

# Évaluation de la Méthode Veder : le théâtre comme méthode de communication dans les soins psycho-gériatriques

A. MARIJKE VAN DIJK<sup>1</sup>, J. C.M. VAN WEERT<sup>2</sup>, R.-M. DRÖES<sup>3</sup>

1. MSC. 2. PHD. 3. PHD (AMSTERDAM)

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Aux Pays-Bas, la Méthode Veder, développée par 'Theater Veder', est mise en œuvre à grande échelle dans les maisons de soins pour les personnes ayant un syndrome démentiel. Les soignants sont formés à l'utilisation des stimuli théâtraux, en combinaison des éléments de méthode de soins axés sur l'émotion établie, comme la thérapie de la reminiscence et la thérapie de Validation. Une étude a été menée pour décrire la Méthode Veder et évaluer sa mise en œuvre.

**MOTS CLÉS :** Theater Veder – Stimuli théâtraux – Émotion – Syndrome démentiel – Alzheimer.

## EVALUATION OF THE VEDER METHOD: DRAMA AS A MEANS OF COMMUNICATION IN PSYCHO-GERIATRIC CARE UNITS

In the Netherlands, the Veder Method, developed by 'Theater Veder', is implemented on a large scale in care establishments for persons with dementia-related syndromes. Caregivers are trained in the use of stimuli through drama, associated with care methods based on the established emotion, such as reminiscence therapy and validation therapy. A study was performed in order to describe the Veder Method and evaluate its implementation.

**KEYWORDS :** Veder Theater – Drama stimuli – Emotion – Dementia syndrome – Alzheimer's disease.

La Méthode Veder, développée par 'Theater Veder' aux Pays-Bas, s'adresse aux personnes ayant un syndrome démentiel. Les soignants sont formés à l'utilisation des stimuli théâtraux, en combinaison des éléments de méthode de soins axés sur l'émotion établie, comme la thérapie de la reminiscence et la thérapie de Validation®. L'objectif de cette méthode est de réaliser que le contact entre les soignants et les personnes malades soit réciproque, pour que le sentiment de bien-être, d'identité et de confiance en soi des personnes ayant une démence soit renforcé. Une recherche a été menée pour décrire la Méthode Veder et évaluer la mise en œuvre de celle-ci aux départements psycho-gériatriques des maisons de soins. Les effets de la Méthode Veder aux personnes malades et leurs soignants ont été examinés grâce à une étude réalisée sur une période de deux ans, d'avril 2009 à avril 2011.

## Étude

**Phase 1 :** Description de la Méthode Veder basée sur une étude de littérature et des observations de participants pendant une séance.

**Phase 2 :** Évaluation du processus de la mise en œuvre, en utilisant des interviews semi-structurées avec douze personnes essentielles (par exemple des managers, des soignants, des thérapeutes d'activité) et les résultats pertinents de cinq 'focus groupes' composés de soignants. (Phase 3b).

**Phase 3a :** L'effet de la Méthode Veder aux personnes ayant une démence.

Une étude quasi-expérimentale de trois groupes a été réalisée. Le groupe expérimental 1 (n = 65) a participé à une séance de salon, selon la Méthode Veder, organisée par des soignants professionnels. Le groupe expérimental 2 (n = 31) a reçu une séance de salon organisée par des

acteurs professionnels. Le groupe de contrôle (n = 55) a bénéficié d'une activité de reminiscence habituelle. Des aspects différents du comportement, d'humeur et de la qualité de vie sont mesurés en utilisant des échelles d'observation standardisées aux trois points de mesure : pré-test, pendant l'intervention et post-test, deux heures après l'intervention.

**Phase 3b :** L'effet de la Méthode Veder aux soignants (évaluation sur cinq 'focus groups' composés de trente-cinq soignants et bénévoles).

L'étude a porté sur l'application de la Méthode Veder par les soignants et l'influence du travail avec cette méthode sur la satisfaction du travail, l'expérience professionnelle et l'image de soi.

## Résultats

Des observations systématiques nous pouvons conclure que la Méthode Veder est appliquée par les acteurs à haut degré comme si c'était visé par les idées fondamentales de



→ la théorie. En particulier le comportement axé sur l'émotion personnelle des acteurs, les face-à-face et les chansons aboutissent à des réactions positives chez les personnes malades.

L'évaluation du processus a permis de lister les conditions favorables et les inconvénients de la mise en œuvre de la Méthode Veder comme activité de groupe. Les résultats montrent que les personnes interrogées voient la Méthode Veder comme une nouvelle méthode effective pour communiquer avec les personnes des services psycho-gériatriques et les effets qu'ils voient chez ces personnes les rendent enthousiastes. Les exemples des conditions favorables de la mise en œuvre sont les connaissances de base des méthodes de soins axées sur l'expérience personnelle chez les soignants, la présence d'une planification de projet qui décrit les conditions de frontières de la mise en œuvre (l'allocation du temps personnel et budget inclus) et l'attribution d'un 'core-group'. Les exemples de freins à la mise en œuvre sont un manque d'assistance au management, insuffisamment de temps de préparation et d'entraînement à la Méthode Veder pour les soignants.

Les résultats de la recherche d'effets chez les personnes malades montrent qu'une séance de salon, selon la Méthode Veder, a une valeur ajoutée comparée à une activité de groupe de la reminiscence. En effet, elle a un aspect positif sur le comportement (réaction d'alerte, isolement social) et l'humeur (par

exemple rire, joie) des personnes malades quand elle est mise en œuvre avec des acteurs professionnels. Mais cette valeur ajoutée n'a pas pu être prouvée pour l'application de la Méthode Veder par les soignants.

La recherche d'effets entre les soignants a montré qu'ils trouvent que cette méthode est bien applicable si les préparations sont bonnes. Dans tous les groupes, il est mentionné que la Méthode Veder donne des outils pour réussir à communiquer avec les personnes malades qui nécessitent des soins permanents. Les soignants mentionnent que la satisfaction de travail est influencée positivement par l'application de la Méthode Veder, entre autre grâce aux réactions positives et l'humour des personnes. Aussi, il semble que l'expérience de travail est influencée positivement. Ils signalent qu'ils communiquent d'une manière plus consciente. Finalement les soignants qui appliquent la Méthode Veder rapportent que leur estime de soi est améliorée, entre autre parce qu'ils se sentent affirmés dans leur travail et de la manière dont ils sont en relation avec les autres.

### Conclusion

La Méthode Veder est une nouvelle méthode qui vise à améliorer la réciprocité des relations de soins entre les soignants et les personnes ayant un syndrome démentiel. Les deux premières phases de la recherche ont donné une vue d'ensemble des conditions favorables et des inconvénients de sa mise en

œuvre. Cette recherche a montré que la méthode a été reçue positivement par les établissements de soins, mais la pérennisation de la méthode ne semble pas être évidente.

L'étude d'effets des séances de salon selon la Méthode Veder peut être considérée comme une première étude exploratoire. Les résultats montrent une valeur ajoutée d'une séance de salon selon la Méthode Veder quand elle est proposée par des acteurs comparée à une activité de groupe de la reminiscence. Il n'y avait pas de preuve d'une valeur ajoutée d'une séance de salon mise en œuvre par des soignants comparé à une activité de groupe de la reminiscence. Les soignants s'étaient partiellement entraînés et instruits pour l'application de cette méthode, et souvent les séances n'étaient pas mises en œuvre structurellement dans les soins quotidiens. L'amélioration de l'application de la méthode et plus d'expérience semblent donc être une des conditions pour obtenir des résultats.

Une étude de suivi avec des soignants plus expérimentés et plus formés est nécessaire pour mieux étudier les effets de la Méthode Veder. Les interviews et les groupes ont montré que la Méthode Veder améliore le contact avec les personnes pendant les soins quotidiens. C'est pour cette raison que nous recommandons de développer davantage la Méthode Veder et de la rendre applicable à une plus grande échelle pour les soins des personnes souffrant d'une démence. ■



La Revue Francophone de

# GÉRIATRIE et de GÉRONTOLOGIE

Votre revue de formation médicale continue en gériatrie

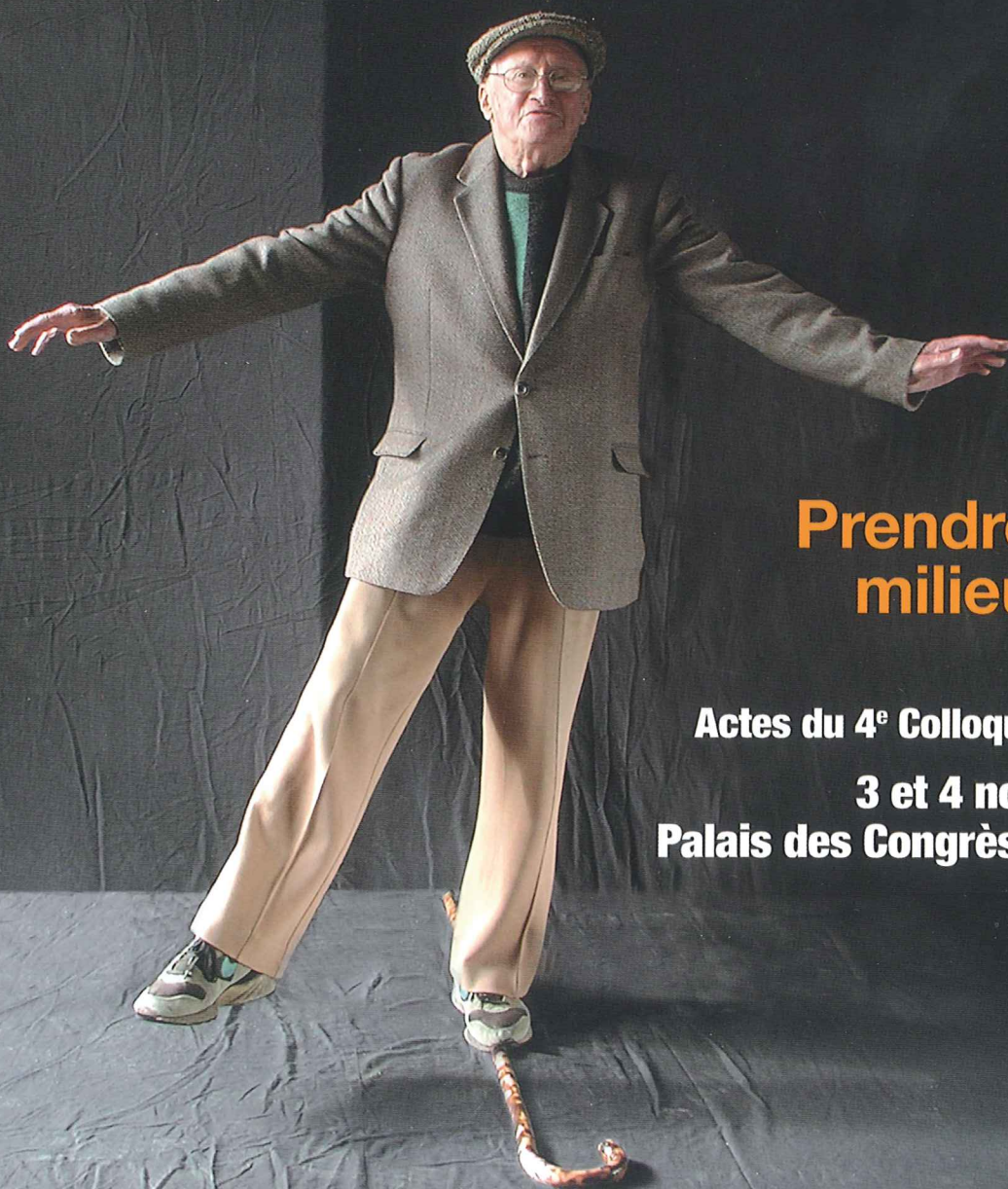
TOME XVIII  
OCTOBRE  
2011  
N° 178  
10€

Tiré à part

## Approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer

**Prendre-soin et  
milieux de vie**

**Actes du 4<sup>e</sup> Colloque International  
3 et 4 novembre 2011  
Palais des Congrès de Versailles**





## P. 385. Prix « Lieux de vie, Lieux d'envie »

QUESTIONS À PHILIPPE CRÔNE. Animateur, directeur IGM Animation.

## P. 386. Quelques réflexions sur l'évolution sociale concernant le vieillissement. D'où faire partir cette évolution et quelles significations prend-elle ?

TÉMOIGNAGE D'HÉLÈNE REBOUL, GRAND TÉMOIN DU COLLOQUE. Professeur émérite de l'Université Lumière Lyon 2, spécialisée en psychologie sociale gériatologique.

## P. 388. Se reconstruire autrement...

AUTOUR DU LIVRE « LE SYNDROME DU BOCAL » DE CLAUDE PINAULT.

## P. 389. Approches culturelles et grand vieillissement: exemples de sociétés indo-océaniques

P. CATTEAU. Médecin, société régionale de gériatrie de La Réunion.

## P. 391. Invitation à voyager dans le temps: au-delà des 14 besoins... Des modèles conceptuels vers une méthodologie de soin

M.-C. BLOCH-ORY. Cadre de santé, formateur, collaboratrice d'IGM Grand Est.

## P. 393. PASA et UHR: premières réalisations, enseignements

J.-P. FLOUZAT. Gériatre, conseiller technique, Direction générale de la cohésion sociale (Paris).

## P. 395. Présentation préliminaire de l'étude REGARDS: recueil épidémiologique en Gériatrie des Actes Ressentis comme Douloureux et Stressants

R. CARBAJAL. Chef de service des urgences Hôpital Trousseau (Paris). P. CIMERMAN. M. GALINSKI. P. THIBAUT. D. ANNEQUIN. LE GROUPE REGARDS.

## P. 397. Stress, mémoire et vieillissement

S. J. LUPIEN. Directrice scientifique, Centre d'études sur le stress humain. Hôpital Louis H Lafontaine, Département de psychiatrie, Université de Montréal.

## P. 399. La musique est-elle un « neuro-protecteur » ?

E. BIGAND. Institut Universitaire de France. LEAD-CNRS 5022, Université de Bourgogne, Dijon, France.  
A. MOUSSARD. BRAMS, Université de Montréal, Montréal, Canada. LEAD-CNRS 5022, Université de Bourgogne, Dijon, France.

## P. 402. Musicothérapie, repères et temps compté

P. BERTHELON. Musicothérapeute (CSH de Dijon), Président de la Fédération Française de Musicothérapie (FFM).

## P. 404. La force de la musique

M. BOUDOT. Créateur du concept Borne musicale Mélo.

## P. 407. Améliorer les relations des familles avec leurs parents désorientés. Impact sur les professionnels

V. DE KLERK-RUBIN. CVM Certified Validation Master, coordinatrice du Validation Training Institute. USA.

## P. 409. Bénévole/Professionnel: complémentarité et complicité

E. HERVIEUX. Directeur de l'accompagnement des personnes malades à l'association « Les petits frères des pauvres ». Paris.

## P. 411. Le Clown Relationnel® Présence contenante, empathie sensible et communication affective

C. MOFFARTS, F. MOFFARTS. Co-créateurs du Clown Relationnel®, Institut du Clown Relationnel et de la Clown-Thérapie (Belgique).

## P. 413. Évaluation de la Méthode Veder: le théâtre comme méthode de communication dans les soins psycho-gériatriques

A. MARIJKE VAN DIJK, J. C.M. VAN WEERT, R.-M. DRÖES.

## P. 415. Debout jusqu'au bout, c'est possible !

R. MARESCOTTI. Directrice CEC-IGM SUD, co-auteur de la Philosophie de soin de l'Humanité® et de la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®.  
Y. GINESTE. Directeur de formation, co-auteur de la Philosophie de soin de l'Humanité® et de la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, co-auteur du livre Humanité (Editions A. Colin 2007).

## P. 417. Recruter – motiver: tout un art

C. DEUTSCHMEYER. Président de l'association La Maison de l'Amitié.  
N. CAMBOULIVE. Directrice.  
M. FIEFFE. Gouvernante de la Maison de l'Amitié (Albi).

## P. 421. Tomber la tenue. L'expérience de l'équipe de la résidence les Grands Jardins à Montauban de Bretagne emmenée par Christian Bertin, directeur et Jean-Claude Hocquet, médecin coordonnateur

J.-C. HOCQUET. Médecin coordonnateur, Résidence Les Grands Jardins, Montauban de Bretagne.

## P. 423. Démasquer les idées reçues autour des maisons de retraite et des professionnels de santé qui y travaillent *Je vous trouve si belles*

V. CHÂTEL. Journaliste.  
S. VERGLAS. Photographe.

## P. 425. L'apprentissage avec Alzheimer

C. ROUMANOFF. Metteur en scène. D. ROUMANOFF. Écrivain diagnostiqué « malade Alzheimer ». Paris.

## P. 427. Alzheimer: enjeux d'une mobilisation éthique

E. HIRSCH. Professeur des universités, Directeur de l'Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer (EREMA).

## P. 429. Regards croisés, familles, résidents, bénévoles, professionnels

C. OLLIVET. Espace Ethique AP-HP – EREMA.