort surprenante plus qu'attendue, bienvenue malgré des réticences.

Ces six thèmes sont endémiques dans les milieux institutionnels (42) (43) (44).

L'analyse des données montre une relation positive entre l'usage de la méthode de Validation et la révélation de soi du sujet, aboutissant à un plus haut degré d'estime de soi (et d'assurance) et un sentiment de mieux-être. Cette étude prouve l'intérêt pour les soignants de s'investir dans la communication verbale avec les vieillards désorientés. Durant ses multiples

contacts quotidiens, initié à la Validation, le soignant reconnaîtrait les sentiments exprimés par ces personnes âgées "démentes séniles" et les partagerait dans une réponse pleine d'empathie. Ainsi, les fréquentes relations soignant-vieillard revêtiraient un caractère validant, moyennant d'y consacrer davantage de temps et surtout des efforts personnels, afin d'adopter un nouveau comportement plus adéquat.

1 - 2 Les effets de la thérapie de Validation sur le langage au stade de la malorientation et de la désorientation (44)

2. Taft

1 -2. 1 Préambules

Grâce à une connaissance approfondie des vieillards, les thérapeutes découvrent souvent à travers la communication l'expression de conflits intimes.

Paul FRITZ et N. FEIL (dans le sillage d'auteurs tels que TRACY (45), BROWN et LEVINSON (46), PLANALP et HEWS (47)) suggèrent qu'un individu opte toujours pour le schéma communicateur le plus propice à son désir d'être compris. Or P. FRITZ et N. FEIL trouvent dans cette affirmation un argument en faveur de la Validation, dont il s'agit d'un principe fondamental.

1 - 2. 2 Le cadre de l'étude

Dans une institution sont sélectionnés 18 vieillards désorientés au stade 1 et 2, selon les critères de N. FEIL (2).

L'expérience se déroule selon les étapes suivantes :

- Durant 10 semaines, les sujets bénéficient de 20 rencontres avec un intervenant, dans le but d'instaurer une relation de confiance.

- La seconde étape (ne concernant plus que 11 sujets) consiste en

l'évaluation de leurs déficits cognitifs au moyen de tests psychométriques (échelle de REISBERG (1983) ou BERS, de bas scores pouvant correspondre au stade 1 et de hauts scores au stade 2.

Deux entrevues ont alors lieu avec chacun : La syntaxe et le vocabulaire sont étudiés minutieusement afin de permettre un codage puis une analyse grâce au système
S. L. C. A. (Syntactic Langage Computer Analysis).

- La troisième étape représente le recours à la méthode de Validation pendant 10 semaines, au terme de laquelle deux entrevues (dans des conditions strictement similaires) donnent lieu à un nouvel enregistrement.

1 -2. 3 **Conclusions**

Au stade 1

Les vieillards désorientés améliorent leurs performances dans l'utilisation des verbes abstraits et des noms. Ils possèdent désormais la capacité de nommer plutôt que de blâmer. La révélation de soi se produit à travers un personnage autoritaire.

Au stade 2

Chez ces personnes âgées dont le langage verbal est parfois difficilement compréhensible, les auteurs constatent une meilleure syntaxe (sujet-verbe notamment), un contenu sémantique développé, avec une préférence pour les termes concrets ou sensoriels visibles quant à leur autoportrait.

2 - DEUX EVALUATIONS DE LA METHODE DE VALIDATION

2 - 1 Une évaluation au South Port Community Nursing Home de Victoria (S. P. C. N. H.) (48)

3. Sharp

2 -1. 1 Le cadre

Il s'agit d'une étude comparative portant sur deux groupes de vieillards "désorientés" issus l'un du S. P. C. N. H., l'autre du Sainte-Anne's Anglican Nursing Home (S. A .A .N .H.).

19 résidents sont sélectionnés dans le S. P. C. N. H. et 18 dans le S. A. A. N. H. : la distribution de l'âge et le sex-ratio sont quasi-identiques. Les conditions de vie se ressemblent tant sur le plan du confort que du dévouement et de la compétence du personnel.

2 - 1. 2 La phase de sélection des membres

Afin de déterminer le stade de désorientation, les investigateurs utilisent la liste de critères du Benedictin Health Center (parfois inappropriée ou d'un usage délicat, désignée par B. H. C.) et la Moorfields Behaviour Problem Checklist (désignée par M.B.P.C. liste comprenant 47 items corrélés à un score variant de 0 à 2, le score potentiel maximal total étant de 94), du Moorfields Community for Adult Care.

2 - 1. 3 Le programme d'initiation à la Validation

Ce programme concerne les membres volontaires du personnel du S. P. C. N. H. et s'intéresse aux points principaux suivants : le concept de la méthode de Validation, les tâches de vie et les 4 stades de désorientation, les buts et les techniques appropriées de la validation.

2 -1. 4 La phase d'application de la Validation

Elle se déroule sur une période de 3 mois, exclusivement dans le S. P. C. N. H., le groupe des 18 membres du S. A. A. N. H. héritant du rôle de groupe témoin.

2 -1. 5 Les résultats

L'évaluation recense les résultats des scores de la B. H. C., de la M. B. P. C. avant et après Validation et le suivi du Goal Assessment Scale (49) (appréciant l'atteinte des objectifs).

6 résidents du S. P. C. N. H. et 1 résident du S. A. A. N. H. se sont maintenus dans le même stade. 8 résidents du S. P. C. N. H. sont améliorés (sous-entendant une réduction des signes à l'intérieur du stade de désorientation) et 1 résident du S. A. A. N. H. (mais l'amélioration a été favorisée par une intervention chirurgicale sur cataracte). Les autres se sont dégradés ou sont décédés.

2 -1. 6 Conclusions

L'efficacité de la Validation paraît manifeste dans le cas du groupe de résidents du S. P. N. C. H..

Cependant, les conditions de réalisation de l'étude nous invitent à émettre de sérieuses réserves quant à envisager une généralisation de ces conclusions, si l'on tient compte de tous les paramètres (comme le cadre tellement favorable représenté par le S. P. C. N. H., par exemple).

2 - 2 <u>Une évaluation au Mandsley Hospital de Londres (Grande Bretagne) (50)</u>

f. Mortons Bleathman

2 - 2. 1 Le cadre

Le but est d'évaluer l'impact d'un groupe de Validation sur la communication, l'humeur et le comportement de 5 résidents âgés et désorientés participants, entre les réunions du groupe.

2 -2. 2 La méthode (sur 40 semaines)

Durant les 10 premières semaines, la prise de contact s'opère avec l'intervenant et permet une connaissance satisfaisante des vieillards désorientés, selon les principes élaborés par N. FEIL (2).

Pendant les 20 semaines suivantes, le groupe de Validation se réunit selon une fréquence hebdomadaire.

Dans les 10 dernières semaines de l'expérience est entreprise une thérapie de réminiscence (encouragements à se rappeler le passé, cet acte bénéfique pouvant éventuellement améliorer les troubles de mémoire à court terme).

2 - 2. 3 L'observation des résidents participant à cette expérience (pendant 40 semaines)

S'inspirant de la courte méthode d'observation pour l'étude de l'activité et des contacts des vieillards dans les milieux résidentiels proposée par MAC DONALD (51), durant une heure, selon une fréquence déterminée, une personne observe attentivement la personne âgée désorientée et rapporte rigoureusement et minutieusement ses données.

Les membres du personnel complètent d'autres grilles d'évaluation (HOLDEN Communication Scale (52), M. A. C. C., Behavioural Adjustment Scale (53), C. A. P. E. Behavioural Rating Scale (54)).

Les différentes évaluations sont réparties régulièrement durant les 40 semaines d'expérience.

2 -2. 4 **Les résultats**

1 membre du groupe est décédé pendant l'étude, provoquant le départ du groupe d'un second membre.

2 membres présentent une notable amélioration (quantitative et/ou qualitative) des interactions verbales pendant la période intermédiaire durant laquelle ils bénéficient de la méthode de Validation. Le déclin survient cependant lors de l'utilisation de la thérapie de réminiscence.

Le cinquième membre montre lui des résultats résolument opposés.

2 -2. 5 **Conclusions**

Dans cette étude, dont les conditions de réalisation nous interdisent toute extrapolation, les conclusions sont au nombre de deux. La Validation semble posséder un certain impact sur les interactions sociales, en dehors des réunions du groupe (où cela transparaît éminemment), fait à ultérieurement étudier selon des paramètres statistiques plus rigoureux. Cette méthode ne paraît pas convenir à tous les vieillards désorientés, concept d'ailleurs admis par N. FEIL.

COMMENTAIRES

1 - LA METHODE DE VALIDATION : UNE PSYCHOTHERAPIE

1 - 1 Les arguments en faveur de cette dénomination

J. GUYOTAT définit les psychothérapies comme l'ensemble des moyens psychologiques potentiels mis en oeuvre dans un but thérapeutique (55). N. GEORGIEFF, M. MARIE-CARDINE et J. FURTOS complètent cette définition par "l'obtention de la disparition d'un état pathologique, tout au moins pénible pour l'individu et éventuellement de ses répercussions sur l'entourage" (56).

A cette définition toute imprégnée de théorie s'adjoint l'existence de six éléments communs à toutes les psychothérapies : un "pouvoir" particulier reconnu au "psychothérapeute", une "théorie" engendrant une ou plusieurs "techniques" et enfin une "relation singulière" évoluant dans un "cadre" bien déterminé.

Dans la présentation précédente de la méthode de Validation, malgré son caractère sommaire, nous retrouvons effectivement tous ces éléments, même si ces termes n'y figurent pas tous littéralement.

1 - 2 La spécificité de cette psychothérapie

1 -2. 1 Le psychothérapeute

Selon N. FEIL, ce rôle ne se limite pas exclusivement à une seule personne appartenant à l'institution ou au cercle des proches. En effet, quiconque éprouve suffisamment d'empathie (à savoir une forme de la connaissance d'autrui, notamment du moi social ou en pratique certaines capacités d'identification du psychothérapeute) et s'initie à la méthode de Validation peut prétendre "aider" le vieillard "dément". Il s'agit plutôt d'un

investissement personnel et volontaire dans des activités psychothérapiques. Toutefois, il nous faut reconnaître que le coordinateur (ou la coordinatrice) veillant à l'application de la Validation dans l'institution ou l'intervenant animateur d'un groupe de Validation peuvent prétendre davantage correspondre à l'appellation classique de psychothérapeute.

Certains peuvent critiquer le choix restreint ou même l'imposition du psychothérapeute, particulièrement dans un milieu institutionnel, alors que la cooptation paraît grandement préférable. Mais c'est alors sous-estimer véritablement la propre volonté de la personne très âgée, n'investissant absolument pas sa confiance dans n'importe quel intervenant.

1 - 2. 2 **La relation singulière et le cadre**

L'importance de la relation singulière n'est plus à démontrer tant elle apparaît théoriquement indispensable. Nous distinguons, par ailleurs, dans cette relation singulière une "alliance aidante", suggérant idéalement l'interaction du vieillard désorienté et de l'intervenant. Cette notion transparaît d'autant mieux dans la version originale de la présentation de la méthode de Validation, grâce au mot "HELPER" (57).

Le cadre se doit d'être souligné non seulement dans sa dimension spatiale, le plus souvent institutionnel, mais également humaine. Si la méthode de Validation inspire l'attitude d'une majorité de soignants du lieu de vie, à l'ambiance institutionnelle plus chaleureuse (service gériatrique, maison de retraite...) alors cette équipe devient une véritable "équipe thérapeutique" (58), chaque relation vieillard désorienté - soignant "marquée du sceau" de la Validation.

1 - 3 **Comment classifier la Validation dans le vaste ensemble des psychothérapies**

Si nous tentons de classer la méthode de Validation selon les critères établis par M. MARIE-CARDINE et J. FURTOS (59), nous nous trouvons en face de deux possibilités, selon le mode d'application de la Validation.

Dans son cadre professionnel, le soignant (ou tout autre membre du personnel institutionnel) peut incorporer à son activité quotidienne un comportement validant, sans contrat psychothérapique préalablement établi. Il s'agit dans ce cas plutôt d'"attitudes psychothérapiques", appartenant au niveau 2 de la classification énoncée.

De même, dans une institution, chaque membre du personnel peut enrichir son activité professionnelle de ces attitudes psychothérapiques. L'investissement personnel de chacun concourt ainsi à la naissance d'un climat psychothérapique, dans lequel baigneront les personnes très âgées désorientées. Dans ce cadre, la méthode de Validation s'apparente à une psychothérapie institutionnelle (58), figurant alors au niveau 5 de notre classification de référence.

1 - 3 La question du transfert

Le transfert et son analyse constituent la spécificité de la psychanalyse ou des psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Le transfert consiste en la réactualisation et la projection sur le psychanalyste des modes de relation du patient avec les figures signifiantes de son enfance (56). Chez les vieillards désorientés, N.FEIL ne décrivait-elle pas un transfert ou un autre phénomène proche ? En effet, les personnes âgées désorientées expriment de manière déguisée dans le stade 1 et de façon symbolique dans le stade 2 des conflits à travers des personnes de leur entourage (le directeur de l'institution rappelle le père autoritaire et l'infirmière la tendresse maternelle). Mais alors, le transfert ne se concevrait que dans le seul cas où les personnes-symbole adopteraient elles-mêmes une attitude validante...

Pourtant, deux objections majeures existent à l'encontre de cette hypothèse. D'abord, la neutralité et l'abstinence s'imposant au psychanalyste interdisent tout comportement validant. Et enfin, N. FEIL défend à l'intervenant d'entreprendre un travail d'analyse (2).

2 - LA PLACE DE LA VALIDATION PARMI D'AUTRES PRISES EN CHARGE DU VIEILLARD REPUTE "DEMENT"

Il s'avère totalement illusoire de souhaiter présenter de manière exhaustive les différentes approches du vieillard réputé "dément".

Outre l'incontournable débat relatif à la part de responsabilité propre aux phénomènes purement neurobiologiques ou psychologiques dans le processus démentiel (1), la démence sénile offre d'envisager, de par l'émission d'innombrables hypothèses, de multiples abords.

La thérapie de réminiscence (60) et la tentative d'orientation vers la réalité (61) (62) ont été précédemment citées. Nous ne reviendrons pas également sur les nouvelles approches psychologiques proposées par L. PLOTON et J. MAISONDIEU: elles fournissent d'intéressantes pistes de réflexion pour le personnel institutionnel et les proches.

Les psychothérapies systémiques familiales (7) permettent de s'adresser au vieillard "dément sénile" et à son entourage, abordant délicatement la problématique relationnelle familiale ou la communication et précisant la présentation démentielle de la personne très âgée.

Dans les thérapies de groupe, les groupes conversationnels s'instaurent aisément au sein des institutions. Ils différent du groupe de Validation essentiellement par la neutralité du thème abordé, visant principalement une meilleure communication voire une interaction entre les résidents (sans interdire toutefois l'expression de sentiments).

Parmi les thérapies individuelles, les thérapies occupationnelles détiennent souvent une place privilégiée. L'ergothérapie déploie une panoplie d'activités variées, tant artisanales (cuisine...) qu'artistiques (peinture, collage...). Toutes ces intéressantes activités créatrices peuvent étonnement être révélatrices de talents cachés (ou insoupçonnés) comme véhiculer d'abondants et non négligeables symboles.

L'expression corporelle, participant aux retrouvailles du vieillard avec son schéma corporel, ou la musicothérapie sont fréquemment utilisées (soit conjointement soit séparément).

La méthode de Validation, loin de consister en un simple assemblage de ces dernières thérapies, se propose d'apparaître comme une approche originale de la personne très âgée en perte d'autonomie psychique.

SECOND CHAPITRE

UN NOUVEAU MODE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGES EN PERTE D'AUTONOMIE PSYCHIQUE MIS EN OEUVRE DANS UN SERVICE DE GERONTOLOGIE

1 - OBJECTIFS

1 - 1 Les contraintes spécifiques à un service de médecine interne à orientation gérontologique

Il serait prétentieux de désirer appliquer littéralement la méthode de Validation décrite par N. FEIL dans le service de médecine interne à orientation gérontologique du Centre Hospitalo-Universitaire de REIMS. En effet, le cadre ne se prête pas à cette expérience pour plusieurs raisons.

Le premier motif consiste dans la durée moyenne de séjour hospitalier évaluée à environ 10 jours. Lorsque nous nous rappelons que N. FEIL préconise une période de prise en charge minimale de trois mois afin de pouvoir estimer et "engranger les premiers fruits" de la Validation, les statistiques hospitalières nous défendent de tout projet utopique.

De plus, les différents modes de sortie du service (domicile, service de moyen séjour, maison de retraite) de par leur diversité et leur dispersion géographique rendent difficile un éventuel suivi des patients, dans l'hypothèse où nous aurions choisi de respecter le délai minimal de prise en charge proposé par N. FEIL. A ce point vient s'ajouter, lors du transfert du patient âgé dans un autre service ou un milieu institutionnel, le changement d'équipe soignante, véritable séisme dans un climat préalablement et patiemment bâti au moyen de relations soignant - personne âgée imprégnées d'empathie. De plus, le vieillard quitterait le service de médecine interne pour un lieu de vie, provisoire ou définitif, dans lequel la prise en charge ignorerait les principes de la méthode de Validation.

Le troisième motif concerne directement le recrutement des patients âgés. Certaines personnes âgées parmi celles admises pour "demande de placement en milieu institutionnel" représentent des candidats potentiels (voire idéaux) lorsque dans le dossier clinique figure le diagnostic de

Démence Sénile Type Alzheimer (suite au bilan éliminant les diagnostics différentiels). Cependant, il ne nous faut pas négliger les autres patients déments séniles hospitalisés pour un problème organique. Ces derniers patients bénéficient alors du bilan complémentaire et du traitement exigés par la pathologie présentée, même si ceux-ci sont adaptés à la physiologie du sujet âgé. Néanmoins, ces patients nécessitent fréquemment des traitements administrés par voie parentérale ou d'autres gestes autant agressifs (à visée diagnostique ou thérapeutique). L'exécution de tous ces gestes par le personnel soignant endommage grandement l'instauration de la nécessaire relation de confiance, de manière évidente lors de la phase aiguë de la maladie mais aussi par ses néfastes répercussions de méfiance persistant parfois durant la suite du séjour.

1 - 2 La définition d'un objectif intégrant ces contraintes

L'impossibilité admise d'entreprendre la mise en oeuvre de la méthode de Validation, la décision d'opter pour une prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie psychique, inspirée de la méthode FEIL, n' paraissait non seulement envisageable mais également séduisante. Effectivement, le "syndrome de glissement" demeure éminemment redouté lors de l'hospitalisation d'un sujet très âgé, d'autant plus qu'il présente déjà un comportement évocateur de démence sénile ou de désorientation, selon la terminologie propre à N. FEIL. Le recours à une relation soignant - sujet âgé personnalisée, chaleureuse et empathique (en quelque sorte "humanisée") peut éviter les "dégâts de l'hospitalisme".

Par ailleurs, les éléments théoriques de la méthode de Validation permettent de mieux comprendre le comportement parfois bien déconcertant ou décourageant des personnes âgées en perte d'autonomie psychique. Ces apports retentissent positivement sur les capacités de compréhension des membres du personnel soignant et sur leur réponse alors adaptée.

Enfin, cette expérience peut sensibiliser les familles au complexe problème de la perte d'autonomie psychique chez la personne très âgée, voire les conduire à s'impliquer elles-mêmes dans cette originale prise en charge.

En résumé, cette approche offre l'avantage d'éventuellement faciliter le "franchissement du cap" de l'hospitalisation à ces patients fragiles, permettant d'autre part à l'égard des troubles du comportement de posséder une "panoplie" thérapeutique non limitée aux médicaments psychotropes.

2 - LE CADRE

2 - 1 Le service hospitalier

Le service de médecine interne à orientation gériatrique du C H U de REIMS (Professeur F. BLANCHARD) comprend 50 lits, répartis équitablement sur deux étages d'une aile de l'Hôpital SEBASTOPOL. Il n'existe pas de sectorisation liée à un recrutement des patients établi sur une pathologie particulière.

Le personnel soignant comprend :

- 1 Médecin, Chef de Service
- 1 Médecin assistant
- 4 Médecins attachés
- 4 Internes en médecine générale
- 1 Interne de spécialité option PSYCHIATRIE
- 1 Surveillante Chef
- 1 Surveillante
- 16 Infirmières
- 17 Aide-Soignantes

2 - 2 Les intervenants et la formation

Cette initiation aux principes de la méthode de Validation mise essentiellement sur le volontariat. Y participent le Chef de service, un interne en médecine générale, l'Interne de spécialité option PSYCHIATRIE, les Surveillantes, plusieurs Infirmières et Aide-Soignants (à noter cependant la représentation fortement inégale des deux étages).

La formation consiste en la participation à un séminaire (se déroulant sur deux jours) ou à une journée d'initiation organisée dans le service lui-même, avec la participation, dans chaque cas, de N. FEIL.

Les principes soulignés auprès du personnel soignant s'accordent aux deux concepts suivants :

- La personne très âgée éprouve la nécessité d'effectuer une revue de sa vie (63) afin d'entreprendre sa préparation à la mort dans un esprit serein.

- Le non accomplissement d'une tâche de vie ou le non achèvement d'un conflit durant l'existence, et jusqu'alors enfouis, resurgissent immanquablement et exigent alors une pressante résolution, ultime tâche de vie (64). L'absence d'accomplissement de cette tâche de vie ou la non résolution d'un conflit transparaissent dans le comportement de la personne très âgée : la perte d'autonomie psychique apparaît (également appelée désorientation). La désorientation évolue ensuite selon 4 stades.

3 - APPLICATION DE CETTE NOUVELLE METHODE

Les patients sont sélectionnés à leur entrée par l'Interne en psychiatrie, en lien étroit avec l'Interne de médecine générale. La détermination du stade de désorientation, selon les critères de N. FEIL, impose la collaboration des Médecins, des Infirmières et des Aide-Soignants. La rencontre avec des membres du cercle familial se révèle fort utile, afin d'élaborer la biographie.

Cette prise en charge des personnes âgées désorientées implique 3 membres du personnel propre à la première unité de soins et 7 membres appartenant à la seconde unité.

Dans le domaine pratique, l'accent porte sur la relation privilégiée établie entre le soignant et le vieillard désorienté hospitalisé. Les soignants sont invités à se rendre plus fréquemment auprès de chaque patient âgé désorienté précédemment désigné, afin de nouer avec lui une relation profonde, dans un climat confiant et chaleureux. La communication verbale davantage nourrie s'associe désormais à un contact visuel perspicace et au toucher inspiré par la tendresse et le respect (pour les personnes très âgées désorientées terriblement gênées par une telle intrusion dans leur intimité). Parfois, le chant, même fredonné, ou la musique baignent certaines rencontres ou accompagnent quelques gestes (soins d'hygiène ou médicaux), parvenant à la diminution de l'anxiété. Durant ces multiples relations, toujours empreintes d'empathie, affleurent parfois les conflits du passé ou les tâches de vie non résolus.

Une réunion hebdomadaire convie tous les membres du personnel participant à cette nouvelle prise en charge et permet utilement de parfaire, grâce aux diverses informations partagées, la connaissance de chaque patient âgé désorienté (hésitations dans la détermination du stade de désorientation, évocation de la tâche de vie ou du conflit...). De cette indispensable démarche découlent naturellement des précisions quant à l'attitude propre à chacun dans le cadre des relations suivantes avec le patient considéré. L'ambiance conviviale de cette réunion offre éventuellement à chacun de pouvoir obtenir des compléments théoriques. Enfin, l'objectif principal de cette réunion réside dans l'évaluation du progrès de chaque patient âgé désorienté bénéficiant de cette nouvelle approche, ceci au moyen d'une grille d'évaluation de simple et pratique utilisation.

La sortie du patient est l'occasion de la rédaction d'une synthèse, toujours établie lors d'une réunion hebdomadaire et intégrant les remarques émanant des membres concernés. Cette synthèse figure ensuite dans le "cahier VALIDATION" appartenant au dossier clinique du patient.

4 - UNE GRILLE D'EVALUATION

Nous avons recours à une grille résumant l'évaluation initiale du comportement présenté par le patient âgé désorienté et permettant de même un suivi de cette évaluation durant le séjour hospitalier. Cette grille dérive de la "grille d'évaluation des progrès" décrite par N. FEIL, toutefois modifiée pour mieux l'adapter à l'expérience rémoise.

Cette grille évoque le niveau du discours, l'importance du contact oculaire, du toucher, du sourire voire d'un comportement estimé positif et du degré d'initiative émanant du patient âgé désorienté durant la rencontre.

Les membres du personnel sont invités à émettre régulièrement leur avis à travers un choix entre cinq éventualités, à savoir :

* jamais (0)
* rarement (1)
* occasionnellement (2)
* souvent (3)
* toujours (4)

TROIS CAS CLINIQUES

1 - MADAME B.

1 -1 Biographie sommaire

Il s'agit d'une femme âgée de 88 ans, d'origine rurale, hospitalisée à la demande de son médecin de famille pour une "demande de placement dans un milieu institutionnel", présente dans le service du 24.03.91 au 17.04.91.

Elle est veuve, habitant chez sa fille depuis une vingtaine d'années et présenterait depuis l'âge de 70 ans environ des troubles mnésiques et une désorientation temporo-spatiale gênant considérablement la poursuite du maintien solitaire à domicile .

Si nous nous intéressons davantage à son passé, nous apprenons alors qu'à la mort de sa soeur, elle s'est aussitôt mariée avec son beau-frère, entrepreneur agricole, afin "d'élever ses cinq neveux et nièces". De ce mariage, Madame B. n'a pas eu d'enfant.

1 - 2 Résumé des données figurant dans le dossier clinique

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux, nous ne retrouvons qu'une intervention sur un orteil.

A son entrée dans l'unité de soins, l'examen physique est sans particularité chez une patiente âgée de 88 ans. Seuls une désorientation temporo-spatiale et des troubles importants de la mémoire à court terme figurent dans l'observation (sans autre anomalie décelée lors de l'examen neurologique).

Un bilan est entrepris destiné à éliminer une étiologie éventuellement curable compatible avec ce tableau clinique évoquant avant tout un syndrome démentiel :

* Le bilan biologique est normal (comprenant une Numération Formule Sanguine, un ionogramme plasmatique, le dosage de la créatininémie et de l'urée plasmatique, un bilan hépatique, le dosage de la calcémie et de de la T.S.H. ultra sensible, une sérologie syphilitique).

* Le scanner cérébral ne montre qu'une "atrophie corticale diffuse", sans image en faveur d'une masse tumorale, d'une hydroencéphalie à pression normale, d'un hématome ou d'un accident vasculaire cérébral ancien.

* La patiente refuse catégoriquement de se soumettre à des tests psychométriques.

1 - 3 Questionnaires proposés par N. FEIL (2) afin de parvenir à une meilleure connaissance de la patiente.

1 - 3. 1 Questionnaires explorant le passé (et stimulant la récapitulation de la vie passée)

(Ces questionnaires s'adressent à la patiente et nécessitent évidemment de multiples relations patient âgé désorienté-soignant, empreintes d'empathie et de respect).

Le discours se présente fluide et aisé, la patiente mise en confiance dès le premier contact. Lors des rencontres initiales toutefois, Madame B. se contente de répondre avec cohérence, à nos questions, sans aucune initiative de sa part dans la conversation. Malgré un faible niveau d'instruction ("elle savait juste lire, écrire et compter"), elle emploie encore un vocabulaire riche et remarquablement adapté, conservant même le sens de l'humour.

Comment Madame B. a-t-elle géré les "deuils" partiels de sa vie ?

* la maladie : elle reconnaît n'avoir pas été gravement malade et ne se plaint actuellement que de troubles visuels (mauvaise acuité

visuelle de loin).

* les pertes de capacité physique liées au vieillissement :
elle se dit gênée par sa "faible vue", n'avouant pas d'autre doléance que des troubles de mémoire (qu'elle reconnaît donc).

* la perte des êtres chers : le souvenir intense (et plein de respect) des parents et de sa soeur est exprimé abondamment lorsque la conversation aborde délicatement ce sujet. Cette patiente dit penser à la mort tous les jours, qui lui permettra de "revoir ses parents et sa soeur, de les embrasser".
Elle n'évoque cependant pas les retrouvailles avec son mari (qu'elle "aimait tendrement").

* la perte de son domicile : les réponses fluctuent d'un jour à l'autre. Tantôt Madame B. dit se trouver chez sa nièce, tantôt à l'Hôpital ou dans une maison de retraite (où elle est "mise car devenue gênante !").

* la perte du travail : elle accepte mal de se sentir inutile (autrefois elle aidait son mari pour la moisson, celui-ci ayant acheté une batteuse, et exécutait tant de nombreux travaux de couture à domicile). Madame B. réclame souvent des travaux de couture dans le service (fait naturellement erroné).

* son arrivée dans "l'institution" : dans les premiers jours, Madame B. dit être chez sa nièce ou à l'Hôpital (lequel ? dans quelle grande ville ?). Nous remarquons à la fin du séjour une réponse troublante : "dans une clinique ou une maison de retraite car elle est devenue gênante" (pour qui ?). Souriant lorsque nous insistons auprès d'elle qu'en aucun cas elle ne dérange ici, elle menace toutefois de se suicider par strangulation dès qu'elle ressentira l'impression de gêne !

Conclusion : D'après les critères de N. FEIL, il est délicat de définir précisément le stade de désorientation. Les expériences associées aux parents évoqueraient plutôt le stade 2 ou le stade 3 tandis que la négation initiale de

perte de domicile se corrélerait plus avec le stade 1.

De quoi la patiente se souvient-elle ?

* la maison parentale : elle y fait fréquemment allusion.

* son lieu de naissance : elle dit être née en Belgique et y avoir vécu quelques mois seulement avant le retour de sa mère en France.

* les moments de tristesse : il s'agit de la mort de ses parents et de sa soeur.

* les moments très heureux : lorsque ses parents et sa soeur étaient encore vivants ou les dimanches durant lesquels elle goûtait un repos bien mérité.

* la fratrie : elle ne l'évoque guère en dehors de sa soeur.

* l'école : elle aurait voulu être couturière mais a dû apprendre "sur le tas". Elle savait "suffisamment lire, écrire et compter pour se débrouiller honnêtement dans la vie".

* son premier emploi : ce sont des travaux agricoles, notamment pour aider son mari.

* ses loisirs : elle n'en avait pratiquement pas.
* ses idylles : -----

* ses expériences sexuelles : elle dit n'avoir connu qu'un seul homme dans sa vie.

* son mariage/ses enfants : elle appréciait son beau frère avec qui elle s'est mariée pour éduquer ses neveux et nièces orphelins, de "bons enfants".

* l'amour : elle aimait bien son mari.

* la religion/Dieu : elle prie régulièrement, pour elle la mort n'est qu'un passage vers l'au-delà.

* signification essentielle de l'existence : dominent trois thèmes :
  - la famille ("j'ai bien élevé mes neveux"),
  - le travail ("j'ai été courageuse")
  - l'honnêteté ("honnête, économe").

* sa contribution à l'humanité : elle revient sur l'éducation de ses neveux.

Conclusion : Les nombreuses références au passé évoqueraient le stade 2 et le stade 3.

Questionnaire explorant le présent

* Que préfère-t-elle faire ? repriser ou tricoter.

* Avec qui préfère-t-elle être ? avec tous ceux qui sont gentils avec elle et ses parents.

* L'endroit lui rappelle-t-il sa propre maison ? oui au début de l'hospitalisation.

* Aime-t-elle les gens ici ? oui, puisqu'ils sont tous gentils avec elle.

* Aime-t-elle ses voisines de dortoir ? elle dit ne pas en avoir (troubles visuels?).

* Quand elle se sent seule, que fait-elle ? elle pense à ses parents.

* Quand elle n'aime pas la nourriture, que fait-elle ? elle n'est pas

difficile!

* Quand elle entend d'autres patients jurer et crier sans retenue, que fait-elle ? elle trouve que "cela n'est pas bien" mais n'exprime aucune colère.

* Peut-elle s'aider elle-même à se sentir mieux ? comment ? en travaillant.

Conclusion : L'interprétation de ces réponses s'avère difficile. Seule la réponse à la troisième question pourrait évoquer le stade 1 tandis que la réponse à la seconde question (par la modification des questions pour s'adapter au passé) serait en faveur du stade 2.

Questionnaire exhaustif

* Qu'est ce qui lui manque le plus ? ses parents et sa soeur.

* Qu'a-t-elle fait pour gagner sa vie ? travailler durement avec son mari.

* Quel est l'aspect le plus terrible du vieillissement ? être seule.

* Aime-t-elle vivre ici ? oui, les gens sont gentils avec elle.

* Aime-t-elle les gens d'ici ? oui.

* Quel est l'aspect le plus difficile dans l'installation ? ---

* Que fait-elle pour rester satisfaite ?. elle s'adonne à son occupation favorite : tricoter, repriser des chaussettes.

* Aime-t-elle la nourriture ici ? oui.

* Pense-t-elle qu'il s'agit d'un bon endroit ? oui, mais elle dit parfois souhaiter retourner chez sa nièce.

* Où préfère-t-elle être ? chez sa nièce ou alors mourir et alors rejoindre ses parents et sa soeur.

Conclusion : Seules les réponses relatives aux questions 1, 2, 10 pourraient évoquer le stade 2 ou 3.

1 - 3. 2 **Questionnaire établi à l'intention de la famille et de l'équipe soignante**

* Blâme-t-elle les autres à cause de ses pertes de capacité ? NON

* Blâme-t-elle les autres à cause de la perte de son travail ? NON

* Blâme-t-elle les autres à cause de la perte de ses amis ? NON

* Sait-elle où elle vit ? REPONSE FLUCTUANTE (soit chez elle, soit à l'Hôpital ou dans une maison de retraite).

* Sait-elle où elle vivait il y a trois ans ? OUI (chez sa nièce).

* Connait-elle les noms des membres de sa famille ? NON (elle se trompe fréquemment sur le nombre de ses neveux et nièces, oubliant également leur prénom respectif).

* Connait-elle les noms des membres de l'équipe soignante ? ---

* Se souvient-elle d'une relation intime ? OUI.

* S'accroche-t-elle aux règles de manière rigide ? NON.

* S'accroche-t-elle à ses biens avec rigidité ? NON.

* Est-elle effrayée par l'expression des émotions ? NON.

* A-t-elle peur qu'on l'empoisonne, qu'on la vole, qu'on la punisse ? NON.

* A-t-elle tendance à amasser ? NON.

Conclusion : Selon les critères de N.FEIL, Madame B. n'est pas malorientée (stade 1).

1 - 4 Critères physiques (selon N. FEIL)

Madame B. a présenté dans la nuit de J2 à J3 un épisode d'agitation, avec incontinence urinaire et fécale, sans facteur déclenchant précisé. Depuis cet épisode, Madame B. est calme, assise confortablement dans un fauteuil (non maintenue par des liens), ayant ainsi retrouvé son comportement initial.

Ses mouvements sont adroits mais la marche apparaît hésitante. Il n'existe pas de mouvement répétitif ni de tension musculaire (du visage ou des membres). Cette patiente nécessite une aide lors de la toilette mais non lors de l'alimentation.

1 - 5 Détermination du stade de désorientation

Comme nous le constatons , les informations recueillies grâce aux cinq questionnaires précédemment détaillés concourent ensemble à compléter la biographie sommaire de Madame B. Pourtant, il nous paraît difficile de déterminer sûrement le stade de désorientation uniquement sur ces données.

Pour cela, l'observation attentive de cette patiente, durant les premiers jours de son hospitalisation, nous fournit un argument précieux. En effet, une Infirmière nous relate un fait qui auparavant avait été considéré comme une anecdote sans valeur. A J4, à l'arrivée de cette Infirmière dans le dortoir, Madame B. lui demande, avec insistance et plaçant alors un doigt devant ses lèvres, de ne pas faire trop de bruit. Simultanément, elle désigne sa voisine

de chambre alitée (mais non endormie) et dit : "Chut, il dort". Ce fait intrigue cependant l'Infirmière, feignant alors de négliger cette déconcertante remarque.

Quelques jours plus tard, lors d'une conversation, un intervenant évoque le thème des enfants et celui de leur éducation. Au prénom de A., Madame B., immédiatement, lui demande discrètement de parler désormais à voix basse, ajoutant: "Il pourrait nous entendre". L'intervenant, dont la curiosité a été attisée par ce propos, questionne alors Madame B. : "Vous voulez peut-être parler d'A. ?". Celle-ci répond aussitôt : "Oui, parlons bas ! Il pourrait nous entendre ! Il est à côté !". Madame B. lui explique ensuite, après quelques instants de silence, que ce neveu "lui avait donné bien du mal, qu'il était toujours en vadrouille et, en plus, chapardait". De plus, Madame B. confie à l'intervenant qu'elle préfère habiter chez sa nièce car "la femme d'A. voudrait qu'elle travaille, à son âge !".

Lors d'une réunion hebdomadaire de toute l'équipe, nous faisons le rapprochement entre les deux épisodes. Cette voisine de dortoir ne symbolisait-elle pas ce neveu délinquant, difficilement éduqué et craint avant tout par cette belle- maman désemparée, par ce comportement si rebelle ?

Ainsi ces deux observations nous amènent à privilégier le stade 2 de la désorientation, même si Madame B. ne présente pas l'ensemble complet des critères typiques au stade 2 décrit par N. FEIL.

1 -6 Une approche inspirée des principes de la méthode de Validation

Inaugurant la prise en charge de Madame B., un intervenant résume le comportement de cette patiente grâce à la grille d'évaluation, établissant ainsi un repère pour les autres membres de l'équipe :

* discours : 3
* contact oculaire : 4
* toucher : 2
* sourire : 2
* comportement positif : absence d'appréciation

* initiative : 1
* réponses inhabituelles : absence d'appréciation
* commentaires : absence.

(la réponse aux deux dernières propositions est facultative).

La prise en charge consiste essentiellement en une relation singulière (seul à seul), imprégnée d'empathie et de chaleur humaine, la plus fréquente possible (selon les exigences de l'emploi du temps de chacun toutefois). Associée au traitement neuroleptique à très faible dose, elle permet d'obtenir la disparition de l'épisode aigu d'agitation à J2, Madame B. demeurant ensuite assise dans son fauteuil, calme, sans nécessité de lien la contraignant à cette position assise.

Durant chacune des nombreuses rencontres, les soignants rapportent un thème privilégié de discussion : la famille, avec notamment le décès des parents, dont Madame B. ressent douloureusement l'absence. Dans les premières relations, nous remarquons le simple jeu des questions-réponses, Madame B. ne montrant aucune initiative dans la conversation. Progressivement, Madame B., vraisemblablement mise en confiance, va s'accaparer la direction de la conversation mais toujours pour aborder des thèmes chers : le travail, le courage, l'honnêteté (avec une préférence pour le passé). Le discours s'avère fluide, cohérent, comportant un vocabulaire riche pour cette patiente non cultivée. Madame B. se présente de plus en plus loquace. Elle conserve le sens de l'humour, fait quelquefois preuve d'un raisonnement logique. Lors d'une visite, aux paroles de l'Interne évoquant les difficultés d'endormissement de sa voisine, elle ajoute spontanément ce commentaire personnel : "elle a peut-être bu trop de café ou s'est peut-être disputée".

Toutefois, nous constatons la permanence des troubles de mémoire à long et court termes, prédominant sur cette dernière (elle reconnaît ces troubles), avec par exemple l'incapacité de se souvenir du "passage" des intervenants dans le dortoir. De plus, elle se trompe régulièrement sur le nombre exact de ses neveux pourtant éduqués par ses soins.

Dans l'évocation du lieu où elle se trouve désormais, un sentiment de profonde perplexité domine. Madame B. hésite souvent entre le domicile de

sa nièce, une maison de retraite, l'Hôpital ou une église. Cependant, paradoxalement, la désorientation temporelle disparaît.

Durant les derniers jours de présence dans le service, les gestes automatiques ponctuent dorénavant ses relations avec les soignants tandis que le toucher conserve une place secondaire dans la rencontre privilégiée entre Madame B. et les intervenants.

1 -7 La synthèse élaborée à l'issue du séjour

Madame B. se présente à nous en définitive comme une "brave femme, gentille, ne cherchant querelle à personne", tournée vers des souvenirs du passé très ancrés sentimentalement dans son esprit. Abordant finalement ses relations "à problème" avec son neveu A., elle laisse entrevoir à l'interlocuteur son inquiétude quant à son avenir.

L'amnésie persiste, incomplète dans le domaine de la mémoire à long terme. La désorientation temporelle évidente dans le bilan d'entrée disparaît tandis que l'orientation spatiale demeure aléatoire (hésitation sur la détermination du cadre de vie, méconnaissance de la ville ou de la région...).

La prise en charge nous a incité à interrompre tôt le traitement neuroleptique, sans récidive de l'épisode d'agitation.

La synthèse suivante a donc été rédigée lors d'une réunion hebdomadaire contemporaine de la date de sortie de Madame B. de l'unité de soins :

- Durant son séjour dans notre unité de soins, Madame B. n'a présenté aucune aggravation de sa perte d'autonomie psychique. Bien plus, Madame B. a retrouvé ses repères temporels.

- Au traitement classique médicamenteux de la phase initiale d'agitation, nous avons associé cette nouvelle prise en charge inspirée de la méthode de Validation, relayant rapidement seule l'interruption du traitement psychotrope, sans récidive.

- La grille d'évaluation révèle les scores suivants, confirmant les progrès comportementaux :

* discours : 4
* contact oculaire : 4
* toucher : 2
* sourire :
* comportement positif : absence d'appréciation
* initiative : 3
* réponses inhabituelles : 0
* commentaires : se conférer à la synthèse.

- La coopération de Madame B. a été remarquable. Cette approche a été facilitée par la conservation d'une communication verbale, outil majeur dans cette prise en charge par une compréhension non entravée par des néologismes ou des images métaphoriques complexes.

- Madame B. a séjourné dans l'unité M4A, où seulement trois membres du personnel se sont impliqués dans cette démarche.

- Madame B. est transférée dans un service de moyen séjour (où cette approche inspirée de la Validation n'est pas appliquée), en attente de placement dans une maison de retraite.

2 - MADAME M.

2 -1 Biographie sommaire

Madame M. est une femme âgée de 83 ans, rémoise, hospitalisée à la demande de son médecin traitant pour une démence sénile avec dégradation et chutes fréquentes depuis plusieurs semaines, présente dans le service du 24.09.91 au 08.10.91.

Elle est veuve, habitant seule. De son mariage, Madame M. a eu six enfants (cinq fils et une fille). D'après sa famille, elle "décline" depuis la mort de son mari (début 1989) et celle de sa fille (printemps 1989).

2 - 2 Résumé des données figurant dans le dossier clinique

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux, nous retrouvons essentiellement un ulcère gastrique avec reflux gastro-oesophagien (1989), la mise en place d'une prothèse totale de hanche droite (1989) et d'un clou de EDER sur une probable fracture fémorale gauche.

Cette patiente insuffisante coronarienne et hypertendue a également bénéficié, en Juillet 1989, d'un bilan hospitalier pour une désorientation temporo-spatiale avec troubles du comportement (non rapportés) : le scanner cérébral était alors normal.

A son entrée dans le service, il est mis en évidence :

* Un foyer infectieux systématisé du segment inférieur du lobe pulmonaire supérieur droit, imposant un traitement antibiotique per-os.

* Une désorientation temporo-spatiale évidente, associée à une perte de mémoire portant sur les faits récents et plus particulièrement sur les membres de sa famille (faits anciens, nombre d'enfants...).

* Le reste de l'examen neurologique est sans particularité en dehors d'une hypoacousie gauche.

* La tension artérielle est retrouvée dans les limites normales.

Son traitement comportait à domicile :

- **SECTRAL 200** * : 1 cp par jour
- **NITRIDERM 5** * : 1 patch par jour
- **TEMESTA 2,5** * : 1 cp par jour

Un bilan est entrepris devant ce tableau clinique évoquant un syndrome démentiel évoluant depuis 2 ans. Le bilan biologique met en évidence une anémie secondaire à une carence martiale. Le scanner cérébral révèle une atrophie corticale-sous-corticale diffuse.

La patiente se soumet, avec coopération, à un examen psychométrique. Celui-ci comporte d'abord la réalisation du Mini Mental Test de FOLSTEIN (Mini Mental State Examination), auquel Madame M. obtient le score de 18, définissant une détérioration intellectuelle légère. Le psychologue soumet également Madame M. à la Batterie de Mémoire pour Personnes Agées Ambulatoires, proposée par Liliane ISRAEL. Ce test révèle une atteinte de la mémoire dans tous les domaines : mémoire immédiate, mémoire différée, reconstruction de texte, fluidité, apprentissages.

Grâce notamment à ces deux tests et à ses rencontres avec la patiente, le psychologue émet les conclusions suivantes :

* L'orientation dans le temps est correcte.

* L'orientation dans l'espace est plus aléatoire, Madame M. ne pouvant préciser le nom de l'Hôpital rémois ni se repérer dans le service.

* L'étude de la mémoire, outre les conclusions précédemment citées, montre que les capacités de contrôle mental sont correctes. L'évocation de l'actualité s'avère impossible tandis que les faits anciens sont pauvres et perturbés. A leur évocation, une désorientation temporelle apparaît, avec la disparition des repères existants.

* Au niveau du langage, dans le versant oral, nous notons un très léger manque du mot, avec une facilitation par les formules automatiques. Le versant écrit ne présente aucune anomalie.

* Au niveau des praxies, Madame M. réussit de façon plus incomplète les praxies constructives ou l'exécution de gestes conventionnels.

* Aucun problème n'est retrouvé au niveau des gnosies.

105

2 - 3 Questionnaires proposés par N. FEIL afin de parvenir à une meilleure connaissance de la patiente

Cette "dame assez coquette" accueille, à chaque fois avec courtoisie, l'intervenant et lui laisse deviner sa joie de pouvoir converser. Ce climat facilite extrêmement l'instauration d'une relation de confiance entre cette patiente et chaque intervenant. Le visage de Madame M. reflète fidèlement la tonalité de ses propos alors que, lors des rencontres successives, elle aborde, sans tabou, les mille et un sujets de la vie quotidienne, dans une conversation développée.

Si les tests psychométriques révélaient déjà le manque de mot, responsable de multiples pauses durant les rencontres, les troubles de mémoire à long terme viennent obscurcir la conversation.

En effet, Madame M. se trompe notamment dans les dates et comble ces "trous de mémoire" par des propos fabulatoires qu'elle ne maîtrise plus durant la poursuite du dialogue pour finalement "s'embrouiller" dans des affirmations se contredisant mutuellement.

Madame M., devant un intervenant stupéfait, précise volontiers un épisode de sa vie passée, modifiant de nouveau la trame de celui-ci. Dans ces successives narrations, la patiente fait vivre, mourir ou ressusciter les membres de sa famille à sa guise !

Ces propos paraissent à priori absurdes ou échafaudés par la disparition des repères temporels dans le passé. La suite de l'exposé démontrera toutefois qu'il n'en est rien...

Comment Madame M. a-t-elle géré les "deuils" partiels de sa vie ?

* La maladie : elle trouve cela insignifiant.

* Les pertes de capacité physique liées au vieillissement : "dure d'oreille", elle n'hésite pas à faire répéter ses interlocuteurs et fait attention durant la conversation.

* La perte des êtres chers : "cela m'a fait un grand coup !"

* La perte de son domicile : elle préférait retourner dans son appartement mais "il faut se faire une raison". De plus, les Infirmières et les malades sont très gentils, d'après elle.

* La perte de son travail : elle aimait son travail dans une boulangerie mais ne le regrette pas, elle regrette surtout l'ambiance de cette entreprise familiale.

* Son arrivée dans "l'institution" : "ça va !"

Conclusion : D'après les critères établis par N. FEIL, les expériences associées aux parents évoqueraient plutôt le stade 2 ou le stade 3 de désorientation tandis que la négation des problèmes de santé serait plus en faveur du stade 1 (de façon manifeste pour les troubles mnésiques par exemple).

De quoi la patiente se souvient-elle ?

* La maison parentale : là où il y avait son père ("mort à la guerre, c'était un bon père qui aimait bien sa femme et sa fille.")

* Son lieu de naissance : REIMS, porte de Paris, n°3 !

* Les moments de tristesse : le moment des deuils ou lorsque durant la guerre elle devait travailler.

* Les moments très heureux : quand ses parents et ses tantes la gâtaient, son mariage ou la naissance de ses enfants.

* La fratrie : elle avait un frère et une soeur. Elle s'entendait bien avec.

* L'école : elle n'y est guère allée mais son premier emploi, dans une boulangerie, aurait interrompu sa scolarité.

* Son premier emploi : dans une boulangerie (à faire la tournée dans la campagne) puis a travaillé comme femme de ménage.

* Ses loisirs : les vacances chez ses tantes.

* Ses idylles : ---

* Ses expériences sexuelles : elle a eu deux maris, dont le dernier mort récemment.

* Son mariage/ses enfants : "je recommencerais !"

* L'amour : c'est la chose la plus importante.

* La religion/Dieu : elle allait souvent à l'église.
"Il faut bien penser qu'il y a quelque chose après la mort".

* Signification essentielle de l'existence : être aimé, aimer, faire le plus de bien possible autour de soi.

* sa contribution à l'humanité : avoir aimé des gens, avoir rendu service ("la famille comptait énormément").

Conclusion : Les nombreuses références au passé évoqueraient le stade 2 ou le stade 3.

Questionnaire explorant le présent

* Que préfère-t-elle faire ? se promener en compagnie de ses enfants.

* Avec qui préfère-t-elle se trouver ? avec ses enfants.

* L'endroit lui rappelle-t-il sa propre maison ? pas du tout.

* Aime-t-elle les gens ici ? oui, ils sont gentils et serviables.

* Aime-t-elle ses voisines de dortoir ? oui, elles sont très gentilles.

* Quand elle se sent seule, que fait-elle ? elle n'aime pas la solitude alors elle se promène ou essaye de voir ses enfants.

* Quand elle n'aime pas la nourriture, que fait-elle ? elle mange de tout !

* Quand elle entend d'autres patients jurer et crier sans retenue, que fait-elle ? elle se "bouche les oreilles" car elle a horreur de se disputer. "Le coeur c'est tout", dit-elle.

* Peut-elle s'aider elle même à se sentir mieux ? comment? en se promenant en compagnie de ses enfants.

Conclusion : Ces réponses ne fournissent guère d'argument utile à la détermination du stade de désorientation.

Questionnaire exhaustif

* Qu'est ce qui lui manque le plus ? ses parents, sa famille.

* Qu'a-t-elle fait pour gagner sa vie ? travailler avec ses mains.

* Quel est l'aspect le plus terrible du vieillissement ? elle dit "être encore bien conservée pour son âge".

* Aime-t-elle vivre ici ? "Ma foi, il faut se faire une raison !".

* Aime-t-elle les gens ici ? oui, ils sont tous gentils.

* Quel est l'aspect le plus difficile dans l'installation ? se séparer des siens.

* Que fait-elle pour rester satisfaite ? se promener ou vivre avec les siens.

* Aime-t-elle la nourriture ici ? "Oh oui, tout est bon !".

* Pense-t-elle qu'il s'agit ici d'un bon endroit ? "Il faut se faire une raison".

* Où préfère-t-elle se trouver ? chez elle.

Conclusion : Trop peu de références au passé tend à exclure le stade 2 ou le stade 3 de la désorientation.

2 -3. 2 Questionnaire établi à l'intention de la famille et de l'équipe soignante

* Blâme-t-elle les autres de ses pertes de capacité ? NON

* Blâme-t-elle les autres à cause de la perte de son travail ? NON

* Blâme-t-elle les autres à cause de la perte de ses amis ? NON

* Sait-elle où elle vit? oui, dans un Hôpital rémois (lequel ?)

* Sait-elle où elle vivait il y a 3 ans ? oui, (mais ne peut apporter trop de précisions quant à l'adresse).

* Connait-elle les noms des membres de sa famille ? OUI (mais seulement de ses enfants).

* Connait-elle les noms des membres de l'équipe soignante ? ---

* Se souvient-elle d'une relation intime ? OUI.

* S'accroche-t-elle aux règles de manière rigide ? NON.

* S'accroche-t-elle à ses biens avec rigidité ? OUI.

* Est-elle effrayée par l'expression des émotions ? NON.

* A-t-elle peur qu'on l'empoisonne, qu'on la vole, qu'on la punisse ? NON.

* A-t-elle tendance à amasser ? NON.

Conclusion : Quatre réponses positives excluent, selon N.FEIL, le stade 1 de la désorientation.

2 - 4 Critères physiques (selon N. FEIL)

Madame M. est demeurée, à 83 ans, une personne alerte, ne nécessitant qu'une aide partielle lors de la toilette. Ses mouvements sont adroits. Il n'existe pas de mouvement répétitif ni de tension musculaire (du visage ou des membres).

Elle n'exprime pas de sentiment de colère mais se fait remarquer par une coopération (où se mêlent politesse et esprit de service).

2 -5 Détermination du stade de désorientation

L'étude des questionnaires précédemment détaillés et des critères physiques n'aboutit pas à la détermination précise d'un stade de désorientation.

Pourtant, un fait significatif apparaît nettement au fil des rencontres avec Madame M., il s'agit de la négation des troubles mnésiques, évoquée brièvement dans cette anecdote : a sa voisine lui rappelant ses troubles de mémoire, Madame M. lui répond qu'il n'en est rien, ou du moins qu'ils sont très rares. Immédiatement, elle se tourne vers l'intervenant pour répéter cette affirmation, sur un ton où se mélangent l'insistance et la vexation. Cette négation appuyée des troubles mnésiques par sa réitération durant tout le séjour hospitalier nous incite à opter pour le stade 1 de la désorientation, c'est-à-dire la malorientation, même si Madame M. ne présente pas l'ensemble complet des critères spécifiques au stade 1 décrit par N. FEIL.

2 - 6 Une approche inspirée des principes de la méthode de Validation

L'évaluation initiale du comportement de Madame M., selon les critères de la grille d'évaluation du progrès, est la suivante :

* discours : 4
* contact oculaire : 3
* toucher : 1

* sourire : 1
* comportement positif : 2
* initiative : 2

L'approche choisie s'inspire de la méthode de Validation verbale, à travers des relations privilégiées soignant-personne âgée désorientée. Les thèmes favoris de discussion sont représentés par la famille, l'amour, le vibrant souvenir de ses parents et de ses tantes.

Durant plusieurs rencontres, les intervenants constatent des propos fabulatoires comblant des trous de mémoire relatifs à l'évocation de faits anciens ou des parents. Cependant, ces fabulations possèdent toutes un point commun : celui de faire revivre auprès de Madame M. ses parents et ses tantes. Alors qu'il existe indéniablement une disparition des repères temporels dans le passé, Madame M. adopte une stratégie remédiant à son pénible sentiment d'ennui éprouvé par rapport à ces êtres si chers. Deux autres points méritent aussi d'être soulignés, dévoilant un atout de cette approche inspirée de la Validation. Un intervenant croise dans le couloir la patiente, assise sur une chaise, dans une attitude simulant l'impatience.
A l'intervenant lui demandant ce qu'elle fait justement ici, à cette heure, celle-ci répond calmement qu'elle attend son train pour PARIS. Confondre un couloir hospitalier et un quai de gare prêterait ordinairement à sourire... Pourtant, un autre intervenant postulant l'existence d'une raison derrière tout comportement, se rappelle que Madame M. s'ennuie énormément de son fils boulanger à PARIS, qu'elle ne voit que trop rarement. Cet intervenant se souvient avoir vu Madame M. très triste à l'évocation de ce fils ("Je vais lui écrire pour lui rappeler qu'il a encore sa mère !" n'avait-elle pas dit !). Le rapprochement des deux situations amène l'équipe à reconnaître, derrière cette attitude à l'aspect déplacé dans ce cadre hospitalier, l'expression d'un profond ennui maternel.

Un matin, Madame M., préalablement maquillée (grâce à une trousse procurée par l'équipe), ne cesse d'effectuer des allers et retours dans le couloir de l'unité. A un intervenant lui demandant où elle souhaite se rendre, Madame M. lui répond prendre le chemin de la boulangerie pour son travail et poursuit aussitôt son chemin, le plus naturellement possible. Cette réponse déclencherait bien autrement des sourires remplis de dérision. Mais

dans ce cas, chaque intervenant connaît le besoin de se sentir utile chez cette patiente, perceptible dans cette démarche la ramenant plusieurs dizaines d'années en arrière, dans la boulangerie familiale.

Durant le séjour, Madame M. partage d'autres sentiments avec les intervenants, notamment sur les thèmes suivants :

* La vie : "C'est pas toujours facile".
" Pour que ce soit plus facile, il suffit de voir un de ses enfants".
"Parfois les enfants abandonnent leurs parents, moi ce n'est pas le cas".
" C'est triste, ils sont ingrats, ils ne me donnent même pas 10 francs! Je vais écrire à mon fils de PARIS pour lui rappeler qu'il a encore sa mère!" dit-elle sur un ton de lamentation, durant une période où les visites se raréfiaient.

* Ses voisines de chambre : "C'est pénible à voir. C'est pénible d'en arriver là. Moi, je n'ai pas à me plaindre".

* La solitude : "La solitude, cela n'existe pas !".
"Mes enfants écrivent des petits mots, c'est peu".

* La mort : "Avant j'y pensais beaucoup, maintenant moins".
" Je suis triste depuis la mort de mon mari et de ma fille".

A l'issue de chaque rencontre avec un intervenant, Madame M. se félicite à l'idée de le revoir prochainement, lui confiant que ceci "lui redonne du courage". Le partage des sentiments, à travers une relation humaine imprégnée d'empathie, apparaît non seulement positive mais ardemment souhaité par la patiente elle-même.

Dans la grille d'évaluation du progrès, un unique paramètre se modifie durant le séjour hospitalier, relatif au sourire, de la façon suivante :

- à distance d'une visite :

* discours : 4
* contact oculaire : 4
* toucher : 1
* sourire : 2
* comportement positif : 2
* initiative : 2

- à la suite d'une visite ou d'une rencontre validante :

* discours : 4
* contact oculaire : 4
* toucher : 0
* sourire : 4
* comportement positif : 2
* initiative : 2

2 - 7 **La synthèse élaborée à l'issue du séjour**

Madame M. se présente à nous comme une femme redoutant la solitude ou l'abandon par les siens, sentiment pertinemment partagé avec les intervenants. La mémoire des faits anciens demeure défaillante, camouflée grâce à la production d'affirmations fabulatoires.

L'orientation spatiale reste incertaine.

La synthèse suivante a été rédigée lors d'une réunion hebdomadaire contemporaine de la date de sortie de Madame M. de l'unité de soins.

Durant son séjour dans notre unité de soins, Madame M. n'a présenté aucune aggravation de sa perte d'autonomie psychique.

- La grille d'évaluation révèle les scores suivants, fluctuant selon le rythme des visites :

* discours : 4
* contact oculaire : 4

* toucher : 1 ou 0
* sourire : 2 ou 4
* comportement positif : 2
* initiative : 2

- Cette approche inspirée de la méthode de Validation a répondu au "besoin de parler" de Madame M.

- Madame M. a séjourné dans l'unité M4B où 7 membres du personnel se sont impliqués dans cette démarche.

- Madame M. est transférée dans un service de moyen séjour (où cette approche inspirée de la Validation n'est pas appliquée), en attente de placement dans une maison de retraite.

3 - MADAME L.

3 - 1 Présentation

Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans, présentant une maladie de PARKINSON, hospitalisée à la demande de son médecin traitant pour la réadaptation du traitement anti-parkinsonien (et une demande implicite de placement de la part de la famille, spécialement de son époux), admise dans le service du 08.01.91 au 09.02.91.

Le diagnostic de maladie de PARKINSON a été porté en 1987, alors qu'il existait déjà des troubles du comportement (nature ?), nécessitant un traitement à base de MELLERIL*. Depuis 1987, Madame L. présente un syndrome confusionnel et une détérioration intellectuelle avancée, d'après les différents avis neurologiques.

A l'entrée dans le service, l'examen neurologique met en évidence un syndrome extra-pyramidal, avec une akinésie, une hypertonie et une dysarthrie importantes. De nombreuses fausses routes alimentaires imposent le recours à une sonde gastrique. Par ailleurs, Madame L. est grabataire,

incontinente, communique très difficilement dans le versant oral (expression entravée par la dysarthrie). Cette patiente, que l'on dit "désorientée", gémit en permanence et trouve difficilement le sommeil.

Au traitement habituel comportant MANTADIX* (3 cps par jour), TRIVASTAL Retard* (3 cps par jour), HALDOL faible* (30 gouttes par jour) et NOCTRAN* (1/2 cp par jour), nos confrères neurologues préfèrent la prescription de MODOPAR 62,5* (5 cps par jour) associé au TRIVASTAL Retard* (4 par jour), avec un effet bénéfique clinique observé ultérieurement.

3 -2 Une approche inspirée de la Validation

Bien que cette patiente échappe à certains critères définis par N. FEIL, l'équipe, dans un "élan empathique", décide néanmoins d'appliquer dans son cas l'approche inspirée des principes de la Validation.

L'évaluation de son comportement, selon les critères de la grille en usage, révèle les scores suivants :

* discours : 2
* contact oculaire : 4
* toucher : 4
* sourire : 1
* comportement positif : 0
* initiative : 0

L'approche découle de la validation verbale tandis que les membres de l'équipe se succèdent régulièrement à son chevet. La douceur et la chaleur humaine baignent chaque rencontre et les actes quotidiens (comme la toilette ou les repas se déroulant avec prudence). Même si ces gestes nécessitent davantage de temps pour le personnel, leur durée favorise l'instauration de relations privilégiées, validantes. Au bain de paroles (et parfois le chant) se joignent les caresses ou le regard soutenu rempli d'attention et d'intentions.

L'évolution s'avère prometteuse, puisque progressivement Madame L.

offre un discours plus riche, sourit volontiers alors qu'elle montre davantage de coopération lors des gestes de la vie quotidienne. De plus, sans négliger le rôle positif du nouveau schéma thérapeutique anti-parkinsonien, Madame L., grabataire à son entrée, marche désormais avec l'aide du personnel soignant. Ce nouveau comportement se distingue aisément dans la grille d'évaluation du progrès :

* discours : 3
* contact oculaire : 3
* toucher : 4
* sourire : 2
* comportement positif : 3
* initiative : 0

3 - 3 Les répercussions du choix familial de placement

La famille refuse l'essai de retour à domicile : cette décision retentit immédiatement et néfastement sur le comportement de Madame L., puisque désormais, elle s'alimente peu et s'applique moins lors de la rééducation à la marche.

La grille reflète cette nouvelle attitude :

* discours : 0
* contact oculaire : 2
* toucher : 3
* sourire : 0
* comportement positif : 0
* initiative : 0

Pourtant, l'équipe ne se résigne pas à ce triste constat et poursuit ses efforts dans la mise en oeuvre de l'approche validante. Cette obstination porte alors effectivement ses fruits. Madame L. se rend à la salle à manger (mais nécessite toujours une aide lors du repas) et la communication orale retrouve son niveau préalable, avec une certaine prédilection pour le chant. Madame L. avoue même, fait inédit, son désir de marcher.

3 - 4 La synthèse

La synthèse suivante a été rédigée lors d'une réunion hebdomadaire contemporaine de la date de sortie de Madame L. :
- Durant son séjour dans notre unité de soins, Madame L. a quitté son état grabataire pour une vie relationnelle quasiment métamorphosée, même si les handicaps physiques liés à la maladie de PARKINSON retentissent toujours sur la vie quotidienne (certes, de manière moindre).

- La prise en charge inspirée de la Validation a suffi pour obtenir la disparition de quelques épisodes agressifs initiaux.

- La grille d'évaluation du progrès révèle les derniers scores suivants, traduisant les progrès comportementaux :

* discours : 2
* contact oculaire : 4
* toucher : 3
* sourire : 3
* comportement positif : 3
* initiative : 2

- Les progrès progressifs et objectifs de Madame L. ont sans cesse stimulé la motivation de l'équipe au sein de l'unité de soins, celle-ci se réjouissant d'ailleurs de constater les effets positifs de leur démarche.

- Madame L. est transférée dans une maison de retraite, où la méthode de Validation n'est pas mise en oeuvre.

3 -5 Une information source d'interrogation

Nous apprenons que Madame L. est décédée cinq jours après le transfert dans cette maison de retraite. Pourquoi cet état régressif extrêmement sévère alors que cette patiente avait "le mieux répondu" à cette

prise en charge inspirée de la Validation ?

Dans le cadre de la Validation, notre réponse se limite à l'émission de deux hypothèses :

- La première consiste en l'accomplissement d'une ou plusieurs tâches de vie, signifiant la clôture de la préparation à la mort : "celle-ci vient donc à son heure".
(Nous devons toutefois émettre des réserves quant à cette hypothès puisque N. FEIL elle-même précise que la Résolution n'est jamais terminée).

- La seconde hypothèse rendrait le manque total de relais dans l'approche validante, lors du transfert, responsable de cet état régressif (réaction aclitique).

AVIS ET SUGGESTIONS DES SOIGNANTS IMPLIQUES DANS CETTE EXPERIENCE

1 - PRESENTATION DE L'ENQUETE

Au terme des dix premiers mois d'adhésion à cette nouvelle approche de la personne âgée désorientée, un questionnaire est remis à chaque membre du personnel impliqué après avoir bénéficié de la courte formation précédemment évoquée.

L'Interne en Médecine générale, six Infirmières et cinq Aide-Soignantes ont répondu à cette démarche. Il nous paraît intéressant de rapporter quelques réponses relatives à chacune des dix questions proposées, dans un total respect de leur formulation.

2- EXPOSE DES REPONSES

2 - 1 <u>En quoi cette méthode a-t-elle changé votre regard ou votre attitude envers les personnes âgées démentes ?</u>

2 -1. 1 Médecin :

"Mon regard n'a pas fondamentalement changé puisque je pratiquais intuitivement certains de ses aspects avant de la découvrir. Elle a eu l'avantage de me conforter dans mon idée que "tout n'était pas perdu" et que l'on pouvait apporter un peu plus aux patients déments sans pour autant utiliser des "tonnes de psychotropes".

2.1-2 - Infirmières :

* "L'importance d'une meilleure écoute des personnes démentes, avec une attention plus grande dans le recueil des paroles et une

reformulation plus adéquate lors des entretiens".

* "La découverte qu'il existerait une raison derrière tout comportement paraissant initialement incohérent et déraisonnable".

* "Adopter un comportement plus adapté à ces personnes âgées démentes".

* "Cette méthode n'a rien changé dans mon comportement envers les personnes âgées démentes. Aller dans le sens de la personne lorsqu'elle a des propos incohérents, je pense que cela vient naturellement. En effet, prendre la main ou autre contact physique est aussi spontané et naturel dans mes actes quotidiens infirmiers et nous n'attendons pas qu'on nous le dise pour le faire, car c'est quelque chose que nous avons en nous, soignants".

2 - 1. 3 **Aide-Soignantes :**

* "Acquérir plus de facilité dans le discours, plus de disponibilité dans l'écoute".

* "L'importance de l'observation du patient".

* "Un abord plus facile et des questions plus adaptées".

* "L'impression de se sentir moins démunie".

2 - 2 **Cette méthode vous a-t-elle apporté des éléments significatifs ou indispensables à la compréhension de ces personnes ?**.

2 -2. 1 **Médecin :**

"Oui, dans la mesure où elle m'apportait une base théorique me confortant dans l'approche que j'avais des sujets âgés plus ou moins

déments".

2 -2. 2 **Infirmières :**

* "Oui, par le fait de savoir que les propos incohérents dans un contexte précis (ou les comportements désadaptés) étaient le résultat de conflits du passé non exprimés et enfin que permettre à ces personnes de pouvoir s'exprimer pouvait leur apporter la sérénité".

* "Evidemment des éléments théoriques".

* "Quelques uns mais difficilement mis en pratique avec les malades ayant des propos très incohérents ou avec les personnes très agressives".

2 -2. 3 **Aide-Soignantes :**

* "Oui, cette méthode nous fait savoir que je pouvais toujours trouver un sujet de discussion avec eux et que leurs paroles pouvaient avoir un rapport avec quelque chose les concernant fortement".

* "Questionnant ces personnes âgées, dorénavant "non classées comme perdant la tête", nous arrivons à faire des rapprochements".

2 -3 **<u>Dans la mise en pratique, quels ont été les points positifs ?</u>**

2 -3. 1 **Médecin :**

"Cette méthode, dans le cadre du service de gérontologie, donne un but, une raison d'être à une visite auprès du sujet âgé qui ne soit pas guidée par la nécessité d'une tâche matérielle".

2 -3. 2 **Infirmières :**

* "Un effet de communication a été fait au niveau des membres de l'équipe avec les patients et leur famille. Il en découle une meilleure écoute et une meilleure prise en charge de la personne âgée".

* "Une incitation à se rendre plus souvent auprès des personnes âgées".

* "Un meilleur contact avec le malade et les familles".

* "Parvenir à les calmer sans médicament ou même malgré une diminution des sédatifs".

* "En pratique, le point positif que j'ai pu constater est la mobilisation de toute l'équipe lors de la validation d'une personne et donc une meilleure prise en charge de ces personnes à problèmes, enfermées dans une solitude et la plupart du temps fuies par l'équipe par désintéressement".

2 -3. 3 **Aide-Soignantes :**

* "Les gens nous parlent de nouveau, mangent de nouveau ou simplement nous sourient".

* "Un contact beaucoup plus enrichissant avec les personnes validées".

* "L'amélioration de la communication".

* "Parvenir à ce que des personnes âgées récalcitrantes s'alimentent de nouveau ou parlent davantage. Dans certains cas, des caresses suffisaient à calmer le vieillard agité ou agressif".

2 -4 **<u>Dans la mise en pratique, quels ont été les points négatifs ?</u>**

2 -4. 1 **Médecin :**

"Le service de gérontologie ne permet qu'une application partielle de la méthode de validation de par le fait que la durée moyenne de séjour est trop courte. La réussite de cette "thérapie" nécessite l'implication d'un coordinateur qui soit une vraie "locomotive".

2 -4. 2 **Infirmières :**

* "Les échecs lors de la non réponse à la "Validation" du fait que certains malades n'étaient pas adaptés, (le défaut de connaissance dans le choix du patient), l'absence d'implication du personnel dans son entier (malheureusement divisé entre les membres volontaires, et impliqués, et les membres indifférents voire hostiles), le manque de suivi à la sortie de l'unité de soins".

* "Répéter inlassablement une même liste limitée de questions, un sentiment de gêne ou de maladresse pour aborder certains sujets délicats et intimes".

* "Un temps d'hospitalisation bien trop court pour pouvoir juger de l'évolution, l'absence de continuité lorsque le patient sort".

* Faire parfois pleurer ces personnes âgées lorsque leur passé ressurgit".

* "Les aspects négatifs résident dans le fait que les personnes âgées validées prennent beaucoup de temps à toute l'équipe et puisque l'on décide ensemble des personnes à valider (quelques unes dans le service) les autres malades nécessitant peut-être autant d'attention sont un peu délaissés. Pour la même raison, dès que le service est surchargé, naturellement la Validation est mise de côté. Par ailleurs, les personnes prises en charge se sentent également un peu délaissées lors d'un changement de service, par exemple, un passage en hospitalisation de moyen séjour où la Validation n'était pas pratiquée".

2 -4. 3 **Aide-Soignantes :**

* "Les malades sont-ils toujours bien choisis ? Peu de membres du personnel s'implique ou tentent de s'impliquer. Nous regrettons l'absence de suivi".

* "Une durée moyenne de séjour trop courte".

* "Le comportement néfaste des personnes soignantes ne s'estimant pas concernées par cette méthode".

* "Cette attitude nous oblige quelquefois à laisser de côté certaines tâches, source de problèmes relationnels avec d'autres membres du personnel, dénigrant d'ailleurs la Validation".

2 -5 **Les problèmes ont-ils été liés au cadre (service aigu de gériatrie, manque de temps, problème d'effectif) ou à des manquements théoriques ou pratiques ? à la connaissance du "dément" (son histoire personnelle, ses antécédents) ?**

2 -5. 1 **Médecin :**

"L'accueil et les soins en gériatrie sont déjà lourds et nous manquons de temps (quelque soit la catégorie du personnel) pour beaucoup s'investir. Il est impératif que la prise en charge se compte en semaines pour trois raisons au moins : les hospitalisations sont trop courtes pour être véritablement en mesure de connaître suffisamment les sujets désorientés et introduire des relations de confiance avec leur famille. La méthode ne peut être efficace que si elle est gérée et coordonnée, en ne se limitant pas au "coup par coup". Enfin, l'absence de suivi familial ou institutionnel donne aux intéressés un profond sentiment d'abandon (terriblement néfaste)".

2 - 5. 2 **Infirmières :**

* "Les patients présentent souvent une pathologie aiguë pendant laquelle il est difficile de s'adonner à la Validation, le manque de connaissances théoriques et pratiques, une connaissance insuffisante du patient "dément", le manque d'adhésion de l'équipe entière ou les manques d'effectif limitant alors le temps disponible pour cette approche".

* "Les manquements théoriques ou pratiques essentiellement, le manque de temps ne représentant pas un motif sérieux de renoncement à cette prise en charge !".

* "Les problèmes ont été beaucoup liés aux périodes de surcroît de travail, surtout prolongées, et au manque de responsable pour remotiver l'équipe, la Validation tombant épisodiquement et progressivement dans les oubliettes".

2 - 5. 3 **Aide-Soignantes :**

* "Le manque d'effectif mais surtout certains collègues non sensibilisés, le manque de suivi à la sortie de notre service s'avère également décourageant lorsque des résultats positifs sont patiemment obtenus".

* "Les problèmes sont plutôt liés au manque de connaissance du patient"

2 - 6 **Dans la mise en pratique, quels ont été l'intérêt ou l'apport de la réunion hebdomadaire de l'équipe ?**

2 -6. 1 **Médecin :**

aucune réponse

2 - 6. 2 **Infirmières :**

* "Elle permet une synthèse des différentes interventions auprès du patient et une mise en commun des problèmes. Elle apporte des explications sur le comportement des malades et favorise les transmissions à l'intérieur de l'équipe. Enfin, elle permet l'évaluation des éventuels progrès".

* "Elle nous permet de mieux connaître le patient, alors que nous voyons le vieillard désorienté d'un oeil différent. Nous obtenons des conseils afin d'adapter notre attitude".

* "Une mise en commun des idées de chacun sur l'évolution du malade".

* "La réunion était considérée à la fois comme une corvée et un quart d'heure ou une demie heure de "Bla Bla Bla !".

2 - 6. 3 **Aide-Soignantes :**

* "Cela permet le partage des informations sur la connaissance du patient, souvent différentes et complémentaires. L'apport de l'Interne de Psychiatrie était apprécié, notamment pour guider l'attitude de chacun".

* "Afin de suppléer à nos hésitations devant certaines personnes âgées "démentes".

2 -7 - **Avez-vous éprouvé l'impression d'être utile** ?
- **Avez-vous des exemples d'objectifs précis** ?

2 - 7. 1 **Médecin :**

"Oui et non. Oui au niveau individuel, non au niveau de l'équipe : la réussite nécessite une profonde cohésion de tous ses membres".

2 -7.2 **Infirmières :**

* "Parfois les patients agités se trouvaient calmés sans administration de sédatifs, quelquefois nous constations une reprise d'autonomie".

* "Pas vraiment !".

* "Oui, nous avons remarqué des malades moins agressifs et une meilleure communication vis à vis de nous".
* "Discuter avec une personne âgée démente ou non, prendre le temps de lui tenir la main n'a jamais été négatif pour la personne seule et souffrante !".

2 -7. 3 **Aide-Soignantes :**

* "Oui, bien sûr car sinon j'aurais rapidement abandonné. Encore maintenant, je passe plus de temps à discuter avec ces patients, depuis que je connais cette méthode".

* "Parfois, je me sentais utile : une malade moins agressive me parlant plus facilement".

2 - 8 <u>Que faudrait-il modifier pour mieux appliquer cette prise en charge inspirée de la méthode de Validation ?</u>

2 - 8. 1 Médecin :

" Les "Validants" ont besoin d'être guidés sans être trop dirigés. Les modifications importantes me semblent consister en une prise en charge réelle à long terme des sujets âgés mais aussi de leur famille et/ou de leur milieu d'accueil".

2 - 8. 2 Infirmières :

* "Ne pas avoir de malade en phase aiguë (problème organique urgent). Une hospitalisation assez longue permettait un temps d'adaptation du patient et au personnel d'avoir assez de temps pour évaluer son état psychique, de connaître l'histoire et les conditions de vie du patient. Un personnel volontaire, motivé et davantage formé à cette activité. Mettre l'accent sur l'importance de l'équipe".

* "Surtout poursuivre la pratique d'une approche inspirée de la Validation, comme cela est entrepris dans le service et non vouloir appliquer fidèlement la méthode de Validation".

* "La motivation du personnel! Une formation supplémentaire".

* "Pour valider une personne comme l'enseigne Naomi FEIL, il faut mobiliser beaucoup de personnel, impossible à réaliser lors de problèmes d'effectif, de service surchargé avec de lourds malades grabataires, etc... L'éternel problème de personnel, surtout dans un service de gériatrie".

2 - 8.3 **Aide-Soignantes :**

* "La motivation du personnel".

* "Une nouvelle formation".

2 - 9 **Manquait-il l'apport d'un psychologue ou, au contraire, avec un peu d'entraînement et de bonne volonté, une personne non spécialiste peut-elle correctement intervenir dans la Validation ou une approche s'inspirant de cette méthode ?**

(Cette question est à relier au départ de l'Interne de Psychiatrie, après six mois de présence dans le service comme Médecin responsable de cette expérience).

2 -9. 1 **Médecin :**

"Je ne pense pas qu'il faille spécialiser la Validation. Dans un milieu gériatrique aigu, le niveau possible de développement de la méthode me semble tellement limité qu'une technicité trop grande d'un coordinateur m'apparaît plutôt préjudiciable que bénéfique. La réussite de la prise en charge se vit "dans les tripes et non dans les livres".

2 -9. 2 **Infirmières :**

* "Un psychologue est nécessaire pour apporter des réponses (ou une aide) aux questions que se pose l'équipe dans des situations difficiles, soit avec le patient, soit avec la famille, soit entre les divers membres de l'équipe elle-même".

* "Oui, le psychologue est indispensable pour trier les patients. Une personne non spécialiste me semble limitée dans ses ambitions à un

certain moment. Pourtant, je reste convaincue que la personnalité du validant l'emporte sur la formation : ce qui explique la "désertion" d'un membre du personnel ayant participé à la brève formation".

* "Au contraire, prendre trop en considération le côté psychiatrique est trop technique pour des personnes n'ayant pas trop de connaissances en ce domaine. Une personne tout simplement motivée et disponible suffirait à motiver une équipe".

2 -9. 3 **Aide-Soignantes :**

* "Un psychologue manque car on se décourage vite. Avec de l'entraînement et de la volonté, une personne peut obtenir des résultats mais ce n'est pas assez !".

* "Je souhaiterais plus de soutien de la part d'un psychologue".

* "Une personne coordinatrice est nécessaire".

2 - 10 **Autres suggestions personnelles** :

2 - 10. 1 **Médecin :**

Aucune réponse.

2 - 10. 2 **Infirmières :**

Aucune réponse.

2 - 10. 3 **Aide-Soignantes :**

"Travailler dans de plus petites unités pour s'occuper

particulièrement de moins de patients, sans délaisser les autres pour autant, argument souvent cité par les "adversaires" actuels à cette prise en charge. Démontrer à ces derniers l'utilité de la Validation et faire de la publicité pour des ouvrages intéressants sur ce sujet, tout en les mettant à leur disposition".

3 - COMMENTAIRES

3.1 - Des soignants réceptifs aux principes de la Validation

Le fait important, à la lecture de ces réponses, demeure l'apport enrichissant de la méthode dans la compréhension de certains comportements présentés par les personnes âgées désorientées. Ce point est loin d'être négligeable puisqu'il imprime une nouvelle attitude de la part du personnel soignant, remisant l'adjectif "déraisonnable" dans le placard des préjugés.

Cette approche des personnes âgées désorientées incite également les membres du personnel à entretenir des relations humaines plus profondes : cela ne fait que rejoindre, en somme, les conseils prodigués maintes et maintes fois durant leur formation professionnelle. Cela ne peut donc que réjouir l'encadrement de constater ce retour à une mission peut-être trop souvent abandonnée au profit de gestes toujours plus techniques.

Un climat chaleureux et humain, une attention différente ou une communication davantage nourrie représentent quelques uns des fruits recueillis par cette approche.

Du point de vue médical, de telles relations privilégiées avec le patient âgé désorienté peuvent parfois faciliter les soins. Cette expérience illustre également que des troubles du comportement peuvent être traités autrement que par la prescription de médicaments psychotropes, avec dans certains cas des résultats appréciables.

Par ailleurs, la participation de quelques familles, d'emblée favorables à cette approche, a beaucoup conforté d'intuition des membres de l'équipe.

3 - 2 Des aspects négatifs malgré tout

Les contraintes spécifiques du service de Médecine interne à orientation gérontologique transparaissent de manière insistante : la courte durée moyenne de séjour (avec une connaissance insuffisante du patient parmi les plaintes majeures), une pathologie organique aiguë et des effectifs insuffisants (même si ce dernier point n'apparaît pas fondé dans une réponse).

Pourtant le personnel impliqué montre beaucoup de conviction dans la mesure où cette approche permet un franchissement moins dommageable du cap redoutable de l'hospitalisation, chez des sujets déjà fragiles (physiquement et psychologiquement). Le désir fréquemment émis d'une formation complémentaire est plutôt un signe prometteur.

Le problème de la motivation (et de la sensibilisation) de l'ensemble du personnel paraît constamment rendre difficile la démarche de chacun des membres investis consciencieusement dans cette autre approche du vieillard désorienté. Cependant, cette motivation semblerait plutôt liée à l'absence de formation, voire à des facteurs strictement personnels. D'abord, une personne ayant assisté à la formation ne s'est ensuite pas impliquée personnellement dans son unité de soins, non pour un motif relatif aux principes théoriques de la Validation mais pour une raison individuelle, "ne se sentant pas capable d'autant d'intimité avec le patient". Cette objection, N. FEIL la conçoit naturellement dans la présentation de sa méthode (2). D'autres, devant une charge de travail effectivement importante, ne saisissent pas l'utilité d'une telle démarche, faute d'avoir participé à la formation (pour des raisons différentes). Cette démarche si dévoratrice, à leurs yeux, de temps et d'énergie risque de les obliger à négliger d'autres impératifs d'ordre physique (soins d'hygiène...). Le confort physique l'emporterait ainsi sur le confort moral. Pourtant cette incompréhension, source potentielle de conflits à l'intérieur de l'équipe soignante, s'apparente donc à un "conflit à

résoudre", si nous osons plagier N. FEIL. Ceci montre clairement un urgent effort de formation, proposée dans des conditions satisfaisantes et accessibles à tous.

3 - 3 Le coordinateur et son rôle

La présence d'un coordinateur, si possible expert en psychologie, s'impose pour beaucoup même si certains s'accordent pour limiter son rôle strictement à la coordination. Effectivement, le "validant" doit préalablement posséder des qualités personnelles précises et éventuellement, durant la formation, apprendre à utiliser ses talents naturels. Mais l'exigence essentielle, primordiale, repose dans la propre personnalité de chaque membre du personnel, primant sur une trop grande spécialisation, redoutée en elle-même à l'unanimité.

L'apport du coordinateur, et évidemment du psychologue, s'avère éminemment précieux dans le domaine précis des bases théoriques de la méthode et de la détermination du stade de désorientation. Ce dernier point est bien l'élément paradoxal de la classification élaborée par N. FEIL. Théoriquement construite de manière originale uniquement sur l'observation quotidienne et la biographie, cette classification se présente, dans la pratique, d'un usage quelquefois malaisé. Le rôle du coordinateur s'étendrait ainsi au choix des patients et au soutien des membres de l'équipe, par une mission exclusivement de conseil.

Quant à la réunion hebdomadaire de l'équipe, celle-ci n'est critiquée, dans son fond et sa forme, que par un seul membre dans une réaction quasi-viscérale. Probablement ne faut-il y discerner qu'une "allergie" à ce genre de réunions...

3 - 4 Les outils pédagogiques

Outre quelques vidéo-cassettes, il nous faut reconnaître la préjudiciable absence d'ouvrages accessibles à l'ensemble du personnel soignant (en vue

d'un approfondissement ou d'une simple présentation des concepts de la méthode de Validation).

L'édition française de l'ouvrage de N. FEIL, VALIDATION (2), se montrera prochainement très utile (son inexistence a été trop vivement regrettée lors des dix premiers mois de l'expérience).

3 - 5 Comparaison avec les résultats d'une enquête australienne au but similaire (47)

Si nous comparons ces réponses avec le recueil des commentaires émanant du personnel du South Port Community Nursing Home, nous remarquons d'abord le partage d'un avis identique sur l'apport intéressant et enrichissant de la méthode de Validation. La compréhension des personnes âgées désorientées se trouve "orientée", avec la nécessité de modifier radicalement une attitude où se lisait trop souvent la dérision ou l'indifférence. De même, les deux équipes constatent, avec regret, que les principes de la Validation ne s'appliquent pas à toutes les personnes âgées désorientées avec un succès identique. Le personnel du S. P. C. N. H. émet aussi des réserves semblables sur la difficulté rencontrée lors de certaines précisions du stade de désorientation, selon les critères de N. FEIL.

Nous soulignons, en revanche, les deux points non soulevés une seule fois par les membres du service gérontologique rémois, à savoir le droit de s'introduire dans la vie privée et le passé de la personne ainsi que le doute sur l'efficacité réelle de la thérapie de Validation dans la résolution de conflits inachevés du passé, même si le comportement des vieillards est en étroit rapport avec des expériences vécues du passé ("Oui pour un accompagnement, non pour résoudre !"). L'absence d'une telle suspicion peut aisément s'expliquer par la notoire différence dans les objectifs poursuivis respectivement par chacune des deux équipes. L'équipe australienne applique fidèlement la méthode de Validation en milieu institutionnel tandis que l'équipe française opte pour une approche inspirée de la méthode de Validation, dans le cadre d'un service hospitalier de soins aigus.

CONCLUSION

La méthode de Validation procure au personnel soignant une vision humaniste de la perte d'autonomie psychique chez la personne très âgée. Leur personne mérite bien sûr le respect naturellement dû à chaque être humain et surtout leur comportement trop souvent tourné en dérision exige non le dédain mais un effort de compréhension.

N. FEIL développe, dans la présentation de cette méthode, sa conception personnelle de la perte d'autonomie psychique ou désorientation : à la raison incitant à demeurer dans un présent ingrat, les vieillards préfèrent plutôt la sagesse de retourner dans le passé. La description des quatre stades de la désorientation en soulignent l'évolution chronologique tandis que N. FEIL invite à percevoir dans les symboles une originale expression des sentiments et des besoins essentiels. Alors le partage et la reconnaissance de ces sentiments, dans une relation empathique, parviennent à la Validation de la personne très âgée, dont le but avoué réside dans l'évitement du stade végétatif.

L'expérience menée dans le service rémois de médecine interne à orientation gérontologique confirme l'intérêt de cette méthode pour une meilleure compréhension des patients très âgés en perte d'autonomie psychique. Cet avis est unanimement partagé par les membres du personnel impliqué dans cette démarche. L'approche inspirée de la méthode de validation semble conduire à une attitude plus adaptée de la part de l'équipe soignante, avec un objectif commun final : épargner au patient le syndrome de glissement secondaire à l'hospitalisation.

Même si cette démarche nécessite encore diverses améliorations, théoriques et pratiques, trois points importants méritent dorénavant d'être relatés. Dès les premiers choix de patient, l'équipe entière s'est confrontée au délicat problème de la détermination précise du stade de désorientation.
Durant les six premiers mois de cette expérience, elle n'a malheureusement jamais retrouvé, chez un même patient, tous les critères (émotionnels et physiques) que N. FEIL préconise pour un stade donné. Les membres de l'équipe devaient souvent statuer sur un ensemble de critères appartenant simultanément à deux stades ou, particulièrement dans les stades 1 et 2, ne remarquaient pas les critères physiques caractéristiques à chacun de ces deux stades. Ainsi, l'équipe a décidé de choisir un ou plusieurs critères, figurant

au sein de chaque liste élaborée par N. FEIL, que nous pourrions qualifier de pathognomoniques :

* **Stade 1** (malorientation) :

. négation des sentiments et des pertes liées au vieillissement
. expression de conflits profonds du passé sous des formes déguisées
. fabulation

* **Stade 2** (désorientation) :

. expression symbolique de sentiments et de besoins essentiels
. désorientation temporelle

* **Stade 3** (mouvements répétitifs) :

. mouvements répétitifs

* **Stade 4** (stade végétatif) :

. (aucune modification de la liste)

Par ailleurs, l'intrusion dans l'intimité d'un patient âgé même désorienté rencontre quelquefois des obstacles. Ceux-ci peuvent dépendre directement de la personnalité de l'intervenant, alors indisposé, mais également du patient. En effet, certains patients acceptent difficilement cette agression de leur sphère intime, notamment lorsque demeure une autonomie physique. L'intervenant se doit donc de ne jamais imposer cette offense à la dignité du patient.

Enfin, les attitudes psychothérapiques empruntées par les soignants font implicitement partie intégrante de leur mission. Encore faut-il pouvoir toujours incruster ces moments privilégiés dans le dédale d'un emploi du

temps tributaire du nombre de patients "lourds", multipliant les gestes techniques, et évidemment des effectifs de personnel ! De plus, les qualités naturelles de l'intervenant paraissent primordiales, pourtant cette approche, dans une optique pratique, l'oblige à maintenir une notable distance avec ces patients âgés désorientés, modulable selon le moment mais véritablement utile à la poursuite de sa tâche, strictement définie au sein de l'équipe entière de l'unité de soins. Effectivement, il paraît actuellement inconcevable à une Infirmière, ou à une Aide-Soignante, de délaisser ses actes techniques pour se consacrer exclusivement à une approche validante.

BIBLIOGRAPHIE

1 - **LAMOUR Y.**
L'âge de déraison.
Paris :Plon, 1990.

2 - **FEIL N.**
Validation : la méthode Feil.
Paris : Pradel, 1991.

3 - **ERIKSON E.H.**
Insight and Responsability.
New York : W.W. Norton and Co.Inc, 1964.

4 - **SHEEHY G.**
Passages
New York : E.P. Dutton and Co.Inc, 1974.

5 - **SAXON S.V., ETTEN M.J.**
Physical Change and Aging.
New York : Tiresias Press, 1978.

6 - **MAISONDIEU J.**
Le crépuscule de la raison.
Paris : Centurion, 1989.

7 - **PLOTON L.**
La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence.
Lyon : Chronique Sociale, 1990.

8 - **WEIL J.**
Special Program for the Senile in Home for the Aged.
Geriatrics, 1966, 21, 197-202.

9 - **SPICKER S. WOODWARD K., VAN TASSEL D.**
Aging and the Elderly.
Atlantic Highlands, New Jersey : Humanities Press Inc, 1978.10

10 - **BARRELL J.J., PRICE D.D.**
Two Experiential Orientations Toward a Stressful :
situation and their somatic and visceral responses.
Bethesda : Society for Psychophysiological Research, NIDR/NIH, 1977.

11 - **FRANKL V.**
Man's Search for Meaning.
New York : Washington Square Press, 1963.

12 - **SHERRER P.**
Approche clinique de la psychiatrie (tome 2).
Paris : SIMEP, 1978.

13 - **PICHOT P., GUELFI J.D.**
Mini - D S M III : critères diagnostiques.
Paris : Masson, 1984.

14 - **BERG L., HUGHES P., COBEN L. et al.**
Mild senile dementia of Alzheimer type :
research diagnostic criteria, recrutment and description of a study population.
J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1982, 45, 962 - 968.

14 - **DEROUESNE C.**
Le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer.
Rev Prat, 1989, 39, 57 - 61.

16 - **DEROUESNE C.**
Formes de début de la maladie d'Alzheimer.
Rev Prat, 1990, 109, 43 - 52.

17 - **PARADIS P., BLANCHARD F., JOLLY D. et al.**
La maladie d'Alzheimer : quelle place pour les hypothèses génétiques.
Tempo Médical, 1990, 401, 9 - 12.

18 - **GIL R., TOULLAT G., PLUCHON C. et al.**
Une méthode d'évaluation rapide des fonctions cognitives (E.R.F.C.): son application à la démence sénile type Alzheimer.
Sem Hop Paris, 1986, 62, 27, 2127 - 2133.

19 - **BES A., CAHN J., CAHN R. et al.**
Senile dementia : early detection.
London : J. LIBBEY Eurotext, 1986.

20 - **CAMBIER J., MASSON M., DEHEN H.**
Neurologie.
Paris : Masson, 1989.

21 - **DEROUESNE C.**
Les troubles de mémoire isolés du sujet âgé.
Gaz Med, 1989, 96, 25 - 30.

22 - **REISBERG B.**
Alzheimer's disease : the standart reference.
New York : Free Press, 1983.

23 - **HUGHES P., BERG L., DANZIGER W.L. et al.**
A new clinical scale for the staging of dementia.
Br J Psychiatry, 1982, 140, 566 - 572.

24 - **AKER J.B., WALSCH A.C., BEAM J.P.**
Mental Capacity, Medical and Legal Aspects of the Aging.
New York : Mc Graw Hill Books Co, 1977.

25 - **GIL R.**
Neurologie pour le praticien.
Paris : SIMEP, 1989.

26 - **BRY A.**
Visualization.
New York : Barnes and Noble Books, 1979.

27 - **LASLETT P.**
The Physical Basis of Mind.
New York : Mac Millan Co, 1950.

28 - **FEIL N., FLYNN J.**
Meaning Behind Movements of the Disoriented Old-Old.
Somatics, 1983, IV (2), 4 - 10.

29 - **GINSBURG H., OPPER S.**
Piaget's Theory of Intellectual Development.
New Jersey : Prentice-Hall Inc, 1969.

30 - **KENT F.**
At Montefiore, Fantasy is an Arm for Therapy.
The Plain Dealer, Sunday, January 21, 1973.

31 - **VAN AMELSVOORT JONES G.M.M.**
Validation Therapy : a companion to reality orientation.
Can Nurse, 1985, March, 20 - 23.

32 - **PEOPLES M.**
Validation Therapy Versus Reality Orientation as Treatment for Disoriented Institutionnalized Elderly.
Th : Science in Nursing : Akron (Ohio) ; 1982.

33 - **DELL C.**
A primer for Movement Description Using Effort - Shape and Supplementary Concepts.
New York : Dance Notation Bureau Press, 1977.

34 - **VON FRANZ-HILLAM**
Jung's Typology.
Zurich : Spring Publications, 1971.

35 - **BANDLER R., GRINDER J.**
The Structure of Magic I and II.
Palo Alto : Science and Behaviour Books, 1975.

36 - **FEIL N.**
Group Therapy in a Home for the Aged.
Gerontologist, 1967, 7 (3), 192 - 195.

37 - **MITCHELL G.J.**
An Analysis of the Communication Process and Content with Confused Elderly Clients during Validation.
Th : Science in Nursing : Toronto (Ohio) ; 1987.

38 - **WELLS T.J.**
Problems in geriatric nursing care.
Edinburgh : Churchill Livingstone, 1980.

39 - **WALLSTON K.A., COHEN B.D., WALLSTON B.S. et al.**
Increasing nurses'person-centeredness.
Nurs Res, 1978, 27 (3), 156 - 159.

40 - **BERLO D.K.**
The process of communication.
New York : Holt Rinehart and Winston, 1960.

41 - **KALISCH B.J.**
An experiment in the development of empathy in nursing students.
Nurs Res, 1971, 20 (3), 202 - 211.

42 - **WOLANIN H.O.**
Nursing intervention. In : BURSIDE I.M.
Nursing and the aged.
New York : Mc Graw Hill, 1976.

43 - **BARTOL M.A.**
Reaching the patient.
Geriatr Nurs (New York), 1983, 234 - 236.

44 - **TAFT L.B.**
Self-esteem in later life : a nursing perspective.
A N S, 1985, 8 (1), 77 - 84.

45 - **FRITZ P.A., FEIL N.**
The language of resolution among the Old-Old : the effect of validation therapy on two levels of cognitive confusion.
In : Annual Meeting of the Gerontological Society of America (41 ; 1988 ; San Francisco) (conférence non publiée).

46 - **GOODY E.N.**
Questions and politeness : strategies in social interaction.
New York : Cambridge University Press, 1978.

47 - **BURGOON M.**
Communication Yearbook.
New Brunswick, NJ : Transaction, 1982.

48 - **SHARP C.**
Monitoting and Evaluation of the Validation Therapy Programme.
Victoria, Australia : Research and Evaluation Consultancy PTY LDT, 1989.
(document non publié).

49 - **ATTKISSON C.C., HARGREAVES W.A., HOROWITZ M.J et al.**
Evaluation of Human Services Programs
New York : Academic Press, 1978.

50 - **MORTON I, BLEATHMAN C.**
The effectiveness of Validation Therapy in dementia - a pilot study.
Int J Ger psychiatry, 1991, 6, 327 - 330.

51 - **MAC DONALD A.J.D, CRAIG T.K.J, WARNER L.A.R.**
The development of a short observation method for the study of activity and contacts of old people in residential settings.
Psychol Med, 1985, 15, 167 - 172.

52 - **HOLDEN V.P., WOODS R.T.**
Reality Orientation : psychological approaches to the "confused" elderly.
Edinburgh : Church Livingstone, 1982.

53 - **ELLSWORTH R.B.**
M.A.C.C. Behavioural Rating Scale.
Los Angeles : Western Psychological Services, 1966.

54 - **PATIE A.H., GILLEARD C.J.**
Manual of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (C.A.P.E.).
Sevenoaks : Hodder ans Stonghton Educational, 1979.

55 - **GUYOTAT J.**
Psychothérapies médicales.
Paris : Masson, 1978.

56 - **GEORGIEFF N., MARIE-CARDINE M., FURTOS J.**
Evaluation des psychothérapies: historique et classification.
Rev Prat, 1991, 151, 2213 - 2221.

57 - **FEIL N.**
V/F Validation : the Feil method.
cleveland, Ohio : Edward Feil Productions, 1982.

58 - **DAUMEZON G, KOECHLIN P.**
Psychothérapie française institutionnelle contemporaine.
An Port Psiquiat, 1954, 4 (4), 271 - 312.

59 - **MARIE-CARDINE M., FURTOS J.**
La fonction du psychiatre du service public et de l'équipe psychiatrique.
Encycl. Med. Chir., PSYCHIATRIE, Fasc 37958 A 102, 1982.

60 - **COOK J.B.**
Reminiscing : how it can help confused nursing home residents.
Soc Casework : J contemp Soc Work, 1984, 65, 90 - 93.

61 - **FOLSOM J.C.**
Reality orientation for the elderly mental patient.
J Geriatr Psychiatry, 1968, 1, 291 - 306.

62 - **LEHMAN E.**
Reality orientation : doing it better.
Nursing, 1974, march, 61 - 62.

63 - **BUTLER R.N.**
The Life Review : an interpretation of reminiscence in the aged.
Psychiatry, 1963, 26, 65 - 76.

64 - **FEIL N.**
Resolution : the final life task.
Human Psychol, 1985, 25, 91 - 105.

TABLE DES MATIERES

Page

INTRODUCTION 10

PREMIER CHAPITRE

I. LA PERTE D'AUTONOMIE PSYCHIQUE DES SUJETS AGES

1 - La vie est une succession de tâches spécifiques. 14
2 - Les épreuves du vieillissement. 16
3 - La résolution de l'existence est une tâche essentielle. 21

II. LE DIAGNOSTIC DE LA DEMENCE SENILE TYPE ALZHEIMER

1 - Les définitions de la démence sénile type Alzheimer. 24
2 - Hypothèses. 30
3 - La perte d'autonomie psychique comme processus évolutif dans le temps. 37

III. LES QUATRE STADES DE LA DESORIENTATION

1 - Une classification clinique résolument originale. 46
2 - Définition des quatre stades. 47

IV. ENTRE LE VIEILLARD DESORIENTE ET L'INTERVENANT, L'INSTAURATION D'UN PARTENARIAT

1 - Le but de la Validation et les moyens empruntés. 53

2 - La communication avec les personnes âgées
en perte d'autonomie psychique. 54
3 - L'intervenant acteur de la Validation. 58

V. APPLICATION DES PRINCIPES DE LA VALIDATION

1 - La connaissance de l'autre. 63
2 - Une relation seul à seul. 63
3 - Le groupe de Validation avec les vieillards désorientés
figurant dans les stades 2 et 3. 65

**VI. QUATRE EXPERIENCES ILLUSTRANT
LES APPORTS DE LA METHODE DE VALIDATION**

1 - Conséquences dela méthode de Validation
sur la communication verbale. 69
2 - Deux évaluations de la méthode de Validation. 74

VII. COMMENTAIRES

1 - La méthode de Validation : une psychothérapie. 78
2 - La place de la Validation parmi d'autres prises en charge
du vieillard réputé dément. 81

SECOND CHAPITRE

**I. UN NOUVEAU MODE DE PRISE EN CHARGE
DANS UN SERVICE DE GERONTOLOGIE**

1 - Objectifs. 84
2 - Le cadre. 86
3 - Application de cette nouvelle approche. 87

4 - Une grille d'évaluation. 88

II. TROIS CAS CLINIQUES

1 - Madame B. 90
2 - Madame M. 102
3 - Madame L. 114

III. AVIS ET SUGGESTIONS DES SOIGNANTS IMPLIQUES DANS CETTE EXPERIENCE

1 - Présentation de l'enquête. 119
2 - Exposé des réponses. 119
3 - Commentaires. 131

CONCLUSION 135

BIBLIOGRAPHIE 139

TABLE DES MATIERES 148

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

VU, le Président de thèse

VU et permis d'imprimer,

Le Doyen

PRENTCZYNSKI (Jean) - La personne âgée en perte d'autonomie psychique : la méthode de Validation et ses apports dans un service de Gérontologie

Jean PRENTCZYNSKI (1991) - 150 f. ; 64 réf.

Th. Méd. Mention Méd. Gén. : Reims : 1991

RESUME :

La perte d'autonomie psychique chez les personnes très âgées représente un problème auquel se confrontent, trop souvent démunis, les soignants et l'entourage. De nombreux travaux de recherche traquent les hypothèses organiques de la Démence Sénile de type Alzheimer, toutefois une approche psychologique s'impose. Parmi ces approches figure l'originale méthode de Validation, élaborée par N. FEIL.
L'équipe soignante d'un service de médecine interne à orientation gérontologique s'est inspirée de cette méthode pour un nouvel abord des patients âgés en perte d'autonomie psychique. AInsi, les principes de la Validation peuvent fournir des outils afin d'éviter le fréquent syndrome de glissement.

MOTS CLES

- personne âgée
- perte d'autonomie psychique
- démence sénile type Alzheimer
- désorientation
- méthode de Validation
- apport en gérontologie

JURY :

Président : F. BLANCHARD
Assesseurs : J.C. PIRE
D. BONNET
B. LAMAZE

N. FEIL

ADRESSE DE L'AUTEUR : 5 rue de la Chouette
02300 BLERANCOURT